

Rechtsmedizin

Organ der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

Elektronischer Sonderdruck für U. Schulte-Sasse

Ein Service von Springer Medizin

Rechtsmedizin 2012 · 22:406–414 · DOI 10.1007/s00194-012-0846-5

© Springer-Verlag 2012

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

T. Neelmeier · U. Schulte-Sasse

Hypoxie durch Organisationsverschulden

Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen

Hypoxie durch Organisationsverschulden

Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen

„Aus leitenden Funktionen innerhalb der Organisation von Kliniken – sowohl im medizinischen wie im nichtmedizinischen Bereich (vgl. dazu Kudlich/Schulte-Sasse, NSStZ 2011, 241 ff.) kann sich eine Pflicht zur Vermeidung organisationsbedingter Sorgfaltsverletzungen und damit eine (Neben-)Täterschaft ergeben“ [24]. Mit diesem Hinweis im wichtigsten strafrechtlichen Praxis-kommentar reagiert der Richter am Bundesgerichtshof (BGH) Fischer auf eine bisweilen unzureichende Sensibilisierung von Ermittlern und Gutachtern. Im Folgenden werden für den stationären und den praxisambulanten Bereich anhand aktueller Gerichtsverfahren die wirtschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen sowie 11 medizinische Verdachtsfallgruppen möglichen Organisationsverschuldens vorgestellt.

Die Markttransformation des Gesundheitswesens hat die Leistungserbringer neuartigen, teilweise adversen Anreizsystemen ausgesetzt. Während sich die Rechtsprechung früher mit Problemen der Teilhabe am (technischen) Fortschritt in der Medizin zu beschäftigen hatte¹,

steht sie heute vor der Herausforderung, einen Rückschritt gegenüber dem bereits erreichten Standard zu verhindern. Wie ist das zu erklären angesichts stets neuer Rekorde bei den Gesundheitsausgaben [30] und einer bislang eher theoretisch gebliebenen Debatte um Rationierung und Priorisierung [31]?

1. Die Vizepräsidentin des BGH Müller beschrieb den Paradigmenwechsel schon 2008 in ihrem Beitrag „Arzthafungsrecht in Zeiten knapper Kassen“ [51]. Zwar gelte in der deutschen Rechtsprechung der Grundsatz, wonach aus wirtschaftlichen Erwägungen keine Abstriche gemacht werden dürften vom gebotenen Mindeststandard. Aus den Reihen der Leistungserbringer drohe jedoch eine ökonomisch motivierte „schleichende Reduzierung des Standards“, also ein Qualitätsunterbietungswettbewerb. Dem müsse die Justiz begegnen durch erhöhte Wachsamkeit und verstärkte Kooperation mit den Medizinerinnen, die die „Haftungsrichter zunehmend als Bundesgenossen zur Aufrechterhaltung des Standards betrachten“. Dazu passend fordert Stüwe (Chefredakteur *Deutsches Ärzteblatt*) einen „Rechtsrahmen, der Wettbewerb um Qualität ermöglicht und fördert. Der wird zwar häufig beschworen, aber wo ist er Realität?“ [76].

a) Angesichts beträchtlicher Überschüsse der gesetzlichen Krankenkassen [77] sind „knappe Kassen“ als Meta-

pher zu verstehen für die marktorientierte Denkweise heutiger Leistungserbringer. Bei manchen Krankenhäusern resultiert sie aus einem ökonomischen Existenzkampf. Die Interessenvertretung der kaufmännischen Krankenhausleitungen VKD sieht hiervon die Hälfte der Einrichtungen betroffen [3]; unabhängige Quellen gehen von 10% [75] oder 20% [23] aus. „Knappe Kassen“ können aber auch aus dem Streben nach Gewinnmaximierung resultieren. Sechsunneunzig Prozent der privat getragenen Kliniken arbeiten zumindest kostendeckend [84]. Die EBIT-Marge (Gewinn vor Zinsen und Steuern im Verhältnis zum Umsatz) des Marktführers Helios steigt seit Jahren kontinuierlich und übertrifft mit 10,3% in 2011 [15] sogar Großkonzerne wie Daimler [55]. Die seit 2009 im DAX notierte Muttergesellschaft Fresenius bemühte sich vorerst vergeblich um die Übernahme der Rhön-Klinikum AG [29], die gleichermaßen durch Rekorddividenden [25] und Stellenstreichungen [27] von sich reden macht. Bei den Vertragsärzten stehen „knappe Kassen“ ebenfalls eher für ein Denkmuster als einen Zustand, wenn man das im Vergleich mit anderen Freiberuflern in der Spitzengruppe angesiedelte Durchschnittseinkommen betrachtet [79]. Zwei politische Grundsatzentscheidungen leiteten die Markttransformation des Gesundheitswesens ein.

¹ BGH: Urt. v. 22.09.1987 – VI ZR 238/86, BGHZ 102, 17–27; Urt. v. 28.02.1984 – VI ZR 106/82, NJW 1984, 1810–1811.

aa) Erstens hat sich die Politik für eine großflächige Privatisierung der Krankenhäuser entschieden. Die neuen Eigentümer betrachten Kosten und Erlöse betriebswirtschaftlich getrennt voneinander. Die Reaktion auf eine 11%ige Steigerung des Konzerngewinns kann daher in massiven Stellenstreichungen liegen. Der als Begründung kommunizierte „enorme Kostendruck“ [21] gibt nur die Aktionärsperspektive wieder, aus der ein Investment „eben besser als andere“ [15] in der Branche sein soll.

bb) Die zweite politische Grundsatzentscheidung liegt in der schrittweisen Ersetzung der kostenorientierten Umlagefinanzierung durch eine preisorientierte, d. h. pauschalierte Behandlungsvergütung. Der stationäre Bereich erlebt mit dem jüngst verabschiedeten Psych EntgG [33] gerade die letzte Umstellungsphase von tagesgleichen Pflegesätzen auf Pauschalen. Die vertragsärztliche Versorgung ist seit 2009 an das sog. Regelleistungsvolumen (RLV) gebunden, also eine Art patientenbezogener Standardvergütung, bei der die über das RLV hinausgehenden Leistungen nur zu einem abgestaffelten Preis honoriert werden [49]. Beide Abrechnungssysteme funktionieren grundsätzlich in 2 Schritten: Im Anschluss an eine relative Bemessung der Kosten wird ein gedeckeltes Gesamtbudget verteilt. Für die Leistungserbringer resultiert daraus (statistisch messbar [8]) der ökonomische Anreiz zu größtmöglicher Arbeitsverdichtung in einem Wettlauf um Fälle [26], die, isoliert betrachtet, immer weniger einbringen. Leistungsausweitungen unter Missachtung von Indikation oder Sicherheitsstandard schädigen in diesem System neben den Patienten auch die Marktchancen redlicher Mitbewerber durch Verkürzung ihres Anteils am Gesamtbudget.

b) Die Politik bezweckt nach eigenem Bekunden einen „Verdrängungswettbewerb unter den Leistungserbringern“ [57]. Die Kostenträger fordern seit Jahren den Abbau von sog. Überkapazitäten durch einen „politisch gewollten Konsolidierungs- und Konzentrationsprozess“ und warten auf den Marktaustritt eines Viertels der deutschen Krankenhäuser [82, 84]. Im vertragsärztlichen Bereich wurde der Wettbewerbsdruck beispielsweise

durch Einführung des medizinischen Versorgungszentrums (§ 95 SGB V) erhöht, um die Synergieeffekte größerer Einheiten zu nutzen. Über tagespolitische Debatten (etwa zum Ausgleich von Tarifkostensteigerungen [2, 28]) darf nicht vergessen werden, dass die Härte des Wettbewerbs gewollt ist. Die Politik hat sich bewusst für einen konkurrenzorientierten Gesundheitsmarkt entschieden, dessen Funktionsfähigkeit nicht mehr (nur) von der gerechten staatlichen Verteilung medizinischer Leistungen auf die Patienten abhängt, sondern in viel größerem Maße von der leistungsgerechten (d. h. qualitätsabhängigen) Verteilung der Patienten auf die medizinischen Leistungserbringer.

2. Wie kann eine solche Lenkungswirkung erreicht werden? „By an invisible hand“ [69] funktioniert der Markt nur mit einem Rechtsrahmen, der die in doppelter Hinsicht asymmetrische Struktur des Gesundheitssektors berücksichtigt. Zunächst besteht ein „asymmetrisches ökonomisches Verhältnis“ [44], weil Patienten grundsätzlich keinen Preisdruck empfinden. Darüber hinaus nimmt die vorherrschende „Informationsasymmetrie“ [54] zwischen Leistungserbringern und Patienten auch der Behandlungssicherheit als wichtigstem Qualitätsmerkmal ihre Fähigkeit zur Nachfragesteuerung. Im Ergebnis hängt das Funktionieren des Gesundheitsmarktes, plakativ formuliert, an der Frage: Warum sollte ein Vertragsarzt bzw. Klinikträger in die für Patienten weitgehend unsichtbare Personalausstattung im OP investieren, wenn sich mit der Gestaltung des Foyers eine viel größere Außenwirkung erzielen lässt?

