

Krankenhaus-Report 2014

„Patientensicherheit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 39-48



4	Die Haftung für Fehler im Krankenhaus.....	39
	<i>Johannes Jaklin</i>	
4.1	Einführung.....	39
4.2	Grundsätze der Haftung	40
4.3	Anstieg der Schadenstückzahl.....	41
4.4	Anstieg des Schadenaufwands.....	43
4.5	Steigende Prämien für die Krankenhaushaftpflicht	44
4.6	Patientenrechtegesetz	45
4.7	Schadenmanagement	46
4.8	Fazit	47
	Literatur.....	48

4 Die Haftung für Fehler im Krankenhaus

Johannes Jaklin

4

Abstract

Aus der Perspektive des Versicherungsschutzes für die Haftpflichtrisiken der Krankenhäuser hat sich das Thema der Haftung für Fehler im Krankenhaus – teilweise dramatisch – verändert. Die Zahl der jährlich neu angemeldeten Anspruchstellungen nimmt – wenn auch etwas abgeschwächt – weiterhin zu. Die Gründe hierfür liegen keineswegs in einer Zunahme von Fehlern oder einer Qualitätseinbuße bei der Behandlung. Ohnehin ist der reine Anstieg der Schadenstückzahl für die Frage der Versicherbarkeit von untergeordneter Bedeutung. Der mit den Schäden verbundene Schadenaufwand ist entscheidend. Dieser ist drastisch – und in dieser Form von den Versicherern nicht vorhergesehen – in die Höhe gegangen. Für die Krankenhäuser führt dies zu erheblichen Prämiensteigerungen, die wirtschaftlich nicht immer zu verkraften sind. Verstärkt durch den Ausstieg einiger Versicherer aus dem Segment der Krankenhaushaftpflicht steht deshalb in Frage, ob mittelfristig ausreichende Versicherungskapazitäten für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen werden. Ein strukturiertes Risikomanagement, das zur Fehlerminimierung auch ein Schadenmanagement enthält, ist unabdingbar.

From the perspective of insurance coverage for the liability risks of hospitals, the issue of liability for medical errors in hospitals has – partially dramatically – changed. The annual number of newly registered claims continues to grow, albeit at a slower pace. This is neither due to an increase of errors nor to a loss of quality in treatment. The increase in the number of claims is of minor importance for the issue of insurability anyway – the costs associated with the damage are crucial. These costs have increased dramatically, which has not been anticipated in this dimension by the insurers. For hospitals, this leads to significant increases in premiums, which they cannot always cope with economically. In light of the fact that some insurers have withdrawn from the hospital liability segment, it is questionable whether sufficient insurance capacity will be available for the hospitals in the medium term. Therefore, a structured risk management which also includes claims management to minimize errors is essential.

4.1 Einführung

Nach einer international verwendeten Definition wird unter einem Fehler eine Handlung oder ein Unterlassen verstanden, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder gar kein Plan vorliegt (Reason 1995). Aus dem Blickwinkel der Patientensicherheit ist es von besonderer Bedeutung, Maßnahmen zu ergreifen, um

solche Fehler zu vermeiden und das Risiko einer Schädigung des Patienten zu minimieren.

Ein Fehler kann – muss aber nicht – immer auch mit sich bringen, dass das Krankenhaus dafür haften muss. Die Zahlung von Schadensersatz und Schmerzensgeld ist die Folge. In der Regel schließt ein Krankenhaus für diese Situation eine Betriebshaftpflichtversicherung ab. Die Zahlung erfolgt dann nicht durch das Krankenhaus, sondern durch die Versicherung, das Krankenhaus muss jedoch die Versicherungsprämie entrichten. Die Höhe des Schadenaufwandes für alle Haftungsfälle eines Krankenhauses steht in Bezug zur Höhe der Prämie. Fehler, die in einem Krankenhaus gemacht werden und zu einem hohen finanziellen Aufwand beim Versicherer führen, können eine höhere Prämie nach sich ziehen. Andererseits können Fehler dazu führen, dass ein Versicherer Krankenhäusern keine Haftpflichtversicherung mehr anbietet, wenn der Schadenaufwand durch die Prämien nicht abgedeckt ist bzw. diese übersteigt.

