Kostensparen vs. Patientensicherheit:

Der Arzt im Spannungsverhältnis zwischen klinischem Alltag und Rechtsprechung

*Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn**

44.000 bis 98.000 Patienten sterben jährlich in Folge von „medical errors" – so die Schlagzeilen machende Mitteilung des renommierten US Institute of Medicine im Jahre 2001. Es kann nicht überraschen, wenn solche Zahlen ein großes Medienecho finden und Anlass geben für eine von Laien und Fachleuten gleichermaßen leidenschaftlich geführte Diskussion. Erneut flammte die Diskussion um ärztliche Behandlungsfehler auf, als der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im April 2005 auf dem Chirurgenkongress in den Medien mit: „Kunstfehler töten mehr Deutsche als Verkehrsunfälle" zitiert wurde[1]. Der gelegentlich schrill geführte Streit, insbesondere darum, ob die Zahlen zu hoch oder gar noch zu niedrig ermittelt wurden, lenkt von der Kernaussage der Untersuchung ab: DIE Botschaft des Berichts[2] ist nämlich „accidental injuries result from faulty systems, not from faulty doctors or nurses": Es kommt zu Schädigung und Tod von Patienten vor allem dann, wenn Ärzte und Schwestern in Systemfehler behafteten Organisationsstrukturen arbeiten.

Bei einer Katastrophe im Gesundheitswesen ist es üblich, einen Schuldigen zu suchen, zu finden und ihm dann die Alleinverantwortung „anzuhängen". Aber – und das ist typisch für Systemfehler – für zukünftige Patienten wird sich mit dem „Anhängen" von Verantwortung und Schuld (in einem Behandlungsfehlerprozess) wenig ändern – das Unglück wird sich wiederholen! Eine grundlegende Wende zu mehr Sicherheit ist erst dann zu erwarten, wenn eine Katastrophe (oder besser: schon eine Beinahe-Katastrophe) Anlass gibt für eine sorgfältige Analyse des Systems, in dem der Einzelne gearbeitet und mit gefährlichen oder tödlichen Konsequenzen geirrt hat. Erst mit der Analyse des Systems – und der Bereitschaft daraus Konsequenzen zu ziehen – wird das nächste Unglück verhindert, wird die Sicherheit von Patienten erhöht, wird Qualität gesichert.

Kostensparende aber patientengefährdende Organisationsformen:

Beispiel Narkoseführung durch Pflegepersonal

Das Thema ist brisant und aktuell angesichts der Tatsache, dass Krankenhäuser, Tageskliniken und Praxen – unter einem unerträglichen, im Steigen begriffenen Druck, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen – heute selbst um ihr ökonomisches Überleben kämpfen. Sie tun dies mit einer erschreckenden Konsequenz: Wiederholt kollidieren diese Anstrengungen um das Überleben von Gesundheitseinrichtungen mit unseren Anstrengungen, den Anstrengungen der Ärzte im Kampf um das Überleben der Patienten, die in diesen medizinischen Einrichtungen versorgt werden.

Jüngstes Beispiel für diese patientengefährdenden Sparanstrengungen ist die Wiedereinführung der Anaesthesie durch Krankenschwestern – ein im vergangenen Jahrhundert verlassenes Konzept. Von 2005 bis Februar 2007 führten am HELIOS Klinikum in Erfurt Pflegekräfte nach einer hausinternen Weiterbildung Anaesthesien; dabei gaben sie eigenständig kreislaufwirksame Medikamente. Der Facharztstandard bei den Patienten sei gewährleistet durch einen Facharzt, der gleichzeitig die Sicherheit von 2 bis 4 Patienten in getrennten Operationssälen gewährleisten muss; bei Patienten, deren Narkose Pflegekräfte überwachen. Diese Organisationsform ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung als „Parallelnarkose", als mit der dem Patienten geschuldeten Sicher-

* Direktor der Klinik für Anaesthesie und Operative Intensivmedizin und Ärztlicher Direktor am SLK-Klinikum Heilbronn

1. Merten M (2005) Ärztliche Behandlungsfehler - Ungewollte Verunsicherung. Dt. Ärzteblatt 102: 865
2. Institute of Medicine (2001) To err is human: Building a safer health system.

heit nicht vereinbar erkannt worden. Der Einsatz von Krankenpflegern zur Anästhesieführung rechnet sich unter DRG-Bedingungen, sie werden entlohnt wie das Pflegepersonal und sind damit billiger als Ärzte – es geht nicht um Entlastung, es geht um Entlassung im ärztlichen Dienst! Es ist ausgerechnet worden, dass etwa 18.000 Euro pro Operationssaal an Personalkosten im Jahr eingespart werden können, wenn Parallelnarkosen betrieben werden und dem Patienten an Stelle eines Arztes eine Pflegekraft als „Anaesthesist" an die Seite gestellt wird.

Dem erfahrenen Facharzt entgeht nicht, dass mit dem Einsatz von Pflegekräften keine Entlastung, sondern eine zusätzliche Belastung verbunden ist; dass Mehrbelastung mit einem Mehr an Patientensicherheit vergesellschaftet wäre, widerspricht der ärztlichen Erfahrung. Jeder aufsichtführende Oberarzt muss die neu eingeführte Organisation und Verantwortungsverteilung als medikolegale Zumutung erleben: Sie mag (vielleicht) helfen, Chefarzt und Geschäftsführung in einem Schadensfall zu entlasten; das Risiko des Patienten kann so nicht beherrscht werden **und** das mediko-legale Risiko des Facharztes wird unkalkulierbar[3]. Vor eben diesem Problem steht jetzt ein ehemaliger Facharzt des HELIOS-Klinikums Erfurt, der sich unter anderem gegen den Vorwurf einer Patientenschädigung während einer von einem Krankenpfleger geführten Anaesthesie zu verteidigen hat: ein 18-jähriger Mann hat bei einer Operation am Trommelfell einen Herzstillstand erlitten, sein Gehirn ist seitdem schwerst Sauerstoffmangel-geschädigt. In dem von den Medien wiederholt dargestellten Fall untersucht gegenwärtig die Staatsanwaltschaft, in welchem Umfang der Krankenpfleger die Anaesthesie selbst geführt und Medikamente eigenständig verabreicht hat. Vor dem Landgericht Erfurt ist 2008 ein Zivilverfahren eröffnet worden.

Für den medizinischen Laien, den zukünftigen Patienten, war es eine gute Nachricht, im Januar 2007 aus der Tageszeitung Berliner Morgenpost zu erfahren, dass am Berliner HELIOS Klinikum Emil von Behring Oberärzte und Fachärzte die Überwachung von durch die Klinikleitung zur eigenständigen Narkoseführung eingeteilten Krankenpflegern verweigert haben mit der Folge, das dort weiterhin die Sicherheit der Patienten während einer Operation von approbierten Ärzten gewährleistet wird – in jedem einzelnen Fall. Ein solcher (arbeitsrechtlich) riskanter Schritt erfordert Zivilcourage – im Interesse der Patientensicherheit verdient er großen Respekt!

