

Allgemeine Ausgangssituation

1.1 Praktische Bedeutung von Behandlungsfehlervorwürfen – 2

1.2 Unterschiedliche Interessenlagen – 4

- 1.2.1 Die Motivation des Patienten und seine Absichten – 4
- 1.2.2 Die Sicht des Arztes – 5
- 1.2.3 Die Position des Krankenhauses – 8
- 1.2.4 Sichtweise der Versicherung – 11
- 1.2.5 Situation aus Sicht der Staatsanwaltschaft – 13
- 1.2.6 Berufsrechtliche Perspektive – 14
- 1.2.7 Stellung der Kostenträger – 15
- 1.2.8 Verjährung – 15

1.3 Der Umgang mit Patienten und Angehörigen – 17

- 1.3.1 Entscheidende Weichenstellung im Gespräch – 17
- 1.3.2 Keine Pflicht zur Offenbarung eines Fehlers – 18
- 1.3.3 Gesprächsführung – 18
- 1.3.4 Beweissicherung – 19
- 1.3.5 Kommunikationstraining – 20

1.4 Kommunikation mit den Medien – 20

- 1.4.1 Medienkommunikation als Visitenkarte – 20
- 1.4.2 Krisensituation und Medien – 21

Die Geltendmachung vermeintlicher Ansprüche von Patienten gegenüber Ärzten und Krankenhäusern ist keine Entdeckung der heutigen Zeit.

Bereits das Reichsgericht hatte sich 1894 mit einem Vorwurf gegen einen Arzt zu beschäftigen. In der noch heute richtungweisenden Entscheidung wurde festgestellt, dass eine absolut indizierte und lege artis durchgeführte Amputation des Fußes eines Kindes als tatbestandsmäßige und schuldhaft Körperverletzung qualifiziert wurde, da sie ohne den erklärten Willen des Sorgeberechtigten durchgeführt wurde (RGSt 25, 375).

Gleichwohl muss man feststellen, dass seit etwa 30 Jahren die Zahl der Fälle, in denen es um ärztliche Fehler geht, rasant zugenommen hat. Parallel dazu ist zu beobachten, dass die Höhe der zuerkannten Beträge für Schmerzensgeld ebenfalls deutlich gestiegen ist. Summen von 500.000 € oder 650.000 € sind keine Seltenheit (OLG Naumburg, MedR 2012, 129 f.; KG GesR 2012, 413 f.). Auch im Bereich des materiellen Schadensersatzes werden teilweise hohe Beträge zugesprochen.

Beispiel

Vor dem Landgericht München I wurde ein Vergleich geschlossen, wonach 5 Mio. € an den Patienten zu zahlen sind (Az.: 9 O 3690/01). Die ursprüngliche Forderung belief sich auf 9 Mio. € für Schmerzensgeld, Behandlungskosten, Verdienstausschlag sowie Unterhalt für die Ehefrau und die beiden noch schulpflichtigen Kinder des Patienten. Es handelte sich um einen Topmanager, der nach einem Eingriff im Rachenraum von den Beatmungs- und Überwachungsgeräten abgehängt wurde, wodurch es zu einem Ersticken kam. Der Patient blieb etwa 15 Minuten ohne Sauerstoff, sodass sein Gehirn irreversibel geschädigt wurde und er jetzt als Wachkomapatient in einem Pflegeheim lebt.

Mit Rücksicht auf die Versicherungssumme einigte man sich auf den Vergleichsbetrag, da die gerichtlich in Anspruch genommenen Ärzte

nicht in der Lage waren, aus eigenen Mitteln Beträge aufzuwenden, die für eine Abdeckung der Klageforderung ausgereicht hätten.

1.1 Praktische Bedeutung von Behandlungsfehlervorwürfen

Die ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen führte eine zentrale Sammlung der geltend gemachten Ansprüche und Entscheidungen ein. Nach bundeseinheitlichen Parametern werden mittels eines elektronischen Statistikbogens die Daten gesammelt. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting System (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in eine Bundesstatistik zusammengeführt.

Die zentrale Sammlung der Datensätze wird bei der Geschäftsstelle der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern in Hannover geführt. Dabei geht die ständige Konferenz davon aus, dass gut 1/4 aller vermuteten Arzthaftungsfälle durch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern bewertet werden. Es ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Begutachtungsfälle an sich erfasst wird – unabhängig davon, ob sich das Verfahren gegen einen oder mehrere Ärzte richtet.

Für die jüngste Vergangenheit ergab sich damit folgendes Bild (■ Tab. 1.1).

Statistisch gesicherte Zahlenangaben existieren nicht. Grundsätzlich beruhen die Gesamtzahlen auf Schätzungen. Dies liegt daran, dass es keine Mitteilungen sämtlicher Haftpflichtversicherer gibt, woraus auf eine verlässliche Gesamtzahl von Behandlungsfehlervorwürfen, bei denen auch tatsächlich Ansprüche geltend gemacht werden, geschlossen werden kann (vgl. Ulsenheimer, Arztstrafrecht in der Praxis, 4. Aufl., Rdn. 1, der auch von rund 40.000 Behandlungsfehlervorwürfen pro Jahr spricht). Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass sich die Zahl der gel-

■ Tab. 1.1 Praktische Bedeutung von Behandlungsfehlervorwürfen

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Zahl der Anträge bei den Gütestellen	10.482	10.280	10.432	10.967	10.972	11.096	11.107
Schadensfälle insgesamt, geschätzt	ca. 40.000	ca. 40.000	ca. 40.000	ca. 40.000	ca. 40.000	ca. 40.000	ca. 40.000

tend gemachten Ansprüche auf einem hohen Niveau eingependelt hat.

Die auf jeden Fall hohe Zahl der geltend gemachten Ansprüche bedingt gleichzeitig einen Anstieg der Versicherungsprämien. Hiervon sind sowohl der Krankenhausbereich als auch die niedergelassenen Ärzte betroffen.

Dies mag ein Grund dafür sein, weshalb man in der täglichen Praxis immer wieder feststellen muss, dass sich Ärzte überhaupt nicht oder nur unzureichend gegen derartige Haftungsfälle versichert haben. Obwohl es nach § 21 der Musterberufsordnung die Pflicht eines jeden Arztes ist, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern, kommen vielfach Ärzte dieser Standespflicht, die in ihrem eigenen Interesse besteht, nicht nach. Das mag in einigen Fällen mit einem falschen Selbstverständnis gepaart sein, wonach man keine Berufshaftpflichtversicherung braucht, da einem bislang noch kein Fehler unterlaufen sei. In all diesen Fällen muss der betreffende Arzt jedoch klar sehen, dass er bei einer Inanspruchnahme mit seinem gesamten Privatvermögen haftet.

Dies erscheint umso weniger nachvollziehbar, als die Rechtsprechung in der jüngsten Vergangenheit in bestimmten Fachgebieten erhebliche Schadensersatz- und Schmerzensgeldforderungen anerkannt hat. Dies gilt insbesondere bei geburtshilflichen Schädigungen. Hier hat etwa das Oberlandesgericht Hamm in zwei spektakulären Fällen allein ein Schmerzensgeld von je 500.000 € zugesprochen (OLG Hamm, VersR 2004, 386 ff.; OLG Hamm, NJW-RR 2002, 1604).

Bei diesen Beträgen sind die materiellen Schadensersatzansprüche (z. B. Pflegekosten, Unterhaltsansprüche und entgangener Verdienst) nicht berücksichtigt, die je nach Einzelfall noch hinzukommen können.

! **Es ist nicht zu erwarten, dass die Entwicklung steigender Entschädigungszahlen ihren Höhepunkt bereits erreicht haben könnte.**

Wird auch die **zivilrechtliche Inanspruchnahme** durch die Einschaltung der Haftpflichtversicherung erheblich abgemildert, bedeutet dies dennoch gleichzeitig bereits eine tatsächliche und psychische Belastung des in Anspruch genommenen Arztes. Ihm wird schließlich der Vorwurf gemacht, durch die angeblich fehlerhafte oder unzureichende Behandlung dem Patienten Schaden zugefügt zu haben.

Ungleich belastender ist die Situation freilich dann, wenn gegen den Arzt ein **strafrechtliches Ermittlungsverfahren** mit genau den genannten Vorwürfen eingeleitet wird. Oftmals werden Strafanzeigen durch Patienten, Angehörige oder deren Rechtsanwälte gestellt. Die hier möglichen Sanktionen treffen den Arzt unmittelbar und können nicht auf eine Haftpflichtversicherung abgewälzt werden. Die mit solchen Verfahren meistens verbundenen Durchsuchungen von Praxisräumen und die Beschlagnahme von Krankenunterlagen können eine außerordentliche Belastung darstellen, wenn sie von den Betroffenen bereits als ein Stigma empfunden werden.

Die vielfach sehr langwierigen Ermittlungsverfahren führen bei Ärzten womöglich zu Verunsicherung, fehlender Risikofreude und Unselbständigkeit. Dies wiederum kann Ursache für weitere Fehler bei der Ausübung des Berufes sein.

Solche Situationen können darüber hinaus auch zu dienst- oder arbeitsrechtlichen Sanktionen führen. Vorläufige Suspendierungen vom Dienst oder Kündigungen während der Probezeit sind keine Seltenheit. Schon der bloße Verdacht eines »Kunstfehlers« hat zu derartigen Konsequenzen geführt.

Nicht zu unterschätzen sind Ansprüche der Krankenkassen und Krankenversicherungen, die ihrerseits aufgrund von Beschwerden der Patienten Überprüfungen vornehmen oder vornehmen lassen, um Rückzahlungsansprüche geltend machen zu können.

1.2 Unterschiedliche Interessenlagen

Die Anzahl der möglicherweise beteiligten Personen oder Personengruppen zeigt bereits, dass es auf den ersten Blick nahezu unmöglich scheint, deren wechselseitige Interessen umfassend zu berücksichtigen. Dies mag seinen Grund auch darin haben, dass es in Deutschland vom Verschulden des Behandelnden abhängt, ob Ansprüche bestehen oder nicht. Nach der Wiedervereinigung ist das verschuldensunabhängige System für Gesundheitsschäden der DDR nicht übernommen worden.

