

Der Chirurg

Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCh), der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) und des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen e.V. (BDC)

Elektronischer Sonderdruck für

C.-D. Heidecke

Ein Service von Springer Medizin

Chirurg 2014 · 85:1103–1109 · DOI 10.1007/s00104-014-2790-2

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

C.-D. Heidecke · J. Jaklin · B. Konradt · A. Mangold · V. Sängler · H. Siebert

Zwischenbilanz Patientenrechtegesetz und Infektionsschutzgesetz

Diese PDF-Datei darf ausschließlich für nichtkommerzielle Zwecke verwendet werden und ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen – hierzu zählen auch soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Austauschplattformen.

Chirurg 2014 · 85:1103–1108
DOI 10.1007/s00104-014-2790-2
Online publiziert: 12. Dezember 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

C.-D. Heidecke^{1,2} · J. Jaklin³ · B. Konradt⁴ · A. Mangold⁵ · V. Sängler⁶ · H. Siebert⁷

¹ Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald

² Chirurgische Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) der DGCh, Greifswald

³ Fachanwalt für Medizinrecht, Detmold

⁴ Kanzlei für Arzthaftungsrecht, Berlin

⁵ Kanzlei für Medizinrecht, München

⁶ Konvent der leitenden Krankenhauschirurgen, Berlin

⁷ Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V., Berlin

Zwischenbilanz Patientenrechtegesetz und Infektionsschutzgesetz

Wenn alles so läuft, wie es sich der Patient vorstellt, braucht es keinen Anwalt – und dann bräuchte es auch keine gesetzgeberischen Aktivitäten.

Die Tatsachen sprechen aber eine andere Sprache. Bei medizinischen Behandlungen kann es zu unerwünschten Ereignissen kommen, in deren Folge ein Patient Schäden erleidet. Nach dem AOK-Krankenhausreport 2014 werden 188.000 Behandlungsfehler pro Jahr (Bezugsjahr 2011) vermutet [1]. Zu ähnlichen Zahlen kamen Schrappe et al. [2] bei einer Hochrechnung der Schadensfälle für Deutschland aus dem Jahr 2006. Die Daten des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS) gehen von 400.000 bis 600.000 nosokomialen Infektionen pro Jahr in Deutschland aus [3], von denen 20–30% als vermeidbar eingeschätzt werden [4]. Diese Daten kann man unterschiedlich interpretieren oder gar anzweifeln; es ist jedoch unstrittig, dass es erhebliches Verbesserungspotenzial gibt, um zumindest die auf vermeidbaren Fehlern beruhenden Patientenschäden zu reduzieren, wenn nicht gar komplett zu eradizieren.

Zum Schutz der Patienten sowie zur Steigerung der Patientenrechte hat die

Politik in den letzten Jahren folgende Gesetze in Kraft gesetzt bzw. verschärft:

- das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (sog. Patientenrechtegesetz (PatRG)) im Jahr 2013 (mit der Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser [KQM-RL] des Gemeinsamen Bundesausschusses [GBA] aus 2014) und
- das Infektionsschutzgesetz (InfSG) im Jahr 2011 mit den Verordnungen auf Länderebene über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) aus 2012.

Fragestellung

Die Auswirkungen dieser beiden Gesetze auf den klinischen Alltag und ihre haftungsrechtlichen Konsequenzen waren Gegenstand einer Sitzung der chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualität und Sicherheit (CAQS) auf dem 131. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München. Die folgende Arbeit fokussiert auf die hier geführten Diskussionen, die dem klinisch tätigen Chirurgen Hinweise für seine tägliche Arbeit geben soll, um juristische Fallstricke zu ver-

meiden. Die Autoren des Artikels waren Vorsitzende (CDH, HS) bzw. Vortragende (JJ, BK, AM, VS) der CAQS-Sitzung Zwischenbilanz Patientenrechtegesetz und Infektionsschutzgesetz.

Ergebnisse

Patientenrechtegesetz – was hat sich (nicht) geändert?