Aus dieser Perspektive soll betrachtet werden, welche Faktoren für die Versicherer von Bedeutung sind und ob sich in dieser Hinsicht Veränderungen – auch was die Anzahl von Schadensfällen betrifft – ergeben haben und welche Rückschlüsse sich auf die Entwicklung von Fehlern ergeben.

4.2 Grundsätze der Haftung

Wenn von Haftung die Rede ist, muss man unterscheiden zwischen der strafrechtlichen und der zivilrechtlichen Haftung.

Das Strafrecht soll ein Handeln sanktionieren, das die Rechtsordnung als falsch ansieht. Dem Bürger ist es verwehrt, erlittenes Unrecht selber zu sühnen. Das Strafmopol liegt beim Staat und als Ausgleich zum Verbot der Selbstjustiz besteht ein Strafsystem, das auch dem Aspekt von Sühne und Vergeltung Rechnung tragen soll. Daneben soll es dazu beitragen, dass niemand erneut straffällig wird und andere überhaupt eine strafbare Handlung begehen. Sind die Voraussetzungen einer strafrechtlichen Haftung erfüllt, mündet dies in den Ausspruch einer Strafe (z. B. gemeinnützige Tätigkeit, Geldstrafe oder Freiheitsstrafe).

Die zivilrechtliche Haftung hingegen stellt keine Sanktion für erlittenes Unrecht dar. Vielmehr sollen die Folgen eines rechtswidrigen Handelns wirtschaftlich ausgeglichen werden. Sind die Voraussetzungen einer zivilrechtlichen Haftung erfüllt, führt dies zur Zahlung von materiellem Schadensersatz und Schmerzensgeld. Schadensersatz sind alle finanziellen Aufwendungen, die notwendig sind, um möglichst den Zustand wiederherzustellen, der ohne das rechtswidrige Handeln bestanden hat. Das Schmerzensgeld soll ein Ausgleich für erlittene immaterielle Schäden sein.

Dieser Beitrag befasst sich lediglich mit der zivilrechtlichen Haftung. Ein Krankenhaus als juristische Person unterliegt nicht der strafrechtlichen Haftung. Diese trifft lediglich natürliche Personen. Die finanziellen Einbußen bei ausgesprochener Geldstrafe sind auch nicht versicherbar und spielen deshalb für die Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern keine Rolle.

Voraussetzung einer zivilrechtlichen Haftung des Krankenhauses ist ein Sorgfaltspflichtverstoß. Eine bestehende verbindliche Regel wird nicht eingehalten. In

den allermeisten Fällen handelt es sich um einen Verstoß gegen die geltenden Regeln der ärztlichen Heilkunde bei der medizinischen Behandlung (Behandlungsfehler). Es kann sich aber auch um Regeln handeln, die das Krankenhaus einzuhalten verpflichtet ist, um mit geordneten, zuverlässigen und abgestimmten Abläufen eine sachgerechte Behandlung im Krankenhaus zu gewährleisten (Organisationsverschulden). Letztlich kann auch in der mangelnden Abstimmung und Koordination zweier beispielsweise aus unterschiedlichen Fachrichtungen stammender Beteiligter am Behandlungsprozess ein Sorgfaltspflichtverstoß bestehen (Koordinationsfehler). Schließlich gibt es Regeln zur Aufklärung des Patienten, die einzuhalten sind (Aufklärungsfehler).