Auch die Versicherungslösungen in Schweden, Finnland und Dänemark, die dem Patienten einen Anspruch bei bestimmten Behandlungsschadensfällen unabhängig von einer persönlichen Einstandspflicht des Schädigers gewähren, sind nicht übernommen worden. Da somit ein Verschulden festgestellt werden muss, treffen recht unterschiedliche Interessen der verschiedenen Beteiligten aufeinander.

1.2.1 Die Motivation des Patienten und seine Absichten

Die wachsende Anzahl von Ansprüchen gegenüber Ärzten und Krankenhäusern wirft die Frage nach den Gründen hierfür auf. Sie dürften vielfältiger Natur sein.

- Eine Rolle spielt sicher das gestiegene Anspruchsdenken in der heutigen Gesellschaft. Ein schicksalhafter Verlauf wird nur selten akzeptiert.
- Die Gründe liegen aber auch im Medizinbereich selbst. Zwischen Arzt und Patient besteht vielfach kein Vertrauensverhältnis mehr, sondern ein Rechtsverhältnis, das sich an geschäftsmäßigen Vorgaben orientiert.
- Hinzu kommen ökonomischer Druck und Unpersönlichkeit, v. a. in vielen größeren Häusern, die eine vertrauensbildende Verbindung zwischen Arzt und Patient verhindern.

Auf der anderen Seite führt der rasante Fortschritt in der Medizin zu immer komplizierteren Eingriffen, wodurch die Zahl der ärztlichen Fehler steigen kann.

Patienten haben ein gesteigertes Selbstbewusstsein. Sie scheuen seltener die Auseinandersetzung, v. a. wenn Rechtsschutzversicherungen die Kosten der außergerichtlichen und gerichtlichen Geltendmachung von Ansprüchen gegenüber Ärzten und Krankenhäusern decken. Rechtsschutzversicherte Patienten finden bei der großen Zahl von Rechtsanwälten, die Betätigungsfelder suchen, schnell die erforderliche Unterstützung. Darüber hinaus erhalten die Patienten zuweilen Beistand durch eine oft einseitig skandalträchtige Berichterstattung in den Medien.

Nicht selten werden Patienten durch Nachbehandelnde auf vermeintliche Fehler hingewiesen. Dabei können Neid, Missgunst oder Konkurrenzdenken der Ärzte untereinander eine Rolle spielen. In den einschlägigen juristischen

Fachzeitingen bieten Ärzte ihre Mithilfe bei der Durchsetzung von Ansprüchen der Patienten gegen die sie behandelnden Ärzte an und haben reichlich Zulauf.

Manch kritische Äußerung über die Arbeit eines Kollegen erfolgt aber auch unbedacht, aus Eitelkeit oder wegen des Wunsches, sich vor dem Patienten als überlegen »in Szene zu setzen«. Davon muss dringend abgeraten werden, v. a. wenn der Kollege ein anderes Fachgebiet vertritt oder wenn die Vorgeschichte des Patienten nur unzulänglich bekannt ist. Patienten greifen diese Hinweise in gutem Glauben auf und berufen sich auf das vermeintlich sachverständige Urteil des Nachbehandelnden. Zeugenvernehmungen, in denen dann in peinlicher Art und Weise »zurückgerudert« werden muss, sind die Folge.

Vielen Patienten geht es um Genugtuung. Einige fühlen sich nicht genügend beachtet und ernst genommen. Andere wollen erreichen, dass das von ihnen als fehlerhaft angesehene Verhalten des Arztes von einer dritten Seite überprüft und dann ggf. geahndet wird. Diese Motivation prägt das Verhalten vieler Angehöriger nach Todesfällen. Sie wünschen sich v. a. Klarheit über das, was vorgefallen ist, weil der Verlust eines geliebten Menschen durch eine Schadensersatzzahlung ohnehin nicht aufgewogen werden kann. Manche Angehörige versuchen dem Tod des nahestehenden Menschen einen Sinn zu verleihen und glauben, mit einer Art Sendungsbewusstsein eine Wiederholung des mutmaßlichen Fehlers zu Gunsten anderer verhindern zu müssen. Andere leiden insgeheim unter Selbstvorwürfen und projizieren dies auf die Behandelnden und das Pflegepersonal.

Ferner werden die Patienten oftmals von ihren Krankenkassen ermutigt und unterstützt, derartige Forderungen geltend zu machen. So sehen die Krankenkassen sich als »starker Anwalt« für die Rechte der Patienten (Patienten-Rechte 2007, Heft 5, S. II). Entsprechendes gilt für das beabsichtigte Patientenrechtegesetz, das derzeit als Entwurf vorliegt.

1.2.2 Die Sicht des Arztes

Seit Jahrzehnten wird die fachgerecht ausgeführte Operation tatbestandsmäßig als Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Patienten angesehen. Dies gilt auch dann, wenn der Eingriff erfolgreich dem Heilzweck dient (RGSt 25, 375; BGH, NJW 1988, 2310).

! Die Rechtswidrigkeit eines solchen Eingriffs entfällt nur dann, wenn eine wirksame Einwilligung des Patienten nach ausreichender Aufklärung vorliegt.

Dies ist für Ärzte immer noch schwer einzusehen und führt manche Kollegen zu der irrigen Annahme, bei der Aufarbeitung eines möglichen Schadensfalles würden die beteiligten Juristen ihnen a limine mit misstrauischem Vorbehalt begegnen. Dies wiederum führt zu irrationalen Umgang mit dem juristischen Verfahren. Über große Ängstlichkeit ist ebenso wenig angebracht wie empörte Entrüstung. Beides führt zu vermeidbaren Fehlern.

! Schuldhafte Behandlungsfehler oder Eingriffe ohne wirksame Einwilligung des Patienten führen nach den Grundsätzen des zivilen Haftungsrechtes zu Ansprüchen der Patienten.

Die Haftung kann sich dabei zum einen aus dem Behandlungsvertrag und zum anderen aus dem Recht der unerlaubten Handlung ergeben. Beides führt zu demselben Ergebnis. Der Vermögensschaden ist ebenso zu ersetzen wie immaterielle Nachteile (Schmerzensgeld).

Vor diesem Hintergrund stellt sich bei einem Streitfall zunächst die Frage, wer Vertragspartner ist und wer bei einem möglichen Behandlungsfehler tatsächlich in Anspruch genommen werden kann.

Niedergelassene Ärzte

Bei einer **Berufsausübungsgemeinschaft** (früher Gemeinschaftspraxis) haften sämtliche Ärzte

gegenüber dem Patienten, da sie ihre ärztliche Tätigkeit gemeinsam ausüben und entsprechend nach außen auftreten. Der Behandlungsvertrag kommt deshalb mit allen Ärzten einer Gemeinschaftspraxis zustande. Die ärztlichen Leistungen sind austauschbar (BGH, NJW 1986, 2364). Daher haften alle Mitglieder einer solchen Konstellation der Zusammenarbeit gesamtschuldnerisch für etwaige Schäden aus dem Behandlungsvertrag auch dann, wenn der Patient ausschließlich nur von einem Arzt behandelt wurde (BGH, NJW 1999, 2731). Dies führt oft zu Meinungsverschiedenheiten innerhalb der Praxis.

Tip

Es sollte mit Rücksicht auf die beabsichtigte weitere Zusammenarbeit der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft darauf geachtet werden, dass es auch im Innenverhältnis, d. h. zwischen den Ärzten untereinander, bei der gesamtschuldnerischen Haftung bleibt.

Bei einer **Praxisgemeinschaft** haftet nur derjenige Arzt, der tatsächlich gegenüber dem Patienten tätig geworden ist. Eine Haftung der weiteren Mitglieder der Praxisgemeinschaft kommt nur dann in Betracht, wenn ein Mitglied der Praxisgemeinschaft im Rahmen einer Vertretungstätigkeit einen ärztlichen Fehler zulasten des Patienten begangen hat. Er haftet dann unter dem Gesichtspunkt der unerlaubten Handlung. Vertragliche Ansprüche stehen dem Patienten in diesem Fall allerdings gegenüber dem Vertreter nicht zu.

Im Bereich der **medizinischen Versorgungszentren** (MVZ) kommt der Behandlungsvertrag zwischen dem Patienten und dem Versorgungszentrum selbst zustande. Zu den einzelnen angestellten Ärzten werden keine vertraglichen Beziehungen geknüpft (Wigge, Medizinische Versorgungszentren nach dem GMG, MedR 2004, 123/125).

! Hier kommt eine persönliche Haftung eines Arztes nur unter deliktsrechtlichen Gesichtspunkten in Betracht.

Bei der Gesellschaftsform der **Partnerschaft** nach dem PartGG beschränkt sich die Gesellschafterhaftung auf den behandelnden Arzt als Gesellschafter, wenn dieser allein gegenüber dem Patienten tätig gewesen ist. Daneben haftet nur das Gesellschaftsvermögen.

Seitdem der Bundesgerichtshof es für zulässig erachtet hat, dass heilkundliche Diagnostik und Therapie als **Gesellschaft mit beschränkter Haftung** angeboten werden kann, kommt in diesen Fällen der Behandlungsvertrag ausschließlich mit der Ärzte-GmbH zustande (BGHZ 124, 224). Hier ist die Haftung auf das Vermögen der Gesellschaft beschränkt. Allerdings kommt neben der vertraglichen Haftung auch die Einstandspflicht nach Deliktsrecht in Betracht, so dass die handelnden Ärzte insoweit persönlich haften.

Der **Urlaubsvertreter** eines niedergelassenen Arztes haftet nicht aus Vertrag gegenüber dem Patienten (BGH, NJW 2000, 2737). Hier kommt nur eine deliktische Haftung in Betracht. Allerdings kann den vertretenen Arzt ein Auswahlverschulden treffen, wenn er einen fachlich nicht genügend geeigneten Vertreter auswählt.

Beauftragt der behandelnde Arzt einen **Laborarzt**, handelt der Arzt als Stellvertreter des Patienten. Hierdurch wird zwischen dem Laborarzt und dem Patienten ein Vertragsverhältnis begründet. Die Erklärungen des behandelnden Arztes gegenüber dem Laborarzt wirken unmittelbar für und gegen den Patienten (Laufs/Uhlenbruck a.a.O., § 41, Rdn. 17). Bei Fehlern des Laborarztes hat daher der Patient diesem gegenüber unmittelbare Ansprüche.