Die Beantwortung dieser Frage ist existenziell. Im Jahr 2001 wurde *Akerlof* mit dem Nobelpreis ausgezeichnet für seinen wirtschaftstheoretischen Nachweis von Informationsasymmetrie als direkter Ursache für einen Qualitätsunterbietungswettbewerb und Marktversagen [4]. Speziell für den deutschen Gesundheitsmarkt warnt der Präsident des Bundeskartellamtes *Mundt*, eine Mindestqualität sei unabdingbar und genau das sei „die Aufgabe des Staates, Leitplanken im Sinne von Qualitätsstandards festzuschreiben“ [52]. Hierzu bedarf es sowohl der Marktsteuerung durch einen Umbau

der Patientenaufklärungspflichten [54] als auch der Marktaufsicht mittels einer wirksamen Qualitätssicherung.

a) Investitionen in Behandlungssicherheit müssen erlöswirksam werden, also die Auswahlentscheidung der Patienten beeinflussen. Es kann kein Wettbewerb um Qualität in Gang kommen, solange Patienten zwar formularartige Vorträge über seltenste² Komplikationen zu hören bekommen, die auch unter optimaler medizinischer Versorgung unvermeidbar bleiben, jedoch keine Informationen darüber, wie gut die konkrete Einrichtung solche Komplikationen zu bewältigen vermag. Sinnvoll wäre etwa eine Pflichtmitteilung über den aktuellen behandlungsbezogenen Personalschlüssel in der konkreten Einrichtung. In der Geburtshilfe böte sich die jeweils erreichbare Entscheidungs-Entbindungs-Zeit als aussagekräftiger Parameter an [54]. Leider kodifiziert das aktuell beratene Patientenrechtegesetz [34] aus Sicht der vermeintlich begünstigten Patienten lediglich den Status quo [1].

b) Umso wichtiger ist Qualitätssicherung. Sie obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Nach § 91 SGB V handelt es sich um ein Organ der Selbstverwaltung von GKV-Spitzenverband, KBV, KZBV und DKG. Der Sache nach werden die nichtstimmberechtigten Patienten gleich mitverwaltet. Denn die Entscheidungen des G-BA setzt der BGH (im Gegensatz zu den Leitlinien von ärztlichen Fachgremien oder Verbänden) „unbesehen“ mit dem zur Beurteilung eines Behandlungsfehlers gebotenen medizinischen Standard gleich³. Ob der G-BA angesichts seiner Machtfülle (vgl. auch § 135 SGB V) hinreichend demokratisch legitimiert ist [80], hat das Bundesverfassungsgericht bislang ausdrücklich offengelassen⁴. Kritikwürdig ist zumindest, dass sich die im G-BA vertretenen Interessengruppen in einer Reihe für die Gerichtspraxis hochrelevanter Fragen bislang nicht auf konkrete Beschlüsse einigen konnten. Beispielsweise wurden die Geburtskliniken

² BGH: Urt. v. 07.07.1994 – III ZR 52/93, BGHZ 126, 386–396.

³ BGH: Beschl. v. 28.03.2008 – VI ZR 57/07, juris.

⁴ BVerfG: Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25–51.

in Versorgungsstufen eingeteilt, hinsichtlich deren unterer sich die Vorgaben des G-BA zur Qualitätssicherung in dem Hinweis erschöpfen, dass „unvorhergesehene Notfälle“ dem „Neugeborenen-transport“ zu überantworten seien [32]. Ein kompliziertes Kompromisspaket, mit dem der G-BA vorgeblich die Versorgung Frühgeborener verbessern wollte, wurde vor Kurzem vom zuständigen Gericht als „willkürlich“ und „nicht nachvollziehbar“ aufgehoben⁵. Gänzlich untätig blieb der G-BA bei der Qualitätssicherung ambulanter Operationen, mit der er seit 2008 gemäß § 137 SGB V beauftragt ist. In dem Versuch, „Rechtsklarheit wieder herzustellen“, haben sich nun einige Organisationen am G-BA vorbei dahingehend geeinigt [42] vorläufig eine alte Vereinbarung [41] weiterzubeziehen, deren Rechtsgrundlage schon vor Jahren entfallen war. Kritik am Status quo beim ambulanten Operieren kam interessanterweise vom scheidenden Vorsitzenden des G-BA Hess: „Jeder darf, der kann – er muss nur die Voraussetzungen erfüllen. Wir benötigen ... dringend eine funktionierende Qualitätssicherung, die wir aber nicht haben“ [38].

3. Justitia muss notgedrungen die Lücke füllen, welche die Politik (bzw. der G-BA) ihr lässt. Konkret geht es um zwei Fragen: Wie sind die Mindeststandards inhaltlich zu bestimmen? Und welcher Personenkreis ist für deren Einhaltung verantwortlich?

a) Über die bei der medizinischen Versorgung zu beachtende Sorgfalt, also den Facharztstandard entscheidet das Gericht auf der Grundlage des sachverständig ermittelten „Erkenntnisstand[es] der medizinischen Wissenschaft zur Zeit der Behandlung“⁶. Selbst ein objektiv grober Behandlungsfehler setzt keinen Verstoß gegen Leitlinien, Richtlinien oder anderweitige ausdrückliche Handlungsanweisungen voraus. Es genügt vielmehr der Widerspruch zu elementaren medizinischen Grundregeln, die im jeweiligen Fachgebiet vorausgesetzt werden⁷. Ärztliche Gutachter sind auch bei ihrer Be-

⁵ LSG Berlin-Brandenburg: Urt. v. 21.12.2011 – L 7 KA 64/10 KL, <http://www.lsg.berlin-brandenburg.de>, Revision zum BSG.

⁶ OLG Hamm: Urt. v. 09.05.2001 – 3 U 250/99, juris.

⁷ BGH: Urt. v. 20.09.2011 – VI ZR 55/09, NJW 2011, 3442–3443.

Rechtsmedizin 2012 · 22:406–413 DOI 10.1007/s00194-012-0846-5
© Springer-Verlag 2012

T. Neelmeier · U. Schulte-Sasse

Hypoxie durch Organisationsverschulden. Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen

Zusammenfassung

Die medizinischen Leistungserbringer befinden sich seit einigen Jahren in einem Verdrängungswettbewerb, den die Politik bewusst herbeigeführt hat, jedoch ohne für klare Regeln zu sorgen. Dadurch sind ökonomische Fehlanreize entstanden in Richtung nichtindizierter Behandlungsausweitungen und Missachtung kostenintensiver Sicherheitsstandards. Justiz und ärztliche Sachverständige müssen daher als Bundesgenossen klare Mindeststandards definieren und diese gegenüber allen Entscheidungsträgern in Kliniken und Praxen durchsetzen. In Schadens-

fällen bietet sich ein Abgleich mit 11 medizinischen Verdachtsfallgruppen an, in denen sich strafrechtliche Ermittlungen nicht nur gegen die unmittelbaren Behandler, sondern auch gegen Organisationsverantwortliche im medizinischen und im nichtmedizinischen Leitungsbereich richten sollten.

Schlüsselwörter

Organisationsverschulden · Krankenhausgeschäftsführer · Praxisbetreiber · Anästhesie · Patientenüberwachung

Hypoxia through organizational fault. Forensic examination of leadership in healthcare facilities

Abstract

Medical providers have become subject to predatory competition in recent years which was deliberately created in the public policy process. However, this competition lacks a comprehensive set of rules. This brought up adverse economic incentives to carry out non-indicated treatments and disregard costly safety standards. Therefore, justice and medical experts must act as allies, define clear minimum standards and enforce them against all decision makers in hospitals and

doctor's practices. In the event of damage, it is useful to review 11 medical case groups in which criminal investigations should be directed not only against direct practitioners but also against the responsible heads whether they are doctors or not.

