

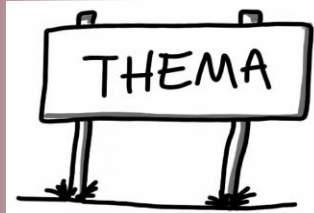
Stephan G. Krempel
Futterstraße 3
66111 Saarbrücken
Fachanwalt für Medizinrecht

Tel.: 0681 / 9 25 63 80
Fax.: 0681 / 9 38 54 69
Mobil: 0172 / 6 85 99 11
E-Mail: kanzlei@anwaltskanzlei-krempel.de
Web: <http://www.anwaltskanzlei-krempel.de>

Organisationspflichtverletzung im Haftungsrecht

4. Saarländischer Medizinrechtstag, 11.11.2017





Organisationsverschulden im Haftungsrecht



Eine Stunde



Was weiß ich, mach doch

11.11.2017



Organisationsverschulden

- Anwalt(Fristen)
- Bahn(Toilette)
- niedergelassener
Arzt(Quartalsabrechnung)
- KRANKENHAUS



Feuer in Klinik: Toter war im Bett fixiert



11.11.2017



Fünf Todeskeim-Fälle an Uniklinik



11.11.2017

Demente Frau springt aus Fenster – Krankenhaus haftet



11.11.2017



Frühchen stirbt in Klinik an Keim-Infektion



11.11.2017



Problem:



11.11.2017

§§135a ff SGB V → Gesetzliche Forderung nach RM

Organisationsfehler = Verstoß gegen vorwerfbares
Unterschreiten des Standards
der guten Organisation

Problem → keine einheitlichen Vorgaben
zum „Organisationsstandard“



Organisationspflichtverletzung = Behandlungsfehler

→ generalisierter „Qualitätsmangel“ ↔ konkrete Qualitätsmängel wie

- Diagnosefehler
- Befunderhebungsfehler
- Aufklärungsfehler
- klassischer Behandlungsfehler



Voll beherrschbares **Risiko**

11.11.2017



Voll beherrschbares **Risiko**

11.11.2017



Voll beherrschbare **Maßnahme**

11.11.2017



Beispiel:

Lagerungsschaden →

unvermeidbare Lageveränderung während des Eingriffs
nicht vermeidbar ⇒ „Risiko“ ist nicht voll beherrschbar

→ aber: Geeignete **Maßnahmen** → Abpolstern, Sicherung
der Lage etc.



Keine Haftung, wenn

- adäquate Lagerung vor dem Eingriff
- Ausschluss kontrollierbarer Lageveränderung
intraoperativ



Vielzahl sensibler Bereiche im Krankenhaus

- Die Reinheit des benutzten Desinfektionsmittels
- Die Sterilität der verabreichten Infusionsflüssigkeit
- Die vermeidbare Keimübertragung durch die Personen, die an der Behandlung beteiligt sind
- Sturzfälle in Krankenhäusern
- Lagerungsschäden
- Die Verletzung von Überwachungspflichten (Aufwachphase)
- Die Durchführung von Parallelnarkosen



- Bereitschaftsdienste, insbesondere fachübergreifende Bereitschaftsdienste
- Tätigkeit externer Ärzte (Belegarzt und Konsiliararzt) wenn keine klaren Absprachen getroffen sind oder etwa zu lange Anfahrtszeiten
- Schnittstellen (Aufnahme, Entlassung, Übergabe, Abteilungswechsel, etc.).
- Verwechslungen (Patienten, Proben, Arzneimittel, Befunde, etc.).
- Funktionsfähigkeit der eingesetzten Medizintechnik.

...



Objektive Gefahr, deren Ursache ausgeschlossen werden kann (BGH VI ZR 158/06)



Mögliche Präventionsmaßnahmen

1. Klare Regelung von Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Mitarbeiter
2. Sorgfältige Auswahl, Einweisung und Überwachung von Mitarbeitern und Schaffung klarer Regelungen hierzu
3. Vorgabe ärztlicher und pflegerischer Standards in personeller, fachlicher und operativer Hinsicht und konsequente Umsetzung/Überwachung dieser Vorgaben.
4. Einhaltung des Facharztstandards/Fachpflegestandards von Aufnahme bis Entlassung



5. Klare Absprachen mit externen Leistungserbringern (z.B. Belegärzte, Konsiliarärzte).
6. Striktes Einhalten der gesetzlichen Vorgaben (z.B. Arbeitszeitgesetz).
7. Patientensicherheit durch Qualitätsmanagement.
8. Einrichtung eines strengen und konsequenten Risikomanagements.
9. Klares Schnittstellenmanagement im Rahmen der arbeitsteiligen Medizin ambulant-stationär/interdisziplinär, um so Informationslücken, Doppeluntersuchungen etc. zu vermeiden.