In Übereinstimmung mit der BGH-Rechtsprechung hatten die zur Festlegung von Standards berufenen Fachgesellschaften wiederholt vor dem Unglück in Erfurt – und im Jahre 2007 erneut – erklärt, dass eine Delegation der Narkoseführung an einen Krankenpfleger mit einer nicht zu vertretenden Gefährdung der Patienten verbunden und daher abzulehnen ist[4]. Der HELIOS Konzern beugte sich schließlich dem Druck von Fachgesellschaften und Gremien der Deutschen Ärzteschaft und teile am 7.3.2007 mit, dass ab sofort die Krankenpfleger in den HELIOS Kliniken bei Narkosen „ausschließlich unter Beachtung und im Rahmen der als verbindlich anerkannten Grundsätze der Fachgesellschaften oder Berufsverbände" eingesetzt werden.

Es hätte nicht erst dieses Unglückes bedurft, um zu wissen, dass der im Vergleich zu einem Arzt niedriger entlohnte Krankenpfleger nicht über die Qualifikation verfügte, die Narkoseärzte ihren Patienten schulden. Die Warnung von Professor Peter aus dem Jahre 2004[5] „Absenken des Facharztstandards, Schwesternnarkosen und gerade auch Parallelnarkosen bedeuten zwangsläufig eine Risikoerhöhung, somit aber mit absoluter Sicherheit höhere Komplikationsraten und damit auch Todesfälle", war nicht misszuverstehen.

Kostensparende aber patientengefährdende Organisationsformen:

Beispiel Produktionsdruck im Operationssaal

Analysen von Unglücken im Schwerlastverkehr, im Zivilflugverkehr, in der Fährschifffahrt bringen immer wieder ans Licht, dass in solchen „gefahrgeneigten" Unternehmungen Druck („production pressure") auf das Personal existiert, um vorgegebene Produktionsziele zu erreichen und zu übertreffen, um Gewinne zu erzielen und zu steigern – auf Kosten von Sicherheitserwägungen[6]. Produktionsdruck gefährdet inzwischen auch unsere Patienten im Operationssaal, dort wo in Gegenwart unzureichender Finanzierung, um Erlöse dennoch zu erzielen, Sicherheitserwägungen (z.B. Qualifikation des Anaesthesisten – Arzt vs. Schwester; Weiterbildungsanfänger vs. Facharzt) dem Erreichen eines Produktionszieles (z.B. geplantes OP-Programm, vereinbarte Fallzahlen, Saalauslastung, Wechselzeiten zwischen zwei Operationen) untergeordnet werden. In unseren Operationssälen geht es inzwischen darum, „immer mehr Patienten, immer schneller, mit immer geringerem personellen und apparativen Aufwand" durch ein OP-Programm zu schleusen[7]. Der resultierende Produktions-

3. Dr. jur. M. Andreas (2008) Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal. ArztRecht 43: 144-152
4. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (2007) Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesieologie. Anästh Intensivmed 48: 223-339
5. Rehm M, Peter K (2004) Passen wirtschaftliches und ärztliches Handeln zusammen? Anaesthesist 53: 605-606

druck wird als „near fanatic", als „dramatic", als „incredible", als „mindless" beschrieben und von Ärzten und Schwestern im Operationssaal erlebt. Geschäftsführung und Klinikleitung vereinbaren inzwischen mit OP-Managern Operationssaalauslastungen, Wechselzeiten zwischen zwei Operationen, geplante Fallzahlen und damit zu erwartende Erlöse; solche „Kennzahlen" werden als „wesentliche" Ziele den Mitarbeitern kommuniziert, deren Einhaltung wird kontrolliert. **Bei der Kommunikation solcher den Erlös sichernden Zielvereinbarungen bleibt das Wort Sicherheit – wiederholt – unerwähnt:** „hospital managers and even medical staff appear more preoccupied with survival in the marketplace than with survival of their patients" – beklagt Schiff[8] – illustrierend hierzu sei ein Anästhesieunglück im Operationssaal eines Krankenhauses einer privaten Kliniken Gruppe beschrieben:

Morgens kurz vor 8:00 Uhr steht der OP Manager, Oberarzt der Anaesthesie, vor einem alltäglichen Problem – es fehlen ihm erfahrene Anaesthesisten für ein üppiges, geplantes Operationsprogramm. So fehlt ihm akut – in Folge von personellen Ausfällen – ein Anaesthesist für die Narkose bei einem Kleinkind für einen geplanten HNO-Eingriff. Die Lücke schließt der OP-Manager mit einer erfahrenen Anaesthesistin, der mit der Betriebsleitung vereinbarte OP-Beginn kann eingehalten werden. Damit hat der OP-Manager zwar eine Lücke im HNO OP Trakt geschlossen – bei unzureichender Personalbesetzung aber ein neues Problem geschaffen: er hat die erfahrene Anaesthesistin von einem urologischen Patienten abgezogen, bei dem sie gerade eine Rückenmarksteilnarkose (thorakale Periduralanaesthesie) gesetzt und eine Allgemeinanaesthesie eingeleitet hatte. An ihrer Stelle muss nun eine noch sehr unerfahrene Assistenzärztin einspringen und die komplexe Anaesthesiekombination bei potentiell blutverlustreichem Eingriff – eine offene Prostatektomie (Entfernung der tumorbefallenden Prostata über einen Bauchschnitt) – fortführen. An die Seite der Anfängerin stellt der OP-Manager eine aufsichtführende Oberärztin, die ihrerseits bereits mit Überwachungsaufgaben in mehreren Operationssälen (über zwei Stockwerke verteilt) und mit der Aufgabe, möglichst kurze Wechselzeiten zwischen den Eingriffen sicherzustellen (Produktionsdruck), gefordert und überfordert ist. In der Folge versucht die Anfängerin (mit einer Erfahrung im einstelligen Monatsbereich) allein, ohne Oberärztin und ohne angemessene apparative Überwachung des Kreislaufes, mit der zunehmend lebensgefährdenden Kombination aus Blutgefäßweitstellung – einer typischen Folge der Rückenmarksnarkose (Sympathicolyse) – und operativen Flüssigkeits- und Blutverlusten fertig zu werden. Nur kurzzeitig kommt die aufsichtführende Oberärztin in den Saal. Gegen Operationsende ist der venöse Rückstrom zum Herzen und damit die Füllung der Herzkammern so vermindert, dass es zum Abfall des Pulsschlages kommt und das Herz stehen bleibt. Die Reanimation benötigt Zeit: Erst nachdem das „leere" Gefäßsystem aufgefüllt, die Lähmung der Blutgefäßregulation medikamentös aufgehoben war, gelingt es schließlich Chefarzt und Oberärzten, einen Kreislauf wieder herzustellen. Die Zeit war zu lang – der Patient ist heute schwerst geschädigt.