Das PatRG besteht aus vier Artikeln/Elementen, von denen der erste die ärztliche Tätigkeit über eine Änderung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) direkt berührt. Im zweiten Artikel werden Änderungen bzw. Ergänzungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V) vorgenommen, die indirekt über die Implementierung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements und eines klinischen Risikomanagements ärztliche und pflegerische Tätigkeiten betreffen. Das PatRG regelt im § 630 a–h des BGB den Behandlungsvertrag zwischen Patient und Behandler (in unserem Fall Chirurg). Im Wesentlichen fasst es im Sinne einer Kodifizierung die bisherige Rechtsprechung zusammen und regelt die Arzthaftung gesetzlich. In diesem Sinne hat sich mit dem Inkrafttreten bezüglich der Thematik Behandlungs-

vertrag (§ 630a, b), Information (§ 630c), Aufklärung und Einwilligung (§ 630d, e), Dokumentation (§ 630f), Einsichtsrecht (§ 630g) und Beweislast (§ 630h) eigentlich nicht viel verändert. Patienteninformation und -aufklärung sowie Eingriffsaufklärung waren schon immer zentraler Gegenstand ärztlichen Handelns, allerdings wird der sprechenden Medizin eine größere und nunmehr klarer definierte Rolle zugewiesen.

Ein Jahr nach dem Inkrafttreten des PatRG sollte dennoch auf verschiedene kritische Punkte hingewiesen werden, die sich zwischenzeitlich in der klinischen Praxis ergeben haben oder die noch nicht abschließend im Rahmen gerichtlicher Entscheidungen geklärt werden konnten. Hierzu gehören die Aushändigung des Aufklärungsformulars, die Dokumentation und die Information über Behandlungsfehler. Diese Punkte sollen daher näher beleuchtet werden.

§ 630e Aufklärungspflichten

Abs. 2 S. 2 legt fest, dass...

...dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind.

In der Gesetzesbegründung heißt es „z. B. in Form einer Durchschrift oder Kopie“. Details hierzu sind in der Rechtsprechung noch nicht geklärt. Die Referenten und Vorsitzenden sprachen sich aber für folgende Empfehlungen aus:

- keine Aushändigung von Blankoformularen oder unvollständiger Durchschläge,
- keine Aushändigung von Originalen,
- Identität von Original und Durchschrift/Kopie,
- Bestätigung des Erhalts durch Unterschrift des Patienten,
- Zeitpunkt idealerweise direkt nach dem Gespräch,
- Aushändigung unaufgefordert,
- Verzicht im Einzelfall möglich, nicht jedoch routinemäßig.

Insbesondere das Kopieren des Aufklärungsformulars, seine Aushändigung und die einzuholende Unterschrift des Patienten kosten Zeitäquivalente, die bis dato

weder im Prozessmanagement abgebildet waren, noch im DRG („diagnosis related groups“) -System vergütet werden. Wenn man nur 5 min für diesen Prozessschritt annimmt, dann kommt man bei einer mittelgroßen chirurgischen Klinik mit 2400 Operationen pro Jahr auf 200 zusätzliche Arbeitsstunden pro Jahr (i. e. 5 Arbeitswochen eines einzelnen Mitarbeiters), die im Rahmen der Operationsvorbereitung ohne jegliche Wertschöpfung zusätzlich anfallen (Kopiergänge für diagnostische oder interventionelle Maßnahmen nicht eingerechnet). Da im Jahr 2013 mutmaßlich nicht weniger operiert wurde als im Jahr 2012, ist anzunehmen, dass diese Stunden als Überstunden abgeleistet wurden oder am Patienten fehlen, da sich die Zahl der chirurgischen Mitarbeiter nicht gesteigert hat. Es könnte somit durchaus der Fall eingetreten sein, dass durch das PatRG das Gegenteil von dem erreicht wird, was vorgegeben wird, nämlich die Erhöhung der Patientensicherheit.

§ 630f Dokumentation der Behandlung

Hier macht das Gesetz zwei wesentliche Vorgaben:

Im Absatz 1 wird der Behandelnde verpflichtet, eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zum Zwecke der Dokumentation zeitnah zu führen. Da der Behandelnde in der operativen Medizin der Arzt/Chirurg ist (und nicht die Pflegekraft), ist er Letztverantwortlicher für den gesamten Dokumentationsprozess der Behandlung, was auch die Abstimmung zwischen Pflegedokumentation und ärztlicher Dokumentation betrifft. Ferner legt das Gesetz fest, dass...

...Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte nur zulässig sind, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Das ist auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen.

Dies bedeutet, dass Korrekturen in der Dokumentation oder Nachdokumentationen grundsätzlich möglich sind, nur müssen diese klar als solche erkennbar sein und mit einem Datum versehen sein. Auch die EDV-gestützte Dokumentation

muss gewährleisten, dass bei Änderungen der ursprüngliche Eintrag erhalten bleibt.

Im Absatz 2 legt das Gesetz die Inhalte der medizinischen Dokumentation in der Patientenakte fest: Aufzeichnung sämtlicher aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse. Dies schließt die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen ein. Da ärztliche und pflegerische Maßnahmen ineinandergreifen, muss auch die Dokumentation in beiden Bereichen aufeinander abgestimmt sein. Dies gilt insbesondere für die Arzneimittelverordnung, den Umgang mit Betäubungsmitteln, die Festlegung der Bedarfsmedikation sowie ärztliche und pflegerische Anamnese und Verlaufsdokumentation und Überträge. In diesem Bereich besteht sicher noch Optimierungspotenzial.

Eine mangelhafte Dokumentation führt nach § 630h Abs. 3 zur Beweislastumkehr:

Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

Somit gelten sämtliche nichtdokumentierten Maßnahmen (von der Visitenbefundung bis zur Entscheidung, eine (Revisions-)Operation durchzuführen bzw. eine Entscheidung dagegen zu dokumentieren) als nicht durchgeführt. In diesem Punkt hat die chirurgische Profession ein Problem, da wir häufig Entscheidungsprozesse – besonders an Schnittstellen und an Sektorengrenzen – nicht abbilden und dokumentieren. Alle Maßnahmen, sowohl ärztliche wie pflegerische, sind vom Anordnenden wie vom Durchführenden abzuzeichnen. Dies gilt auch, wenn Therapien nach einem klinischen Behandlungspfad durchgeführt werden. In diesem Fall ist die Durchführung der im Pfad vorgesehenen Maßnahmen zu dokumentieren. Auch in der Pflege ist die Einhaltung von

Standards z. B. zur Sturz- bzw. Dekubitusprophylaxe zu dokumentieren.

Nach Meinung aller Autoren dieses Artikels liegt in der Unterlassung einer adäquaten Dokumentation das größte Potenzial für juristische Auseinandersetzungen.

§ 630c Abs. 2 Information über Behandlungsfehler

Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.

Dieser Passus des PatRG ist für viele chirurgische Kollegen missverständlich. In Kenntnis der Formulierung des Gesetzentwurfs wird jedoch klar, dass der Gegenstand der Information nicht ein möglicher Behandlungsfehler selbst ist, sondern die Information über die Umstände eines unerwünschten Ereignisses. Es ist somit keineswegs intendiert, dass ärztliche Kollegen sich selbst beschuldigen oder gar andere denunzieren sollen. Von den Ärzten wird deshalb auch nach dieser neuen Vorschrift keine Wertungsentscheidung darüber gefordert, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht. Gleichmaßen ist es auch unrichtig, dass die offene Kommunikation über die Fakten im Zusammenhang mit einem unerwünschten Ereignis zu einem Verlust des Haftpflichtversicherungsschutzes führt (§ 105 Versicherungsvertragsgesetz).

Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser

Neben den Änderungen des BGB ermächtigt das PatRG den GBA über eine Änderung des § 137 Abs. 1c des SGB V,...

...Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement sowie wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme festzulegen.