Keywords

Organizational fault · Chief executive officers, hospital · Practice manager · Anesthesia · Patient monitoring

auftragung und Vergütung durch eine Prozesspartei allein der medizinischen Wahrheit verpflichtet. Die bisweilen abweichende Praxis wurde von einem Strafgericht jüngst als „Sachverständigenunwesen“ kritisiert⁸. In dem konkreten Fall sah sich das Gericht sogar zur Strafanzeige wegen vorsätzlicher Falschaussage

⁸ AG Limburg a. d. Lahn: Urt. v. 25.03.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls, ArztR 2011, 232-239= juris Rn 212= BeckRS 2011, 21303. Verfahrenseinstellung gemäß § 153a StPO gegen Geldauflagen von jeweils EUR 20.000,- für beide Angeklagten nach Berufungshauptverhandlung aufgrund Beweisunsicherheiten bei der Kausalität der Pflichtverletzungen, vgl. WNZ v. 12.05.2012, S. 17, http://medizinrecht-schulte-sasse.de/fileadmin/templates/_media/bibliothek/pdfs/medienberichte/2012-05-11_Celine-Prozess.pdf.

(§ 153 StGB) gezwungen gegen den ehemaligen Präsidenten einer großen medizinischen Fachgesellschaft, der regelmäßig und gegen beträchtliches Stundenhonorar im Auftrag einer bekannten Kanzlei für Medizinstrafverteidigung tätig war.

b) Für die Einhaltung des Facharztstandards ist der unmittelbare Behandler nicht allein verantwortlich, zumal er defizitären Strukturen oft nur durch Verweigerung des Dienstes begegnen könnte (und müsste). Ungeachtet der jeweiligen Organisationsstufe kann sich grundsätzlich jeder als Nebentäter einer fahrlässigen Körperverletzung oder Tötung strafbar machen, der die Schädigung pflichtwidrig mitherbeigeführt hat [48]. Auf einen persönlichen Kontakt mit dem geschädigten Patienten kommt es nicht an.

Da die Fahrlässigkeitsdogmatik nicht zwischen Tätern, Anstiftern und Gehilfen unterscheidet, ist die Wendung „Täter hinter dem Täter“ [43, 62, 63] bildlich zu verstehen. In der Praxis ist das Augenmerk strafrechtlicher Ermittlungen jedoch häufig auf die unmittelbar handelnden Ärzte verengt, da möglicherweise „mit ihrer Verfolgung ein spontan-oberflächliches Bedürfnis nach Verantwortungszuweisung befriedigt ist“ [48].

Im Jahr 2010 sprach der BGH eine deutliche Rüge gegenüber der Staatsanwaltschaft Bremen aus, weil diese im Fall einer zwangsweisen Exkorporation von Betäubungsmitteln mithilfe von Emetika Tötungsanklage ausschließlich gegen einen unerfahrenen, mit diesem Eingriff überforderten Arzt erhoben hatte, nicht aber gegen die Vorgesetzten, von denen er für die eigenverantwortliche Durchführung dieses schwierigen Eingriffs eingeteilt worden war⁹. Zwar sah der BGH zu Recht ein Übernahmeverschulden des angeklagten Arztes, weil dieser den Eingriff unter Hinweis auf seine Unerfahrenheit hätte ablehnen müssen. Er empfahl jedoch eine milde Sanktion „vor dem Hintergrund, dass die strafrechtliche Verantwortlichkeit für das ... Tatgeschehen von Organisatoren und anderen Mitwirkenden mit deutlich höherem Schuldgehalt greifbar naheliegt“.

4. Die Bedeutung des Sachverständigen [58] bei der Aufklärung von Organisationsdefiziten lässt sich mit *Bruns* wie folgt zusammenfassen [12]: „Die – im Regelfall ärztlichen – Gutachter eines Zivil- oder Strafverfahrens widmen sich häufig mit Akribie medizinischen Detailfragen aus ihrem jeweiligen Fachgebiet, ohne aber die Behandlung als Ganze in den Blick zu nehmen. Wer sich als Gutachter aber z. B. zum Facharztstandard in der jeweiligen Behandlungssituation äußert, ohne sich mit der vorhandenen Personalsituation der Abteilung und den Verantwortlichkeiten für das Personalbudget zu beschäftigen, verwertet wesentliche Teile des Prozessstoffs nicht“. Der erfahrene Oberstaatsanwalt *Günter* empfiehlt seinen Kollegen, Gutachtaufträgen stets den folgen-

den beispielhaften Absatz anzufügen [37]: „Sollten aus Ihrer Sicht weitere Fragen der Erörterung bedürfen, die vorliegend nicht ausdrücklich gestellt wurden, so bitte ich auch diese zu behandeln“. Wenn Gutachter mit ihrem überlegenen ärztlichen Sachverstand Verdachtsmomente identifizieren, die Ermittlungen zu einem möglichen Systemfehler in der betreffenden Einrichtung nahelegen, ist diesbezügliche Rücksprache mit der auftraggebenden Justizstelle auch in Eigeninitiative zulässig und sinnvoll [39]. Für das Strafverfahren folgt das bereits aus dem Amtsermittlungsgrundsatz. Doch selbst für den Zivilprozess, in dem grundsätzlich eine Bindung an gerichtliche Beweisbeschlüsse besteht, hat das OLG Dresden entschieden, dass „der Sachverständige im Einzelfall sogar gehalten sein [kann], das Gericht auf eine seiner Meinung nach in medizinischer Sicht fehlerhafte Einschätzung ... hinzuweisen“¹⁰.

Anlass zur Überprüfung auf Organisationsdefizite sollten beispielsweise Patientenschäden geben im Zusammenhang mit:

-*sehr langen Dienstzeiten*. Das Arbeitszeitgesetz legt als Obergrenze eine Sechstage-Woche zu je 8 Stunden, bei Freizeitausgleich auch vorübergehend bis zu 10 Stunden fest (§ 3). Nur durch Tarifvertrag oder Betriebsvereinbarung kann die werktägliche Arbeitszeit verlängert werden, wenn es sich in erheblichem Umfang um Bereitschaftsdienst handelt (§ 7 Abs. 1). Soll dies ohne Freizeitausgleich geschehen (§ 7 Abs. 2a), bedarf es zudem der schriftlichen Zustimmung des einzelnen Arbeitnehmers (§ 7 Abs. 7). Die absolute Grenze liegt in jedem Fall bei 24-Stunden-Diensten [7], nach denen zwingend eine Ruhezeit von mindestens 11 Stunden gewährt werden muss (§ 7 Abs. 9 verdrängt § 5 Abs. 2 [45]). Geschützt wird gemäß § 1 die Gesundheit der angestellten Ärzte, die in den beschriebenen Grenzen auf diesen Schutz verzichten können. Keine Aussagen trifft das Arbeitszeitgesetz jedoch über das Schutzbedürfnis Dritter, also der Patienten. Zum Vergleich: Straßenverkehrsteilnehmer werden vor übermüdeten LKW-Fahrern nicht durch das Arbeitszeitge-

setz geschützt, sondern durch die davon unabhängige europäische Verordnung (EG) 561/2006 über Lenk- und Ruhezeiten. Das Fehlen einer ähnlich klaren Regelung in Bezug auf übermüdete Ärzte (von der Politik als „bittere Wahrheit“ hingenommen [70]) entbindet die Justiz nicht von der Einzelfallprüfung, ob die Länge der konkreten Dienstzeit im Hinblick auf eine vorhersehbare Patientengefährdung fahrlässig bemessen war. Ein derartiger Verdacht drängte sich auf im Fall einer Kölner Ärztin, die am Ende einer 62-Stunden-Woche und eines 24-Stunden-Dauerdienstes Blutkonserven verwechselte. Das Gericht verurteilte sie wegen fahrlässiger Tötung, sah aber von Strafe ab, weil die Behandlungsumstände einem „Fehler im System“ geschuldet seien und der Klinik ein „Organisationsverschulden“ zur Last zu legen sei¹¹.

-*Behandlungen ohne medizinische Indikation*. Die chirurgische Fachgesellschaft DGCH warnte bereits wiederholt [22], „es werden unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie Kliniken oder auch Praxen Geld bringen“ [35]. In den Kliniken bekämen v. a. Chefärzte Druck von der kaufmännischen Leitung durch entsprechende Ausgestaltung von Zielvereinbarungen [35].

-*fehlender Aufklärung über beabsichtigte Standardabweichungen* [56]. Jenseits der üblichen Risikoaufklärung besteht eine Pflicht zur „weitergehenden Aufklärung“ der Patienten über jede beabsichtigte Abweichung von der *Lex artis*¹². Dies betrifft neben der Anwendung von Außenseitermethoden¹³ sowie Behandlungen ohne medizinische Indikation¹⁴, insbesondere Unterschreitungen des Facharztstandards bei der personellen und apparativen Infrastruktur. Eingriffe beispielsweise ohne Anäs-

⁹ BGH: Urt. v. 29.04.2010 – 5 StR 18/10, BGHSt 55, 121–138; dazu Pressemitteilung des BGH Nr. 94/2010.

