

Prof. Dr. Gunnar Duttge



# Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“?

*10. Kriminalwissenschaftliches Kolloquium*  
Institut für Kriminalwissenschaften

Göttingen, den 08. Juli 2016



*„Aufforderung, Herausforderung,  
Anreizung ...“*

*... besonders zum Duell“*

(Brockhaus Konversationslexikon, Bd. 13, 1896, S. 484)



## Fakten und Hintergründe | Behandlungsfehler

Ein Behandlungsfehler wird definiert als eine nicht sorgfältige und nicht den anerkannten medizinischen Standards entsprechende Behandlung. Er kann sowohl durch therapeutisches Handeln als auch durch Unterlassen erfolgen. Als Behandlungsfehler wird ferner nur ein Verhalten definiert, das als vorsätzlich oder fahrlässig gelten kann. Außerdem muss es ursächlich für den entstandenen Schaden sein (Kausalität). Es gibt verschiedene Arten von Behandlungsfehlern, wie zum Beispiel Diagnose-, Therapie- und Aufklärungsfehler sowie Organisations- und Koordinierungsfehler. Sollen Schadensersatzansprüche gegen eine Ärztin oder einen Arzt geltend gemacht werden, liegt die sogenannte Beweislast beim Patienten. Das Fehlverhalten wie auch der Zusammenhang mit den eingetretenen Folgen muss also eindeutig bewiesen werden. Lediglich bei groben Behandlungsfehlern kommt es zu einer Umkehr der Beweislast.

Wie viele Behandlungsfehler jedes Jahr in Deutschland gemacht werden, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Die Schätzungen gehen von 40.000 bis 170.000 Behandlungsfehlern jährlich aus (BMG 2014). Am 20. Mai 2015 hat der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen seine aktuelle Statistik zur Behandlungsfehler-Begutachtung vorgelegt (MDS 2015). Demnach wurden im Kalenderjahr 2014 in 14.663 Verdachtsfällen Gutachten erstellt. In 3.796 Fällen hat sich der Verdacht bestätigt (ebd.). Das entspricht einem Anteil von 25,9 Prozent.

Patienten können bei Verdacht auf Behandlungsfehler die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt direkt ansprechen. Seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 sind die Behandelnden verpflichtet, Patienten auf Nachfrage oder zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren zu informieren, sofern die Annahme eines Behandlungsfehlers begründet ist. In diesem Fall dürfen Tatsachen keinesfalls unzutreffend dargelegt oder verschwiegen werden. Ein wichtiger Ansprechpartner sind darüber hinaus die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Sie müssen ihre Versicherten bei einem Verdacht auf einen Behandlungsfehler etwa mit einer außergerichtlichen Rechtsberatung oder durch ein medizinisches Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen unterstützen.



Behandlungsfehler im Krankenhaus

# Kritisch in der Klinik

Könnten Patienten mitreden, wären viele Fehler vermeidbar

Von **Jan Schweitzer**

23. Januar 2014, 7:00 Uhr / Editiert am 30. Januar 2014, 4:40 Uhr / DIE ZEIT Nr. 5/2014 / 9 Kommentare

Behandlungsfehler kosten in Deutschland fünfmal so viele Menschen das Leben wie Verkehrsunfälle, nämlich 19.000. Jedes Jahr. Da muss man erst einmal schlucken. Geht es doch um lauter Patienten, die nur deswegen sterben, weil im Krankenhaus etwas falsch läuft. Deren Tod also prinzipiell vermeidbar wäre.

Berliner Zeitung » Wirtschaft » Krankenhaus-Behandlungsfehler: Gefährlicher als der Straßenverkehr

## Krankenhaus-Behandlungsfehler Gefährlicher als der Straßenverkehr

Von  Timot Szent-Ivanyi 21.01.14, 19:01 Uhr

EMAIL FACEBOOK TWITTER



n-tv Suchen auf n-tv.de

Home Politik Wirtschaft Börse Sport Panorama Unterhaltung Technik Ratgeber Wissen

US-Wahl Kommentare Pressestimmen Person der Woche

Startseite » Politik » Risikobehandlung im Krankenhaus : Studie belegt zahlreiche Behandlungsfehler



Die Kliniken betonen, ihre Standards seien hoch. (Foto: picture alliance / gpa)

Dienstag, 21. Januar 2014

### Risikobehandlung im Krankenhaus Studie belegt zahlreiche Behandlungsfehler

 Die Gesundheitskasse.

