



L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Risikomanagement im Krankenhaus Erfahrungen und Zielvorstellungen eines Juristen

Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

1. Vorbemerkung

Das juristische Risikomanagement im Krankenhaus steht weder im Widerspruch zum Risikomanagement, das von Ärzten betrieben werden soll bzw. sollte, noch kann es mit diesem gleichgesetzt werden. Die beiden Formen sollten sich vielmehr idealtypisch ergänzen, und zwar in vielfacher Weise, etwa in der antizipativen Fehleranalyse, in der Kooperation nach einem Schadenseintritt und in der Bemühung, aus bereits eingetretenen (und juristisch abgewickelten) Fällen Schlüsse für die Zukunft ziehen zu können.

Ehrlicherweise muss man vorab eingestehen, dass die Verwirklichung des Risikomanagements im Krankenhaus allgemein noch nicht allzu weit vorangeschritten ist. Auf die Ursachen wird in der Folge eingehend hingewiesen werden. Risikomanagement muss jedenfalls, wenn es erfolgreich sein will, auf einer Fehlerkultur aufbauen. Gerade die ist aber in Krankenhäusern aufgrund diverser Traditionen sehr schwach oder gar nicht ausgebildet.

2. Risikopotenzial und Risikobewusstsein

Ganz allgemein haben Krankenhäuser leicht erkennbar schon deshalb ein gegenüber anderen Betrieben erhöhtes Risiko, weil die medizinische Berufsausübung eine an sich – wie der Jurist zu sagen pflegt – „schadensgeneigte Tätigkeit“ darstellt. Es wäre jedoch völlig falsch, das Risiko eines Krankenhauses nur auf eine Berufsgruppe (die Mediziner) und nur auf die Patientenbehandlung im weiteren Sinn reduzieren zu wollen. Die Risiken eines Krankenhauses sind – vor allem wenn es sich um ein Großkrankenhaus handelt – äußerst vielschichtig und bedürfen einer differenzierten Betrachtung.

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Man sollte nun annehmen, dass eine so traditionsreiche Einrichtung wie das Krankenhaus, das sich jahrhundertlang entwickeln konnte, parallel zum atemberaubenden Fortschritt der Medizin und Technik auch das Risikobewusstsein aller Beteiligten gesteigert hat.

Leider ist das nicht der Fall.

Der Grund dafür ist nicht leicht auszumachen, zumal viele einzelne Faktoren eine Rolle spielen dürften. Unter anderem können genannt werden: der durch Jahrhunderte praktizierte paternalistische Ansatz der Medizin, die Tatsache, dass die Medizin letztlich immer (wenn auch immer später) am Tod scheitert, die große Wissensdifferenz zwischen Mediziner und Patienten, die nicht hinterfragte Hinnahme von Fakten durch die Betroffenen und der bis vor kurzem de facto (nicht de iure) existente Schutz der Mediziner vor rechtlicher Hinterfragung und Letztverantwortung. Ferner spielen die Distanz Arzt – Patient im Schadensgeschehen und auch langjährige Fehlentwicklungen im internen Verfahrensablauf von Krankenhäusern eine Rolle.

Der sogenannte „paternalistische“ Ansatz der Medizin, der heute weitgehend verschwunden ist und zunehmend durch die „partnerschaftliche Medizin“ (mit all ihren negativen Konsequenzen, etwa unberechtigt hochgeschraubten Anforderungen an die Medizin durch Patienten und Angehörige) ersetzt wird, hat Jahrhunderte lang ein Hinterfragen medizinischen Handelns verhindert. Die ärztliche Meinung galt als unumstößlich. Wer sich keinen kritischen Fragen stellen muss, wer keine zweite oder dritten Instanz über sich hat, wird nicht gerade zu selbstkritischem Betrachten seiner Arbeit neigen und schon gar kein Risikobewusstsein entwickeln (müssen).