Die juristische Aufarbeitung eines Schadenfalls begnügt sich mit der Feststellung eines solchen in der Regel individuellen Fehlverhaltens. Ist ein solcher Sorgfaltspflichtverstoß gefunden, wird keine weitergehende Prüfung vorgenommen, inwieweit möglicherweise erst weitere begünstigende Faktoren oder das Versagen von Sicherheits-schranken das individuelle Versagen ermöglicht oder begünstigt haben. Die juristische Suche nach einem Sorgfaltspflichtverstoß ist also keineswegs mit einer retrospektiven Schadenfallanalyse (route cause analysis) gleichzusetzen.

Weitere Voraussetzung der zivilrechtlichen Haftung ist ein beim Patienten eingetretener Gesundheitsschaden. Bleibt ein Sorgfaltspflichtverstoß ohne negative Folgen für den Patienten, so ist er auch haftungsrechtlich folgenlos. Wird beispielsweise auf einem Röntgenbild eine erkennbare Fraktur verkannt, wurde die erforderliche Ruhigstellung aber trotzdem vorgenommen, fehlt es an einem die Haftung begründenden Gesundheitsschaden. Stehen bei einem CIRS (Critical Incident Reporting System) in der Regel gerade diejenigen Ereignisse im Fokus, die noch nicht zu einer Schädigung eines Patienten geführt haben (Beinahe-Schäden), setzt die zivilrechtliche Haftung zwingend eine erfolgte Gesundheitsbeeinträchtigung des Patienten voraus.

Liegen Sorgfaltspflichtverstoß und Gesundheitsschaden vor, ist dritte Voraussetzung der Haftung, dass der Gesundheitsschaden eben durch den Sorgfaltspflichtverstoß verursacht wurde und keine anderen Gründe hat (Kausalität). Tritt in der zeitlichen Folge eines Sorgfaltspflichtverstoßes ein Gesundheitsschaden auf, können dafür trotzdem etwa die bestehende Grunderkrankung oder eventuelle Komorbiditäten Auslöser sein.

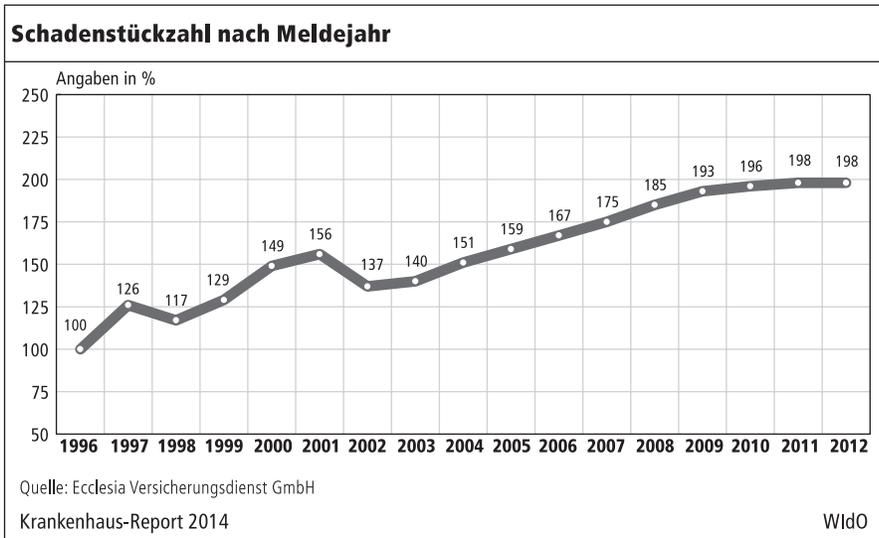
Nur wenn alle drei Voraussetzungen erfüllt sind, besteht eine zivilrechtliche Haftung.

4.3 Anstieg der Schadenstückzahl

Ein sogenannter Schaden liegt für die Versicherungswirtschaft bereits dann vor, wenn ein Patient Schadenersatzansprüche geltend macht. Dass alle Voraussetzungen dieser zivilrechtlichen Haftung vorliegen, ist zu diesem Zeitpunkt also lediglich eine Behauptung. Insbesondere die Frage, ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt, ist zunächst noch vollkommen offen.