¹⁰ OLG Dresden: Beschl. v. 18.12.2009 – 4 W 1282/09, juris

¹¹ AG Köln: Urt. v. 16.05.2012, <http://www.bild.de/news/inland/behandlungsfehler/aerztin-verwechselte-blutkonserven-patient-tot-24198706.bild.html>.

¹² BGH: Urt. v. 19.11.1997 – 3 StR 271/97, BGHSt 43, 306–311.

¹³ BGH: Urt. v. 22.12.2010 – 3 StR 239/10, NJW 2011, 1088–1090; Urt. v. 23.10.2007 – 1 StR 238/07, NStZ 2008, 150–152.

¹⁴ BGH: Urt. v. 07.12.2005 – 1 StR 391/05, juris; Urt. v. 26.06.2003 – 1 StR 269/02, NStZ 2004, 35–36.

thesist¹⁵ [46], Fachpflegepersonal¹⁶ oder vorschriftsgemäße Medizingeräte¹⁷ sind demnach von Anfang an rechtswidrig mangels wirksamer Einwilligung. Kennt der Arzt die hieraus resultierenden Gefahren für den Patienten und setzt er sich dennoch über die anerkannten Regeln der Heilkunst wissentlich hinweg, so begeht er eine vorsätzliche einfache (§ 223 StGB) oder gefährliche (§ 224 StGB) Körperverletzung¹⁸ bereits mit dem Versetzen in Narkose. Diese Straftatbestände werden „schnell“ [74] zum Verbrechen (§ 227 StGB), wenn noch eine risikotypische, fahrlässig verursachte Todesfolge hinzutritt¹⁹. Bei der Prüfung der Todesursächlichkeit ist nach dem BGH der „Heileingriff ... als Ganzes zu betrachten“ und insbesondere auch dessen mangelnde Vorbereitung zu berücksichtigen²⁰.

-fachübergreifenden Bereitschaftsdiensten. Aufgrund ihrer Risikoanfälligkeit hat die Rechtsprechung strenge Zulässigkeitsvoraussetzungen statuiert [11, 60, 66].

-fachärztlichen Rufbereitschaftssystemen außerhalb der regulären Dienstzeiten beim Betrieb geburtshilflicher Abteilungen an kleinen Krankenhäusern [54, 60]. Neben der Beachtung des präpartalen Risikozeuweisungssystems [32] sollte bei folgenschweren perinatal erlittenen Hypoxien auch die Notsectiofähigkeit der konkreten Abteilung in organisatorischer Hinsicht untersucht werden.

-Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliches Personal [6]. Bei Sedierungen muss ein zweiter entsprechend ausgebildeter Arzt hinzugezogen werden, wie die Rechtsprechung unter Hinweis auf den Facharztstandard und die eindeutigen Herstellerangaben zu Propofol [71] entschieden hat²¹. Bei Vollnarkosen bedarf es eines Facharztes für Anästhesie [36]. Das Einsparpotenzial und auch die Gefahr schwerer Hypoxien sind gleichermaßen beträchtlich, wenn stattdessen Pflegepersonal eingesetzt wird [60, 67, 68]. Große Beachtung in Fachwelt und Öffentlichkeit fand in diesem Zusammenhang ein Fall aus Erfurt²². Auf der Leitungsebene einer großen privaten Krankenhausgesellschaft war entschieden worden, Narkosepfleger unternehmensintern als „Medizinische Assistenten für Anästhesie (MAFA)“ zu schulen und diese anstelle von Ärzten für die Narkoseführung einzusetzen. Dabei erlitt ein 18-jähriger Abiturient während einer HNO-Routineoperation einen Hypoxie bedingten schweren Hirnschaden. Ein Oberarzt hatte auf 3 Operationstischen ein großes OP-Programm mit einem Narkosepfleger und 2 Assistenzärzten mit nur wenigen Monaten Berufserfahrung bewältigen sollen. Nach massiven Protesten [18] wurde das „MAFA“-Programm gestoppt. Der BGH-Richter Greiner beschreibt die rechtliche Vorgabe, die von der Klinikleitung missachtet worden war [36]: „Narkosen erfordern grundsätzlich einen Facharzt für Anästhesie und entsprechende Anweisungen des Krankenhausträgers, dass auch im personellen Engpass die Narkose nur von einem ausgebildeten Anästhesisten geführt werden kann (BGH NJW 1993, 2990; 1985, 2191; 1983, 1375)“. Konsequenterweise kam die Staatsanwaltschaft Erfurt in ihren Ermittlungen zu dem Ergebnis, dass „der auf Leitungsebene der Klinik seinerzeit befürwortete und auch erfolgte Einsatz eines Medizinischen Assistenten für Anästhesie bei der Betreuung von Narkosen

... im vorliegenden Verfahren gut geeignet war, den Vorwurf eines strafrechtlich relevanten Handelns gegen die insoweit Verantwortlichen zu erheben“²³. Nach Ansicht der Ermittler bedurfte es daher einer „genauen Prüfung, ob vorliegend eine patientengefährdende personelle Fehlbesetzung, verbunden mit fehlender Facharztkapazität ursächlich für die schwerwiegenden Folgen bei dem Patienten H. gewesen ist. Ein solcher Kausalzusammenhang lässt sich ... jedoch nicht ... nachweisen. [Der verantwortliche Oberarzt hat] nicht geäußert, dass er unter einem unüberwindbaren Zeitdruck gestanden hätte“. Bestraft wurde letztlich nur der Oberarzt, die Klinikgesellschaft stimmte jedoch nach jahrelangen Verhandlungen einem zivilgerichtlichen Vergleich über 2,8 Mio. Euro zu [72].

-Übertragung von Fachpflegeaufgaben auf unqualifiziertes Personal oder gar Laien [53, 63], etwa Hypoxie nach postoperativer „Überwachung“ durch Patientenangehörige. Der Facharztstandard ist eindeutig: Narkosen sind vom Anästhesisten „nicht allein, sondern stets mit qualifiziertem Pflegepersonal durchzuführen. Dadurch wird generell eine bessere Überwachung des Patienten und für den Fall, dass es zu Komplikationen kommt, eine bessere Notfallversorgung erreicht“²⁴. Anästhesiologisch geschultes Assistenzpersonal ist nicht nur bei der Narkoseeinleitung [20] und während des Eingriffs essenziell. Seine ununterbrochene Anwesenheit ist eine *Conditio sine qua non* bei der Überwachung *nach* dem Eingriff [9, 19]. Die erforderliche apparative Ausstattung ist genau spezifiziert [17].

-sehr hohen Taktfrequenzen bei der Behandlung [60, 61]. Selbstverständlich stellen effiziente, fallzahlsteigernde Arbeitsabläufe nicht schon in sich eine Pflichtwidrigkeit dar. Sie können aber Anlass geben zu näherer Überprüfung, ob die gewählte Sicherheitsinfrastruktur an die „Produktivität“ der Einrichtung angepasst ist. Dies gilt beispielsweise, wenn im Zusammenhang mit einem Hypoxie bedingten Todesfall nach praxisambulanter Allgemeinanästhesie bekannt wird, dass in der Einrichtung pro Operationstag „in kurzen Abständen

¹⁵BGH: Ur. v. 07.07.2011 – 5 StR 561/10, BGHSt 56, 277–289; LG Berlin: Ur. v. 16.12.2011 – (540) 1 Kap Js 721/06 Ks (12/11); nach erneuter Revision Beschränkung des Schuldspruchs auf § 227 StGB durch BGH: Beschl. v. 16.08.2012 – 5 StR 238/12 (<http://www.bundesgerichtshof.de>) wegen einzelfallbezogener Fehler in der Beweiswürdigung.

¹⁶BGH: Ur. v. 05.07.2007 – 4 StR 549/06, NStZ-RR 2007, 340–341

¹⁷LG Halle: Ur. v. 17.11.2010 – 1 Ks 150 Js 1417/09 (4/10), rechtskräftig durch BGH: Beschl. v. 09.08.2011–4 StR 257/11, http://www.rp-online.de/panorama/deutschland/Narkose-Arzt-zu-Haft-verurteilt_aid_931586.html.

¹⁸BGH: Ur. v. 22.12.2010 (Fn 13); Beschl. v. 20.12.2007 – 1 StR 576/07, NStZ 2008, 278–279; Ur. v. 03.12.1997 – 2 StR 397/97, BGHSt 43, 346–356.

¹⁹Vgl. Fn 16, 17; BGH: Beschl. v. 20.12.2007 (Fn 18); Ur. v. 07.12.2005 (Fn 14).

²⁰BGH: Ur. v. 23.10.2007 (Fn 13).

²¹LG München I: Ur. v. 26.07.2006 – 16 Ns 125 Js 10620/04, juris.