Zieht der Arzt einen **Konsiliar** hinzu, um etwa eine zweite Meinung einzuholen, entstehen grundsätzlich keine vertraglichen Beziehungen zwischen Patient und Konsiliararzt. Etwas anderes gilt dann, wenn der Patient zur konsilia-

rischen Mitbehandlung überwiesen wird. Hier entsteht dann ein eigenes Vertragsverhältnis zwischen dem Konsiliarius und dem Patienten (BGH, NJW 1999, 2731).

Krankenhausärzte

Im Klinikbereich ist die Situation etwas anders. Aufgrund der hierarchischen Struktur wird ein Assistenzarzt aus Sorge um sein Fortkommen daran interessiert sein, einen etwaigen Schadensfall möglichst schnell und geräuschlos zu erledigen. Letztlich hat er hierauf jedoch keinen Einfluss, da hier mehrere Personen aus der Klinik beteiligt sind, sodass eine schnelle Erledigung allein deshalb oftmals nicht möglich ist.

Unterläuft dem jungen Assistenzarzt in der privaten Ambulanz seines Chefs ein Fehler, haftet er nur nach Deliktsrecht.

Im Übrigen muss der im Krankenhaus tätige Arzt damit rechnen, dass er allein oder neben dem Krankenhaus in Anspruch genommen wird. Vielfach richtet sich die Forderung des Patienten auch gegen den Chefarzt, der die Verantwortung tragen soll.

Beamtete Ärzte

Bei beamteten Ärzten kommt eine Eigenhaftung nur dann in Betracht, wenn die vorrangige Haftung des Staates nicht eingreift. Dies folgt aus § 839 BGB i. V. m. Art. 34 GG. Danach kann bei einer nur fahrlässig verursachten Schadenszufügung der beamtete Arzt nur dann in Anspruch genommen werden, wenn der Patient nicht auf andere Weise Ersatz zu erlangen vermag. Dies gilt allerdings nur für die deliktische Haftung des beamteten Arztes. Etwaige vertragliche Ansprüche bleiben unberührt (BGHZ 121, 107/115).

Entscheidend ist darauf abzustellen, dass der beamtete Arzt auch tatsächlich aus seiner Aufgaben- und Pflichtenstellung als Amtsträger heraus und nicht als Privatperson gehandelt hat. Diesen inneren Zusammenhang sieht die Rechtsprechung auch bei der Tätigkeit eines selbst liquidierenden Krankenhausarztes als gegeben an,

sofern es um die stationäre Behandlung des Patienten geht (BGHZ 121, 107/115). Die Rechtsprechung verweist hier auf die enge Verzahnung der ärztlichen Tätigkeit mit der Institution des Krankenhauses, in die die Behandlung insgesamt eingebunden ist.

! Bei Fehlern des beamteten Krankenhausarztes, die in der von ihm geleiteten Privatambulanz unterlaufen, gilt das Haftungsprivileg – also die Primärhaftung des Staates – nicht.

Das Haftungsprivileg greift in solchen Fällen nicht, da die ärztliche Tätigkeit so stark aus dem Krankenhausbetrieb ausgegrenzt ist, dass nicht mehr davon ausgegangen werden darf, dass die vom Inhaber dieser Ambulanz erbrachte ärztliche Tätigkeit zu seinen Dienstpflichten gehört, die ihm als Beamten obliegen (BGHZ 120, 376).

Demgegenüber greift das Haftungsprivileg bei Fehlern in einer vom Krankenhaus selbst getragenen Institutsambulanz (BGHZ 120, 376/385).

Der von einer Berufsgenossenschaft zur Klärung sozialrechtlicher Ansprüche eines Mitglieds beauftragte Arzt haftet diesem Patienten gegenüber weder deliktisch noch vertraglich auf Schadensersatz oder Schmerzensgeld, da es sich bei solchen Untersuchungen um eine hoheitliche Tätigkeit handelt (OLG Koblenz, MedR 2006, 482).

Insgesamt ist davon auszugehen, dass eine ärztliche Behandlung nur ausnahmsweise hoheitlicher Natur ist.

Einstandspflicht für nichtärztliches Personal

Im Deliktsrecht haften das Krankenhaus oder der niedergelassene Arzt bei Fehlern des von ihnen eingesetzten nichtärztlichen Personals, wenn ihnen Versäumnisse folgender Art nachgewiesen werden können:

- Auswahl,
- Anleitung,

- Überwachung,
- Ausstattung des nichtärztlichen Personals.

Dies stellt einen selbständigen Anspruch gegen das Krankenhaus oder den Arzt dar. Insoweit kann eine Exkulpation erfolgen. An diesen Entlastungsbeweis stellt die Rechtsprechung hohe Anforderungen (OLG Bamberg, VersR 1994, 813).

! Es muss vorgetragen werden, dass die Mitarbeiter sorgfältig ausgewählt und überwacht wurden (BGH, NJW 1993, 2989).

Daneben kommt ein direkter Anspruch unter dem Gesichtspunkt eines Organisationsfehlers in Betracht. Im Bereich der unerlaubten Handlung kann der geschädigte Patient auch einen Anspruch gegen den nichtärztlichen Mitarbeiter unmittelbar haben.

Die nichtärztlichen Mitarbeiter haften dem Patienten gegenüber nicht aus dem Behandlungsvertrag. Dieser Vertrag ist nicht mit ihnen direkt geschlossen worden, sodass hieraus keine Ansprüche des Patienten entstehen können.

Eine Besonderheit besteht bei dem **Belegkrankenhaus**, das eine Hebamme beschäftigt. Der Belegarzt hat für Fehler dieser Hebamme einzustehen, sobald er die Geburtsleitung übernommen hat. In diesem Fall ist dann die beim Belegkrankenhaus angestellte Hebamme Gehilfin des Belegarztes (BGH, NJW 1995, 1611; BGH, NJW 1992, 2969f.).

1.2.3 Die Position des Krankenhauses

Auch der Krankenhausträger kann aus eigener Haftung in Anspruch genommen werden.

Dies ist aufgrund des mit dem Patienten abgeschlossenen Krankenhausvertrages sowie durch eigenes Organisationsverschulden möglich. Er muss darüber hinaus Vorkehrungen für ein richtiges Fehlermanagement treffen.

Ob den Krankenhausträger eine eigene Haftung trifft, hängt von der vertraglichen Regelung mit dem Patienten ab.

Stationäre Behandlung

Eine solch eigene Haftpflicht kann den Krankenhausträger bei Abschluss eines totalen Krankenhausaufnahmevertrages sowie beim Abschluss eines Krankenhausvertrages mit Arztzusatzvertrag treffen.

Totaler Krankenhausaufnahmevertrag

Der Patient steht hier allein zum Krankenhausträger in vertraglicher Beziehung (BGH, VersR 1988, 272). Der Krankenhausträger schuldet die Erbringung der gesamten notwendigen Krankenhausbehandlung, wie sie als allgemeine Krankenhausleistung im Pflegesatzrecht für sozialversicherte Patienten im SGB V definiert ist. Der Träger hat im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit und seines Versorgungsauftrages sämtliche Leistungen zu erbringen, die nach Art und Schwere der Erkrankung notwendig und zweckmäßig sind (BGH, NJW 1988, 759 f.).

Der Krankenhausträger haftet aus Vertrag für das Verschulden der leitenden Krankenhausärzte, der nachgeordneten Ärzte und des Pflegepersonals. Ärzte und Pflegepersonal können neben dem Träger nur nach Deliktsrecht in Anspruch genommen werden.

Wenn ein frei praktizierender niedergelassener Arzt auf besonderen Wunsch eines Privatpatienten hinzugezogen wird, hat der Träger für die Behandlung dieses Arztes nicht einzustehen (BGH, NJW 1999, 668).

Einheitlicher Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag

Hier ist der Träger zur Krankenhausversorgung und zur umfassenden ärztlichen Behandlung des Patienten verpflichtet. Der selbst zahlende Patient schließt zusätzlich einen Vertrag über die ärztliche Behandlung mit dem selbst liquidieren-

den leitenden Arzt. Hierdurch entstehen dann in einem Schadensfall vertragliche Ansprüche des Patienten sowohl dem Krankenhausträger als auch dem leitenden Arzt gegenüber. Ansprüche gegen nachgeordnete Ärzte können nur im Bereich des Deliktsrechts entstehen.

Gespaltener Arzt-Krankenhaus-Vertrag

Hier schließt der Patient zwei Verträge ab:

- Hinsichtlich der Krankenhausversorgung tritt er ausschließlich zum Krankenhausträger in vertragliche Beziehungen.
- Darüber hinaus kommt es zu einem Dienstvertrag zwischen dem liquidationsberechtigten Arzt und dem Patienten.

Dies ist der Regelfall bei Belegärzten. Diese sind nicht Angestellte des Trägers.

Der Belegarzt hat daher für eigene Fehler in seinem Leistungsbereich einzustehen sowie für Fehler bei von ihm veranlassten ärztlichen Leistungen, die durch andere Ärzte erbracht werden. Der Krankenhausträger kann insoweit nicht in Anspruch genommen werden. So haftet der Träger für die Fehler einer bei ihm angestellten Hebamme nur solange, wie diese nicht wegen einer besonderen ärztlichen Weisungskompetenz oder der Übernahme der Geburtsleitung durch den Belegarzt eingesetzt wird. Unterläuft dann ein Fehler, hat hierfür der Belegarzt einzustehen (BGH, NJW 2000, 2737).

! Problematisch ist die Abgrenzung der Verantwortlichkeit im Rahmen einer Operation zweier nicht in Gemeinschaftspraxis verbundener Belegärzte (OLG Zweibrücken, VersR 2002, 317 f.).

In Ausnahmefällen kann neben dem Belegarzt auch der Krankenhausträger in Anspruch genommen werden. Dies ist möglich etwa bei Koordinations- oder Informationsversäumnissen im Rahmen der horizontalen ärztlichen Arbeitsteilung (OLG Hamm, MedR 1992, 340 f.). Eben-

so kann dies geschehen bei Missverständnissen, zu denen es im Rahmen der Koordination in der Behandlung und Pflege oder der Weisungs- und Kontrollzuständigkeit kommen kann.

Ferner haftet der Träger für Krankenhausärzte, die nicht im Fachgebiet des Belegarztes tätig werden. Dies gilt auch für das Pflege- und medizinisch-technische Personal (OLG Düsseldorf, VersR 1998, 91/93).