Da der Tod im Krankenhaus allgegenwärtig ist, und zwar auch dann, wenn keinem Arzt oder sonstigen Berufsgruppen ein Vorwurf gemacht werden kann, ist es für einen Außenstehenden nicht gerade leicht, Fehlleistungen von schicksalhaften Vorgängen zu unterscheiden. Einfacher ausgedrückt: Ein plötzlicher Tod am Operationstisch kann ganz andere Ursachen als eine Fehlleistung des Personals haben und ist bei Schicksalshaftigkeit juristisch nicht weiter interessant, ein aufgrund einer nosokomialen Infektion verlängerter Spitalsaufenthalt könnte seine Ursache möglicherweise in einer schweren hygienischen Fehlleistung haben. Der zwangsläufig gegebene Wissensunterschied zwischen den Betroffenen und den Fachleuten erschwert bis heute (sachliche) Kritik und trägt gleichzeitig zur Systemstabilisierung bei.

Die in letzter Zeit mit Unterstützung der Medien zunehmend auch aggressive Kritik an der Medizin und ihrem Umfeld führt nun wieder in die falsche Richtung. Um ja nicht in eine Haftung zu geraten, wird Risiko oftmals ganz bewusst vermieden. Nicht selten letztlich auch zum Schaden des Patienten. Der im Regelfall ärztlich und juristisch nicht gebildete Geschädigte vermutet hinter dem Schaden oftmals völlig zu Unrecht eine Fehlleistung und ein Verschulden, da er ja die „geschuldete Leistung“ nicht bekommen hat. Vergessen wird dabei aber, dass der Arzt rechtlich immer schon (bloß) ein Bemühen nach dem Stand der Wissenschaft geschuldet hat, nicht aber einen „Erfolg“ wie etwa im Werkvertragsrecht.

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

3. Die typischen Risiken eines Krankenhauses und ihre Erkennbarkeit

Jeder Patient kennt sie, die typischen Risiken eines Krankenhausbetriebes: die „verpatzte“ Operation, den verwechselten Patienten, die nosokomiale Infektion und der damit verbundene längere Aufenthalt, falsche Medikamentendosierung, widersprüchliche Informationen, zu spät geschriebene Entlassungsbriefe, udgl.

Auch die Mitarbeiter des Krankenhaussystems kennen selbstverständlich seit langer Zeit die Schwachstellen. Und trotzdem passieren immer wieder dieselben (vermeidbaren) Fehlleistungen. Warum?

Ich vermute dahinter mehrere Ursachen: Partielle Ignoranz der potentiell Betroffenen und des gesamten Systems, fehlende Konsequenzen, mangelnde Fehlerkultur, falsche Auffassung von Risiko im allgemeinen, mangelnder Informationsaustausch schon im eigenen Krankenhaus, mangelhafte Auffassung von rechtlichen Zusammenhängen und falsch verstandenes Konkurrenzdenken.

Die oben genannten Ursachen sind nicht böswillig erfunden, sondern beruhen auf eigener Wahrnehmung und Gesprächen mit diversen Betroffenen.

Passiert ein offenkundig ein Schadensfall, so ist man zunehmend bemüht, dem Patienten den entstandenen Schaden (wenn möglich außergerichtlich) zu ersetzen. Dagegen ist natürlich überhaupt nichts einzuwenden, da damit allen Seiten geholfen ist: Der Patient kommt rasch und ohne ein Gerichtsverfahren zu seinem Recht, der Rechtsträger des Krankenhauses spart sich die Kosten eines Verfahrens bei Gericht mit zum Teil nicht unerheblichen Sachverständigengebühren, eine mediale Verbreitung des Falles wird zumeist nicht erfolgen.

Und dennoch: Was wird getan, um einen ähnlichen Zwischenfall für die Zukunft zu verhindern?

Ein konkretes Beispiel: In der Hektik des Krankenhausalltages wird ein Medikament verwechselt, dem Patienten ohne weitere Kontrolle verabreicht, sodass er einen Dauerschaden davonträgt. Die Medien berichten einige Zeit vom Zwischenfall, der Patient wird unter dem medialen Druck abgefunden, der Akt einige Monate später in etlichen Abteilungen und Direktionen des Krankenhauses mit Genugtuung abgelegt, da man ja ein Gerichtsverfahren vermieden hat und den schuldigen Mitarbeiter für den Wiederholungsfall die Auflösung des Dienstverhältnisses angedroht hat.