10. Beachtung der Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 136 a Abs. 3 Satz 1 SGB V u.a. zur Verbesserung der Patientensicherheit, Mindeststandards für Risikomanagement und Fehlermeldesysteme und Qualitätsmanagement.
12. Einhaltung der Empfehlungen der KRINKO (Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention) zur Prävention von nosokomialen Infektionen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen.

...



Mögliche Kontrollmaßnahmen:

- Kommunikation
- Überprüfung und Kontrolle von Personal, Material und Abläufen
- Überprüfung von Checklisten die zum Einsatz gelangen
- Peer-Review-Verfahren → Begutachtung durch Gleichrangige desselben Fachgebiets mit den Phasen
 1. Selbstbewertung
 2. Fremdbewertung und kollegialer Dialog im Rahmen des Peer-Besuchs
 3. Berichterstattung
 4. Interne Nachbereitung mit Entwicklung von Maßnahmeplänen



- Critical Incident Reporting System (CIRS) → Lernen aus eigenen Fehlern und Fehlern Dritter



- Externe Datenauswertung durch QSR-Verfahren
- Datenauswertung durch das IQTIG (früher aQua)



§ 17 b Abs. 1 a Nr. 4 KHG → Vergütungszuschläge für Risikomanagement



Haftungsvoraussetzungen im Bereich der voll beherrschbaren Maßnahme

Bei Verpflichtung zu kunstgerechtem Bemühen →
keine Haftung

Im Bereich voll beherrschbarer Nebenpflichten wie Organisation und einwandfreier Funktion technischer Geräte → reines Bemühen (Dienstvertrag) nicht ausreichend (BGH VI ZR 110/75)



Arzt/KH haftet für Funktionsfähigkeit der eingesetzten Geräte auch ohne Behandlungsfehler (Schleswig Holsteinisches OLG, Az. 4 U 21/13):

- Behandlungsvertrag → verpflichtet KH zum Stellen funktionsfähiger Geräte → identische Verpflichtung des mit dem Gerät arbeitenden Arztes
- Gilt auch dann, wenn bei technisch einwandfreiem Funktionieren ein minimales Restrisiko verbleibt oder theoretisch verbleiben kann, dass es nicht richtig funktioniert.



- Haftung aus voll beherrschbarem Risiko ist „wertender Begriff“ im Rahmen von Überlegungen zur Beweislastverteilung“ mit drei Risikosphären:
 1. Patient
 2. Kernbereich ärztlichen Handelns
 3. Klinikbetrieb/ärztliche Praxis
 - Keine feste Risikozuweisung zu einem der Bereiche bei voll beherrschbarem Risiko
- ↓
- Geboten ist wertende Betrachtung (BGH VI ZR 119/80) unter Berücksichtigung der „Beweisnot“ des Patienten:



- Gefährdung stammt aus Klinikbetrieb/ärztlicher Praxis ab → Klinik/Arzt muss Maßnahmen zur Fehlervermeidung treffen → Klinik/Arzt ist eher in der Lage, zur Aufklärung beizutragen.
- Es ist unbillig, den Patienten bei Auftreten eines Fehlers in seiner „praktisch nicht behebbaren Beweisnot zu belassen“, ... so dass...“ in solchen Fällen das Krankenhaus sowohl hinsichtlich der Organi-sation als auch der Anleitung Überwachung des Personals seine Schuldlosigkeit darzutun und zu beweisen hat“ (BGH und Schleswig Holsteinisches OLG wie vor).



2 Beispiele

1. Der Lagerungsschaden:

BGH VI ZR 203/82 → KH muss nur nachweisen, dass Patient wie üblich von erfahrener Pfleger in richtiger Position auf dem OP-Tisch gelagert wurde und Blickkontrolle durch Operateur.