Die Anzahl der neuen Schäden pro Jahr ist noch immer ansteigend. Abbildung 4–1 basiert auf einer Auswertung der Ecclesia-Gruppe. Hierzu wurde ein Pool von

Abbildung 4–1



ca. 240 Krankenhäusern herangezogen, der seit 1996 ununterbrochen betreut wird. Dies ermöglicht repräsentative Aussagen zur Entwicklung der Schäden. Es wird deutlich, dass die Anzahl der Schäden – wenn auch in jüngster Zeit stark abflachend – kontinuierlich zugenommen hat. Im Zeitraum von 1996 bis 2012 hat sich die Anzahl der jedes Jahr neu angemeldeten Schäden nahezu verdoppelt. Ein ähnliches Bild ergibt sich aus der Antragsentwicklung bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Verzeichneten sie im Jahr 2007 noch 10 432, waren dies im Jahr 2012 schon 12 232 neue Anträge (Bundesärztekammer 2013). Die Gründe für diese Entwicklung lassen sich nicht statistisch erfassen. Die Erfahrung zeigt, dass hier eine ganze Reihe von Aspekten eine Rolle spielt.

Kommt es bei einer Behandlung zu einem unerwünschten Ereignis oder ergibt sich eine Komplikation, so sind es gerade die Unzufriedenheit mit der Art und dem Ausmaß der Information sowie die Frustration darüber, keine überzeugende Erklärung für das Geschehnis zu erhalten, welche die Patienten dazu bewegen, Ansprüche geltend zu machen. Es stellt für sie eine Möglichkeit dar, das Behandlungsgeschehen detailliert zu ermitteln (Kilian 2000). Hieraus lässt sich ableiten, dass ein Defizit an Information, aber auch an Vertrauen besteht, das aus einer guten Kommunikation erwachsen würde. Genau diese vertrauensbildende Kommunikation ist für die Mitarbeitenden im Krankenhaus nur schwer umzusetzen. Der Umgang mit dem Patienten ist geprägt von einer zunehmenden Spezialisierung, einer Zunahme verschiedener Professionen im Gesundheitswesen und einer letztlich damit einhergehenden fortschreitenden Arbeitsteilung. Der Patient hat es mit immer mehr Mitarbeitenden im Krankenhaus zu tun. Die steigende Anzahl an Behandlungsfällen bei nicht selten abnehmender Personaldecke führt zu einer Arbeitsverdichtung. Dies erschwert es, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und erhöht die Anonymität. Hierdurch wird die Bereitschaft des Patienten gesteigert, die Behandlung zu beanstanden und Schadensersatzansprüche zu erheben.

Daneben spielen auch die Sozialversicherungsträger eine Rolle, die entweder den Patienten bei der Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen unterstützen oder selbst aktiv Regressansprüche anmelden.

Es wird deutlich, dass die Zunahme an Schäden nicht durch eine Zunahme an Fehlern bedingt sein muss.

4.4 Anstieg des Schadenaufwands

Unter Schadenaufwand versteht die Versicherungswirtschaft das gesamte finanzielle Volumen, das mit den angemeldeten Schäden verbunden ist, sei es durch Rückstellungen oder bereits erfolgte Zahlungen.