Die „Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser“ (KQM-RL) hat der GBA

Chirurg 2014 · 85:1103–1108 DOI 10.1007/s00104-014-2790-2
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

C.-D. Heidecke · J. Jaklin · B. Konradt · A. Mangold · V. Sängler · H. Siebert Zwischenbilanz Patientenrechtegesetz und Infektionsschutzgesetz

Zusammenfassung

Hintergrund. Das Patientenrechtegesetz hat Richterrecht in Gesetzestexte gewandelt. Zwei neue Aspekte sind hinzugekommen: die verpflichtende Aushändigung einer Kopie des Aufklärungsbogens (Empfehlungen werden dargelegt) und die Verpflichtung zu einer detaillierten Dokumentation des Behandlungsablaufs in Form einer Patientenakte. Darüber hinaus hat der Gesetzgeber über den Gemeinsamen Bundesausschuss die Einführung eines klinischen Risikomanagements verordnet. Das Infektionsschutzgesetz und die konsekutiven Hygieneverordnungen haben die Anforderungen an die Hygiene im Krankenhaus und in der Praxis erhöht. Parallel steigen die haftungsrechtlichen Konsequenzen.

Ergebnisse und Diskussion. Beide Gesetze bzw. Verordnungen geben keinen Hinweis,

wer und in welchem Ausmaß den dadurch erheblich gestiegenen personellen Mehraufwand Rechnung trägt – im G-DRG-System werden diese bislang nicht abgebildet. Fehler, auch vermeidbare, werden trotz aller zuzusätzlichen Maßnahmen im Bereich des Risikomanagements weiterhin eintreten. Um jedoch manchmal langwierige vertrauensschädigende Verläufe zu vermeiden, empfehlen die Autoren einen offenen und zeitnahen Umgang unter Einbindung der betroffenen Patienten und ihrer Angehörigen. Die „Mauer des Schweigens“ sollte der Vergangenheit angehören.

Schlüsselwörter

Patientenrechtegesetz · Infektionsschutzgesetz · Dokumentation · Patientenakte · Risikomanagement

Interim results for the Patients' Rights Act and Infection Protection Act

Abstract

Background. The Patient Rights Act has converted court rulings into legal paragraphs. Two new aspects have been introduced: the duty to hand over a copy of the signed written consent form to the patient (in which detailed recommendations are offered) and the obligation of a thorough documentation of findings and treatments within patient files. In addition the legislators, through the Joint Federal Committee (*Gemeinsamer Bundesausschuss*, GBA) have made the introduction of clinical risk management mandatory. The Infection Protection Act and its regulations have elevated the prerequisites of hygiene within hospitals and private practices with a parallel increase in liability.

Results and discussion. Both laws and regulations offer no reference as to who (and to

what extent) is financially responsible for the excessive increase in personnel costs, which are as yet not included in the German diagnosis-related groups (G-DRG) system. Despite all additional measures within the area of risk management, mistakes (avoidable or unavoidable) will nevertheless occur. In order to avoid longstanding legal battles the authors recommend an open and rapid communication with the patient and family. The wall of silence should be a thing of the past.

Keywords

Patients' Rights Act · Infection Protection Act · Documentation · Patient files · Risk management

im Januar 2014 entsprechend dem gesetzlichen Auftrag modifiziert und ergänzt, sie ist seit April 2014 in Kraft. In dieser Richtlinie legt der GBA die Standards für das Krankenhausqualitätsmanagement (QM) und ein klinisches Risikomanagement (RM) sowie Fehlermeldesysteme mit dem Ziel fest, eine Werte- und Patientensicherheitskultur zu etablieren.

Beim Krankenhausqualitätsmanagement macht der GBA keine Vorgaben bezüglich der zu verwendenden QM-Systeme (ISO 9001, KTQ, EFQM, JCI etc.; § 1 Abs. 2). Das QM ist in seiner Gesamtheit eine ureigene Aufgabe der Krankenhaus-trägers und ein Ausdruck der Führungs- und Verantwortungsstruktur des einzelnen Krankenhauses (§ 1 Abs. 1). Für die Umsetzung ist die Krankenhausleitung

(und nicht der einzelne Mitarbeiter) verantwortlich (§ 2 Abs. 3), sie schafft die entsprechenden Gremien (§ 3 Abs. 1, 2). QM wird in seiner Gesamtheit als Führungsaufgabe angesehen, wobei sich alle Mitarbeiter in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess nach dem PDCA („plan – do – check – act“)-Zyklus einbringen sollen. Neben der Weiterentwicklung interner Prozesse stehen die Patientenorientierung und die Patientensicherheit im Zentrum der Prozessoptimierung (§ 2 Abs. 4).