 Direkt zu den regionalen Informationen



Arzneimittel DMP eGK Versorgungsverträge ASV

Startseite » Krankenhaus » Versorgungsqualität » Patientensicherheit

- Apotheke
- Arzt und Praxis
- Heilberufe
- Hilfsmittel
- Krankenhaus
- DRG-Entgeltsystem
- Psych-Entgeltsystem
- Landesbasisfallwerte

### Mehr Beschwerden wegen vermuteter Behandlungsfehler



(27.05.15) Immer mehr Patienten suchen bei Verdacht auf Behandlungsfehler in Krankenhäusern und Arztpraxen Hilfe bei offiziellen Stellen. 2014 hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) rund 14.600 entsprechende Gutachten erstellt. Das waren knapp 100 mehr als im Vorjahr. In rund jedem vierten Fall hat sich der Verdacht bestätigt. Das geht aus der aktuellen Behandlungsfehler-Statistik hervor, die der Medizinische Dienst Ende Mai 2015 in Berlin vorgestellt hat.



## Risikofaktoren:

**Arbeitsteilung** – Prozessstrukturen zwischen starrem Bürokratismus und „organisierter Unverantwortlichkeit“

insbesondere: „Einbahnstraße top-down“

(Interkulturelle) **Kommunikation**

**Ökonomischer** Faktor: finanzielle und personelle Ressourcen

**Rechtsunkenntnis** (z.B. Datenschutz)



Länder wollen jeden Todesfall überprüfen



## Nach Fall Niels H.: Kampf gegen Morde in Krankenhäusern

Von Hans-Peter Mlodoch - 25.04.2016 - 0 Kommentare

**Der Sonderausschuss Patientensicherheit des Niedersächsischen Landtags spricht sich für genauere Leichenschauen in den Kliniken aus. Der Entwurf des Abschlussberichts des Gremiums liegt dem WESER-KURIER vor.**



Gestorbene in Krankenhäusern in Niedersachsen und Bremen sollen zukünftig genau überprüft werden, um eine nicht natürliche Todesursache auszuschließen. (dpa)

Quelle: [http://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-politik-wirtschaft\\_artikel,-Nach-Fall-Niels-H-Kampf-gegen-Morde-in-Krankenhaeusern-\\_arid,1362934.html](http://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-politik-wirtschaft_artikel,-Nach-Fall-Niels-H-Kampf-gegen-Morde-in-Krankenhaeusern-_arid,1362934.html)



# Themen...

ARBEITSZEUGNISSE

AUSBILDUNG/SCHULUNG

FEHLERMELDESYSTEME

LEICHENSCHAU

KLINIKINTERNER

PATIENTENFÜRSPRECHER

MELDEPFLICHTEN AN STA,

RISIKOMANAGEMENT

STATIONSAPOTHEKE

SUPERVISION

WISTLEBLOWING-SYSTEME



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES  
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

## Gesundheit in Deutschland

/ 02

Wie steht es um  
**unsere Gesundheit?**



## Deutscher Bundestag

18. Wahlperiode

Drucksache 18/1765

17.06.2014

### Kleine Anfrage

der Abgeordneten Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, Dr. Petra Sitte, Azize Tank, Birgit Wöllert, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

#### Gefährdung der Patientensicherheit und tödliche Behandlungsfehler im Krankenhaus

Laut dem Krankenhausreport 2014 ([www.krankenhaus-report-online.de/krankenhaus-report-2014.html](http://www.krankenhaus-report-online.de/krankenhaus-report-2014.html)) kommt es in den Krankenhäusern in Deutschland bei ca. 5 bis 10 Prozent der Patientinnen und Patienten zu unerwünschten Ereignissen, die für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten relevant sind. Bei ca. der Hälfte dieser Fälle seien die Fehler vermeidbar. So kämen fünfmal so viele Menschen durch Behandlungsfehler in Kliniken zu Tode als im Straßenverkehr. Rund 19 000 Todesfälle an deutschen Kliniken gingen auf unerwünschte Ereignisse zurück, was einer Häufigkeit von rund 1 Promille bezogen auf alle Krankenhausbehandlungen entspräche. Der Krankenhausreport wird von namhaften Wissenschaftlern im Auftrag des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) erstellt.