Änderungen des Personaleinsatzes bei überraschendem Ausfall sind morgendliche, tägliche Erfahrungen eines das OP-Programm organisierenden Anaesthesisten. Neben traditionellem Druck von Operateuren ist es inzwischen ganz erheblicher, zusätzlicher Druck von Geschäftführern, Klinikleitern, externen Krankenhausberatern, der in einer solchen kritischen Situation einen OP-Manager veranlasst (veranlassen kann), einem vorgegeben Produktionsziel (vereinbarte Fallzahlen, Saalauslastung, Wechselzeiten) und nicht der Sicherheit des Patienten den Vorrang zu geben und so ein OP-Programm – trotz Personalausfall – „durchzuziehen", um damit Erlöse, Gewinne für das Unternehmen zu sichern.

Wenn – wie im vorgestellten Fall – weder ein Facharzt als Ersatz zur Verfügung stand noch die lückenlose Überwachung und Anleitung der Anfängerin eine zu verwirklichende Option war, dann stand dem OP-Manager kurz vor 8:00 Uhr eine zwar ärgerliche, aber dennoch zu verwirklichende weitere Lösungsmöglichkeit offen: die geplante OP bei dem Kind nicht beginnen zu lassen, oder die Narkose in der Urologie zu beenden – mit der Operation war noch nicht begonnen worden. Eine solche „stopp the presses" Politik wird für die im OP-Betrieb so häufigen Situationen als ein „Standard" gefordert[9]:

> Die „Produzenten" im OP („am Fließband") müssten auf die Notbremse treten, das Fließband anhalten können, wenn zu erkennen ist, dass ein geplantes Produktionsziel (hier die Prostatektomie) nur mit unsicheren Mitteln zu erzielen ist (hier die Anaesthesie durch die Anfängerin).

Erfahrene Anaesthesisten stimmen der Sicht zu, wenn bei einer solchen Forderung einschränkend angemerkt wird, dass sie nur dann Wirklichkeit im OP-Trakt würde, wenn eine solche Sicherheitskultur von „ganz oben"

6. Gaba DM (1994) Anesthesiology 81: 488-500
7. Eichhorn JH (2001) apsf newsletter
8. Schiff GD (2000) Fatal distraction: Finance vs. Vigilance in U.S. Hospitals. Int J Health Serv 30: 739-743
9. Carayon P (2007) Morbidity&Mortality Rounds on the Web, AHRQ
10. BGH (1983) NJW 1374-1378

vorgegeben, praktiziert und damit unterstützt wird[9]. **Diese Sicherheitskultur lediglich im Qualitätshandbuch für die Krankenhaus-Qualitätszertifizierung zu beschreiben, ist für die Sicherheit der Patienten unzureichend.** Mit einer solchen „Stopp das Fließband" Sicherheitskultur hätte der OP-Manager den folgenreichen Herzstillstand bei dem Patienten abwenden können.

Und in diesem Zusammenhang sei auf eine weitere Entwicklung in den unzureichend finanzierten Krankenhäusern hingewiesen: Indem der OP-Manager das geplante OP-Programm verbindlich einhält, auch bei Personalausfällen „durchzieht", wenn er also die mit der Geschäftsführung vereinbarte Zielvereinbarung erfüllt, so sichert er zur gleichen Zeit den an die Einhaltung solcher Zielvereinbarungen gebundenen variablen Anteil seiner Jahresvergütung. Auch dies ist inzwischen – gelegentlich – eine das Patientenrisiko erhöhende „Begleiterscheinung" an Krankenhäusern, die um ihr ökonomisches Überleben ringen!

Aus nachvollziehbaren medico-legalen Gründen gibt es keine systematische Studie, die belegen würde, in welchem Maße Produktionsdruck Patienten tatsächlich geschädigt hat. Eine solche Studie wird es vermutlich auch in Zukunft nicht geben. Dies bedeutet nicht, dass Patienten nicht zu Schaden kommen, wenn im OP Quantität über Qualität und Sicherheit dominiert. In einer Umfrage berichten Gaba et al.[6], dass 49% der Befragten bei ihrer Arbeit im OP immer wieder beobachten, wie Anaesthesisten – unter Druck gesetzt – ein OP-Programm „durchgezogen" und dabei Aktionen ergriffen haben, die Patienten gefährdet und tatsächlich geschädigt hatten. „Economically driven production pressure is endangering anesthesia patient safety"[7], das ist die Lehre, die der Risiken managende Kliniker aus anekdotischen Fallberichten ziehen kann. In den Medien ist kürzlich angemahnt worden, genau so zu verfahren: Mit prominenter Unterstützung durch Gesundheitspolitiker fordert der Chirurg Rothemund im Stern (10/2008): „Wir müssen über Fehler reden". Der Chirurg betont, zutreffend, dass wir aus Einzelfällen, bei denen Fehler zur Patentenschädigung geführt haben oder unkorrigiert hätten zu Katastrophen hätten führen können (near misses), lernen können und müssen.

Im Zusammenhang mit den Gefahren des Produktionsdruckes sei an die Adresse der ärztliche Fehlerkultur anmahnenden Professoren, Politiker und Repräsentanten der Kostenträger angemerkt: **Es waren wir, die Ärzte – siehe die zitierte Literatur – die auf die Gefahren immer wieder hingewiesen haben, die aus Fehlern unter Produktionsdruck erwachsen**, wenn z.B. die OP-Saalauslastung eine höhere Priorität als Patientensicherheit hat, wenn Anfänger – unzureichend angeleitet –, um OP-Programme durchzuziehen, um Fallzahlen zu produzieren, multimorbide Patienten bei komplexen Operationen versorgen müssen. Wenn wir auf das Abstellen solcher Systemfehler, die ihren Ursprung nicht in „Ärztepfusch", wohl aber in (Gesundheits-) „Managerpfusch" haben, drängen, so bleibt unser Einstehen für die Patientensicherheit, bei den Fehlerkultur anmahnenden Gesundheitspolitikern und Repräsentanten von Krankenhausmanagement und Kostenträgern (wiederholt) ohne Konsequenz.

Ob sich dies nun ändert, ob künftig OP-Manager – zusammen mit dem Betriebsleiter und Risikomanager – und am besten gemeinsam mit dem die OP-Ablauforganisation empfehlenden externen Sachverständigen – vor die örtliche Presse treten werden, um die Öffentlichkeit über patientengefährdende Konsequenzen des als „near fanatic", als „mindless" beschriebenen Produktionsdruckes im OP zu informieren, gefolgt von der Mitteilung, wie – nachdem „über Fehler reden" Patientensicherheit erhöhende Maßnahmen auch tatsächlich ergriffen werden – dies bleibt abzuwarten.