²²AG Erfurt: Strafbefehl v. 02.02.2010 – 46 Cs 102 Js 27948/06; Einstellungsverfügung der StA Erfurt v. 20.01.2010; <http://erfurt.thueringer-allgemeine.de/web/lokal/leben/detail/-/specific/Nach-missgluecker-Operation-bekam-Narkose-Oberarzt-in-Erfurt-Strafbefehl-1980043872>.

²³Einstellungsverfügung (Fn 22).

²⁴Vgl. Fn 17.

den ca. 12–15 Operationen durchgeführt²⁵ werden auf einem OP-Tisch oder der Praxisbetreiber sogar selbst die von ihm aufgestellten OP-Pläne als „zeitlich sehr knapp gehalten“²⁶ bezeichnet.

-nosokomialen Infektionen [64, 65]. In der erregten öffentlichen Diskussion über „Krankenhauskeime“ ([83]; mit denen sich die Strafrechtspraxis auch bei praxisambulanten Operationen beschäftigt²⁷) wird oft übersehen, dass nicht jede derartige Infektion medizinisch vermeidbar ist [64]. Für die insofern nötige sorgfältige Allokation von Ermittlungsressourcen dürfte in einem ersten Schritt die Aufklärung der Personalausstattung der betroffenen Station schneller belastbare Anhaltspunkte bringen als die schwierige Begutachtung des individuellen Krankheitsverlaufs. Die Korrelation zwischen einem ungenügenden Personalschlüssel pro Patient und Infektionsausbrüchen ist in der Literatur belegt [14].

-fehlerhafter Erstversorgung mangels personeller/apparativer Notfallvorsorge. Jede Gesundheitseinrichtung muss, abgestimmt auf die dort vorgenommenen Eingriffe, eine adäquate organisatorische Notfallvorsorge treffen. Beispielsweise muss eine Einrichtung, in der Leistungen unter Allgemeinanästhesie oder Sedierung erbracht werden, personell, apparativ sowie hinsichtlich Ausbildungsstand und Übung vorbereitet sein auf die Reanimation hypoxischer Patienten und deren Erstversorgung (u. a. durch Sauerstoffgabe). So stellt etwa die Zahnärztekammer Hamburg auf Anfrage eine detaillierte Ausrüstungsliste des zahnärztlichen Notfallkoffers zur Verfügung und weist ihre Mitglieder darauf hin, dass „ein eingespielter Notfallplan und der Umgang mit dem Notfallkoffer ... eine Bedingung für Zahnarzt und Helferinnen“ [40] ist.

-verzögertem Notruf. Das Schädigungspotenzial unzureichender Notfallvorsorge potenziert sich mitunter durch eine verzö-

gerte Verständigung des Rettungsdienstes aufgrund der zutreffenden Befürchtung, dass die eintreffenden Fachleute die vorherigen Pflichtverstöße bemerken und zur Anzeige bringen könnten. Der BGH hat sich bereits in mehreren Leitentscheidungen mit dieser Fallgruppe beschäftigt. Die angeklagten Operateure wurden verurteilt wegen vorsätzlicher Tötung²⁸ bzw. versuchter Ermordung ihrer Patienten aus niedrigen Beweggründen [46]²⁹.

5. In der forensischen Praxis ist zu beobachten, dass sich defizitäre Organisationsstrukturen vergleichsweise häufig in anästhesiologischen Komplikationen konkretisieren. Die Anästhesie ist von der Markttransformation des Gesundheitswesens besonders betroffen, weil sie im Kern ein Sicherheitsdienstleister ist, der anderen Fächern die Stellung erlöswirksamer Eingriffsindikationen ermöglicht, selbst jedoch als Kostenfaktor einen beliebten Ansatzpunkt für Sparmaßnahmen darstellt. Mit einem „erlöshindernden“ Veto bei fehlenden Operationsvoraussetzungen ist ihr die Aufmerksamkeit der Kollegen gewiss. Gleichzeitig ist sie wie kein anderes Fachgebiet auf gute interdisziplinäre Zusammenarbeit angewiesen und damit abhängig von hinreichenden Organisationsstrukturen, deren Abwesenheit für die Patienten bzw. ihre Angehörigen erst im Schadensfall sichtbar wird.

a) Wachsende Aufmerksamkeit von Justiz³⁰ [16, 81] und Öffentlichkeit [5, 59, 73] beansprucht seit einigen Jahren eine Reihe schwerster Hypoxie-Schadensfälle infolge mangelhafter Patientenüberwachung während oder nach praxisambulanten Operationen, deren Tragik sich auch in dem kindlichen Alter vieler Patienten widerspiegelt. Interessenvertreter der ambulanten Leistungserbringer (BNC und BAO) beklagen eine „übelle Verallgemeinerung“ von Einzelfällen [10]. Auf dem Medizinstrafrechtstag des Deutschen Anwaltvereins [50] gab es hingegen Sorge über

„eine fatale Tendenz in der Praxis ambulanten Operierens ..., die mit einer adäquaten anästhesiologischen Versorgung verbundenen ‚Kostenfaktoren‘ zu reduzieren, auch wenn dies mit erkennbaren Risiken für Leib und Leben der behandelten Patienten verbunden ist“. Besondere Beachtung [47, 53] fand ein Fall aus Hessen, in dem neben dem Anästhesisten auch der operierende Zahnarzt wegen fahrlässiger Tötung (§ 222 StGB) zu einer Gefängnisstrafe verurteilt wurde. Das Gericht hielt den Praxisbetreiber „verantwortlich für einen geordneten Behandlungs- und Überwachungsablauf vom Beginn des Eingriffs bis zur Entlassung der jeweiligen Patienten ... Wie einem Klinikträger oblag es dem [Angeklagten] gleichermaßen, die technisch-apparativen Einrichtungen und die erforderliche personelle Ausstattung für die postoperative und postnarkotische Überwachungsphase zu besorgen bzw. dafür Sorge zu tragen“³¹. Ähnlich formulierte 2005 die 8. Große Strafkammer des Landgerichts Augsburg: „Für die Organisation der postoperativen Überwachung, das Vorhandensein geeigneten Fachpersonals und der erforderlichen Geräte ist der Angeklagte als Betreiber der Praxis verantwortlich“³². Rechtskräftig verurteilt wurde dort (neben der gesondert verfolgten Anästhesistin) ein Gynäkologe wegen fahrlässiger Tötung seiner Patientin, die er nach einem Eingriff unter Vollnarkose in einem unausgestatteten Aufwachraum sich selbst überlassen hatte. Die noch nicht vollständig erwachte Patientin starb „entweder infolge zentraler Lähmung durch Ersticken oder Herzstillstand aufgrund der verwendeten Narkotica“. Mit ähnlicher Begründung verurteilte das Amtsgericht Langenfeld 2001 einen weiteren Praxisbetreiber³³.

b) Wenn sich Operateure für ambulante Eingriffe in ihrer Praxis entscheiden, müssen sie für eine möglichst gefahrlose Durchführung derselben Sorge tragen. Es besteht die „Verpflichtung des für den Eingriff nach § 115b SGB V verantwortlichen Arztes, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der

²⁵AG Hamburg-Harburg: Urte. v. 02.12.2009 – 627 Ds 7200 Js 75/07 (526/08), <http://www.abendblatt.de/hamburg/polizeimeldungen/article1293508/9-Jaehriger-stirbt-nach-OP-Geldstrafe-fuer-Narkosearztin.html>.

²⁶Vgl. Fn 8.

²⁷LG Fulda: Urte. v. 29.03.2012, <http://www.mainnetz.de/nachrichten/regionalenachrichten/hessenr/art11995,2054015>.

²⁸Vgl. Fn 14.

²⁹Vgl. Fn 15.

³⁰Vgl. Fn 8, 17, 25; AG Rheinberg: Urte. v. 19.01.2011 – 4 Ds-604 Js 289/07-102/10, <http://www.derwesten.de/staedte/moers/Bewaehrung-nach-Tod-in-der-Zahnarztpraxis-id4185784.html>; Freispruch aufgrund Kausalitätszweifeln durch LG Kleve: Urte. v. 29.02.2012, Revision zum OLG Düsseldorf.

³¹Vgl. Fn 8.

³²LG Augsburg: Urte. v. 17.03.2005 – 8 KLS 200 Js 124189/04, juris.

³³AG Langenfeld: Strafbefehl v. 17.08.2001 – 40 Cs – 810 Js 29/96, wörtlich zitiert in VG Köln: Beschl. v. 12.01.2004 – 37 K 5252/02, juris.