INFOBOX 5.8.3

WICHTIGE AKTEURE UND INSTITUTIONEN  
DER QUALITÄTSSICHERUNG IN DER  
GESUNDHEITSVERSORGUNG

**Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):** Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, in dem die Patientenvertretung mit berät; verantwortlich für die Umsetzung und Konkretisierung gesetzlicher Vorgaben. Er beschließt unter anderem Richtlinien zur Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung, die den Charakter untergesetzlicher Normen besitzen und für alle Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bindend sind. Dies beinhaltet auch wichtige Aufgaben des G-BA bei der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung von Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten in Kliniken und Praxen.

**Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):** Unabhängiges wissenschaftliches Institut, das unter anderem den Nutzen medizinischer Leistungen für Patientinnen und Patienten nach den Maßstäben der evidenzbasierten Medizin überprüfen soll. Es erhält Aufträge vom G-BA und vom Bundesministerium für Gesundheit und erstellt Gutachten, zum Beispiel über den Nutzen von Arzneimitteln, Operationen und Diagnoseverfahren, oder gibt Empfehlungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP). Zudem veröffentlicht es allgemeinverständliche Gesundheitsinformationen.

**Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG):** Unabhängiges wissenschaftliches Institut, das ab 2016 im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erarbeitet und an deren Umsetzung mitwirkt. Schwerpunkte sind u. a. die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse in allgemeinverständlicher Form. Zuvor lagen diese Auf-

gaben beim BQS-Institut (bis 2009) und beim AQUA-Institut (bis Ende 2015).

**Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS):** Einrichtungen auf Landesebene, zuständig für die externe Qualitätssicherung des G-BA in den Ländern. Sie nehmen unter anderem Daten für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser an und leiten sie weiter. Zudem sind sie maßgeblich an der Aus- und Bewertung bei qualitativen Auffälligkeiten von Krankenhäusern und an der Einleitung qualitätsverbessernder Maßnahmen beteiligt (so genannter strukturierter Dialog). Sie erfüllen auch Aufgaben zur Information und Beratung der Krankenhäuser.

**Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ):** Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Aufgabe, diese bei der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung zu unterstützen. Schwerpunkte sind medizinische Leitlinien, Patienteninformationen, Patientensicherheit und evidenzbasierte Medizin.

**Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):** Eingetragener Verein mit dem Ziel, die medizinische Wissenschaft nach außen zu vertreten. Er koordiniert unter anderem die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und veröffentlicht diese auf seiner Internetseite.

**Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS):** Eingetragener Verein, der sich für eine sichere Gesundheitsversorgung einsetzt sowie die Erforschung, Entwicklung und Verbreitung der dazu geeigneten Methoden zum Ziel hat. Im APS ist eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationen und Einzelpersonen aus dem Gesundheitswesen zusammengeschlossen. Das APS engagiert sich in verschiedenen Projekten, zum Beispiel dem gemeinsam mit dem ÄZQ durchgeführten WHO-Projekt "Action on Patient Safety: High 5s".

Quelle:  
Gesundheit in  
Deutschland,  
2015, S. 356



# Beschluss



## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Qualitätsmanagement-Richtlinie

Vom 17. Dezember 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2015 die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) beschlossen:

- I. **„Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)“**

### Präambel

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dient der kontinuierlichen Sicherung und Verbesserung der Patientenversorgung sowie der Organisationsentwicklung. Mit dem primären Ziel einer größtmöglichen Patientensicherheit sollen neben einer bewussten Patientenorientierung auch die Perspektiven der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure berücksichtigt werden.



## Wie geht es dem Patienten?

*Um angemessen auf einen Zwischenfall reagieren zu können, muss man sich in die Situation des Patienten hineinversetzen. Wie sind seine Empfindungen? Was sind seine Sorgen und Bedürfnisse?*

Zwischenfälle während der medizinischen Behandlung belasten Patienten, Angehörige und die professionellen Helfer mitunter gravierend. Daher kommt dem Umgang mit solchen Zwischenfällen und vor allem einer offenen, zeitgerechten und kontinuierlichen Kommunikation mit den Betroffenen eine entscheidende Bedeutung zu.