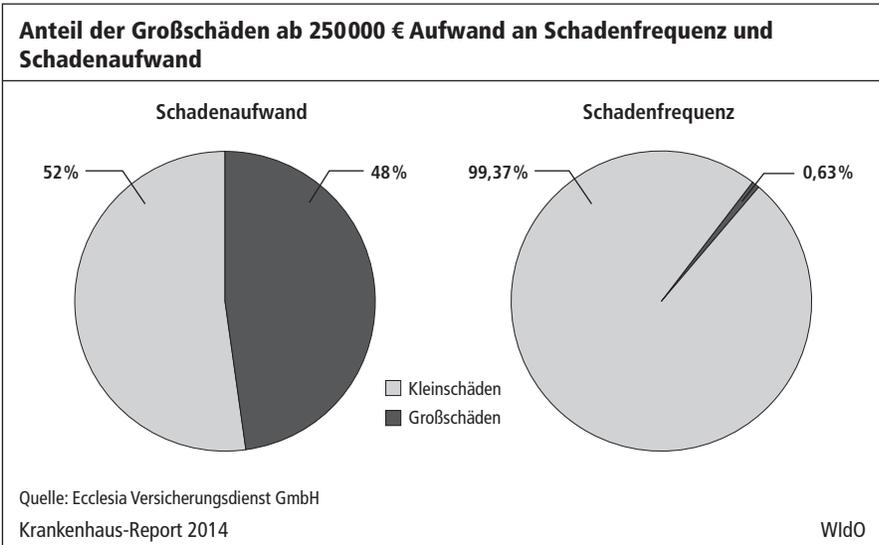
Ende 2009 hat der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) eine Analyse zur Entwicklung von Personenschäden im Segment Heilwesen vorgelegt (Hellberg und Lonsing 2010). Die relevanten Versicherer für das Krankenhaus-Haftpflichtgeschäft haben die Kosten für Personen-Großschäden aus dem Zeitraum von 1995 bis 1998 denen aus dem Zeitraum von 2000 bis 2003 gegenübergestellt. Die Verfasser kommen zu dem Ergebnis, dass der durchschnittliche Schadenaufwand um 6%, im Bereich der Geburtshilfe sogar um 9% pro Jahr gestiegen ist. Ursächlich für diese Kostensteigerungen waren zum einen die vermehrten Bedürfnisse (z. B. Pflegekosten, Umbauten) und zum anderen der Erwerbsschaden. Die Kostensteigerung bei den vermehrten Bedürfnissen betrug 9% pro Jahr (für die Geburtshilfe 14%). Der Aufwand für den Erwerbsschaden ist um 11% pro Jahr (in der Geburtshilfe um 18%) gestiegen.

Eine nachfolgende Studie des GDV aus dem Jahr 2012 kommt zu dem Ergebnis, dass der Schadenaufwand je Krankenhausbett pro Jahr um über 7% ansteigt und die bisher vorhandenen Kalkulationsgrundlagen für die Haftpflicht-Versicherung von falschen, weil zu niedrigen Schadenkosten ausgegangen ist (Hellberg und Lonsing 2012). Die Ergebnisse werden durch Langzeituntersuchungen der Ecclesia-Gruppe bestätigt. So ergibt die Auswertung der Daten von ca. 240 Krankenhäusern, die seit mindestens 1996 durchgängig betreut werden, dass sich von 1998 bis 2008 der Schadenaufwand je Schadenjahr von 20 Mio. € auf rund 39,5 Mio. € erhöht hat.

Die deutliche Steigerung des Schadenaufwandes hat vor allem zwei Gründe: Die stark verbesserte Lebenserwartung bei schwerstgeschädigten Menschen und die Steigerung der Aufwendungen in den Bereichen Pflegekosten und Erwerbsschaden.

Der medizinische Fortschritt wirkt sich unmittelbar auf die Schadensituation aus (Krohn 2012). Musste man früher davon ausgehen, dass Personen mit schwersten Schädigungen eine deutlich verkürzte Lebenserwartung haben, gilt dies heute nicht mehr. Infolge verbesserter Behandlungsmethoden haben mittlerweile auch schwerstgeschädigte Menschen eine ähnlich lange Lebenserwartung wie gesunde. Dies hat zum einen zur Folge, dass regelmäßige Aufwendungen – wie beispielsweise Pflegekosten – deutlich länger zu zahlen sind. Zum anderen erreichen auch schwerstgeschädigte Menschen ein Alter, in dem sie normalerweise berufstätig wären, sodass auch das entfallende Erwerbseinkommen zu erstatten ist. Verschärft wird diese Situation durch eine überproportionale Steigerung der Pflegekosten.