Gesundheitszustand des Patienten die ambulante Durchführung der Operation oder der Anästhesie nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben“ [41]. Daraus folgt, dass der Patient „keinem höheren Risiko (auch im Zusammenhang mit der postoperativen Betreuung) ausgesetzt sein darf als bei einer Behandlung unter stationären Bedingungen“ [13].

c) Praxisbetreiber, gegen die wegen unzureichend organisierter Patientenüberwachung ermittelt wird, berufen sich in Gegenwart einer defizitären personellen oder apparativen Ausstattung ihrer Praxis üblicherweise auf den sog. Vertrauensgrundsatz, demzufolge sie sich auf die Aufgabenerfüllung und das überlegene Fachwissen des Anästhesisten hätten verlassen dürfen. Regelmäßig fehlt es jedoch an mindestens einer der 2 wichtigsten Voraussetzungen dieses Grundsatzes. Er basiert nämlich nicht etwa auf Wissensasymmetrie zwischen den Behandlern, sondern dem Prinzip der Arbeitsteilung. Folgerichtig kann er bei horizontaler Arbeitsteilung sogar zwischen Ärzten der gleichen Fachrichtung gelten³⁴. Entscheidend sind allein die klare Definition, Abgrenzung und Zuordnung von Aufgabenbereichen³⁵. Dies ist eine Kernaufgabe des Praxisbetreibers als Einrichtungsleiter, auch im Fall einer zusätzlich ausgeübten „Doppelfunktion“ [53] als Operateur. Kommt er dieser Aufgabe nicht nach, kann er auch nicht auf die „arbeitsteilige“ Bewältigung hieraus resultierender Risiken durch den Anästhesisten vertrauen.

Wichtiger aber noch ist die zweite Voraussetzung des Vertrauensgrundsatzes. Ist die arbeitsteilige Behandlung präzise organisiert, besteht zwar keine minutiöse wechselseitige Überwachungspflicht. Der Praxisbetreiber und alle anderen beteiligten Ärzte bleiben aber „sekundär verkehrssicherungspflichtig“³⁶. Der BGH stellt klar: „Kein Arzt, der es besser weiß, darf seinen Augen eine Gefährdung seines Patienten hinnehmen, wenn ein anderer Arzt seiner Ansicht nach etwas falsch gemacht

hat oder er jedenfalls den dringenden Verdacht haben muss, es könne ein Fehler vorgekommen sein. Das gebietet der Schutz des dem Arzt anvertrauten Patienten“³⁷. Berechtigtes Vertrauen im Rahmen arbeitsteiligen Zusammenwirkens findet dort seine Grenze, wo „ernsthafte Zweifel an der Ordnungsmäßigkeit der Vorarbeiten des Kollegen erkennbar sind“³⁸. Der BGH gibt einen strengen Prüfungsmaßstab vor: „Die Anforderungen an die Geltung des Vertrauensschutzes sind um so höher, je größer das Risiko eines Behandlungsfehlers und die daraus resultierende Gefährdung des Patienten ist“³⁹. Es bedarf „keiner besonderen medizinischen Kenntnisse“⁴⁰, um zu wissen, dass „für den chirurgischen Patienten zu keiner Zeit seines Klinikaufenthalts die Gefahr der Hypoxie so groß ist wie in der unmittelbaren postoperativen Phase“⁴¹[78].

Statt „ernsthafte Zweifel“ muss sich dem Operateur sogar die völlige Gewissheit fehlerhafter Narkoseführung durch den Anästhesisten aufdrängen, wenn er im Eingriffsraum keine anästhesiologische Assistentkraft samt erforderlicher Überwachungsgeräte wahrnimmt und/oder er mit dem gleichen Anästhesisten unmittelbar zum nächsten Eingriff übergeht, ohne dass eine dann erforderliche zweite (!) Fachpflegekraft für die ununterbrochene [19] postoperative Überwachung im Aufwachraum eingeteilt worden ist. Fehlt es an berechtigtem Vertrauen, handelt neben dem Anästhesisten auch der Praxisbetreiber pflichtwidrig.

Fazit für die Praxis

Die Politik hat gezielt einen Verdrängungswettbewerb unter den medizinischen Leistungserbringern initiiert. Dieser Wettbewerb braucht klare Regeln, die gegenüber den Entscheidungsträgern in Kliniken und Praxen auf allen Organisationsstufen durchgesetzt werden

³⁷BGH: Urt. v. 08.11.1988 – VI ZR 320/87, NJW 1989, 1536–1538.

³⁸Vgl. Fn 12.

³⁹Vgl. Fn 12.

⁴⁰Vgl. Fn 8.

⁴¹OLG Düsseldorf: Urt. v. 30.12.1985 – 8 U 198/84, NJW 1986, 1548–1549, rechtskräftig durch BGH: Beschl. v. 21.10.1986 – VI ZR 27/86, NJW 1988, 792.

müssen. Hierzu bedarf es auch der Mittel des Strafrechts, wenn durch erhebliche Mängel in der personellen oder apparativen Infrastruktur Patienten vorhersehbar zu Schaden gekommen sind. Justiz und ärztliche Sachverständige sind aufgerufen, sich als Bundesgenossen einer schleichenden Reduzierung des Versorgungsstandards zu widersetzen und auf diese Weise Wettbewerbsnachteilen für qualitätsorientierte Anbieter entgegenzutreten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. U. Schulte-Sasse
c/o Zentrum für Anästhesie,
SLK-Kliniken Heilbronn GmbH
Am Gesundbrunnen 20–26,
74078 Heilbronn
info@medizinrecht-schulte-sasse.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt für sich und seinen Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

Hinweise: Alle Internetquellen wurden zuletzt abgerufen am 19.08.2012. Unter <http://www.medicinrecht-schulte-sasse.de/bibliothek> sind einige der zitierten Fundstellen abrufbar.

1. aerzteblatt.de (10.02.2012) Kritik am geplanten Patientenrechtegesetz. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49078>
2. aerzteblatt.de (23.05.2012) KVen fordern Tarifhilfen für Praxen. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50268>
3. Ärzte Zeitung online (09.05.2012) Hälfte der Kliniken wirtschaftet defizitär. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/?sid=812876
4. Akerlof GA (1970) The market for „lemons“: quality uncertainty and the market mechanism. QJE 84:488–500
5. ARD Plusminus (14.12.2011) Weitere TV-Berichte bei MDR Escher (06.10.2011), Sat.1 Planetopia (28.3.2011 sowie 30.11.2008), ZDF Frontal 21 (01.12.2009). Linksammlung unter <http://www.medicinrecht-schulte-sasse.de/bibliothek/videos>
6. Andreas M (2008) Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal. ArztR 43:144–152
7. Baeck U, Deutsch M (2004) Kommentierung zu § 7 ArbZG (Rn 55). In: Baeck U, Deutsch M Arbeitszeitgesetz, 2. Aufl. Beck, München
8. Barmer GEK Report Krankenhaus 2011, Seite 18, 27. <http://www.barmer-gek.de>
9. BDA/DGAI/BDC (2005/2006) Vereinbarung zur Qualitätssicherung ambulante Anästhesie, 561–567. In: DGAI/BDA (Hrsg) Empfehlungen-Empfehlungen-Vereinbarungen, 5. Aufl. Aktiv, Elbelsbach 2011
10. Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (31.01.2012) „Spiegel“-Bericht: Inkompetenz einer einzelnen Ärztin rechtfertigt keine üble Verallgemeinerung! http://www.bncev.de/index.htm?aktuell_12/januar12/20001_120131.html
11. Boemke B (2010) Facharztstandard bei fachübergreifendem Bereitschaftsdienst. NJW 63:1562–1566
12. Bruns W (2003) Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler? ArztR 38:60–66

³⁴Vgl. Fn 12.

³⁵BGH: Urt. v. 26.01.1999 – VI ZR 376/97, BGHZ 140, 309–319.

³⁶BGH: Urt. v. 13.11.2008 – 4 StR 252/08, BGHSt 53, 38–45.