Keine intraoperative Kontrolle notwendig



1973 keine Lagerungsstandards





zunehmende OP-Dauer



OLG Köln, Az. 27 U 140/88 →
korrekte Lagerung zu Beginn der Operation +
intraoperative Lagerungskontrolle



OLG Hamm, Az. 25 U 23/10 →
korrekte Lagerung zu OP-Beginn + Vorsorge gegen
intraoperative Lageveränderung + OP-Gebiet nach sterilem
Abdecken nicht mehr einsehbar →
keine Haftung, wenn trotz initial ordnungsgemäßer
Lagerung ein lagerungsbedingter Schaden auftreten kann.

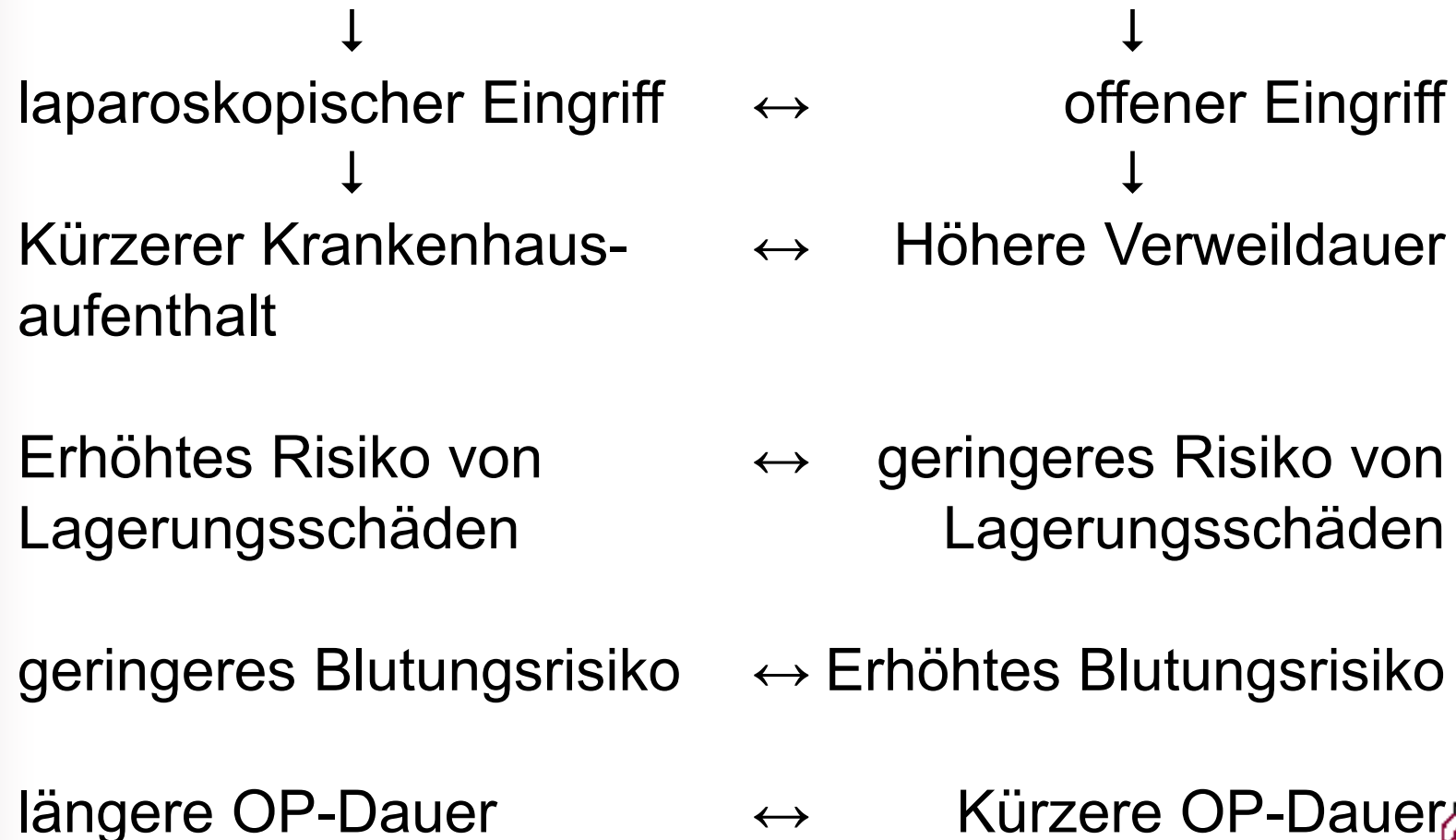


Möglichkeiten zur Vermeidung von Lagerungsschäden

1. Beachtung der Vereinbarungen der Fachgruppen
 - Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie
 - Vereinbarung zur Zusammenarbeit von Anästhesisten mit Chirurgen
2. Schaffung von SOPs (Standard Operation Procedures) zur Vermeidung lagerungsbedingter Komplikationen