### Patienten reagieren mit starken Gefühlen

Zahllose Erfahrungsberichte und Studien zeigen, dass ein unprofessioneller Umgang im Zwischenfällen Patienten zusätzlich zur körperlichen Beeinträchtigung psychisch traumatisieren kann. Dies führt zu einem Vertrauensverlust in das Behandlungsteam und die Versorgungseinrichtung.

Patienten sind durch ihre Erkrankung meist ohnehin schon verletzlich und besorgt. Auf eine unzureichende Kommunikation nach behandlungsbedingten Schädigungen reagieren sie oft mit starken Gefühlen wie Wut und Verbitterung, nicht selten fühlen sie sich betrogen oder lächerlich gemacht. Dies zeigte eine 1994 von C. Vincent und Kollegen in der Zeitschrift „Lancet“ publizierte Befragung von Patienten, die in England einen Rechtsbeistand aufgesucht hatten. Ein weiteres Ergebnis dieser Erhebung war, dass Patienten mit Schäden nach chirurgischen Eingriffen und anschließend unprofessioneller Kommunikation mehr Stress erlebten als Unfallopfer und Verwitwete. Sie hatten zudem vergleichsweise mehr Probleme mit der Krankheitsbewältigung als Patienten mit Herz- oder Krebserkrankungen. Je unzurei-



### In folgenden Situationen besteht Gesprächsbedarf:

- wenn – schicksalsbedingt oder durch einen Fehler – ein Schaden entstanden ist,
- wenn der Patient einen Schaden vermutet,
- wenn das Personal einen Schaden voraussieht,
- wenn der Patient einen Fehler ohne Schadensfolge bemerkt (z.B. rechtzeitig erkannte Patientenverwechslung bei OP).

Quelle: Aktionsbündnis Patientensicherheit, [www.dgu-online.de/fileadmin/published\\_content/5.Qualitaet\\_und\\_Sicherheit/PDF/Reden\\_ist\\_Gold\\_final.pdf](http://www.dgu-online.de/fileadmin/published_content/5.Qualitaet_und_Sicherheit/PDF/Reden_ist_Gold_final.pdf)



## „Disclosure, Apology and Offer Programs“

<b>TABELLE</b>			
<b>Effekte der Einführung des DAO am University of Michigan Health Care System</b>			
	1995–2003	2003–2007	Reduktion um
Zahl der Neuforderungen pro 100 000 Patienten und Monat	7,03	4,52	35 %
Entschädigungszahlungen und Prozesskosten pro Monat und \$ 1 000 Betriebseinkommen	\$ 18,91	\$ 7,78	60 %
Prozessdauer (median)	1,36 Jahre*	0,95 Jahre*	30 %

Quelle: (6), \*Prozessdauer wurde 1995–2001 und 2001–2007 erhoben.

Quelle: *Freres/Walter*, Deutsches Ärzteblatt 110 (2013), A-1848



Erwin Deutsch

## Den Letzten beißen die Hunde: Arbeitsteilige Medizin\*

Wladimir Iljitsch Lenin wird der Ausspruch zugeschrieben: „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ In der arbeitsteiligen Medizin, insbesondere in der mehr und mehr spezialisierten Medizin, ist ein gewisser Grad des Vertrauens notwendig, schon aus Zeitgründen. Die Wiederholung aller möglichen diagnostischen, aber auch präoperativen Untersuchungen, wäre zeitaufwendig und kostenreich. Es gibt aber auch Verhältnisse, in denen die Kontrolle oder sogar die Wiederholung dieser Tests notwendig ist. Jedenfalls wird man wohl auf einer kursorischen Übersicht bestehen müssen, die auch Anlass zur Nachprüfung geben kann.

### I. Notwendigkeit und Arten der arbeitsteiligen Medizin

und Untergebene handeln, ein besonderes Problem, das hier nicht behandelt werden soll. Es kann sich aber auch um die

und Untergebenen angesehen.<sup>3</sup> Dabei gibt es aber Abgrenzungsprobleme, wenn sich die Fächer nahe kommen und sich die Verantwortlichkeiten überschneiden.