13. Bundesärztekammer (1994) Richtlinie zur Qualitätssicherung ambulante Operationen. http://www.bundesärztekammer.de/downloads/R_Ambulante_OP.pdf
14. Clements A, Halton K, Graves N et al (2008) Overcrowding and understaffing in modern health-care systems: key determinants in metillin-resistant *Staphylococcus aureus* transmission. *Lancet Infect Dis* 8:427–434
15. De Meo F, Vorsitzender der HELIOS Kliniken GmbH, zitiert bei Flintrop J (2012) Helios-Kliniken: „Ein sehr gutes Jahr 2011“. *Dtsch Arztebl* 109:A722
16. Der Spiegel (30.01.2012) Atemstillstand im Zimmer 8. Heft 5:44–45
17. DGAI/BDA (1995/1997) Ausstattung des anästhesiologischen Arbeitsplatzes, 573–592, Apparative Ausstattung für Aufwachraum, Intensivüberwachung und Intensivtherapie, 593–598. In: DGAI/BDA (Hrsg) Entschlüsse-empfehlungen-Vereinbarungen, 5. Aufl. Aktiv, Ebelsbach 2011
18. DGAI/BDA (2007) Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Anästhesie, 61–63, Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie, 65–74. In: DGAI/BDA (Hrsg) Entschlüsse-empfehlungen-Vereinbarungen, 5. Aufl. Aktiv, Ebelsbach 2011
19. DGAI/BDA (2009) Überwachung nach Anästhesieverfahren, 115–119. In: DGAI/BDA (Hrsg) Entschlüsse-empfehlungen-Vereinbarungen, 5. Aufl. Aktiv, Ebelsbach 2011
20. DGAI/BDA (2010) Fall des Monats April 2010. <http://www.cirs-ains.de/files/fall-des-monats/cirs-ains-fall-des-monats-april-2010.pdf>
21. Dtsch Arztebl (2012) Uniklinikum Marburg und Gießen – Geplanter Stellenabbau: Kritik von allen Seiten. *Dtsch Arztebl* 109:A460
22. Dtsch Arztebl (2012) Chirurgie: Ökonomischer Druck schafft Fehlanreize. *Dtsch Arztebl* 109:A840
23. FAZ.NET (28.12.2011) Jedes fünfte Krankenhaus arbeitet defizitär. <http://www.faz.net/gqe-6w8tn>
24. Fischer T (2012) Kommentierung zu § 222 (Rn 10) StGB. In: Fischer T: Strafrechtbuch und Nebengesetze, 59. Aufl. Beck, München
25. Flintrop J (2011) Gewinn mit Nebengeräuschen. *Dtsch Arztebl* 108:A983
26. Flintrop J (2011) Mehr, mehr, mehr. *Dtsch Arztebl* 108:A2057
27. Flintrop J (2012) UKGM: Weiter in heftigen Turbulenzen. *Dtsch Arztebl* 109:A795
28. Flintrop J (2012) Krankenhäuser: Wenig Freude über die Finanzspritze. *Dtsch Arztebl* 109:A958
29. Flintrop J (2012) Geplatze Rhön-Übernahme: In die Suppe gespuckt. *Dtsch Arztebl* 109:A1406
30. Focus Online (05.04.2012) Gesundheitskosten schieben auf Rekord-Höhe. http://www.focus.de/politik/deutschland/gesundheitspolitik/milliarden-grab-gesundheit-gesundheitskosten-explodieren_aid_733212.html
31. Fuchs C, Nagel E, Raspe H (2009) Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung – was ist gemeint? *Dtsch Arztebl* 106:A554–557
32. Gemeinsamer Bundesausschuss (20.08.2009) Anlage 1 zur Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen. <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41>
33. Gesetz zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PsychEntgG), BGBl I 2012, 1613
34. Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), BR-Drs 312/12
35. Gradinger R, Präsident der DGCH, zitiert bei Focus Online (18.04.2010) Chirurgen-Präsident kritisiert Gewinnstreben von Ärzten und Kliniken. http://www.focus.de/gesundheitsnews/gesundheitsystem-chirurgen-praesident-kritisiert-gewinnstreben-von-aerzten-und-kliniken_aid_499773.html
36. Greiner H-P (2011) Kommentierung zu § 839 BGB (Rn 31). In: Spickhoff A: Medizinrecht, 1. Aufl. Beck, München
37. Günter H-H (2005) Das medizinische Gutachten im Strafprozess gegen den Arzt, 51–71 (Rn 167). In: Ehlers APF (Hrsg) Medizinisches Gutachten im Prozess, 3. Aufl. Beck, München
38. Hess R (2012) Interview. *Dtsch Arztebl* 109:A960–962
39. Janssen W, Püschel K (1998) Zur Frage der Gutachter-Kompetenz in der Beurteilung ärztlicher Behandlungsfehler (sog. Kunstfehler). *MedR* 16: 119–121
40. Kaps M, Stermann W (2001) 4. Jahrestagung der DGZI-Studiengruppe Hamburg. *Hamb Zahnarztbl* 3:12–15
41. KBV, GKV-Spitzenverbände, DKG (18.09.2006) Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V. http://daris.kbv.de/DARIS_Nr.1003750525
42. KBV, GKV-Spitzenverband, DKG (2011) Bekanntmachungen zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren. *Dtsch Arztebl* 108:A2678–2682
43. Kienzle H.-F., zitiert bei Schlitt R (2011) Symposium der Kaiserin-Friedrich-Stiftung: Man sieht sich – vor Gericht. *Dtsch Arztebl* 108:A836–837
44. Kirchhoff (2012) Bürokratie: Die Anonymität mutig und beherzt durchbrechen. *Dtsch Arztebl* 109:A473–475
45. Kock M (2012) Kommentierung zu § 7 ArbZG (Rn 29). In: Rofcs C, Giesen R, Kreikebohm R, Udsching P (Hrsg) Beck'scher Online-Kommentar Arbeitsrecht, Ed. 23 (Stand: 01.03.2012)
46. Kudlich H (2011) Grenzen des Tötungsvorsatzes im Medizinstrafrecht. *NJW* 64:2856–2858
47. Kudlich H (2011) Spektakuläre Entscheidungen – und wirklich wichtige Fälle. *JA* 43: Heft 6 (Editorial) <http://www.ja-aktuell.de>
48. Kudlich H, Schulte-Sasse U (2011) „Täter hinter den Tätern“ in deutschen Krankenhäusern? Strafbarkeit von „patientenfernen“ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisationsbedingten Patientenschäden *NSz* 31:241–247
49. KV Berlin (2012) Honorarverteilung. http://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/90honorarverteilung/index.html
50. Lindemann M (2012) Das Bild des Arztes in der neueren strafgerichtlichen Rechtsprechung, 9–30. In: AG MedizinR im DAV/IMR Düsseldorf (Hrsg) Brennpunkte des Arztstrafrechts. Nomos, Baden-Baden
51. Müller G (2008) Arzthaftung in Zeiten knapper Kassen, 413–422. In: Müller G et al. (Hrsg) Festschrift für Günther Hirsch zum 65. Geburtstag. Beck, München
52. Mundt A (2011) Interview. *Dtsch Arztebl* 108:A2754–2756
53. Neelmeier T (2011) Bin ich meines Kollegen Hüter? Strafbarkeit von Arztpraxisinhabern bei „Einkauf“ von Billig-Anästhesie. *ArztR* 46:256–264
54. Neelmeier T, Schulte-Sasse U (2012) Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer – Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle. *GeSR* 11:65–72
55. Neelmeier T (21.04.2012) Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider aus strafrechtlicher Sicht. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Die_AWMF/Arbeitskreis_Juristen/2012-04/AeJ-2012-04_Neelmeier.pdf
56. Neelmeier T (2012) Schädigung in Kauf genommen – Der Bundesgerichtshof stellt in einem Mordprozess klar, wann Organisationsfehler und eine verzögerte Patientenrettung vorsätzliche Straftaten darstellen. *Dtsch Arztebl* 109:A856–858
57. Orlowski U, Ministerialdirigent im BMG (16.06.2000) freistehend abgedrucktes Zitat in HNO-Mitteilungen (2000) 50:158
58. Rosenberger R (2011) Ohne den Sachverständigen ist der Richter faktisch hilflos. *Dtsch Arztebl* 108:A1624–1626
59. RP Online (10.05.2012) Goch: Junge stirbt nach Zahnarztbesuch. <http://nachrichten.rp-online.de/regional/junge-stirbt-nach-zahnarztbesuch-1.2825274>
60. Schulte-Sasse U (2009) Kostensparen vs. Patientensicherheit: Der Arzt im Spannungsverhältnis zwischen klinischem Alltag und Rechtsprechung. *ArztR* 44:32–41
61. Schulte-Sasse U (2009) Produktionsdruck im Operationssaal gefährdet Patienten. *Anaesth Intensivmed* 50:552–563
62. Schulte-Sasse U (2009) Keine rechtlichen Konsequenzen bei „Managerpusch“. *Dtsch Arztebl* 106:A2061–2062
63. Schulte-Sasse U (2010) Der Täter hinter dem Täter – Persönliche Verantwortung der „patientenfernen“ Entscheider bei der gerichtlichen Würdigung von medizinischen Katastrophen in Zivil- und Strafprozessen. *ArztR* 45:200–208
64. Schulte-Sasse U (2010) Risiko für nosokomiale Infektionen: voll zu beherrschen? *Krankenhaushygiene up2date* 5:277–289
65. Schulte-Sasse U (2011) Krankenhausinfektionen – Wenn zu wenige Hände zu viele Kranke versorgen. *Die Schwester/Der Pfleger* 50:60–62
66. Schulte-Sasse U, Bruns W (2006) Fachübergreifer Bereitschaftsdienst – Lebensgefahr als Folge von Kosteneinsparungen. *ArztR* 41:116–127
67. Schulte-Sasse U, Bruns W (2007) Sedierung ohne zweiten Arzt – Lebensgefahr für die Patienten. *ArztR* 42:116–124
68. Schulte-Sasse U, Debong, B (2005) Haftung beim Tod sedierter Patienten. *ArztR* 40:116–123
69. Smith A (1776) An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations, 423. Modern Library, New York 1937
70. Spahn J, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU, zitiert bei Bild.de (19.05.2012) Der BILD-Krankenhaus-Report. <http://www.bild.de/geld/wirtschaft/krankenhaus/aerzte-packen-im-klinik-report-aus-24216144.bild.html>
71. Spiegel Online (30.01.2009) Magen-Darm-Spiegelungen: Dämmertmittel mit Tücken. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/0,1518,602717,00.html>
72. Spiegel Online (16.02.2012) Klinik muss 2,8 Millionen Euro zahlen. <http://www.spiegel.de/panorama/justiz/operationsfehler-klinik-muss-2-8-millionen-euro-zahlen-a-815788.html>
73. Spiegel Online (04.06.2012) Ambulante Zahnoperationen: Vollnarkose für Kinder besonders riskant. <http://www.spiegel.de/wirtschaft/medizin/narkose-fuer-kinder-bei-ambulanter-zahn-operation-gefaehrlich-a-836062.html>
74. Sternberg-Lieben D, Reichmann PC (2012) Zur Vorsatzstrafbarkeit eines Schönheitschirurgen nach gravierendem Fehlverhalten (Anm. zu BGH Urt. v. 07.07.2011 – 5 StR 561/10). *MedR* 30:97–101
75. stern.de (05.05.2011) Wirtschaftsweiser fordert Abwrackprämie für Kliniken. <http://www.stern.de/wirtschaft/news/krankenhaeuser-defizitaer-wirtschaftsweiser-fordert-abwrackpraemie-fuer-kliniken-1681813.html>
76. Stüwe H (2011) Wettbewerb und die Folgen. *Dtsch Arztebl* 108:A2743
77. Tagesschau.de (07.03.2012) Krankenkassen erzielen Milliarden-Überschuss. <http://www.tagesschau.de/inland/krankenkaassen210.html>
78. Ulsenheimer K (2008) Arztstrafrecht in der Praxis (Rn 153c), 4. Aufl. Müller, Heidelberg
79. Vetter M (2009), Das Einkommen der Ärzte: Was letztlich übrig bleibt. *Dtsch Arztebl* 106:A1318
80. Vießmann T (2009) Die demokratische Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Entscheidungen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Nomos, Baden-Baden
81. WAZ-online (03.11.2011) Nach Razzia – Wolfsburg-Arzt in Haft: Staatsanwalt prüft Todesfall. <http://www.waz-online.de/Wolfsburg/Wolfsburg/Stadt-Wolfsburg/Wolfsburger-Arzt-in-Haft-Staatsanwalt-prueft-Todesfall>
82. Welt Online (18.11.2008) Die Verschwendung in deutschen Krankenhäusern. <http://www.welt.de/wirtschaft/article2741530.html>
83. Welt Online (21.08.2011) Tödliche Keime: So krank macht das Krankenhaus. <http://www.welt.de/print/wams/vermischtes/article1355646.html>
84. Welt Online (01.01.2012) Kassen-Chef fordert Schließung von Krankenhäusern. <http://www.welt.de/wirtschaft/article13792847>