Cave: Aufklärung



Die Keimbesiedelung im Krankenhaus

Ca. 400.000 – 600.000 Krankenhausinfektionen/Jahr



Ca. 25% verhinderbar



Ca. 15.000 Todesfälle
durch Keime/Jahr



Ca. 5.000 vermeidbar
durch bessere Hygiene



Zwei aktuelle Entscheidungen zu Keimbeseidung

BGH VI ZR 634/15

→ Patient hat substantiiert vorzutragen

OLG Dresden, Az. 4 U 86/16

→ Pauschale Behauptung, dass „allgemein gültige Hygienestandards verletzt sind“ reicht nicht aus, um zu einer „Verlagerung der sekundären Darlegungslast auf die Behandlungsseite zu führen“ (unter Verweis auf BGH VI ZR 634/15).



Sachverhalt nach BGH VI ZR 631/15:

- Patient → Staphylokokkus aureus (+)
→ multisensible Reaktion auf Antibiotika
- Streitig → Wann und wo Patient sich infiziert hat
- Unstreitig → Patient war im Anschluss an den Eingriff mit einem anderen Patienten im Zimmer untergebracht, der an einer offenen, eiternden und mit einem Keim infizierten Wunde im Kniebereich litt und sein „offenes Knie“ jedem bei Verbandswechseln zeigte, ob er es sehen wollte oder nicht und darüber klagte, dass man den Keim „nicht in Griff bekommt“.



Hierzu der BGH:

1. Der Vortrag eines Patienten, er sei mit einem infizierten anderen Patienten im einem Zimmer untergebracht, löst eine abgestufte Darlegungs- und Beweislast aus.
2. Die Unterbringung eines Patienten mit einem unauffälligen postoperativen Heilverlauf gemeinsam mit einem Patienten mit einer offenen, infizierten Wunde in einem Zimmer ist jedenfalls dann nicht zu beanstanden, wenn die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Prävention des Robert-Koch-Instituts



- Prävention postoperativer Infektionen im Operationsgebiet
- Zur Beherrschbarkeit von Infektionsrisiken primum non nocere
- Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen
- Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren in Krankenhaus und Praxis

eingehalten sind, wie auch die Vorschriften zur hygienischen Händedesinfektion und zum Verbandswechsel unter keimarmen Bedingungen.



Fazit:

Trennen zwischen



feststehender
Infektionsquelle

ungeklärter
Infektionsquelle



- Schadensursache stammt aus Klinik/Praxisbetrieb
- Schadensursache kann durch ordnungsgemäße Gestaltung ausgeschlossen werden
- Schadensquelle stammt nicht aus Unwägbarkeiten des menschlichen Organismus



- Schadensquelle stammt nicht aus Besonderheiten des Eingriffs in den menschlichen Organismus (und deshalb nicht der Patientensphäre zurechenbar)



Umkehr der Darlegungs- und Beweislast



Klinik/Praxis muss darlegen und beweisen, dass alle erforderlichen organisatorischen und technischen Vorkehrungen zur Risikovermeidung ergriffen wurden (jetzt auch: § 630 h Abs. 1 BGB).



Ungeklärte Infektionsquelle:



Umkehr der Darlegungs- und Beweislast → (-)

Behandler muss i.R.d. sekundären Darlegungslast nur vortragen, welche Hygienemaßnahmen getroffen wurden und ggf. Hygienepläne, Arbeitsanweisungen, interne QS-Maßnahmen etc. vorlegen. Sind diese nicht zu beanstanden \Rightarrow keine Umkehr der Beweislast





OLG Dresden hat in konsequenter Umsetzung der aktuellen Rechtsprechung des BGH den Vortrag „allgemeingültige Hygienestandards“ sind verletzt worden, nicht ausreichen lassen.