Wurden aber etwa folgende Fragen gestellt?

- Was hat die Verwechslung begünstigt?
- War der Mitarbeiter, der das Medikament verwechselt hat, überlastet, unroutiniert, usw.?
- Wurde dem betroffenen Mitarbeiter psychologischer und rechtlicher Beistand gegeben?

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- Zu welcher Tageszeit und an welchem Wochentag ist der Vorfall geschehen?
- War die personelle Ausstattung zum Zeitpunkt des Schadensereignisses ausreichend?
- Gibt es für den konkreten Arbeitsablauf ein Ablaufprozedere?
- Gibt es realistische Ansätze, einen solchen Schaden für die Zukunft weitgehend auszuschließen?
- Wurden alle gesetzlichen und internen Meldepflichten im Zusammenhang mit dem Schadensfall erfüllt?
- Gibt es eine auch später verfügbare (allenfalls anonymisierte) Dokumentation des Vorfalls, der Mitarbeitern in moderner Form (Intranet, Schulungsunterlagen, udgl.) zugänglich gemacht wird?

Die Liste wäre noch beliebig ergänzbar, je nach Fallkonstellation oder organisatorischem Aufbau des Krankenhausrechtsträgers.

Ein effektives Risikomanagement würde aus einem solchen Vorfall unter anderem beispielsweise folgende Konsequenzen ziehen bzw. vorschlagen:

- Sofort nach dem Bekanntwerden des Schadensfalls Überprüfung im Haus, wo sonst noch ähnliche Arbeitsabläufe mit gleichen Substanzen ablaufen, gegebenenfalls sofortige Abstellung von gewissen Praktiken und Schaffung eines neuen Standards.
- Ordnung der Medikamente nicht nach risikofernen Kriterien, sondern nach Gefahrenpotenzial.
- Farblich und sprachlich bessere Kennzeichnung gefährlicher Stoffe und Substanzen z.B. durch „Signalfarben“ und große Aufschriften.
- Dokumentation des Vorfalls samt relevanten Nebenaspekten (Wiederholungsfall?, Kooperation der betroffenen Personen und Berufsgruppen, Meldungsgeschwindigkeit und ähnliches)
- Bildung einer interdisziplinären ad-hoc-Arbeitsgruppe
- Interner Endbericht und Zugang zur Information (in anonymisierter Form) ohne Zeitbegrenzung

Auch diese Liste wäre beliebig erweiterbar und erhebt keineswegs einen Anspruch auf Vollständigkeit.

4. Verbessertes Risikomanagement durch Vergleiche mit anderen Systemen

Selbstverständlich ist das Krankenhaus eine in sich sehr geschlossene Welt, die für einen Außenstehenden schwer zu durchschauen ist. Ohne Zweifel kann man nicht andere Systeme und deren Umgang mit Risiken ungeprüft als Vorbild heranziehen. Es ist jedoch äußerst reizvoll, Parallelen, aber auch Unterschiede herauszuarbeiten und umzusetzen.

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Am Allgemeinen Krankenhaus in Wien wird unter Mitwirkung des Rechtsbüros seit einiger Zeit versucht, ein vernetztes Risikomanagement zu etablieren, das folgende Elemente in sich vereinigt:

- Risikobetrachtung der Patientenversorgung im weitesten Sinn
- Rechtliche Aspekte der Krankenhausaktivitäten
- Fehlerkultur
- Kommunikation
- Bewusstseinsbildung in Richtung Fehlervermeidung
- Vergleich des Krankenhausbetriebes mit anderen risikogeneigten Systemen, etwa mit der zivilen Luftfahrt

Es bedarf wohl keiner näheren Begründung, dass in einem Krankenhaus ein effektives Risikomanagement ohne Einbindung **aller** Gesundheitsberufe nicht möglich ist. Da ein modernes Krankenhaus extrem arbeitsteilig ist, kann auch nicht vor angrenzenden Gebieten, etwa der Technik, Halt gemacht werden. Eine ärztliche Fehlleistung kann auch mit einem technischen Gebrechen einhergehen oder mit ausgelöst sein.