Abbildung 4-2



Dies wirkt sich insbesondere bei Geburtsschäden aufwandserhöhend aus. So erreichen die monatlichen Kosten – vor allem bei häuslicher Betreuung der geschädigten Personen – inzwischen bis zu 20000 € und mehr. Würde man von einer Leistungszeit von 60 Jahren ausgehen, resultiert allein hieraus ein tatsächlicher Aufwand in Höhe von 14,4 Mio. € (Petry 2013)

Die Höhe des Schadenaufwandes und damit auch der zu verzeichnende Anstieg werden jedoch nicht durch die kleinen oder mittleren Schäden bestimmt. Vielmehr spielen hierbei Großschäden die entscheidende Rolle. Dies wird verdeutlicht mit einer weiteren Auswertung aus dem bereits beschriebenen Datenpool der Ecclesia-Gruppe. Abbildung 4-2 zeigt, dass Großschäden ab einem Aufwand von 250000 € zwar nur 0,63% der Schadenstückzahl, aber 48% des Schadenaufwandes ausmachen.

4.5 Steigende Prämien für die Krankenhaushaftpflicht

Insbesondere der Anstieg des Schadenaufwandes hat zu einer teils drastischen Erhöhung der Prämien für den Haftpflichtversicherungsschutz für die Krankenhäuser geführt. Daneben haben aber auch weitere Faktoren eine Rolle gespielt.

In Deutschland gibt es 582 Versicherer unter deutscher Aufsicht. Schon immer war lediglich ein Bruchteil dieser Versicherer bereit, das Krankenhaushaftpflicht-Risiko zu tragen. Durch den Rückzug insbesondere eines bundesweit tätigen großen Versicherers aus dem Haftpflichtgeschäft für Krankenhäuser hat sich die Situation deutlich zugespitzt. Es sind nun nur noch vier bis fünf Unternehmen, die bundesweit und zusätzlich drei bis vier Unternehmen, die regional Krankenhäusern Haft-

pflichtversicherungsschutz bieten. Zu dieser geringen Anzahl an Versicherungsunternehmen kommt eine weitere Einschränkung der Versicherungskapazitäten hinzu. Im Rahmen einer vernünftigen Risikostreuung können auch diese Versicherer nur einen bestimmten Anteil ihres Gesamt-Haftpflichtgeschäftes dem schweren, Spätschaden geneigten Haftpflichtgeschäft – wie der Krankenhaushaftpflicht – widmen. Die Quote liegt in der Regel bei nicht mehr als 10–12%. Im Moment reduziert sich jedoch das Prämienvolumen der Allgemeinen Haftpflichtversicherung insgesamt, sodass auch die absolute Versicherungskapazität für die schweren Risiken zurückgeht.

Verschärft wird dies durch die aktuelle Situation an den Kapitalmärkten. Für jeden gemeldeten Schaden muss der Versicherer Rückstellungen – sogenannte Reserven – bilden. Die Höhe wird durch die zu erwartenden Leistungen bestimmt, die der Versicherer in diesem Schaden zu erbringen hat. Durch die die Schadenrückstellungen bedeckenden Aktiva erzielt der Versicherer Zinseinnahmen, da die Schadenzahlungen erst zeitversetzt erfolgen. Diese in der Kalkulation berücksichtigten Zinseinnahmen fallen durch das zurzeit sehr niedrige Zinsniveau deutlich niedriger aus als noch vor einigen Jahren. Diese Entwicklungen sind in den zurückliegenden Kalkulationen der Versicherer nicht oder nicht hinreichend berücksichtigt worden. Das hat zur Folge, dass die überhaupt in diesem Segment verbleibenden Versicherer die Prämien deutlich erhöhen müssen.