#### b. Vertikale Arbeitsteilung

Mit dem Begriff vertikaler Arbeitsteilung ist meistens die Leitungsebene angesprochen. Es geht also darum, ob ein Arzt einem anderen Weisungen erteilen kann oder nicht.<sup>4</sup> Hier wird auch von hierarchischem Prinzip gesprochen, das die vertikale Arbeitsteilung trägt.<sup>5</sup> Es gibt aber auch aneinander stoßende Gebiete, bei denen die Vertikalität vom Fach her gesehen ist, etwa die Neurologie und die



## LG Bielefeld, Urt. v. 14.8.2013 – 16 Js 279/11

- A = pJ in Kinderklinik: ärztlicher Auftrag zur Blutentnahme
- Erläuterung durch Krankenschwester: Teil des sog. „Berg-Tal-Spiegels“
- A missversteht: „Gesamtauftrag“?
- während Blutentnahme hinter dem Rücken des A: Ablage einer Spritze zum oralen Träufeln
- während A im Nebenraum mit Blut: Ärztin appliziert mit weiterer Spritze Antibiotikum

- nach Rückkehr des A: irrige Annahme, dass abgelegter Spritzeninhalt von ihm zu applizieren sei



- Tötung des geschwächten Kindes
- Spritzen grds. beschriftet und auf einem Sprizentisch abgelegt: aber: z.T. Missachtung in klinischer Praxis
- ApprobationsO: für Injektion expliziter ärztlicher Auftrag erforderlich, aber Krankenschwester häufig „Sprachrohr der Ärzte“



## § 222 StGB – Pro und Contra...

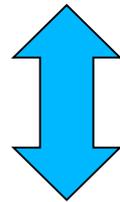
- Spritze unbeschriftet
- kein Sprizentisch
- Spritze kurzzeitig unbeaufsichtigt
- klarer ärztlicher Auftrag
- Auszubildender
- erst seit einer Woche auf Station
- irregulärer Klinikbetrieb bzgl. Spritzen
- Erläuterung durch Krankenschwester missverständlich

**=> Pflicht zur Nachfrage => indiv. unvermeidlich**



# LG Bielefeld, Urt. v. 14.8.2013 – 16 Js 279/11

Strafbarkeit: „grobe Fahrlässigkeit“



Strafzumessung: 90 Tagessätze à 20 €, da „Organisationsmitverantwortung der Klinikleitung“

**=> § 46 I StGB: Schuld ist Grundlage der Strafzumessung!**



# Zurechnungsprobleme



- objektive Zurechnung trotz Fehlverhaltens der tatortnah Handelnden?
- subjektive Vorhersehbarkeit des konkreten schadens-trächtigen Kausalverlaufes?
- Pflichtwidrigkeitszusammenhang (gem. Vermeidbarkeits-theorie)?



Juristische Fakultät  
Georg-August-Universität Göttingen

## 10. Kriminalwissenschaftliches Kolloquium

### ***Das moderne Krankenhaus: Ort der „desorganisierten Kriminalität“?***

8. Juli 2016

- 12:15 Uhr Begrüßung
- 12:30 Uhr **Machtverteilungen und Machtverschiebungen in deutschen Krankenhäusern – die medizinsoziologische Sicht**  
*Prof. Dr. Siegfried Geyer, Medizinische Soziologie, MHH Hannover*
- 13:15 Uhr **Ökonomie und Qualität: Chancen oder Gefahren?**  
*Dr. Daniel Grob, ehem. Medizinischer Direktor Stadtspital Waid (Schweiz)*
- 14:00 Uhr **Qualitäts- und Risk-Management: Alternative oder Ergänzung zur rechtlichen Inverantwortnahme?**  
*Dr. Maria Inês Cartes, Strategisches Risikomanagement, MHH Hannover*
- 15:00 Uhr **Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln**
1. Teil: **Strafrechtliche Risiken der Mitarbeiter**  
*RA Prof. Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, München*
  2. Teil: **Strafrechtliche Risiken der Leitungsebene**  
*Prof. Dr. Hans Kudlich, Universität Erlangen*
- 16:30 Uhr Podiumsdiskussion  
**„Krankenhaus 2020: Was wäre zu tun?“**
- 17:30 Uhr Schlussworte