Im § 5 der Richtlinie legt der GBA die Grundlagen des klinischen Risikomanagements zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit fest. Unter Einbeziehung der Patientenperspektive sollen Risiken mit dem Ziel der Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen identifiziert und analysiert werden (Festlegung einer Risikostrategie, Abs. 1). Ein wesentliches Prinzip des RM stellt die Implementierung von Fehlermeldesystemen (CIRS) dar, welches für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig für freiwillige, anonyme und sanktionsfreie Meldungen zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein muss (Abs. 3). Abgeleitete Maßnahmen werden nach dem PDCA-Zyklus reevaluiert. Ferner richtet das Krankenhaus ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement ein, dessen Ergebnisse in die Gestaltung des klinischen RM einfließen sollen (Abs. 7).

Die GBA-Richtlinie macht explizite Vorgaben zur Ausgestaltung und zum Aufbau des Qualitätsmanagements, einschließlich der (vagen) Stellungnahme zu erhöhtem Personal- und Sachmittelaufwand (§ 4 Abs. 2). In diesem Zusammenhang klingt es geradezu zynisch, wenn im folgenden Absatz geschrieben wird, dass...

...die Krankenhausmitarbeiter eingehend informiert und integriert werden, ihnen die nötigen Freiräume geschaffen und Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Gleiches gilt prinzipiell auch für die Implementierung und Umsetzung des klinischen Risikomanagements, welches Freiräume für die Mitarbeiter zur Durchführung von Schulungen sowie Fallanaly-

sen und -besprechungen erfordert (§ 5 Abs. 2).

Die GBA-Richtlinie war zum Zeitpunkt des Chirurgenkongresses noch nicht publiziert und wurde somit auch vor Ort nicht diskutiert. Auch wenn die Richtlinie mit sofortiger Wirkung in Kraft trat, besteht derzeit auch unter den Autoren dieses Artikels keine klare Auffassung, welche haftungsrechtlichen Konsequenzen aus einer verspäteten Compliance oder gar einer Noncompliance in Bezug auf die Umsetzung des klinischen Risikomanagements bei einem wiederholten Auftreten von verhinderbaren unerwünschten Ereignissen bzw. bei Nachweis von systematischen Fehlern zu erwarten sind.

Infektionsschutzgesetz und Hygieneverordnung

Ein zweiter Schwerpunkt der Sitzung waren die Auswirkungen des Infektionsschutzgesetzes (InfSchG). Aufgrund der Vorgaben in diesem Gesetz mussten die jeweiligen Verordnungen über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO) auf Länderebene angepasst werden. Diese lassen sich in normative Vorgaben und daraus resultierende haftungsrechtliche Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Normen bzw. Standards unterteilen. Ein Gesetz – und auch die Hygieneverordnung – kann Hygienestandards nicht vorschreiben, da sich diese am aktuellen Stand der Wissenschaft orientieren. Daher erfolgt der Verweis im § 23 Abs. 1 u. 2 InfSchG auf die jeweils aktuellen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (ART) des Robert-Koch-Instituts (RKI). Diese Empfehlungen haben fast normativen Charakter (§ 23 Abs. 3 Satz 2 des InfSchG):

...die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

Das Gesetz und die Hygieneverordnung legen aber sehr wohl einen Rahmen in organisatorischer und personeller Hinsicht für Krankenhäuser und Einrichtungen des ambulanten Operierens fest:

- Hygienesicherstellungspflicht der Leiter einer medizinischen Einrichtung, § 23 Abs. 3 Nr. 1 InfSchG,
- Verpflichtung zur Festlegung der innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen, § 23 Abs. 5 InfSchG,
- Vorgabe umfassender Präventionsmaßnahmen, wie beispielsweise der Verpflichtung zur fortlaufenden Aufzeichnung nosokomialer Infektionen, § 23 Abs. 4 InfSchG,
- In Verbindung mit der Medizin-Hygiene-Verordnung des jeweiligen Bundeslandes wird die personelle Ausstattung von medizinischen Einrichtungen (Krankenhäuser, Einrichtungen des ambulanten Operierens, Praxen) mitgeregelt,
- Einrichtung von Hygienekommissionen, §§ 2, 3 HygMedVO,
- Beratung durch Krankenhaushygieniker, § 2 HygMedVO,
- Beschäftigung von Hygienefachkräften, §§ 2, 4 HygMedVO,
- Bestellung von Hygienebeauftragten, § 5 HygMedVO.