Anmerkung: Es handelte sich noch nicht einmal um einen multiresistenten, sondern um einen Antibiotikasensiblen „Feld-Wald-Wiesen-Keim“.



Landgericht Göttingen, Az. 12 O 16/14 vom 13.06.2017:

Sachverhalt: Vertauschung von Gewebeproben mit nicht feststehendem Ort der Verwechselung (Arztpraxis oder Labor)

Das LG Göttingen → Sachverständige Beratung
→ dennoch: Abweichen von dem Ergebnis des SVGA unter Hinweis auf § 830 Abs. 1 Satz 2 BGB zu Gunsten des Klägers mit daraus resultierender Vermutung des Kausalzusammenhangs zwischen Schädigung und Primärschaden



Das Gesetz:

§ 630 h Abs.1 BGB vermutet einen Fehler des Behandelnden, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden **vollbeherrschbar** war **und** das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat.

Aus einer **Unterqualifikation des Behandlers** („war ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt“..), wird vermutet/fingiert, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, Körpers oder der Gesundheit ursächlich war“.



Das IfSG

- Änderung 2011 mit dem Ziel der Verbesserung der Hygienequalität in Krankenhäusern
- Ziel ist nicht die Schaffung von Beweiserleichterungen für Patienten
- Ziel: Festlegung von Inhalt/ Umfang von Pflichten, die den Standard ausmachen (können)
- § 23 Abs. 3 Satz 2



Enthält Vermutung über Einhaltung des Standards auf dem Gebiet der nosokomialen Infektionen, wenn die veröffentlichten Empfehlungen der KRINKO und ART beim RKI beachtet wurden.



- u.U. Hinweis auf groben Organisationsfehler bei Verstoß gegen die Vorgaben des RKI.
- § 23 Abs. 4 → enthält Dokumentationspflichten → enthält keine Beweiserleichterung aufgrund unterlassener Dokumentation



Dokumentationen gemäß § 23 Abs. 4 IfSG ≠ Teil der Dokumentation → Kein Einsichtsrecht des Patienten in Niederschriften gemäß § 23 Abs. 4 Satz 1.



Rechtsfolgen



Zivilrechtlich



Strafrechtlich

11.11.2017



Zivilrechtlich → Verurteilung von Arzt und Klinik zur
Zahlung von Schmerzensgeld

„**Neu**“: Auch zivilrechtliche / persönliche Haftung von
Organen / Geschäftsführern



Warum?

Krankenhaussträger



Pflicht zur Überwachung von **Chefärzten** im Rahmen der übertragenen Organisationspflichten

Chefarzt



Fachmedizinische Aufsicht über nachgeordnete Ärzte durch gezielte Kontrollen.
Nicht ausreichend: Gemeinsame Visiten.



Hierbei → KH-Träger muss Chefarzt im Rahmen der diesem übertragenen Organisationsaufgaben überwachen



Beide tragen Verantwortung!

Oftmals → Unzureichende personelle Ausstattung



Keine Entlastungsmöglichkeit für GF nach § 831 BGB



Er haftet als Organ nach § 31 BGB



Cave: Bei Hinweisen auf Missstände ohne dass Taten folgen.

11.11.2017



Landgericht Mainz, Az. 2 O 266/11 vom 15.04.2014:

- Verurteilung des GF einer Privatklinik zur Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld → Verurteilung wegen Verantwortung für Organisationsfehler im Bereich unzureichender personeller postoperativer Überwachung einer Patientin (u.a. §§ 823 II BGB i.V.m. § 299 StGB)
- Beanstandungsfreies Arbeiten des Arztes im Rahmen der Operation
- GF trägt Verantwortung für postoperatives Chaos





- Nachtwache = Medizinstudentin im 1. Semester + Putzfrau
- Operateur (GF) und Anästhesist gehen nach OP-Ende sofort nach Hause
- Keine Einrichtung von ärztlichem Bereitschaftsdienst
- Sorgfaltswidriges Zurücklassen einer mit Propofol versetzten Kochsalzinfusion nach der Operation



Möglich bei Organisationsfehlern → Leistungskürzung
durch den Haftpflichtversicherer über §§ 28, 81 VVG.