4.6 Patientenrechtegesetz

Wird sich die dargestellte Situation durch die Neuregelungen des Patientenrechtegesetzes verschärfen? Der Gesetzgeber verfolgt mit dem am 26.02.2013 in Kraft getretenen Gesetz das Ziel, mehr Transparenz für bereits bestehende Patientenrechte zu schaffen und die Durchsetzung dieser Rechte zu erleichtern. Auch im Falle von Behandlungsfehlern soll der Patient die geeignete – gesetzlich verankerte – Unterstützung erhalten. Die Arzthaftung war bisher nicht gesondert geregelt, sondern fiel unter allgemeine Haftungsnormen. In der Vergangenheit hat die Rechtsprechung die Besonderheiten der ärztlichen Berufshaftung herausgearbeitet und dabei stets die schwierige Position des Patienten im Prozess berücksichtigt. Im Wesentlichen sind diese Grundsätze nun lediglich kodifiziert worden. Grundlegende Neuerungen oder Änderungen gibt es nicht.

Aber dennoch: Pflichten, wie die Aufklärung und ausreichende Information des Patienten, umfassende Dokumentation des Behandlungsgeschehens und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag sind nun erstmals gesetzlich geregelt und dadurch ggf. einer stärkeren Wahrnehmung ausgesetzt. Es ist nicht auszuschließen, dass der Anstieg der Schadenfälle durch das Patientenrechtegesetz einen neuen Schub erhalten wird. Dies sei an zwei Beispielen verdeutlicht.

Das Gesetz erlegt Ärzten die Pflicht auf, den Patienten über erkennbare Umstände zu informieren, die einen Behandlungsfehler vermuten lassen, entweder wenn dies notwendig ist, um gesundheitliche Gefahren abzuwenden oder auch auf Nachfrage. Diese Pflicht gilt sowohl für selbst vorgenommene Behandlungen als auch für Behandlungen von Kollegen. Zwar verpflichtet diese Vorschrift lediglich dazu,

den Patienten über Tatsachen zu informieren, aus denen sich ein Behandlungsfehler ergeben könnte. Eine Verpflichtung zur Abgabe einer Bewertung, ob tatsächlich ein Behandlungsfehler vorliegt, besteht nicht. Dennoch kann diese Regelung einen weiteren, neuen Impuls für den Patienten darstellen, Schadenersatzansprüche zu erheben.

Stand es in der Vergangenheit noch im freien Ermessen der gesetzlichen Krankenkassen, ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aufgrund von Behandlungsfehlern zu unterstützen, hat der Gesetzgeber dies nun zur Regel gemacht. Die Versicherungsträger werden noch stärker in die Pflicht genommen, was zu einer erhöhten Aktivität in diesem Bereich führen kann.

Es steht zu befürchten, dass die Neuregelungen des Patientenrechtegesetzes die dargestellte schwierige Situation zur Haftung des Krankenhauses noch verschärfen werden.

Auf der anderen Seite enthält das Gesetz Regelungen, die der Vermeidung von Fehlern dienen sollen. Die Einführung eines Beschwerdemanagements ist nun für die Krankenhäuser verbindlich. Des Weiteren wird der Gemeinsame Bundesausschuss im Jahr 2014 wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit festlegen müssen, insbesondere Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme. Damit schafft das Patientenrechtegesetz einen weiteren Anreiz für den Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen (Gausmann 2013).

4.7 Schadenmanagement

Die Anforderungen der Versicherungswirtschaft an ein klinisches Risikomanagement im Krankenhaus als Voraussetzung für ein Angebot zur Haftpflichtversicherung steigen. Es muss als strategisches Unternehmensziel von der Krankenhausleitung für das komplette Haus definiert und durch Einsatz verschiedenster Werkzeuge operationalisiert und bis auf die unterste Leitungsebene umgesetzt werden.

Einen Aspekt unter mehreren stellt dabei der Umgang mit Fehlern dar. Es ist mehr denn je erforderlich, Fehler nicht nur versicherungstechnisch abzuwickeln, sondern das positive Potenzial, das sich auch dahinter verbirgt, zu nutzen. Ereignet sich ein Fehler, bietet dies immer die Möglichkeit, Schwachstellen in den Behandlungsabläufen und Risiken zu erkennen, diese abzustellen und somit eine Wiederholung zu vermeiden.