Die Hygienefachkräfte und die ärztlichen Hygienebeauftragten sind für ihre Tätigkeiten im erforderlichen Umfang freizustellen. Sie sind aufgefordert, sich regelmäßig weiterzubilden und ihre Expertise in die Kliniken zu tragen, wobei den Mitarbeitern Gelegenheit zur Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen zu geben ist (§ 6 HygMedVO). Auch im Bereich Krankenhaushygiene ist nicht geklärt, wie die Kosten zu verrechnen sind und ob die Umsetzung nicht nur durch eine erhebliche personelle Verstärkung zu gewährleisten ist.

Haftungsrechtliche Konsequenzen ergeben sich aus dem InfSchG und der HygMedVO dahingehend, dass die Nichteinhaltung der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden anerkannten Standards einschließlich der einschlägigen Hygienestandards sowie der organisatorischen Standards einen Behandlungsfehler darstellen. Selbst wenn aber – ggf. durch Be-

weiserleichterungen – Behandlungsfehler in Form eines Verstoßes gegen Hygienestandards bewiesen sind, so bleibt der Nachweis der Kausalität dieses Behandlungsfehlers für den eingetretenen Schaden patientenseitig häufig schwierig zu belegen. Als Ausnahme hiervon gilt der grobe Behandlungsfehler, hier erfolgt die Beweislastumkehr (§ 630h Abs. 5).

Diskussion

Doch *warum* werden immer mehr Patienten initiativ und lassen ihre Behandlung überprüfen? Auch früher gab es die Abweichungen des Ist- vom Sollverlauf.

Das Verhältnis der Patienten zum Arzt und zur ärztlichen Behandlung hat sich gewandelt: Früher sprach man von der *ärztlichen Kunst*. Ein Kunstwerk kann man nicht objektivieren und überprüfen. Wer kann schon sagen, ob Kunst gut oder schlecht ist. Der Sprachgebrauch der Juristen wandelte sich zum Begriff des *Behandlungsfehlers*. Ein Behandlungsfehler liegt vor, wenn eine Behandlung erfolgt, die eine Abweichung von dem ärztlichen Standard darstellt.

Seit einiger Zeit wird zunehmend von „*Ärztepfusch*“ gesprochen. Diese Formulierung lässt an ein Handwerk denken und offenbart, dass die ärztliche Behandlung mehr und mehr mit einer handwerklichen Tätigkeit gleichgesetzt wird. Es ist ein tiefgreifender Wandel in der Vorstellung des Patienten von der ärztlichen Behandlung eingetreten. Von der „*Kunst*“ zum „*Ärztepfusch*“. Ein Schicksal, wenn die Dinge anders laufen als erwartet, wird heute nicht mehr akzeptiert. Vielmehr ist der Patient von einer Erwartungshaltung geprägt, bei der der Arzt den Behandlungserfolg gewährleisten kann.

Die mangelhafte Kommunikation der Agierenden ist ein Schlüssel, warum Patienten zunehmend ihre Behandlungsverläufe überprüfen lassen.

Äußerst wichtig ist die Kommunikation mit dem Patienten selbst. Auch und gerade dann, wenn die Dinge anders verlaufen sind als geplant. Immer wieder ist von Mandanten zu entnehmen, dass die Kommunikation mit den Ärzten schlagartig abbricht oder sich doch ganz deutlich verschlechterte, nachdem die Dinge anders als gedacht gelaufen sind. Derartige

Verhaltensweisen, die menschlich verständlich sind, führen beim Patienten dazu, Angst und Unsicherheit durch die Suche nach einem Verantwortlichen entgegenzuwirken. Und das ist – berücksichtigt man die bereits dargestellte Erwartungshaltung der Patienten – notwendigerweise der Arzt. Die Kommunikationsverweigerung, die die Patienten in dieser Situation häufig empfinden, ist für sie ein weiterer Hinweis auf die Verantwortlichkeit der Ärzte, auf *Ärztepfusch*.