Gerade der zunächst nicht leicht verständliche Vergleich mit der zivilen Luftfahrt birgt große Chancen. Sowohl Patienten als auch Passagiere können bei Erbringung der Dienstleistung durch falsche Maßnahmen von Ärzten oder Piloten sterben. Durch entsprechende Sicherheitsvorkehrungen ist es aber auch möglich, das Risiko stark abzusenken. Bezogen auf die zurückgelegten Strecken ist das Flugzeug ein sehr sicheres Verkehrsmittel und Todesfolgen weit seltener als im Autoverkehr. Während Piloten die Pflicht haben, mittels einer Checkliste konkrete Überprüfungen durchzuführen, gibt es zwar allgemeine Berufspflichten der Ärzte (zum Beispiel die „gewissenhafte Betreuung“ des Patienten), konkrete und vor allem berufsübergreifende Pflichten sind jedoch nicht konkret genug formuliert.

Viele Angaben der Patienten werden nicht wirklich hinterfragt oder überprüft, vieles wird eher spontan als vorhersehbar entschieden. Die Angabe einer Patientin etwa, nicht schwanger zu sein, muss, auch wenn sie nichts verschweigt, nicht unbedingt richtig sein und sollte vor einer Operation sicherheitshalber noch verifiziert werden.

Der manchmal geäußerte Vorwurf, die Tätigkeiten des Fliegens und Operierens seien so grundlegend verschieden, dass Piloten Ärzten nichts beibringen könnten, geht völlig ins Leere. Kein ernstzunehmender Pilot wird einem Arzt erklären wollen, was er zu tun hat. Er kann ihm aber sehr wohl erklären, welche Werkzeuge es gibt, um Fehler zu minimieren. Optische oder akustische Signale können die Aufmerksamkeit der Operateure verbessern, ein in der Regel nicht vorgesehener kurzer doppelter check vor dem konkreten Verabreichen eines Medikaments kann die Fehlerquote extrem senken.

Auch das Argument, ein hierarchisches System wie ein Krankenhaus könne nicht ein ähnliches Fehlervermeidungssystem wie die Luftfahrt schaffen, geht von falschen Annahmen aus: Gerade im

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Flugzeug herrscht eine strenge Hierarchie, der Co-Pilot ist eben nicht der Ranghöchste, was auch optisch an seiner Uniform jedem erkennbar ist. Die Luftfahrt hat es aber (und zwar auch nicht ohne Anlaufschwierigkeiten) geschafft, den Piloten vorzuschreiben, auf Argumente von Co-Piloten auch dann hören zu müssen, wenn diese vielleicht vom Lebensalter betrachtet ihre Söhne sein könnten.

Nicht zuletzt hat auch das Luftfahrtrecht eine zentrale Rolle dabei gespielt, die Pflichten der im Flugverkehr tätigen Berufsgruppen klar festzulegen. Auch wenn Flugzeugkatastrophen sehr selten sind: jeder Pilot, Co-Pilot usw. weiß genau, was er im Schadensfall zu tun hat und dieses Wissen ist nicht nur ein rein theoretisches, sondern ein regelmäßig überprüftes und daher aktualisiertes Wissen.

Es ist in der Ausbildung von Ärzten nicht vorgesehen, das richtige Verhalten im Schadensfall zu lernen. Es gibt zwar die allgemeine Verpflichtung zum lebenslangen Lernen, aber nur die wenigsten Ärzte wissen über ihre rechtlichen Pflichten im Schadensfall vollständig Bescheid. Dieser Umstand ist geeignet, entweder die Sorglosigkeit oder aber auch die Angst vor Fehlern zu erhöhen, beides ist in höchstem Maß unerwünscht.