Ambulante Behandlung

Bei der Behandlung eines Kassenpatienten in der Krankenhausambulanz kommt ein Behandlungsvertrag zwischen ihm und dem beteiligten Chefarzt zustande.

Hier haftet der Krankenhausträger nicht. Etwas anderes gilt dann, wenn es sich um die Einweisung zur stationären Behandlung oder um eine Notfallbehandlung in der Ambulanz handelt (BGH, NJW 1993, 784; BGHZ 105, 189).

Entsprechendes gilt für den Privatpatienten, der sich in die Ambulanz des Chefarztes begibt. Dies gilt auch, wenn in Abwesenheit des Chefarztes der diensthabende nachgeordnete Arzt den Patienten behandelt (BGH, NJW 1989, 769).

Ansprüche aus Organisationsverschulden des Krankenhausträgers

Dem Krankenhausträger obliegt eine Reihe von Organisationspflichten. Deren Verletzung oder Missachtung kann zu selbständigen Ansprüchen des Patienten gegenüber dem Krankenhausträger führen.

! Größe, Charakter und Ausstattung des betroffenen Krankenhauses sind mitentscheidend.

Es dürfen an ein kleines Krankenhaus nicht die gleichen Anforderungen wie an eine Universitätsklinik gestellt werden.

Der Krankenhausträger muss ausreichend qualifiziertes ärztliches und nichtärztliches Personal zur Verfügung stellen. Er hat alle Mitarbeiter anzuleiten, zu überwachen und für deren Fort- und Weiterbildung zu sorgen. Außerdem hat er für regelmäßige betriebsärztliche Gesundheitsüberprüfungen des Personals zu sorgen.

Es muss in jeder Phase der Behandlung ein qualifizierter Arzt zur Verfügung stehen, um die notwendigen Anweisungen geben und überwachen zu können (BGH, VersR 1992, 745; OLG Hamm, VersR 1994, 792; OLG Stuttgart, NJW 1993, 1358).

Es sind konkrete Zuständigkeitsregelungen zu treffen. Einsatzpläne und Vertreterregelungen müssen ebenso wie Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienste gesichert sein (OLG Düsseldorf, VersR 1986, 659).

! Von besonderer Bedeutung ist die Organisation der Patientenaufklärung.

Hier muss es eindeutige Regelungen geben, deren Einhaltung auch zu überwachen ist (BGH, VersR 1989, 851). Es muss ferner gesichert sein, dass der Chefarzt, der die Risikoaufklärung eines Patienten einem nachgeordneten Arzt überträgt, organisatorische Maßnahmen ergreift, um eine ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen und zu kontrollieren (BGH, MedR 2007, 69 ff.; BGH, NJW-RR 2007, 310 ff.).

Ebenso muss es konkrete Regelungen für die ärztliche Erstversorgung von Unfallopfern geben.

Der Krankenhausträger ist für die Sicherheit der Patienten verantwortlich. Dies gilt insbesondere für die Behandlung von Kindern (OLG Köln, VersR 1994, 1425). Eine besondere Pflicht besteht bei suizidgefährdeten psychischen Kranken (BGH, VersR 1994, 50).

Es sind ausreichende hygienische Verhältnisse zu garantieren (BGH, VersR 1983, 735). Zudem ist die Funktionsfähigkeit der medizinischen Geräte und Apparate sicherzustellen (BGH, VersR 1982, 181).

Ebenso treffen den Träger Verkehrssicherungspflichten im Krankenhausgebäude selbst. Wege und Zugänge sowie Einrichtungsgegenstände müssen für den Patienten gefahrlos sein (BGH, VersR 1991, 310; OLG Köln, VersR 1990, 1240).

Fehlermanagement

Ein Krankenhausträger ist gut beraten, allen Mitarbeitern Verhaltensmaßregeln an die Hand zu geben, wie diese sich in einem Schadensfall zu verhalten haben. Dies beginnt mit der Information darüber, dass und in welchem Umfang die ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter über den Träger für ihr Tun haftpflichtversichert sind. Gerade junge Mediziner und solche, die sich noch in der Ausbildung befinden, sind bei möglichen Haftungsfällen völlig verunsichert, ob für sie Versicherungsschutz besteht.

! Jeder Arzt muss bei einem möglichen Schadensfall die Verwaltung informieren.

Dem Arzt muss klar sein, welchen Inhalt seine Gespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen haben dürfen.

Es muss eine klare Anweisung bestehen, dass schriftliche Auskünfte ebenso wenig ohne Zustimmung der Verwaltung erteilt werden dürfen, wie dies auch für die Herausgabe von Krankenunterlagen gilt. Händigt ein Arzt im guten Glauben die Krankenakte im Original an die Polizei aus, ohne vorher Kopien gefertigt zu haben, können hierdurch erhebliche Nachteile entstehen.

Tipp

Keine Herausgabe der Krankenakte ohne Einbehaltung einer Kopie.

Es bietet sich in diesem Rahmen an, eine Checkliste (► Übersicht) zur Verfügung zu stellen, die jedem Arzt eine schnelle Orientierung geben kann.

Checkliste Fehlermanagement

- Kontrolle der Dokumentation
- Krankenunterlagen sind zu komplettieren; ergänzende Angaben können nachträglich gemacht werden, wenn diese mit Datum und Paraphe versehen werden
- Von der Krankenakte sowie von sämtlichen Röntgenaufnahmen, CT- oder MRT-Bildern sind Kopien zu fertigen
- Noch nicht geschriebene Operationsberichte müssen erstellt werden
- Die Verwaltung muss informiert werden
- Meldung an die Haftpflichtversicherung
- Fertigung persönlicher Aufzeichnungen über den Geschehensablauf
- Feststellung, wer an einem Aufklärungsgespräch teilgenommen hat
- Keine Zeugen beeinflussen
- Keine Unterdrückung oder Veränderung der Krankenunterlagen

Der Krankenhausträger wird im Übrigen die Regulierung der Angelegenheit der Haftpflichtversicherung überlassen. Er wartet das Ergebnis ab und zieht ggf. arbeitsrechtliche Konsequenzen. Dies gilt insbesondere, wenn sich Fehler gehäuft haben.

Dabei ist auf die Schwere und die Umstände der einzelnen Fälle Rücksicht zu nehmen. So wird sicherlich ein Fehler, der infolge Übermüdung unterläuft, anders zu bewerten sein als ein solcher, der aufgrund leichtfertiger Selbstüberschätzung des Arztes eintritt und daher ohne Weiteres vermeidbar gewesen wäre. Auf jeden Fall hat der Krankenhausträger zu prüfen, ob er organisatorische Maßnahmen ergreifen muss.

1.2.4 Sichtweise der Versicherung

Für die Versicherung sind die Berufshaftpflichtversicherung für Ärzte oder die Betriebshaftpflichtversicherung für Krankenhäuser jeweils nur eine Sparte von vielen, in denen geschäftliche Beziehungen zu Ärzten bestehen. Im Interesse einer umfassenden und langjährigen Kundenbeziehung bietet es sich an, z. B. neben einer Lebens- oder Sachversicherung auch den Bereich der beruflichen oder betrieblichen Haftpflicht abzudecken.

! Nach § 21 MBO-Ä besteht die Pflicht zum Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung.

Tatsächlich ist der Markt der Anbieter in diesem Geschäftsbereich aber kleiner als in anderen Versicherungssparten. Denn gewinnbringende Prämien sind, nicht zuletzt durch das Spätschadensrisiko, schwerer zu kalkulieren. Das liegt daran, dass viele Ansprüche erst Jahre nach der vermeintlich fehlerhaften Behandlung geltend gemacht werden. Manche Patienten bekommen sehr spät von einem nachbehandelnden Arzt erstmals den Hinweis, dass ein Behandlungsfehler Ursache ihrer anhaltenden Beschwerden sein könnte. Da dann die eigentliche Klärung der Haftung noch weitere Zeit – manchmal sogar etliche Jahre – in Anspruch nimmt, lässt sich erst mit einer deutlichen Zeitverzögerung sagen, ob und in welcher Höhe die eingekommenen Prämienzahlungen zu einem bestimmten Vertrag den eigentlichen Zahlungsaufwand abdecken.

Auch ein über Jahre offenbar ohne gravierende Schadenszahlungen verlaufener Haftpflichtversicherungsvertrag kann durch einen einzigen Größtschaden, wie z. B. einen Geburtsschadensfall, bei dem Aufwendungen in Millionenhöhe im Raum stehen, plötzlich ganz anders zu bewerten sein. Insofern handelt es sich um eine Versicherungssparte, die aufgrund der schweren Kalkulierbarkeit ein spezielles unternehmerisches Risiko mit sich bringt. Deshalb

ziehen sich derzeit viele Haftpflichtversicherer aus diesem Bereich zurück.

Letztlich geht es aber im Interesse aller Beteiligten darum, das Arzthaftungsrisiko auch in Zukunft noch versicherbar zu erhalten. Denn eine Versicherung, die in diesem Geschäftszweig tätig ist, wird die damit verbundenen Schwankungen am besten durch eine dauerhaft angelegte Geschäftstätigkeit mit möglichst langjährigen Vertragsbeziehungen auffangen.

Daran dürften auch die Ärzte ein Interesse haben, die zur Berufsausübung auf den Abschluss einer Haftpflichtversicherung angewiesen sind. Für die Ärzte spielt zudem eine Rolle, dass die Höhe der Prämien noch tragbar bleiben muss. Denn Erfahrungen aus den USA in der Vergangenheit zeigen, dass aufgrund extrem gesteigerter Versicherungsprämien für geburtshilflich tätige Ärzte in manchen Landstrichen eine Unterversorgung entstanden ist. Eine sicherlich sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten unbefriedigende Situation, die aber nicht zuletzt damit zusammenhängt, dass die dortigen Gerichte zu deutlich höheren Schadensersatzleistungen als in Deutschland verurteilen.

Auch wenn nicht zu erwarten ist, dass eine vergleichbare Entwicklung in Deutschland stattfinden wird (► Kap. 7), so ist aber in der Rechtsprechung der letzten Jahre eine Tendenz zur Verurteilung zu höheren Schmerzensgeldern erkennbar. Berücksichtigt man zudem die deutliche Kostensteigerung für die pflegerische Betreuung dauerhaft geschädigter Patienten, so könnten diese ansteigenden Regulierungsaufwendungen evtl. auf lange Sicht Auswirkungen auf die Höhe der Prämien haben.