Verfestigen sich diese Vorstellungen im Patienten, so ist es nahezu zwangsläufig, dass er seine Behandlung überprüfen und juristisch aufarbeiten lässt. Die Hürden dafür sind nicht nur im Zeitalter der Rechtsschutzversicherungen niedrig.

Kann Kommunikation dazu führen, dass Patienten bereit sind, nicht nur eine methodenimmanente Komplikation, deren Eintritt nicht sicher vermieden werden kann, als das zu akzeptieren, was sie ist? Als ein Ausdruck des Risikos, das jeder ärztlichen Behandlung innewohnt und das der Arzt nicht steuern kann? Kann selbst ein behandlungsfehlerhaftes Verhalten des Arztes dazu führen, dass dieses ähnlich hingenommen wird? Die Antwort auf diese Fragen ist eindeutig Ja. Auch dann, wenn der Patient die medizinischen Hintergründe nicht durchschaut und den Erklärungen folgen kann, bleibt doch zumindest das Gefühl, dass er weiter wahrgenommen wird, dass man sich um ihn kümmert. Führt dies zu einem Vertrauensverlust des Patienten? Die Autoren des Artikels sagen entschieden NEIN.

An dieser Stelle sei auf die Aktion „*Reden ist Gold*“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) verwiesen [5].

- Viele Patienten sind bereit, eine Komplikation zu akzeptieren. Das gilt auch für den Fehler, sogar die vergessene Schere im Bauch.
- Wenn der Patient die unerwünschte Komplikation akzeptiert, weil sie ihm erklärt wird, sinkt das Risiko, dass es zu einer juristischen Aufarbeitung der Behandlung kommt. Insbesondere das Risiko einer Strafanzeige durch den Patienten sinkt deutlich.
- Kommt es zu keiner juristischen Auseinandersetzung, gewinnt der Arzt Zeit, die er ansonsten mit der Auseinandersetzung mit Schreiben von

Rechtsanwälten oder Haftpflichtversicherungen, Gutachten oder zur Wahrnehmung von Gerichtsterminen aufwenden muss.

Im Rahmen der Kommunikation mit dem Patienten sollte man,

- zunächst beschreiben, was passiert ist und erklären, warum sich die Dinge anders entwickelt haben als ursprünglich geplant.
- dem Patienten offensiv anbieten, die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, gemeinsam durch ein externes Gutachten klären zu lassen, ohne dass man sich selbst festlegt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht.

Nach breiter juristischer Erfahrung, die sich auf viele Gespräche mit Patienten stützt, geht es primär gar nicht darum, dass Fehler eingeräumt werden, entscheidend ist es, dass der Patient das Gefühl erhält, dass ihm von Seiten der Ärzte eine Erklärung dafür angeboten werden kann, was passiert ist und die er nachvollziehen und möglicherweise auch akzeptieren kann. Genauso wichtig ist es, dass dem Patienten das Gefühl vermittelt wird, dass er auch in dieser Situation nicht allein gelassen wird. Diese Kommunikation mit dem Patienten entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers. Mit dem Patientenrechtegesetz ist § 630c in das Bürgerliche Gesetzbuch eingefügt worden.

Arzt (und insbesondere Chirurg) zu sein bedeutet im Rechtssinn, einen gefahrtragenden Beruf auszuüben. Es ist nicht absehbar, ob die Stärkung der Patientenrechte und die größere Transparenz der medizinischen Dokumentation einen haftungsrechtlichen Tsunami auslösen. In jedem Fall gewinnt die „*sprechende Medizin*“ einen größeren Stellenwert, was für das reine Operieren eher nachteilig sein könnte, was aber dem Anspruch an den Arztberuf zugutekommt. Chirurgie ist eben mehr als Operieren.