Führt der Hinweis auf wirtschaftliche Zwänge – im Falle einer Patientenschädigung – zu abgesenktem Haftungsmaßstab?

Beispiel: Fachübergreifender Bereitschaftsdienst

Wenn Betreiber von Gesundheitseinrichtungen um deren ökonomisches Überleben ringen und sich dabei nicht scheuen, den Facharztstandard herabzusetzen, können dann – im Falle einer Patientenschädigung – Ärzte damit rechnen, dass parallel zum abgesenkten medizinischen Standard, vor Gericht nun auch ein abgesenkter Haftungsmaßstab angelegt wird? **Der BGH lehnt eine Lockerung des Haftungsmaßstabes ab**: Im Spannungsverhältnis zwischen wirtschaftlichen Überlegungen und der Einhaltung des gebotenen Standards muss **Letzerem** der Vorrang eingeräumt werden. „Die Sicherheit des Patienten" geht „allen anderen Gesichtspunkten vor"[10]. Das resultierende Spannungsverhältnis zwischen klinischem Alltag und Rechtsprechung sei dargestellt vor dem Hintergrund einer Entscheidung des Landgerichts Augsburg zum fachübergreifenden Bereitschaftsdienst aus dem Jahre 2004[11,12]. Diese Entscheidung gibt Gelegenheit aufzuzeigen, dass die Rechtsprechung über-

11. Andreas M (2005) Fachübergreifende Bereitschaftsdienste nur unter besonderen Voraussetzungen zulässig. Urteil des Landgerichts Augsburg vom 30.9.2004 - 3 KLs 400 Js 109903/01. ArztRecht 40: 205-215

12. Schulte-Sasse U, Bruns W (2006) Fachübergreifender Bereitschaftsdienst - Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen. ArztRecht 41: 116-127

aus geneigt ist, die Sicherheit der Patienten zu verteidigen in den immer schärfer werdenden Auseinandersetzungen, wenn Betreiber von Gesundheitseinrichtungen um deren ökonomisches Überleben ringen und dabei der Facharztstandard herabgesetzt und Quantität über Qualität (Produktionsdruck) gestellt wird. Diese besorgniserregende Entwicklung im Deutschen Gesundheitswesen wurde kürzlich mit unmissverständlicher Klarheit kommentiert[5]: „Kommt es aber ganz konkret zu einem oder mehreren Todesfällen, die nach heutigem Standard vermeidbar gewesen wären, so können danach die verantwortlichen Ärzte sicherlich nur schwer zu ihrem persönlichen inneren Frieden zurückfinden, da die letzte Frage: ‚Sind alle erdenklichen Mittel eingesetzt worden, um diesen katastrophalen Ausgang zu verhindern?' dann mit einem ehrlichen, aber bitteren ‚Nein, denn sie standen bekanntermaßen nicht zur Verfügung!' beantwortet werden muss. Dies stellt aber keine Grenzerfahrung, sondern eine Grenzüberschreitung dar. Im Gegensatz zu Politikern und Ökonomen, erleben wir Ärzte somit ‚hautnahe' die Konsequenz, die sich aus dem ‚Sparen' ergibt, sie wird uns persönlich betreffen."

Eine Patientengefährdung – als Folge von Sparen – ist im Bereich der Notfallversorgung besonders groß – hier sind die Personalkosten besonders hoch; Personalkosten, die nur unzureichend gegenfinanziert sind. In Konsequenz sind Betreiber von Gesundheitseinrichtungen hier ganz besonders geneigt, Personalkosten einzusparen, d.h. weniger Personal für die Notfallversorgung in Bereitschaftsdiensten vorzuhalten. Während am Tage eine geplante medizinische Maßnahme – bei unzureichender Personalausstattung – verschoben, der Patient ggf. in eine andere Einrichtung verlegt werden kann, sind diese Möglichkeiten, Schaden vom Patienten abzuwenden, in der Notsituation erschöpft: Wenn es nachts oder am Wochenende bei einem Notfall um Minuten geht, dann wird die Qualität der Patientenversorgung entscheidend davon bestimmt, was vom Betreiber der Gesundheitseinrichtung personell und apparativ in sorgfältiger Organisation und Vorbereitung bereitgestellt worden ist.

Kommt es zu einer Patientenschädigung dort, wo Krankenhausbetreiber – um Geld zu sparen – Bereitschaftsdienste verringert haben, dann ist es eine brisante Frage, ob unter diesen Bedingungen, Bedingungen, die vom Arzt nicht zu vertreten sind – in der Notsituation hat er keine Möglichkeit, eine Hilfeleistung abzulehnen – „Standard"-Sorgfaltsanforderungen anzulegen sind, oder ob die Notfallsituation nicht geradezu nach einer Lockerung des Haftungsmaßstabes verlangt[13]. In dem Falle, den das Augsburger Landgericht zu entscheiden hatte, erlitt eine Frau am Abend nach einer Schilddrüsenoperation eine irreversible, schwerste Sauerstoffmangelschädigung des Gehirns („Wachkoma"), weil ein internistischer Assistenzarzt – im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst – eine herannahende chirurgische Komplikation (eine Nachblutung) zu spät erkannt hatte. Aus Kostengründen wurden in diesem kleinen Krankenhaus nicht zwei Bereitschaftsdienste – ein chirurgischer und einen internistischer – vorgehalten, sondern nur ein Bereitschaftsdienst, in dem sich chirurgische und internistische Assistenzärzte abwechselten. Nun zu der brisanten Frage: Kommt es zu einer Patientenschädigung – so wie vor dem Augsburger Landgericht verhandelt – können Ärzte dann damit rechnen, dass bei dieser für den Krankenhausträger kostengünstigen Organisationsform – parallel zum abgesenkten medizinischen Standard – vor Gericht nun auch ein abgesenkter Haftungsmaßstab angelegt wird? Kretschmer, Richter am BSG, weist auf Befürchtungen der Ärzte hin „dass Zivilgerichte in Regress- und Schmerzensgeldprozessen, aber auch die strafrechtliche Judikatur sich für die Bejahung einer unzureichenden bzw. fehlerhaften Versorgung mit ihrem Postulat, es seien die ‚medizinischen Standards' einzuhalten, an Haftungsmaßstäben orientieren könnten, die von Idealzuständen ausgehen, welche der durch die Budgetierung bestimmten Realität bei der Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und dem ihm dienenden Vertragsrecht nicht mehr gerecht werden können." Diesen Befürchtungen begegnet Kretschmer mit: „Wenn das Arzthaftungsrecht an diese Verhältnisse im Rahmen der GKV anknüpft, kann es nach seiner eigenen Systematik von keinem anderen oder höheren Behandlungsstandard ausgehen, als sie nach den für die GKV geltenden Regelungen einschlägig sind"[14].