11.11.2017





11.11.2017



Geschäftsführer ist „Täter hinter dem Täter“.

Lange Zeit kein Interesse der Strafjustiz an Klinikleitern.

11.11.2017



STA Saarbrücken, Az. 6010 Js 8484/99 in einem Verfahren bei Verwendung von Fremdblut der falschen Blutgruppe ohne vorangegangene Verträglichkeitsprüfung im Rahmen einer Transfusion:

„Die von dem Beistand des Sohnes der Verstorbenen erhobenen Vorwürfe sind nicht geeignet, das Verfahren gegen den Leiter der Klinik auszudehnen. Dass beide Beschuldigte über 12 Stunden im Dienst waren, ist im Krankenhausbetrieb alltägliche Routine. Das Personal erlebt diese langen Schichten regelmäßig, so dass es daran gewöhnt ist. Der Klinikleiter hat von den Beschuldigten (Ärzten) nur das im Krankenhaus Vertretbare verlangt. Eine Mitschuld ist nicht ersichtlich, so dass das Ermittlungsverfahren nicht zu erweitern ist.“

11.11.2017



Lederspray-Entscheidung (BGH, 2 StR 549/89) →
Bestrafung von Geschäftsführern wegen Körperverletzung
im Rahmen ihrer Tätigkeit amtlich.

11.11.2017



BGH, Az. 3 StR 442/99 → strafrechtliche Verurteilung des stellvertretenden Leiters einer Blutbank

Amtsgericht Limburg, Az. 3 Js 7075/08 – 52 Ls

- ZA + Anästhesist operieren Patient in Vollnarkose
- Kein spezieller AWR
- Postoperative Überwachung obliegt Begleitpersonen (Eltern)
- Patientin erleidet Atemstillstand und hypoxischen Gehirnschaden und stirbt



- Verurteilung des ZA zu 15 Monaten a. B. wegen fahrlässiger Tötung, in Berufungsverhandlung Einstellung gegen 20.000,00 EUR wegen Beweisunsicherheiten bei der Kausalität der Pflichtverletzung
- Anästhesist → 1 Jahr 6 Monate.
In Berufungsinstanz: idem
- ZA wurde alleine wegen unzureichender Organisation der postoperativen Phase verurteilt. Die Arbeit als solche war nicht zu beanstanden.



Amtsgericht Köln, Az. 613 Ls 3/12 → Assistenzärztin →
63 Stunden Wochenarbeitszeit → 12-stündiger Notdienst

→ Vertauschung zweier Blutkonserven →
SV: Erheblichste strukturelle Mängel in der
Krankenhausorganisation, die „fast zwangsläufig zu
einem Versagen der Angeklagten führen mussten“
(Dienstplangestaltung, Übermüdung, dem
Ausbildungsstand nicht entsprechende
Aufgabenzuweisung; mangelnde Schulung zur
Durchführung von Bluttransfusionen)





Amtsgericht sah gem. § 60 StGB von Strafe ab.

Anmerkung:

- Am Tag nach dem Vorfall ließ sich die Klinikleitung die nicht zutreffende Erklärung unterschreiben, dass die Assistenzärztin eine entsprechende Fortbildung erhalten hatte.
- (Natürlich) keine strafrechtliche Verfolgung der Klinikleitung.



§ 130 OWiG → Ahndung des vorsätzlichen oder fahrlässigen Unterlassens von Aufsichtsmaßnahmen als Ordnungswidrigkeit möglich → Geldbuße bis zu 1 Mio. Euro.

→ Bringt in haftungsrechtlicher Hinsicht ebenso wenig wie Verstöße gegen die Vorgaben der MPBetreibV, AMG, BtMG, TfG, etc.



Résumé

Die voll beherrschbare Maßnahme

- stellt hohe Anforderungen an die Behandlerseite
- ist ohne ausreichende personelle/strukturelle Ausstattung nicht möglich
- erfordert ein qualifiziertes Risikomanagement



Positive Auswirkung auf Haftungsquote



Bei unzureichender finanzieller/personeller/struktureller
Ausstattung → Einschränkung des Leistungsspektrums
notwendig.

11.11.2017



Tafel Schokolade

→ Rechtsanwalt Fritz

Herzliches Dankeschön fürs Zuhören → Übrige Teilnehmer

11.11.2017