5. Zusammenfassung

Risikomanagement im Krankenhaus ist ein Dauerauftrag. Eine Beschränkung auf einzelne Berufsgruppen ist genauso wenig denkbar wie eine einmalige Schulung. Dabei muss aber der schwierige Balanceakt gelingen, niemanden unnötig zu verunsichern, gleichzeitig aber auch nicht in falscher Sicherheit zu wiegen, es könne (auch rechtlich!) nichts passieren. So mancher Arzt hat nie daran gedacht, einmal vor einem Staatsanwalt zu stehen, da er doch nur das Wohl des Patienten vor Augen hat. Und selbst wenn er nach einem Schadensfall nicht einmal angeklagt wird, hat er vielleicht vergessen, eine taugliche und auf Ärzte maßgeschneiderte Rechtsschutzversicherung abzuschließen, die ihm die trotzdem aufgelaufenen Kosten ersetzt.

Sogar Juristen bezweifeln bisweilen, dass der ein Jurist im Krankenhaus mehr machen kann als die juristische Aufarbeitung nach einem Vorfall, geschweige denn, am Aufbau eines Risikomanagements mitwirken.

Meine Erfahrungen als Leiter des Rechtsbüros des AKH sind – verhalten – optimistisch. Man darf sich als Jurist und vom Juristen keine Wunder und vor allem keine schnellen Wunder erwarten. Die präventive Tätigkeit des Juristen, die Aufarbeitung alter Schadensakten für Schulungszwecke ist meiner Meinung nach aber im Sinne einer Schadensprävention mindestens genauso wichtig wie die suffiziente Betreuung von Schadensfällen. Neben der Schaffung eines Zugangs zu den benötigten Informationen ist aber die Etablierung einer Fehlerkultur unabdingbar. Diese kann aber nur dann entstehen, wenn klare Vorgaben verständlich formuliert werden und die betroffenen handelnden Personen wissen, weshalb sie etwas tun müssen, dessen Sinn manchmal erst vom Schadensfall her betrachtet erschlossen werden kann. Die Luftfahrt beweist meiner Meinung eindrucksvoll, dass so eine Bewusstseinsbildung möglich ist.

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

1980 Matura mit ausgezeichnetem Erfolg

1981 Beginn des Studiums der Rechtswissenschaften an der Universität Wien

1986 Abschluss des Diplomstudiums und Beginn des Doktoratsstudiums an der Rechtswissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien

1989 Dienstantritt beim Magistrat der Stadt Wien

seit 1998 Leiter des Rechtsbüros des allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien

Okt. 2001 Verleihung des Titels "Doktor der Rechtswissenschaften" (mit Auszeichnung)

Mitglied der Ethikkommission im AKH

Mitglied der Qualitätssicherungskommission im AKH

Mitglied der Gentechnikkommission im AKH inkl. Unterkommissionen

Weitere mit dem Beruf im Zusammenhang stehende Aktivitäten (Auszug)

Seit 1992 Vortragender und Prüfer an Wiener Krankenpflegeschulen und Akademien für den med. technischen Dienst und der Verwaltungsakademie der Stadt Wien

Seit 1994 Vortragender der Wiener Ärztekammer in Lehrgängen für Klinische Prüfärzte

Ab 2001 Vortragender im Rahmen von Seminaren bei diversen privaten Bildungseinrichtungen

Buchpublikationen

Seit 1998 Co-Autor des vom Wiener Krankenanstaltenverbund herausgegebenem Skriptums "Recht für Gesundheitsberufe"

2001 Co-Autor der erweiterten Österreicausgabe "Recht für Gesundheitsberufe"

2002 Co-Autor von "Recht im Krankenhausalltag"

Publikation der Dissertation im Peter Lang Verlag in Frankfurt am Main Co-Autor von "der Arzt im rechts- und Wirtschaftsleben"

2004 2. Auflage von "Recht für Gesundheitsberufe"

Risikomanagement im Krankenhaus

Autor: Mag. Dr. Leopold-Michael Marzi

erschienen: März 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.