All diese Aspekte bedeuten in Bezug auf die Schadensbearbeitung, dass die Versicherung daran interessiert ist, so bald wie möglich Gewissheit darüber zu haben, ob eine Haftung des Arztes vorliegt oder nicht. Nur so wird sie genauer kalkulieren können, mit welchen Aufwendungen sie tatsächlich zu rechnen hat.

Bei der Entscheidung, ob und in welcher Höhe reguliert werden soll, sind aber neben dem Interesse der Versicherung an einer sinnvollen wirtschaftlichen Lösung auch die Interessen des Arztes oder des Krankenhauses zu berücksichtigen. Denn der Arzt, dem je nach Fall eventuell ein schwerwiegender fachlicher Fehler vorgeworfen wird, muss die Möglichkeit haben, sich gegen diesen Vorwurf verteidigen zu können, wenn er ihn für unberechtigt hält. Hierauf hat die Versicherung als sein Interessenvertreter – soweit als möglich – Rücksicht zu nehmen.

Andererseits hat der Sachbearbeiter der Haftpflichtversicherung abzuwägen, wie die Prozessaussichten sind, falls man sich weiter gegen die Vorwürfe verteidigt und es auf eine Klage hinausläuft. Aufgrund der damit verbundenen Gerichts- und Anwaltskosten kann es oft wirtschaftlich sinnvoller sein, sich vergleichsweise zu einigen, um einen Prozess zu vermeiden.

Umgekehrt kann es in eindeutig gelagerten Fällen im Interesse des Arztes liegen, durch das Einräumen des Fehlers und die Förderung einer umgehenden Regulierung das Vertrauensverhältnis zum Patienten so gut wie möglich zu erhalten. Dies kann gerade bei niedergelassenen Ärzten, die dem Patienten noch häufiger in ihrem Umfeld begegnen, ein beachtenswerter Aspekt sein. Auch darauf sollte die Versicherung soweit wie möglich Rücksicht nehmen.

Ist es aber schon zu einem Klageverfahren und zu einer Verurteilung in der ersten Instanz gekommen, so wird die Versicherung sorgfältig abwägen, wie die Aussichten in der nächsten Instanz sind. Besteht die Gefahr, dass durch ein belastendes Urteil des OLG oder sogar des BGH die Anforderungen an die Qualität der ärztlichen Behandlung generell angehoben oder der Behandlungsspielraum eingeengt werden könnten, so wird man letztlich im übergeordneten Interesse nicht alle Instanzen ausschöpfen.

! **Zusammenfassend gilt für die Schadensbearbeitung, dass viele verschiedene Interessen zu berücksichtigen sind, um ein für alle Seiten tragfähiges und wirtschaftlich sinnvolles Ergebnis zu erzielen. Dabei liegt es nicht zuletzt im Interesse der Versicherung, zu einem zügigen Abschluss des Schadensfalles zu kommen, der die eigenen Ermittlungs- und Personalkosten gering hält.**

1.2.5 Situation aus Sicht der Staatsanwaltschaft

Die Sicht der Staatsanwaltschaft wird geprägt durch die gesetzlichen Vorgaben der Strafprozessordnung (StPO).

! **Die Staatsanwaltschaft vertritt nicht die Interessen des Patienten, sondern den staatlichen Strafanspruch als Sachwalterin des Gemeinwesens.**

Sie ist grundsätzlich verpflichtet, in allen Fällen einzuschreiten, in denen zureichende tatsächliche Anhaltspunkte für eine verfolgbare Straftat vorliegen (§ 152 Abs. 2 StPO).

Die Verdachtsschwelle des sog. **Anfangsverdachts** ist vergleichsweise niedrig und erlaubt nur ausnahmsweise die Zurückweisung einer Anzeige als unschlüssig, wenn dem Vortrag des Patienten ein verständlicher Verdachtsmoment praktisch nicht zu entnehmen ist. Bei allen anderen Anzeigen, aber auch in den Fällen, in denen sich aus anderen Quellen konkrete Hinweise auf eine mögliche Straftat ergeben, muss die Staatsanwaltschaft eine Untersuchung einleiten. Es besteht bei Körperverletzungen grundsätzlich die Möglichkeit der Verweisung des Patienten auf den Privatklageweg, wenn ein öffentliches Interesse an der Durchführung des Verfahrens nicht erkennbar ist (§§ 374 Abs. 1 Nr. 4, 376 StPO). Dies liegt v. a. bei Bagatelldfällen nahe. Die einschlägigen Richtlinien der Justizministerien wei-

sen jedoch darauf hin, dass in Fällen, in denen der Verletzte den Vorgang nur unter großen Schwierigkeiten aufklären kann, der Staatsanwalt gleichwohl die erforderlichen Ermittlungen anzustellen hat, bevor er den Verletzten auf den Privatklageweg verweist (Nr. 87 Abs. 2 RiStBV). Dies ist in medizinstrafrechtlichen Fällen typischerweise der Fall, weshalb Strafanzeigen eines Patienten fast ausnahmslos die Durchführung von zumindest grundlegenden Ermittlungen zur Folge haben.

Die Verpflichtung der Staatsanwaltschaft zur Prüfung des Sachverhalts ist bei Behandlungsfehlerwürfen andererseits nicht vom Strafantrag des Patienten abhängig. Ein mögliches Fremdverschulden an einem Todesfall ist immer aufzuklären. Steht ein Körperverletzungsdelikt in Frage, kann die Staatsanwaltschaft auch von Amts wegen im besondern öffentlichen Interesse eine Untersuchung anstrengen (§ 230 StGB). Dies wird sie unter Abwägung des Strafverfolgungsinteresses der Allgemeinheit gegen die Interessen des Patienten an der Geheimhaltung seiner Daten v. a. dann tun, wenn der Verdacht besonderer Leichtfertigkeit besteht, wenn schwere Schäden eingetreten sind oder wenn ein Serienschaden entstanden ist (Nr. 234 Abs. 1 RiStBV). Lässt sich der schwerwiegende Tatvorwurf nicht erhärten, kann eine solche Untersuchung mangels besonderen öffentlichen Interesses wieder eingestellt werden.

! **Die Staatsanwaltschaft ist nicht an die Interessen einer Partei gebunden und hat nicht nur die zur Belastung, sondern auch die zur Entlastung des Arztes dienenden Umstände unparteiisch zu ermitteln (§ 160 Abs. 2 StPO).**

Gibt sie am Ende der Untersuchung – wie übrigens in mehr als 95 % der Fälle – dem Antrag auf Erhebung der öffentlichen Klage nicht statt, so hat sie dies den Anzeigenden unter Angabe der Gründe mitzuteilen. In den meisten Fällen ist der Antragsteller zugleich über die Möglichkeit

zu belehren, binnen zwei Wochen eine Beschwerde an den Generalstaatsanwalt richten zu können. Insbesondere bei Todesfällen und beim Verdacht der unterlassenen Hilfeleistung können nahe Angehörige oder Patienten im Anschluss an diese sog. Vorschaltbeschwerde binnen eines Monats eine gerichtliche Entscheidung beim Oberlandesgericht beantragen mit dem Ziel, eine Anklage auch gegen den Willen der Staatsanwaltschaft zu erzwingen (**Klageerzwingungsverfahren**).

Um solche Verfahren zu vermeiden, wird der Staatsanwalt sich bemühen, Einstellungsentscheidungen möglichst »wasserdicht« zu begründen. Eine gründliche Aufklärung des Sachverhalts auf Basis der Behandlungsunterlagen ist deshalb in den meisten arztstrafrechtlichen Verfahren selbst dann unerlässlich, wenn der Staatsanwalt selbst von Anfang an eine Verfahrenseinstellung für wahrscheinlich hält.

Die Richtung, in die sich ein Verfahren bewegt, ist für erfahrene Staatsanwälte meist schnell erkennbar. Erfahrungsgemäß legen sich Sachbearbeiter der Ermittlungsbehörden im Laufe der Ermittlungen früher oder später auf eine Marschrichtung fest, in die sie das Verfahren zu steuern beabsichtigen. Versierte Strafverteidiger nehmen rechtzeitig Kontakt mit der Anklagebehörde auf, um zu erkunden, in welche Richtung der Staatsanwalt tendiert. Je nachdem kann dann versucht werden, die noch fehlenden Beweismittel zügig beizubringen, um die rasche Einstellung des Verfahrens zu erreichen oder – bei einer absehbaren Entscheidung zum Nachteil des Mandanten – zumindest so vorzutragen, dass eine öffentliche Hauptverhandlung vermieden werden kann.

Insbesondere wenn sich der Vorwurf auf einen fahrlässigen Behandlungsfehler richtet, wird eine konsensfähige Erledigung des Rechtsstreits von vielen Staatsanwälten und Richtern angestrebt, schon um die regelmäßig aufwändigen und komplizierten Beweiserhebungen in einer Hauptverhandlung mit ungewissem Ausgang zu vermeiden.

Anders stellt sich die Sachlage dar, wenn der Verdacht **vorsätzlichen Fehlverhaltens** aufkommt. Dies ist typischerweise in drei Konstellationen der Fall:

1. bei der Abrechnung überflüssiger Behandlungen in Bereicherungsabsicht,
2. bei der bewussten Täuschung des Patienten im Zuge der Aufklärung, um Fehler zu vertuschen, und
3. beim Nachweis der nachträglichen Manipulation von Behandlungsunterlagen durch Urkundenfälschung.

In Fällen dieser Art wird die Staatsanwaltschaft regelmäßig versuchen, den staatlichen Strafanspruch mit aller Konsequenz durchzusetzen, auch um einen Abschreckungseffekt zu erzielen.

1.2.6 Berufsrechtliche Perspektive

Nicht selten erfolgt seitens eines unzufriedenen Patienten oder dessen Angehörigen auch eine Anzeige an die zuständige Ärztekammer. Dies geschieht dann neben der Anrufung der Gutachterkommission für ärztliche Haftungsfragen oder der Inanspruchnahme staatlicher Gerichte. Kenntnis kann die Kammer auch aus der Berichterstattung in den Medien erhalten. In Strafsachen gilt die MiStra, wonach in den Fällen, in denen sich der Verdacht eines strafbaren Behandlungsfehlers bestätigt hat, die Staatsanwaltschaft von Amts wegen Mitteilung an die Kammer und Aufsichtsbehörden zu erteilen hat.