In einer Entscheidung des BGH dagegen wird eine Lockerung des Haftungsmaßstabes mit dem Hinweis abgelehnt, dass „räumliche und personelle Engpässe, die die vom Standard her gebotene Behandlung erschwert haben, rechtlich unerheblich seien"[15].

Nicht die Diktion von Kretschmer, sondern die Ansicht des BGH glaubt dieser Autor in der Entscheidung der Richter am Augsburger Landgericht zu erkennen: Es wurde der Chefarzt der Chirurgie verurteilt, weil er den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst zugelassen hatte; er hätte wissen müssen, dass ein fachfremder Assistenzarzt eine chirurgische Gefah-

13. Debong B (2003) Lockerung des Haftungsmaßstabes in Notfallsituationen. ArztRecht 38: 288-292
14. Kretschmer HJ (2003) Auswirkungen der Regelungen über die Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung auf die Haftung für ärztliche Behandlungsfehler. ArztRecht 38: 144-149

rensituation verkennt. Die Kostengünstigkeit des fachübergreifenden Bereitschaftsdienstes und das damit notwendigerweise verbundene Absenken der medizinischen Versorgungsqualität in Notfällen unberücksichtigt lassend, befand das Gericht: „Eine am Maßstab **höchstmöglicher** Patientensicherheit orientierte Organisation der ärztlichen Versorgung stellt gerade eine Kernaufgabe des Chefarztes dar".

Ausweg: Räumliche Konzentration der Patientenversorgung (insbesondere während der Nacht)

Einen möglichen Ausweg – keinesfalls ein Allheilmittel –, Kosten zu sparen, ohne dabei patientengefährdende Organisationsformen einzuführen, stellen die vermehrten Fusionen benachbarter Krankenhäuser zu einem Verbund dar, sofern es gelingt, insbesondere die „notfallaktiven" Fachgebiete an einem Standort zu konzentrieren, damit die verbesserte Auslastung dieses Standortes dann zu einer verbesserten Wirtschaftlichkeit und damit zu einer Finanzierbarkeit, z.B. der Belassung originär ärztlicher Tätigkeiten beim Arzt oder fachgebietsgetrennter Bereitschaftsdienste führt. „Qualität vor Ortsnähe ist eine Erkenntnis, die immer mehr Krankenhausträger – Land- oder Stadtkreis – umsetzen"[16]. Sofern diese politische Äußerung klinische Wirklichkeit würde, wäre es weit besser möglich, die Qualität der Behandlung und das Überleben des Patienten im Krankenhaus auch während der Zeiten zu sichern, in denen lediglich der Bereitschaftsdienst für die Versorgung zur Verfügung steht.

Aber auch hier tut sich für den um Patientensicherheit bemühten Arzt ein weiteres Konfliktfeld auf – ein Konflikt mit der (Kommunal) Politik, ein Konflikt, bei dem Opfer erneut die Patienten sind: Müller von der Grün[17] beschreibt in diesem Zusammenhang das Gesundheitswesen einschließlich der Krankenhäuser als die „letzten Bastionen kollektiv finanzierter ökonomischer Unvernunft" und weiter: „Die Politiker wissen, dass etwas faul ist, fürchten aber den Zorn der Wähler. Im Kampf um das örtliche Krankenhaus wird die Geschichte wach: Katholisch gegen evangelisch, Hohenzollern gegen Württemberg. Es ist Zeit der Rache für die Ungerechtigkeit der Geschichte von der Reformation bis zur Gebietsreform vor 30 Jahren." Als Ergebnis solcher „kollektiv finanzierten ökonomischen Unvernunft" kann insbesondere an kleinen Krankenhäusern beobachtet werden, dass – allein um den Standort finanziell zu sichern – billige, aber gefährliche Organisationsstrukturen eingeführt (oder aufrechterhalten) werden. Bruns berichtet von einem solchen Fall[18]: „Ein Belegarzt der Gynäkologie wird von dem kommunalen Träger seines Belegkrankenhaus bedrängt, weiterhin Geburtshilfe zu betreiben, obwohl der Landkreis es sich nicht leisten kann, einen Anaesthesisten nachts am Hause zu stationieren". Bruns in dem hier erörterten Zusammenhang weiter: „Auch bei einem derart krassen Organisationsmangel käme im Schadensfall wohl kein Staatsanwalt auf den Gedanken, ein Strafverfahren gegen den verantwortlichen Landrat oder dessen Krankenhausdezernenten einzuleiten." In den bisherigen Gerichtsentscheidungen waren es immer die Ärzte, insbesondere die unmittelbar an der Patientenschädigung beteiligten Ärzte, die sich vor einem Gericht zu verantworten hatten. Und es wurden und werden immer wieder Ärzte verurteilt, auch dann wenn die Patientenschädigung in einer kostensparenden, aber patientengefährdenden Organisation begründet war, einer Organisation, die den Ärzten von ihrem Krankenhausträger vorgegeben war, einer Organisation, die die Ärzte nicht zu verantworten hatten.

Muss über die patientengefährdenden Konsequenzen kostensparender Organisationsformen aufgeklärt werden?

Beispiel: Geburtshilfe ohne fachärztlichen Anwesenheitsdienst

Die Erörterungen von Bruns aus dem Jahre 2003 waren nicht theoretisch – dies belegt ein geburtshilfliches Unglück, mit dem sich das Landgericht Rottweil (2 O 393/04) und das Oberlandesgericht in Stuttgart zu befassen hatten – der Rechtsstreit wurde mit einem Vergleich beendet: An einem kleinen Krankenhaus wird Geburtshilfe betrieben. Anders als an großen Kliniken gibt es während der Nacht keine Fachärzte (Frauenarzt, Anaesthesist) im Haus, die in einem Notfall sofort eine Notsectio durchführen könnten. Statt dessen be-gnügt sich der Krankenhausträger mit einer Rufbereitschaft – nach Erkennen eines Notfalles (hier vergeht schon Zeit, gelegentlich zuviel Zeit) müssen die Fachärzte erst ins Krankenhaus gerufen werden. Die Entscheidung des Krankenhausträgers, seine Geburtshilfe so zu organisieren, ist durchaus kostengünstig: Rufbereitschaft ist deutlich billiger als das Bereithalten von Fachärzten im Krankenhaus, 24 Stunden um die Uhr, an 365 Tagen des Jahres. Es kam zu einem folgenschweren Unglück – vor Gericht zu verantworten hatten sich die beteiligten Ärzte, nicht der Geschäftsführer, nicht der Landrat.