e.Akademie – die klügste Art, sich fortzubilden

springermedizin.de/eAkademie

Die e.Akademie von Springer Medizin bietet Fortbildung, die Ihren Bedürfnissen optimal angepasst ist: Möchten Sie CME-Beiträge Ihrer abonnierten Zeitschrift nutzen? Oder bevorzugen Sie die flexible Auswahlmöglichkeit aus allen verfügbaren Fortbildungskursen? Die e.Akademie bietet all das.

Mehr Service für alle!

Die e.Akademie macht es Ihnen noch einfacher, Ihre Fortbildung zu planen, Ihren Lernerfolg zu messen und zu dokumentieren:

- Die **Kursübersicht** umfasst alle Fortbildungen der e.Akademie. Hier können Sie die gewünschten Kurse starten, für die spätere Teilnahme vormerken und die Kursdetails einsehen. Auf Wunsch können Sie die Kursübersicht auch nach Zeitschriften oder Fachgebieten einschränken.
- **Mein Kursplaner** zeigt alle Kurse an, die Sie vorgemerkt oder bereits begonnen haben.
- **Mein Kursarchiv/Punktekonto** bietet Ihnen jederzeit einen Überblick über die Ergebnisse Ihrer Kursteilnahme und Ihr persönliches Punktekonto. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, Ihre Teilnahmebescheinigungen einzusehen und Kurse zu Übungszwecken zu wiederholen.
- **e.Akademie aktuell** informiert Sie über aktuelle Fortbildungsthemen. Sie können diesen kostenlosen monatlichen Newsletter abonnieren unter springermedizin.de/Newsletter

Vorteile für Zeitschriftenabonnenten

Als Zeitschriftenabonnent stehen Ihnen nach wie vor alle zertifizierten Fortbildungskurse Ihrer Zeitschrift als e.CME (Beitrags-PDF plus CME-Fragebogen) zur Verfügung. Darüber hinaus können Sie Kurse Ihrer Zeitschrift, deren Zertifizierungszeitraum abgelaufen ist, weiterhin für Ihre Fortbildung und persönlichen Wissenscheck nutzen.

Teilnehmen in 3 Schritten

1. Auf springermedizin.de einloggen bzw. einmalig registrieren. Bitte geben Sie hierbei Ihre Abonummer ein (Adressaufkleber).
2. e.Akademie auswählen.
3. „Kursübersicht“ > „Kurse meiner Fachzeitschriften“ auswählen und den gewünschten Kurs merken oder gleich starten. Der Kurs kann jederzeit unterbrochen und später fortgesetzt werden.

Noch mehr Vorteile mit dem e.Med-Paket

Mit e.Med können Sie alle Kurse der 54 Fachzeitschriften von Springer Medizin nutzen. Die e.CMEs werden ergänzt durch die neuen e-Learningformate e.Tutorial und e.Tutorial.plus.

Das e.Tutorial ist speziell für die Online-Fortbildung konzipiert und didaktisch optimiert. Klar gegliederte Lernabschnitte, besondere Hervorhebung von Merksätzen, zoomfähige Abbildungen und Tabellen sowie verlinkte Literatur erleichtern das Lernen und den Erwerb von CME-Punkten.

Das e.Tutorial.plus bietet multimedialen Zusatznutzen in Form von Audio- und Videobeiträgen, 3D-Animationen, Experteninterviews und weiterführende Informationen. CME-Fragen und Multiple-Choice - Fragen innerhalb der einzelnen Lernabschnitte ermöglichen die Lernerfolgskontrolle.

► **Weitere Informationen zum e.Med-Paket und Gratis-Testangebot unter springermedizin.de/eMed**

Beratung & Kontakt:
kundenservice@springermedizin.de
Tel. 0800/7780777

The screenshot shows the 'Das Fachportal für Ärzte' website. The top navigation bar includes 'Home', 'Medizin', 'Gesundheitspolitik', 'Praxis/Klinik', 'Interaktiv', 'Community', 'Arzt Service', 'e.Akademie', 'Zeitschriften', and 'e.Med'. The main content area is titled 'Kursübersicht' and displays a list of courses. The first course is 'GEFÄSSCHIRURGIE, CHIRURGIE: Konservative Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit' from 'Gefäßchirurgie' magazine. It shows a 5-star rating, 1 review, and is available until 24.05.2012. The second course is 'RADIOLOGIE: Radiologie der Nebennieren' from 'Der Radiologe' magazine, also with a 5-star rating and 1 review, available until 24.05.2013. The third course is 'ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE, CHIRURGIE: Zellbasierte Therapieoptionen von Gelenkknorpeldefekten' from 'Der Orthopäde' magazine, with a 5-star rating and 1 review, available until 24.05.2012. On the right side, there is a sidebar with 'Kursübersicht' (Courses of DGIM, My Course Planner, My Course Archive / Points Account, FAQ), 'MEINE CME PUNKTE' (Total: 0/0/0), and 'KURSAUSWAHL EINSCHRÄNKEN' (Reset Selection, Journals, Specialties).