Die Kammer hat dann den Sachverhalt aufzuklären und den betreffenden Arzt zu hören. Sie ist berechtigt, Akten herbeizuziehen. Die Kammer hat die Möglichkeit, ein berufsgerichtliches Verfahren einzuleiten, wenn eine Rüge nicht ausreichend erscheint. Im berufsgerichtlichen Verfahren kann erkannt werden auf:

- Warnung,
- Verweis,
- Entziehung des passiven Berufswahlrechtes,

- Geldbuße bis zu 50.000,00 €,
- Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufes.

Dies ist für beamtete Ärzte, die ihre Beamtenpflichten verletzt haben, nicht möglich. Hier wird dann nach der jeweiligen Disziplinarordnung seitens des Dienstherrn ein Disziplinarverfahren eingeleitet. Die dargestellte Mitteilungspflicht der Staatsanwaltschaft besteht entsprechend gegenüber dem Dienstherrn.

Im Bereich des **Vertragsarzteswesens** sehen die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen Verfahren zur Verhängung von Maßnahmen gegen solche Mitglieder vor, die ihre Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllen. Nach § 81 Abs. 5 Satz 2 SGB V sind als Maßnahmen hier vorgesehen:

- Verwarnung,
- Verweis,
- Geldbuße bis zu 10.000,00 €,
- Anordnung des Ruhens der Zulassung,
- Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu 2 Jahren.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Zulassungsausschuss selbst eine entsprechende Maßnahme ergreift.

1.2.7 Stellung der Kostenträger

Zunehmend ist zu beobachten, dass gesetzliche und auch private Krankenkassen ihre Mitglieder ermutigen, wegen vermeintlicher Behandlungsfehler gegen die behandelnden Ärzte und Krankenhäuser vorzugehen. Dabei berufen die Kostenträger sich auf § 66 SGB V. Danach können die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind, unterstützen.

Dabei dürfte allerdings nicht die Verfolgung der Patienteninteressen im Vordergrund stehen. Vielmehr wird hier eine realistische Möglichkeit gesehen, dass bereits bezahlte Behandlungskosten zurückerstattet werden müssen, weil ein Behandlungsfehler nachgewiesen wird.

In diesem Licht mag man Äußerungen anlässlich einer Pressekonferenz am 06.09.2007 zur Veranstaltung »Patientenrechte – Wunsch- oder Stiefkind?« kritisch bewerten. Dort war die Rede davon, dass Patientenrechte Menschenrechte seien und deshalb die Verabschiedung eines eigenen Patientenrechtsgesetzes notwendig sei, obgleich das deutsche Recht bereits de lege lata umfangreiche Regelungen der Patientenrechte vorsieht (PatientenRechte 2007, Heft 5, S. II.).

1.2.8 Verjährung

Die Verjährungsregeln sind für das Straf- und Zivilrecht unterschiedlich gestaltet.

Strafrecht

Die einschlägigen Straftaten verjähren regelmäßig nach **5 Jahren** (§ 78 Abs. 3 Nr. 4 StGB), wobei der Lauf der Frist durch bestimmte Untersuchungshandlungen wie die Anordnung einer verantwortlichen Vernehmung des betroffenen Arztes (§ 78 Abs. 1 Nr. 1 StGB) oder den Erlass eines Durchsuchungs- oder Beschlagnahmebeschlusses (§ 78 Abs. 1 Nr. 4 StGB) unterbrochen werden kann. Nach einer Unterbrechung beginnt die Frist erneut zu laufen, bis maximal das Doppelte der gesetzlichen Frist (meist also 10 Jahre) verstrichen ist (§ 78 Abs. 3 StGB).

Die strafrechtliche Verjährungsfrist beginnt mit Beendigung der Tat (§ 78 a StGB), d. h. regelmäßig mit dem Abschluss der als fehlerhaft gerügten Behandlung. Andauernde Nachwirkungen eines fahrlässigen Behandlungsfehlers oder mittelbare Spätfolgen bleiben für die Fristberechnung außer Betracht (LG Frankfurt, NStZ 1990, 592; Aids-Entscheidung des BGH; BGH 3,

StR 248/07 – Urteil vom 18.10.2007, LG Flensburg). Auch auf die Kenntnis des Patienten kommt es nicht an.

Eine Ausnahme gilt nur, wenn als Spätfolge eines fahrlässigen Behandlungsfehlers der Tod des Patienten eintritt. Da sich mit dem Eintritt des Todes die Deliktsqualität vom Körperverletzungsvorwurf zu dem der fahrlässigen Tötung verändert, beginnt mit dem Tode des Patienten eine neue Fünfjahresfrist, die nach allgemeinen Regeln erneut unterbrochen werden kann.

Längere Fristen können sich wegen der möglichen Kombination mit Betrugsvorwürfen bei vorsätzlicher Falschbehandlung ergeben. Hier ist eine genaue Prüfung durch einen Rechtsanwalt unerlässlich.

Zivilrecht

Die zivilrechtliche Verjährungsfrist für deliktische sowie vertragliche Ansprüche beläuft sich auf **3 Jahre**. Diese regelmäßige Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem

1. der Anspruch entstanden ist und
2. der Patient von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

! Anders als im Strafprozess ist hier von großer praktischer Bedeutung, wann der Patient Kenntnis von den für den Beginn der Verjährungsfrist erforderlichen Tatsachen erlangt.

Dies ist der Fall, wenn der Patient ausreichende Kenntnis von solchen Tatsachen hat, die ein Fehlverhalten des Arztes in Form eines Aufklärungs- oder Behandlungsfehlers nahelegen (BGH, NJW 1998, 2736; BGH, NJW 1991, 2350). Dazu gehört das Wissen, dass sich in dem Misslingen der ärztlichen Tätigkeit das Behandlungs- und nicht das Krankheitsrisiko verwirklicht hat (LG Duisburg MedR 2006, 433).

Die Verjährungsfrist beginnt noch nicht, wenn es der Patient unterlässt, Krankenhausunterlagen auf ärztliche Behandlungsfehler hin zu überprüfen oder überprüfen zu lassen (BGH, NJW 2000, 953). Insoweit trifft den Patienten keine allgemeine Informationspflicht.

Bei behaupteter fehlender Aufklärung über die Risiken eines ärztlichen Eingriffs bedarf es für den Beginn der Verjährungsfrist der Feststellung eines Schadens und der Kenntnis der Tatsachen, aus denen sich die Aufklärungspflicht ergibt. Anders als bei Behandlungsfehlern trifft den Patienten bei Aufklärungsrügen eine Erkundigungspflicht zum Umfang der Aufklärungsbedürftigkeit (OLG München, VersR 2006, 705).

Kennt der Patient die wesentlichen Umstände des Behandlungsverlaufs, kann von einem Verjährungsbeginn ausgegangen werden (BGH, NJW 1985, 2194).

Der Patient wird hinsichtlich des Laufs der Verjährung auch dann nicht geschützt, wenn er den gesamten Schadensumfang noch nicht beziffern kann. Hier ist er gehalten, zur Wahrung der Frist eine Feststellungsklage zu erheben.

! Erhebt der Patient eine Leistungsklage, werden die nach Erhebung der Klage entstehenden Schäden nicht erfasst und verjähren, wenn keine Feststellungsklage erhoben wird.

Bei minderjährigen Patienten kommt es auf die Kenntnis des gesetzlichen Vertreters an (BGH, NJW 1994, 803).

Macht der Patient Ansprüche gegenüber dem Krankenhaus, dem Arzt oder deren Haftpflichtversicherer geltend, wird die Verjährung gehemmt. Gleiches trifft für die Zeit der Einschaltung einer Schlichtungsstelle oder Gutachterkommission zu (OLG Zweibrücken, OLG-Report 2000, 483). Dies gilt solange, bis eine Seite das Scheitern der Verhandlungen deutlich zu erkennen gibt.

1.3 Der Umgang mit Patienten und Angehörigen

Wenn der Patient meint, dass der in Aussicht gestellte Behandlungserfolg nicht erzielt wurde oder es gar zu einem Fehler gekommen ist, wird er Vorwürfe erheben.

Dabei hängt für die weitere Entwicklung dieser Situation sehr viel davon ab, ob sich der Arzt in dieser Konfliktsituation richtig und geschickt verhält. In vielen gerichtlichen Verhandlungen ist vonseiten des Patienten zu hören, dass plötzlich kein Vertrauensverhältnis mehr zwischen ihm und dem Arzt bestanden habe. Grund hierfür ist oftmals ein ungeschicktes und abwehrendes Verhalten des Arztes, das dieser vielfach aus eigener Unsicherheit an den Tag legt, das vom Patienten jedoch als Arroganz gedeutet wird. Deshalb ist es für den Arzt wichtig zu wissen, wie er sich in einer solchen Situation richtig verhalten sollte.

1.3.1 Entscheidende Weichenstellung im Gespräch

Für den Patienten ist es nach der Behandlung und dem Krankenhausaufenthalt ein großer Schritt, sich an einen Rechtsanwalt zu wenden und diesen um Rechtsrat zu bitten. Dem voraus geht immer der Versuch des Patienten, im Gespräch mit dem behandelnden Arzt zu erfahren, was mit ihm geschehen ist. Der Patient möchte wissen, was Ursache für einen etwaigen Misserfolg der Behandlung ist und mit welchen weiteren Therapien er zu rechnen hat. Die wahrscheinlich für ihn wichtigste Frage ist, ob Besserungsaussichten bestehen.

Tipp

Einem Gespräch mit dem Patienten sollte der Arzt nicht ausweichen.

In diesem Gespräch findet die entscheidende Weichenstellung für den weiteren Verlauf statt. Bei einer Krankenhausbehandlung obliegt es dem Chefarzt, das Gespräch zu führen. Zusätzlich empfehlenswert ist die Einrichtung eines Beschwerdemanagements, durch das dem Patienten Gelegenheit gegeben wird, Kritik, Wünsche und Sorgen anzubringen. Auch im niedergelassenen Bereich sollte der betreffende Arzt dem Gespräch nicht ausweichen.