Im Ergebnis dieser kostensparen-

15. BGH Urteil vom 16.5.2000 - VI ZR 321 - NJW 2000, 2737
16. Schülli, Rolf, Sozialministerium Stuttgart, zitiert in Heilbronner Stimme vom 31.10.2005
17. C.P. Müller von der Grün (2006) f&w Gesundheitspolitik
18. Bruns W (2003) Persönliche Haftung des Krankenhausgeschäftsführers für Organisationsfehler? ArztRecht 38: 60-66

den Organisation der Geburtshilfe dauerte es an einem sehr frühen Morgen eine knappe halbe Stunde, bis ein Mädchen per Notsectio zur Welt gebracht werden konnte, bei dem zuvor „plötzlich die Herztöne abgefallen waren": ein dramatischer Hinweis auf eine unzureichende Sauerstoffversorgung des Kindes unter der Geburt. Diese kostensparende Organisation der Geburtshilfe hatte schlimme, bleibende Konsequenzen für die Zukunft des Neugeborenen: das Mädchen ist schwerst hirngeschädigt. Nach den überzeugenden Ausführungen des neonatologischen Sachverständigen ist das bei der Klägerin festzustellende Schädigungsbild „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf eine perinatale Unterversorgung des Gehirns mit Sauerstoff zurückzuführen".

Alle in der Geburtshilfe erfahrenen Ärzte wissen, dass die Herztöne immer wieder einmal – auch ohne Vorwarnung – abfallen können als Ergebnis unzureichender Sauerstoffversorgung unter der Geburt. Die Gefährlichkeit dieser Situation kennend, wird daher organisatorisch Vorsorge getroffen: **Es gilt eine personelle Infrastruktur vorzuhalten, die es erlaubt, das Kind so schnell zu entwickeln, dass die eingetretene Sauerstoff-Mangelversorgung nicht zu bleibenden Schäden führt.** Den Umfang der zur Verfügung zu stellenden personellen Infrastruktur (z.B. Anwesenheitsdienste oder Rufbereitschaften) bestimmt die Zeitspanne, die noch „so gerade ausreicht", um ein Kind per Notsectio zu entbinden, bevor der Sauerstoffmangel unumkehrbare Schäden verursacht hat: Zu der Zeitspanne, die noch so gerade ausreicht, haben sich die geburtshilflichen Experten vor dem Landgericht Rottweil geäußert: „Ab zehn, sicher ab 18 Minuten sei bei einer absoluten Versorgungsstörung mit bleibenden Schäden beim Kind zu rechnen." Um in einem Falle wie dem hier erörterten, zuverlässig eine bleibende Schädigung während des Bereitschaftsdienstes zu verhindern, muss die personelle Infrastruktur also so beschaffen sein, dass eine Notsectio innerhalb von 10 – oder doch spätestens innerhalb von 18 Minuten – durchgeführt werden kann, wenn es zu dem „immer möglichen" Abfall der kindlichen Herztöne gekommen ist. Um eine Entbindung der Klägerin ohne Sauerstoffmangelschädigung zu gewährleisten – so die Richter am Landgericht Rottweil sachverständig beraten – „müsste über 24 Stunden gleich bleibend innerhalb von 20 Minuten jeweils eine kompetente Person vor Ort sein, entscheiden und eine Mannschaft zur Verfügung haben, die die Geburt in dieser Zeit ermöglicht. Dies lässt sich nach Ansicht der Kammer in Universitätskliniken oder Kliniken vergleichbarer Ausstattung realisieren."

Die personelle Ausstattung des kleinen Kreiskrankenhaus ist mit der an einem großen Krankenhaus nicht zu vergleichen: Das Landgericht Rottweil hierzu: Eine personelle Ausstattung wie an einer Universitätsklinik, die es ermöglicht, eine Sauerstoffmangelschädigung abzuwenden, wenn „plötzlich die kindlichen Herztöne abfallen" lässt sich „nicht jedoch in Kliniken wie dem Kreiskrankenhaus" realisieren, weil dort „lediglich zwei Personen (Anm.: gemeint sind die Fachärzte für Anaesthesie und Gynäkologie) *in Rufbereitschaft* die Entscheidungskompetenz innehaben."

Vor dem Hintergrund dieser Ausführungen ist festzuhalten: Dass es bei plötzlichem Abfall der Herztöne während des Bereitschaftsdienstes in den frühen Morgenstunden zu bleibenden schwersten Schädigungen des Gehirns gekommen ist, war zu erwarten, denn die Organisation an dem Kreiskrankenhaus erlaubte die Entbindung der Klägerin erst jenseits der 18 Minutenfrist. Das Kreiskrankenhaus – anders als Universitätskliniken oder Kliniken mit vergleichbarer personeller Ausstattung – war während der Bereitschaftsdienstzeiten *nicht* das geeignete Krankenhaus, um in einer typischen Notsituation einen Sauerstoffmangelschaden des kindlichen Gehirns *zuverlässig* abzuwenden. Die personelle Ausstattung der geburtshilflichen Abteilung an dem Kreiskrankenhaus während des Bereitschaftsdienstes ließ es nicht zu, innerhalb der 10 oder doch wenigstens der 18 Minutenfrist ein Kind zu entwickeln.

Am katastrophalen Ausgang der Schwangerschaft hätte nur die Entscheidung der Mutter etwas ändern können, sich nicht in dem Kreiskrankenhaus entbinden zu lassen. Und es stellt sich an dieser Stelle die Frage: Wusste die Mutter der Klägerin um die kostengünstige, aber unzureichende personelle Besetzung im Bereitschaftsdienst an dem Kreiskrankenhaus? Wusste die werdende Mutter, dass die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe schon 1992 zur Standard EE-Zeit (E = Entschluss zur Notsectio bis E = Entbindung) von 20 Minuten festgestellt hatte[19]: „Der Zeitraum von 20 Minuten ist in einem gegebenen Notfall für das Kind häufig zu lang."?

Obwohl die Organisation an dem Kreiskrankenhaus regelhaft dazu führte, dass der Zeitraum von 10, 18 oder 20 Minuten für eine Notfallsectio während des Bereitschaftsdienstes überschritten wurde, liegt kein genereller Behandlungsfehler wegen Außerachtlassens des geburtshilflichen Standards vor. Den Beklagten kann nicht vorgeworfen werden, in ihrem Kreiskrankenhaus überhaupt Geburtshilfe betrieben zu haben. Denn außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten war eine zeitgerechte Notfallsectio möglich. Das Landgericht Rottweil hat zu Recht darauf

19. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe: Stellungnahme zur Frage der erlaubten Zeit zwischen Indikationsstellung und Sectio (EE Zeit) bei einer Notlage. DGGG in MT 03/1992, S. 261

hingewiesen, dass es Situationen gibt, in denen eine Geburtshilfe in dem Kreiskrankenhaus in erreichbarer Entfernung für die Schwangere mehr Vorteile bringt als die Entbindung in einer Klinik der Maximalversorgung, die weit entfernt ist.