Fazit

- Kernanliegen des PatRG und der KQM-RL ist neben der Stärkung der Patientenrechte die Erhöhung der

Patientensicherheit und der Versorgungsqualität. Diese Intention ist gleichermaßen beim InfSchG gegeben. Die organisatorischen und administrativen Vorgaben könnten diese wohlformulierten Ziele konterkarieren, da die Ressourcen für die Umsetzung nicht zur Verfügung stehen bzw. gestellt werden. Somit müsste Personal zugeführt werden oder man müsste bei unveränderten humanen Ressourcen schlichtweg weniger operieren.

- Die Praxis zeigt, dass die offene Kommunikation mit dem Patienten Haftungsprozesse vermeiden kann. Selbst mit dem Wissen eines Behandlungsfehlers und dem Bemühen des Arztes, diesen zu korrigieren und ihn einzugestehen, können Patienten weit besser umgehen als mit der eisigen Mauer des Schweigens.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. C.-D. Heidecke, MBA

Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Universitätsmedizin Greifswald, Ferdinand-Sauerbruch-Str., 17475 Greifswald
heidecke@uni-greifswald.de

Interessenkonflikt. C.-D. Heidecke, J. Jaklin, B. Konradt, A. Mangold, V. Sängler und H. Siebert geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Geraedts M (2014) Tabelle 1. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/2014/krankenhaus_report_2014_pressemappe_210114.pdf. Zugegriffen: 30. Sept. 2014
2. Schrappe M, Lessing C, Jonitz G (2006) Agenda Patientensicherheit 2006. Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Witten S 13 ff
3. Gastmeier P, Geffers C (2008) Nosokomiale Infektionen: wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006. Dtsch Med Wochenschr 133:1111–1115

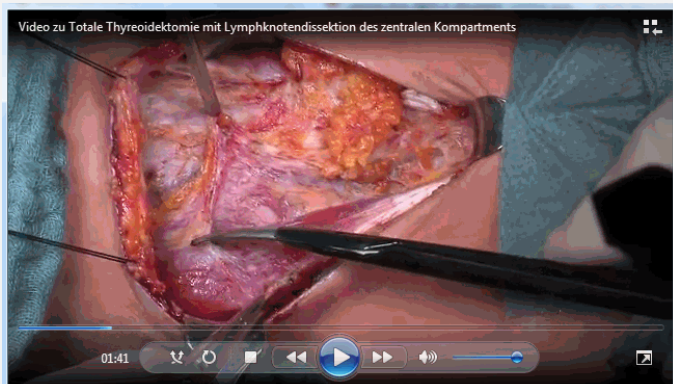
4. Gastmeier P, Brunkhorst F, Schrappe M et al (2010) Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Dtsch Med Wochenschr 135:91–93
5. Aktionsbündnis Patientensicherheit (2012) Reden ist Gold – Kommunikation nach einem Zwischenfall 2012. <http://www.aps-ev.de>. Zugegriffen: 30. Sept. 2014

Videobeitrag: Aktuelle Operationstechniken

Reichen Sie Ihren Beitrag inkl. Video für *Der Chirurg* jetzt ein!

Im Mittelpunkt des Beitrags steht Ihr Video zu aktuellen Operationstechniken. Es werden bewährte operative Verfahren dargestellt. Neben der Vermittlung aller wichtigen prä-, intra- und postoperativen Details sowie den Hinweisen auf mögliche

Fehler und Gefahren liegt der Schwerpunkt auf einer genauen Darstellung der jeweiligen Operationsschritte im Video. Nutzen Sie das Medium des Videos um komplizierte Vorgehensweisen leicht verständlich zu präsentieren. Bitte reichen Sie zudem einen kurzen begleitenden Beitrag ein, der die wesentlichen Punkte des Videos zusammenfasst.



Alle Operationsschritte werden übersichtlich im Detail von Experten erklärt. Die neue Videoreihe finden Sie auf springermedizin.de

Weitere Informationen zur Einreichung sowie einen detaillierten Autorenleitfaden finden Sie auf www.derchirurg.de

Reichen Sie Ihren Videobeitrag online ein unter www.editorialmanager.com/dech/



Hier steht eine Anzeige.