Wird ein solches Gespräch kategorisch abgelehnt oder auf nachgeordnetes Personal übertragen, sorgt dies im Regelfall für eine Eskalation, die später kaum noch gesteuert werden kann. Lässt sich in kritischen Situationen ein Arzt mehrfach verleugnen, tritt der Patient nicht selten die Flucht in die Medien an.

! Problematisch ist es, wenn der Patient aufgrund mangelnder Gesprächsbereitschaft und Offenheit des Arztes zu der Vermutung kommt, es solle etwas vertuscht werden.

In dem Fall führt der Weg des Patienten nicht selten zu Polizei oder Staatsanwaltschaft, und aus Verärgerung wird eine Strafanzeige erstattet. Befürchtungen dieser Art können sich im schlimmsten Falle zu regelrechten »Verschwörungstheorien« auswachsen, die am Ende jede Verständigung unmöglich machen.

Das Bundesgesundheitsministerium hat verschiedene Forschungsobjekte gefördert, deren Ergebnisse aufzeigen, dass eine aktive und offene Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient für eine größere Zufriedenheit der behandelten Personen sorgt (vgl. etwa www.uni-heidelberg.de/presse/news06/2603_team2.html).

Daher muss der Arzt wissen, wie weit er in einem Gespräch mit dem Patienten oder dessen Angehörigen gehen darf. Dies gilt selbstverständlich auch für die schriftliche Beantwortung von entsprechenden Schreiben eines Patienten, die Behandlungsvorwürfe enthalten.

1.3.2 Keine Pflicht zur Offenbarung eines Fehlers

Die vereinzelt vertretene Auffassung, wonach ein Arzt von sich aus einen Behandlungsfehler dem Patienten gegenüber offenzulegen habe (Terbille/Schmitz-Herscheidt, NJW 2000, 1749/1753), hat sich nicht durchgesetzt.

Im Strafrecht ist allgemein anerkannt, dass niemand sich selbst belasten muss (BGH, NStZ 2006, 210/214; BVerfG wistra 2005, 175 f.). Auch aus dem Behandlungsvertrag heraus ist der Arzt nicht verpflichtet, von sich aus auf einen Fehler hinzuweisen (BGH, NJW 1989, 2330 f.; OLG Hamm NJW 1985, 685).

Dies bedeutet allerdings nicht, dass der Arzt ein Recht zur Lüge hätte. Dies ist ihm schon aus standesrechtlichen Gründen verwehrt (Weltrich, Rheinisches Ärzteblatt 2001, 18).

Tipp

Es ist legitim, im Gespräch auf eine Bewertung des Behandlungsverlaufs zu verzichten.

Der Patient ist auf eine derartige Information nicht angewiesen, da er die Bewertung der bei ihm durchgeführten Behandlung anderweitig überprüfen lassen kann (Dann, MedR 2007, 638/640).

! Verpflichtet ist der Arzt, den Patienten über seinen medizinischen Jetzzustand zu informieren.

Dies ergibt sich aus dem mit ihm geschlossenen Behandlungsvertrag (Taupitz, NJW 1992, 713/715). Dies gilt auch für den Fall einer Komplikation. Wird etwa deshalb eine Nachbehandlung erforderlich, muss der Patient entsprechend aufgeklärt werden. Dies wird aus dem Gesichtspunkt der vertraglich übernommenen Fürsorgepflicht hergeleitet.

1.3.3 Gesprächsführung

Der Arzt sollte in erster Linie bemüht sein, seine Anteilnahme gegenüber dem Patienten zum Ausdruck zu bringen. Gelingt es, die vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Patienten und dem Arzt über den kritischen Eingriff hinaus zu erhalten, ist der Patient erfahrungsgemäß eher geneigt, einen ungünstigen Behandlungsverlauf hinzunehmen. Patienten berichten immer wieder davon, dass sie sich zum Rechtsstreit nur entschlossen haben, weil man ihnen ein Gespräch »auf Augenhöhe« verweigert habe.

! Auf keinen Fall darf der Arzt soweit gehen, dass er ein Schuldeingeständnis abgibt, indem er etwa formuliert: »Ja, ich habe einen Fehler begangen, für den muss meine Haftpflichtversicherung eintreten«.

Er läuft in diesem Fall Gefahr, durch eine solche Erklärung seinen Versicherungsschutz zu verlieren. Vor diesem Hintergrund kann es auch problematisch sein, eine Entschuldigung auszusprechen. Der Patient schließt hieraus direkt auf ein Verschulden des Arztes, das bei einem Behandlungsfehler gerade nicht zwingend vorliegen muss.

Tipp

Verzichten Sie auf ein Schuldanerkennen oder eine ausdrückliche Entschuldigung.

Auf die aktuellen Bedürfnisse des Patienten sollte eingegangen werden. Der Arzt sollte sich um Verständnis für einen enttäuschten Patienten und seine psychische Ausnahmesituation bemühen. Er sollte ruhig und sachlich reagieren und auf keinen Fall dem Patienten gegenüber den Vorwurf der Undankbarkeit erheben. Ebenso wenig ist der Patient vorschnell als Simulant, Psychopath oder Querulant zu bezeichnen. Die Einschätzung des Arztes, der Patient sei ein Simulant, kann teuer werden, wenn etwa ein per-

forierendes Magenulkus trotz Schmerzbekundung nicht erkannt wird (OLG Koblenz, MedR 2008, 568 ff.)

Fragt ein Patient konkret danach, wie der Misserfolg zustande gekommen ist, muss ihm Unterstützung bei der Aufklärung zugesichert werden.

Dabei sollte erläutert werden, dass die momentane Informationslage noch keine verlässliche Einschätzung zulässt. Auf keinem Fall sollte jedoch versucht werden, vom Thema abzulenken. Bei dem Patienten darf nicht der Verdacht entstehen, dass er vertröstet oder gar getäuscht werden soll. Es kann der Hinweis gegeben werden, dass der optimale Erfolg bislang noch nicht erreicht wurde, jedoch erreicht werden kann.

! Der Begriff »Fehler« darf nicht verwendet werden.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass die Beurteilung ein- und desselben Sachverhaltes durch verschiedene Sachverständige oftmals völlig unterschiedlich ausfällt, kann auch von einem Arzt nicht verlangt werden, dass er auf der Stelle einen Sachverhalt als fehlerhaft bezeichnet.

Wer in einer solchen Situation vorschnell von einem Fehler spricht, erweckt beim Patienten den Eindruck, dass dieser Fehler auch vom Arzt verschuldet ist. Ein Patient, der die Differenzierung zwischen Fehler und Schuld nicht vornimmt, ist schnell geneigt, einen Arzt für schuldig zu halten, der einen Fehler einräumt. Der Patient ist dann nicht mehr bereit, ein Ereignis als Unglück oder Zufall anzunehmen, auch wenn es sich tatsächlich um einen schicksalhaften Verlauf gehandelt hat.

Tipp

Bei komplizierten Sachverhalten oder in emotional belasteten Gesprächssituationen sollte der Arzt das Gespräch nicht allein führen.

Die Anwesenheit einer einfühlsamen zweiten Person kann hier gleichzeitig entlasten und zur Beweissicherung beitragen. Auf die Anwesenheit eines Juristen sollte allerdings verzichtet werden. Dies gilt sowohl für die Hinzuziehung eines Rechtsanwaltes als auch die eines Juristen aus der Krankenhausverwaltung. Zum einen könnte der Patient die Einschaltung eines Juristen als Bedrohung empfinden. Zum anderen wird er hieraus den Schluss ziehen können, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, der jetzt beschönigt oder weggeredet werden soll.

Ist es zu einem Vertrauensverlust zwischen Patient und Arzt gekommen, sollte der behandelnde Arzt nicht eingeschnappt sein, sondern seinerseits den direkten Kontakt zu einem nahegelegenen anderen Krankenhaus anbieten. Kündigt er den Patienten dort selbst an, wird in diesem Krankenhaus der Hintergrund des bisherigen Geschehens bekannt werden und zu einem größeren Verständnis führen. Die Praxis zeigt, dass in übernehmenden Krankenhäusern der Patient oftmals mit den Worten empfangen wird: »Warum sind Sie nicht gleich zu uns gekommen; wie können Sie sich dort überhaupt erst behandeln lassen«. Durch diese Äußerungen wird oft ein erhebliches Misstrauen beim Patienten erzeugt, was letztlich zur Einleitung juristischer Schritte führt. Daher sollte in derartigen Fällen der Arzt mit dem übernehmenden Krankenhaus persönlich Kontakt aufnehmen, damit derartige Situationen vermieden werden.

1.3.4 Beweissicherung

Spätestens wenn der Patient dritte Personen (Angehörige, Hausarzt oder sogar Rechtsanwalt) im Gespräch mit den behandelnden Ärzten beteiligen will, sollten diese auf ihrer Seite ebenfalls einen Zeugen hinzuziehen.

! Das Gespräch muss dokumentiert werden.

In der Krankenakte muss vermerkt werden, wer an dem Gespräch teilgenommen hat. Kommt es Jahre später zu einer Beweisaufnahme, ist dem in Anspruch genommenen Arzt oftmals nicht mehr erinnerlich, wer an dem Gespräch teilgenommen hat. Der wesentliche Inhalt des Gesprächs ist ebenfalls in der Akte zu dokumentieren.

1.3.5 Kommunikationstraining

Gespräche über mögliche Behandlungsfehler oder unerwünschte Behandlungsverläufe sind zum einen für die Ärzte unangenehm. Zum anderen besteht hier ein erhebliches Risiko, da ihre Äußerungen beim Patienten unterschiedliche Reaktionen hervorrufen können. Dies wiederum kann zu Stress oder Nervosität beim Arzt führen, wodurch unbedachte Äußerungen einen erheblichen weiteren Schaden anrichten.

Tip

Deshalb kann man nur jedem Träger anraten, für ein professionelles und regelmäßiges Kommunikationstraining zu sorgen.

Entsprechende Schulungen sollten als Pflichtveranstaltung für Ärzte angeboten werden, damit diese die nötige Sicherheit erhalten, sich in diesen für sie heiklen Situationen behaupten zu können.