Da ein „plötzlicher Abfall der Herztöne" mit nachfolgender Notfallsectio jenseits der rettenden 10, 18 oder 20 Minuten-Frist eine an dem Kreiskrankenhaus während des Bereitschaftsdienstes typische, für das Kind lebensbedrohliche Gefahr darstellt, die auch nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf und ohne Wachstumsretardierung des Kindes unter der Geburt auftreten kann, **musste die Mutter der Klägerin darüber aufgeklärt werden, dass sich dieses Risiko bei ihrer Entbindung im Kreiskrankenhaus verwirklichen konnte**. Die Schwangere hätte dann unter Wahrung ihres Selbstbestimmungsrechtes (Art. 2 Abs. 1 GG) entscheiden können, ob sie der wohnortnahen risikoreicheren oder einer weiter entfernten risikoärmeren Versorgung den Vorzug geben wollte. Da Anhaltspunkte dafür fehlen, dass eine derartige Aufklärung stattgefunden hat, könnte der Schadensersatzklage schon aus diesem Grund stattzugeben sein. Irreführend, rechtsmissbräuchlich und eine Schadensersatzpflicht begründend wäre es gewesen, wenn das Kreiskrankenhaus bereits zum Zeitpunkt des Unglückes damit geworben hätte, es bestünden „alle Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin". Im Internetauftritt der geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses ist heute zu lesen: „Mit ihrer menschlichen Einfühlung und ihrer hohen medizinischen Kompetenz begleiten Sie unsere Hebammen, Schwestern sowie Ärztinnen und Ärzte der Kreisklinik während Ihrer Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes *mit allen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin*". Zu allen Möglichkeiten der modernen Geburtsmedizin hätte es aber gehört, während des Bereitschaftsdienstes eine Notfallsectio innerhalb von 10, 18 bzw. 20 Minuten durchzuführen. Welche Informationen der Mutter der Klägerin während der Schwangerschaft gegeben wurden, dies zu prüfen wäre Gegenstand einer gerichtlichen Feststellung des Sachverhalts gewesen. Eine gerichtliche Würdigung der Frage, ob die Mutter im Wissen um die die nächtlichen Grenzen der Leistungsfähigkeit das kleine Krankenhaus aufgesucht hatte, hätte generalpräventive Wirkung bei zukünftigen Entscheidungen darüber gehabt, ob Geburtshilfe an kleinen Krankenhäusern in Rufbereitschaft fortzusetzen oder an größeren Krankenhäusern mit Anwesenheitsdiensten zu konzentrieren wäre. Der Rechtsstreit wurde allerdings in 2. Instanz mit einem Vergleich beendet, sodass es zu einer abschließende richterlichen Bewertung nicht gekommen ist. Es gibt keine Entscheidung, die in Rechtskraft erwachsen wäre.

Generalpräventive Wirkung des Zivil- und Strafrechts bei „Kunstfehlerprozessen"

Es war nicht der chirurgische Chefarzt, der den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst eingerichtet hatte; es war nicht der beklagte aufsichtführende Anaesthesie-Oberarzt, der die Schwesternnarkose eingeführt hatte; es war nicht die Anaesthesie-Anfängerin, die sich selbst für die Führung der komplexen Anaesthesie bei Prostataoperation eingeteilt hatte; es war nicht die aufsichtführende Oberärtzin, die sich zu all ihren Aufsichtaufgaben über zwei Stockwerke verteilt, zu all ihren Operationsablauf-Beschleunigungsaufgaben, zusätzlich die Beaufsichtigung einer Anfängerin bei einer komplexen Anaesthesie aufgeladen hatte; und es war auch nicht der beklagte gynäkologische Assistenzarzt, der in dem kleinen Kreiskrankenhaus die Geburtshilfe ohne Facharztanwesenheitsdienste organisiert hatte. In jedem der vorgestellten Fälle waren es Mitglieder des „Managements", also Geschäftsführer, Betriebsleiter, patientenfern entscheidende Management-Ärzte (z.B. Medizinischer Geschäftsführer, OP-Manager), die – um das ökonomische Überleben des Krankenhauses zu sichern – die beschriebenen lebensgefährdenden Organisationsstrukturen eingeführt hatten und zwar wiederholt gegen den Widerstand der patientennah handelnden Ärzte. Für uns am Patienten tätige Ärzte führt der hier an Beispielen aufgezeigte Konflikt „Kostensparen vs. Patientensicherheit" in den Krankenhäusern zu einem weiteren mediko-legalen Spannungsverhältnis – nun in der Beziehung zu unseren Patienten. „Land mark"- Entscheidungen – wie die des BGH zur Durchführung von Parallelnarkosen[10] oder die Entscheidung zum fachübergreifenden Bereitschaftsdienst des Landgerichts Augsburg[11,12] – sind es, die wir den Mitgliedern des Krankenhaus Managements heute vortragen in Verteidigung der Sicherheit bei der täglichen (und insbesondere nächtlichen!) Patientenversorgung. Mit der Darlegung von (höchst)richterlicher Rechtsprechung tut sich nun noch ein, jetzt arbeitrechtliches, Spannungsverhältnis auf – eines zwischen Ärzten und Krankenhausmanagement! Die Argumentation von für die Patientensicherheit unmittelbar verantwortlichen (leitenden) Ärzten gegenüber einem patientenfern, kostensparend entscheidenden Mitglied des Krankenhausmanagements und gegenüber einem unter Produktionsdruck OP-Programme „durchziehenden" OP-Manager, gewinnt an „Überzeugungskraft", wenn sich in einem Gerichtsurteil – im Zusammenhang mit einem medizinischen Unglück – auch Ausführungen zur Verantwortung des Krankenhausträgers, des

Geschäftsführers, der patientenfern entscheidenden Management-Ärzte finden: Diese Verantwortung – neben der Verantwortung des Chefarztes – betonten die Richter am BGH im „Parallelnarkosenurteil", als sie darauf verwiesen hatten, dass ein Krankenhausträger vor dem Einsatz unerfahrener Ärzte „die Augen nicht verschließen und darauf vertrauen darf, die in der Klinik tätigen Ärzte würden mit der jeweiligen Situation schon irgendwie fertig werden und sie würden sich nach Kräften bemühen, die Patienten trotz allem vor Schäden zu bewahren"[10].

Nachdem im Prozess um den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst das Verfahren gegen den internistischen Assistenzarzt – gegen Zahlung einer Geldauflage – eingestellt worden war, hatte der Chefarzt der chirurgischen Abteilung **allein** für die kostensparende aber hirntödliche Fehlorganisation des Bereitschaftsdienstes einzustehen: Zusätzlich zu der Geldstrafe hat der chirurgische Chefarzt mit der Zerstörung seiner persönlichen Karriere bezahlen müssen, obwohl es nicht der Chirurg war, der den fachübergreifenden Bereitschaftsdienst eingeführt hatte. Diese Organisationsform war ihm – aus Kostengründen – von den Geschäftsführern vorgegeben worden. Den Geschäftsführern, so das Landgericht, fehlte „offenbar die Bereitschaft, parallele Bereitschaftsdienste einzuführen". Die Staatsanwaltschaft in ihrer Anklage hierzu: Die Aufgabe des Chefarztes wäre es gewesen, gegenüber der Geschäftsführung des Krankenhauses darauf hinzuweisen und gegebenenfalls geltend zu machen, dass „wirtschaftliche Überlegungen die Bereitstellung zweier paralleler Bereitschaftsdienste rund um die Uhr nicht verhindern dürfen, soll nicht das Leben und die Gesundheit des Patienten gefährdet werden".

Jeder heute in Verantwortung stehende Arzt weiß, wie schwer, wie überaus schwer es ist, der zutreffenden Sicht der Augsburger Staatsanwaltschaft gegenüber beratungsresistenten Mitgliedern des Krankenhausmanagements zu klinischer Wirklichkeit zu verhelfen.

In dem Konflikt „Kostensparen vs. Patientensicherheit" würde die Patientenseite deutlich gestärkt, wenn in einer zukünftigen Gerichtsentscheidung die Rolle der Mitglieder des Krankenhausmanagements, die vor patientengefährdenden Praktiken die Augen verschließen, bewertet würde.

Bruns[18] führt hierzu aus: „Das Ziel einer generalpräventiven Wirkung des Zivil- und Strafrechts wird gegenwärtig klar verfehlt. Für die wirtschaftlich Verantwortlichen besteht Anreiz, kostengünstige aber potentiell gefährliche Organisationsstrukturen aufrechtzuerhalten oder sogar neu einzuführen." Und weiter: „Die wirtschaftlichen Verantwortlichen – exemplarisch der Krankenhaus-Geschäftsführer – müssen bei Organisationsversäumnissen unmittelbar zivil- und strafrechtlich in Haftung genommen werden. Entscheidungsbefugnis und rechtliche Verantwortung müssen sich in einer Person vereinen."

Die juristischen Spielregeln, nach denen ein Arzthaftpflichtprozess oder ein Strafverfahren abläuft, verhindern jedoch häufig, dass die Verantwortlichkeit von patientenfern agierenden Geschäftsführern, Betriebsleitern und Management-Ärzten erkannt und diese dann zur Rechenschaft gezogen werden. Der Anteil der Entscheidungen von wirtschaftlich Verantwortlichen im Krankenhaus für eine zur Katastrophe führenden Organisationsstruktur bleibt in vielen medizinischen Gutachten völlig unberücksichtigt. Bruns hierzu: „Die ärztlichen Gutachter sind aufgerufen, auch die Organisationsstruktur eines Krankenhauses zu untersuchen und die übergeordnete Verantwortlichkeit, z.B. des Krankenhausgeschäftsführers zu verdeutlichen".

Dem Mangel an präventiver Wirkung von Arzthaftungsprozessen ist in Großbritannien mit einem neuen Gesetz begegnet worden. Unter dem neuen „corporate manslaughter act" ist es nun – anders als gegenwärtig in Deutschland praktiziert – möglich, auch patientenfern entscheidende Manager persönlich vor Gericht zu stellen, wenn eine vom Management eingeführte, und damit zu verantwortende Organisationsstruktur zu einer Patientenschädigung geführt hat[20]. So ist kürzlich ein Krankenhaus-Manager persönlich (nicht der Krankenhausträger anonym) verurteilt worden, weil er nicht dafür Sorge getragen hatte, dass junge Assistenzärzte auch während des Bereitschaftsdienstes ausreichend (fachärztlich) überwacht und angeleitet wurden. Ein Patient war gestorben, da die Behandlung durch zwei junge Assistenzärzte nicht dem Niveau des Facharztes entsprochen hatte[21].

Die Politik scheint fest entschlossen, die gewollte „Bereinigung der Krankenhauslandschaft" zu erreichen, indem die Krankenhäuser ihren zunehmenden finanziellen Schwierigkeiten und damit viele Krankenhäuser der Insolvenz überlassen werden. Der Konflikt Kostensparen vs. Patientensicherheit im Krankenhaus dürfte daher in den nächsten Jahren eher zunehmen. Laut Tageszeitung Die Welt (5.2.2007) rechnet der Berliner Unternehmensberater im Gesundheitswesen Hans-Peter Schlaudt damit, dass Kliniken aus Kostengründen langfristig zunehmend mehr ärztliche Tätigkeiten auf Pfleger delegie-

20. Samanta A, Samanta J (2006) Charges of corporate manslaughter in the NHS. BMJ 332: 1404-1405

21. Corporate manslaughter. Anaesthesia 2008, 63: 210

22. Dr. jur. R. Ratzel: Begrenzung der Delegation ärztlicher Leistungen an Nichtärzte durch Berufs- und Haftungsrecht de lege lata und de lege ferenda. ZMGR 2008, 186-196

ren werden: „Die Alternative ist, Kliniken zu schließen." Ratzel hierzu[22]: „Anstatt eine jahrelange verfehlte Gesundheitspolitik zu korrigieren, die u.a. auch die Konsequenz hatte, dass immer weniger Ärzte in ihrem Beruf arbeiten oder den Weg ins Ausland suchen, verspricht man der Bevölkerung Besserung durch ‚Nurse Practioners'. Die zunehmende Neigung, deutsche Berufsbezeichnungen durch phantasiereiche Anglizismen zu ersetzen, dient offenkundig der Verschleierung eines systematischen Qualitätsabbaus."

Vor dem Hintergrund der vorgestellten vordergründig kostensparenden, tatsächlich aber Patienten schwerst schädigenden Organisationsformen, sei angemerkt: *nihil nocere* gilt als fundamentaler Grundsatz ärztlichen Handelns. Ein Arzt hat der Einführung patientengefährdender Organisationsformen entgegenzutreten. Bei der Umsetzung des *nihil nocere* – so die Erfahrung des Autors – findet sich der patientennah tätige Arzt immer häufiger in mitten des Spannungsverhältnisses zwischen klinischem Alltag und höchstrichterlicher Rechtsprechung. Aber: In dem Konflikt „Kostensparen vs. Patientensicherheit" im Krankenhaus gilt es Position zu beziehen. **Dass der Arzt in diesem Konflikt natürlich an der Seite des Patienten zu finden sein sollte, ist wesentlich leichter zu beschreiben als im deutschen klinischen Alltag – unter übergroßem Kostendruck – am Patienten Wirklichkeit werden zu lassen.** Die erwähnte Sicherheitsanalyse „To err is human"[2] paraphrasierend, betont Schiff[8] in diesem Zusammenhang: „To care is human - To profit is not, if it comes at the expense of suffering"!

Arzt