1.4 Kommunikation mit den Medien

Es muss nicht gleich der »worst case« sein, der unlängst in einem Krankenhaus im Rheinland der Fall war. Dort sollen 19 Patienten Opfer von Behandlungsfehlern geworden sein. Sechs Patienten verstarben. Es reichen bereits kleinere Vorfälle, die für potenzielle Krisen in einem Krankenhaus sorgen können. Im Juni 2006 steckte ein 68-jähriger Patient mit seinem Roll-

stuhl in einem Aufzug eines Krankenhauses in Berlin fest. Nach intensiver Suche wurde er schließlich gefunden. Die Presse griff den Vorfall genüsslich auf und fragte, wie so etwas geschehen konnte. Durch umsichtige Presse- und Öffentlichkeitsarbeit konnte das Klinikum den Vorfall erklären und die Krise meistern.

1.4.1 Medienkommunikation als Visitenkarte

Die Einrichtungen im Gesundheitswesen stellen mehr und mehr fest, dass sie die Öffentlichkeit professionell auf ihre Leistungen und ihre Alleinstellungsmerkmale aufmerksam machen müssen, um im Gesundheitsmarkt bestehen zu können. Dabei stellt sich die Kommunikation als eine Art Visitenkarte des Krankenhauses dar. Sie ist für künftige Patienten eine wichtige Entscheidungsgrundlage, sich für oder gegen ein Haus auszusprechen. Die Öffentlichkeitsarbeit muss deshalb im schärfer werdenden Wettbewerb von den Krankenhäusern genutzt werden.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die Öffentlichkeitsarbeit eines jeden Krankenhauses muss sich an den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen orientieren:

- Einhaltung der Schweigepflicht,
- Heilmittelwerbegesetz,
- ärztliches Standesrecht,
- Arzneimittelwerbegesetz,
- Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb,
- Presserecht.

Krankenhäuser dürfen sich nicht mit anderen Krankenhäusern vergleichen. Dies kann mit einer kostspieligen Unterlassungsklage verfolgt werden. Es ist untersagt, die Spezialisierung auf bestimmte Operationstechniken und Therapieangebote werbemäßig hervorzuheben. Eine Ausnahme gilt nur bei der Unterrichtung von Fachpublikum. Krankenhäuser dürfen den niederge-

lassen Haus- oder Fachärzten entsprechende Informationen zukommen lassen. Dazu gehören auch spezielle Informationsbroschüren, die an die betreffenden Haus- und Fachärzte verschickt werden.

Im Internet kann hierauf ebenfalls hingewiesen werden, wobei viele Krankenhäuser den Fachärzten einen separaten Bereich anbieten, der durch ein entsprechendes Passwort geschützt ist.

Es ist den Krankenhäusern untersagt, schriftliche Danksagungen von Patienten für eine erfolgreiche Behandlung zu veröffentlichen.

Oberster Grundsatz für die Werbung ist ein seriöses Auftreten. Dabei dürfen eigene Leistungen nicht in übertriebenen positiven Beschreibungen dargestellt werden. Formulierungen wie

- das beste Haus der Stadt,
- die sicherste Behandlung,
- bester Service

sind verboten.

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Ein guter und ständiger Kontakt zu den Medien ist Garant dafür, dass in Krisensituationen ein schonender Umgang miteinander gewährleistet ist. Voraussetzung hierfür ist es wiederum, das Vertrauen der Öffentlichkeit zu gewinnen und auszubauen. Dabei ist unter allen Umständen zu vermeiden, dass falsche Informationen nach außen getragen werden; unangenehme Wahrheiten sollten möglichst verschwiegen werden. Es darf nur mit sachlich richtigen Informationen gearbeitet werden, die auch belegt werden können. Mutmaßungen oder Hypothesen sind völlig unangebracht.

Die einzelnen Zielgruppen müssen stetig informiert werden. Gelegentliche Pressekonferenzen reichen hierzu sicherlich nicht aus. Insofern hat es sich bezahlt gemacht, dass zumindest größere Häuser eigene Pressestellen eingerichtet haben, die einen guten und dauerhaften Kontakt zu den Medienvertretern aufbauen. Hiermit erst in einer Krisensituation zu beginnen, ist der

falsche Ansatz. Die Gefahr, in einer solchen Situation nicht ausreichend gehört zu werden, ist groß.

1.4.2 Krisensituation und Medien

Menschliches oder technisches Versagen rufen rasch die Öffentlichkeit und die Medien auf den Plan. Solche Situationen können sein:

- fehlerhafte Operationen,
- nicht indizierte Eingriffe,
- falsche Medikamentengabe,
- Stromausfall im OP oder auf der Intensivstation,
- infizierte Blutkonserven,
- falsche Operationstechniken,
- fehlende Kapazität, die zur Weigerung der Patientenaufnahme führt,
- mangelnde Hygiene,
- Häufung von Infektionsfällen.

In solchen Situationen steht für das Krankenhaus viel auf dem Spiel.

Tipp

Kluge und gezielte Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gewinnt verlorengegangenes Vertrauen zurück.

Eindeutige Kompetenzen

Bereits im Vorfeld möglicher Krisen muss das Krankenhaus organisatorisch entsprechend vorbereitet sein. Es bedarf einer eindeutigen Regelung, wer in einem solchen Fall welche Aufgaben übernimmt.

! Es muss geregelt werden, wer Ansprechpartner der Medien ist.

So ist zu entscheiden, ob eine einzelne Person diese Aufgabe übernimmt oder etwa die Direktion gemeinsam auftritt. Auf jeden Fall sollten

hierarchisch hochgestellte Mitarbeiter tätig werden, da diese nicht jede einzelne Aussage vorher abstimmen müssen. Sie haben den Überblick über Details. Insoweit bietet es sich an, dass ein Pressesprecher Ansprechpartner für die Medien ist und in enger Abstimmung mit dem Vorstand arbeitet. Dies wiederum setzt voraus, dass der interne Informationsfluss gewährleistet ist.

Unter allen Umständen sollte sichergestellt sein, dass nur vorher bestimmte Mitarbeiter mit den Medien sprechen. Allen anderen Mitarbeitern muss untersagt werden, in der Öffentlichkeit Stellung zu nehmen. Nur so ist gewährleistet, dass nicht interne Beurteilungen publik werden, die dann wiederum Nährboden für weitere Spekulationen sind.

Ebenso bedeutsam ist es, die Mitarbeiter zu informieren. Diese müssen den gleichen Informationsstand haben wie die Öffentlichkeit. Spekulationen im Mitarbeiterkreis finden im Fall der Krise unweigerlich ihren Weg in die Medien und führen dort zu einer Verschärfung der Situation.

Sprachregelung

Nichts ist schlimmer, als wenn in einer derartigen Krisensituation unterschiedliche Aussagen getätigt werden. Solche sich widersprechenden Äußerungen führen zu erheblichen Nachteilen, da in der Öffentlichkeit der Eindruck entsteht, dass das Haus die Situation nicht einheitlich bewertet. Diese Vorlagen werden von Medienvertretern gern aufgenommen.

Tipp

Eine klare und eindeutige Sprachregelung ist notwendig.

Es muss genau festgelegt werden, welche Position in der konkreten Situation bezogen werden soll, welche Argumentationskette vertreten wird und welche Botschaft der Öffentlichkeit mitgeteilt werden soll.

Erst wenn diese Punkte eindeutig geklärt und möglichst schriftlich fixiert sind, sollten die zuvor bestimmten Personen an die Öffentlichkeit gehen.

Rasche Reaktion

In Krisenfällen wird eine schnelle Stellungnahme zu den laut gewordenen Vorwürfen erwartet. Je eher die Reaktion erfolgt, umso höher stehen die Chancen, dass man auch tatsächlich Gehör findet. Im Prinzip muss innerhalb weniger Stunden reagiert werden. Dabei muss man sich vergegenwärtigen, dass auch die Journalisten enge Zeitvorgaben haben, die sie unbedingt einhalten müssen. Deshalb suchen sie andere Informationsquellen, wenn das Krankenhaus nicht mit eigenen Informationen vorstellig wird.

Tipp

Die Versendung einer Presseerklärung mit den notwendigen Informationen erhöht die Chancen, dass erwünschte Informationen öffentlich werden.

Diese Presseerklärung sollten an alle Medien geschickt werden, die sich bereits an das Krankenhaus gewandt haben. Darüber hinaus sollten auch diejenigen Vertreter informiert werden, für die das Thema interessant ist. So wird gewährleistet, dass die Stellungnahme des Krankenhauses auch entsprechendes Gehör findet.

Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Informationen möglichst schriftlich erteilt werden, da etwa Telefonate zu Missverständnissen führen können, die die Krise dann noch verschärfen. Auch hat es sich als hilfreich erwiesen, den Journalisten weitere Hintergrundinformationen anzubieten. Hierdurch kann die Meinung der einzelnen Berichtersteller positiv beeinflusst werden.

»Mauern« dagegen verschärft die Situation. Hierdurch wird der Verdacht geschürt, dass etwas verborgen werden soll.

Kontrollierte Offensive

Es sollte vermieden werden, eigene Fehler oder Versäumnisse in der trügerischen Hoffnung zu leugnen, dass die Öffentlichkeit sie nicht findet oder nicht beweisen kann. Dies führt zu einem tiefen Misstrauen gegenüber dem Krankenhaus und verschärft die Krisensituation. Alle notwendigen Informationen sollten daher mitgeteilt werden.

! Das Krankenhaus stellt gegenüber den Journalisten klar, dass die Krise aufgearbeitet wird und mögliche Fehlerquellen behoben werden sollen.

Wenig hilfreich ist eine Taktik, mit der Informationen nur stückweise preisgegeben werden. Auch hierdurch wird die Situation verschlimmert. Die Taktik kommt der Neigung der Medien entgegen, die Berichterstattung im Sinne einer Kampagne über mehrere Tage oder gar Wochen zu erstrecken. Es entsteht überdies der Eindruck, das Krankenhaus wolle jeweils nur das einräumen, was bereits bekannt und bewiesen ist. Schnell wird dann der Vorwurf laut, dass etwas verborgen werden soll. Dies wiederum führt dazu, dass man nur auf immer neue Vorhaltungen reagieren kann und nicht etwa eigene Akzente setzt. Diese bestimmen dann letztlich die Medienvertreter.

Schadensmanagement für Ärzte

Juristische Tipps für den Ernstfall

Fenger, H.; Holznagel, I.; Neuroth, B.; Gesenhues, S.

2013, XVI, 204 S., Hardcover

ISBN: 978-3-642-29639-0