Dabei ist die positive Erkenntnismöglichkeit keineswegs auf Ereignisse beschränkt, bei denen tatsächlich ein Fehler vorgelegen hat. Alle unerwünschten Ereignisse – auch solche, bei denen sich ein Behandlungsfehler nicht bestätigen sollte – können lehrreich sein. Dies macht es so sinnvoll wie notwendig, ein strukturiertes Schadenmanagement einzuführen. Die Zeiten sind vorbei, in denen es für ein Krankenhaus ausreichte, lediglich für eine Meldung beim Versicherer Sorge zu tragen und im Übrigen den Schäden keine Aufmerksamkeit mehr zu widmen. Es ist erforderlich, sich intensiv und strukturiert mit den Schäden auseinanderzusetzen. Dies sollte sowohl auf Ebene der einzelnen Fachabteilung als auch auf Ebene des gesamten Krankenhauses geschehen.

Um diesen Wandel zu vollziehen, ist es vor allem wichtig, die Schadensituation der eigenen Abteilung bzw. im eigenen Krankenhaus zu kennen. Welche Schäden sind eingetreten? Welches finanzielle Volumen steckt dahinter, sind bereits Zahlungen erfolgt? Wie lauten die Vorwürfe und welche Gesundheitsbeeinträchtigungen liegen bei den betroffenen Patienten vor? Auf diese Fragen sollten Antworten gegeben werden können. Dies ist nur möglich, wenn die Daten zu den Schäden strukturiert erfasst und Rückmeldungen durch den Versicherer über den Verlauf erfolgen. Zudem sind die Informationen zu den Schäden zu bewerten und hierbei auch Veränderungen über einen bestimmten Zeitverlauf zu beobachten. Gibt es auffällige Veränderungen in der Schadenstückzahl? Gibt es eine auffällige Häufung von Fehlervorwürfen oder eingetretenen Gesundheitsbeeinträchtigungen? Wie sieht der Vergleich unter den Fachdisziplinen aus? Dies kann darin münden, dass man einen einzelnen Schaden nicht unter dem Aspekt analysiert, wer etwas falsch gemacht hat, sondern welche Schwachstellen im Behandlungsablauf und der Organisation zusammengekommen sind, sodass sich der Schaden ereignen konnte.

Ein strukturierter Umgang mit den eigenen Schäden als Teil eines Risikomanagementsystems ist notwendig, um das Risiko neuer Schäden zu minimieren. Dieses gebieten zum einen der Aspekt der Patientensicherheit und zum anderen der Blick auf die Situation der Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser.

4.8 Fazit

Aus der Perspektive des Versicherungsschutzes für die Haftpflichtrisiken der Krankenhäuser hat sich das Thema der Haftung für Fehler im Krankenhaus – teilweise dramatisch – verändert. Die Zahl der jährlich neu angemeldeten Anspruchsstellungen nimmt – wenn auch etwas abgeschwächt – weiterhin zu. Die Gründe hierfür liegen vermutlich nicht in einer Zunahme von Fehlern oder einer Qualitätseinbuße bei der Behandlung. Der reine Anstieg der Schadenstückzahl ist ohnehin für die Frage der Versicherbarkeit von untergeordneter Bedeutung. Der mit den Schäden verbundene Schadenaufwand spielt die entscheidende Rolle. Dieser ist drastisch – und in dieser Form von den Versicherern nicht vorhergesehen – in die Höhe gegangen. Für die Krankenhäuser führt dies zu erheblichen Prämiensteigerungen, die wirtschaftlich nicht immer zu verkraften sind. Verstärkt durch den Ausstieg einiger Versicherer aus dem Segment der Krankenhaushaftpflicht steht deshalb in Frage, ob mittelfristig ausreichende Versicherungskapazitäten für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen werden.

Die Etablierung eines strukturierten Risikomanagements ist für die Krankenhäuser unabdingbar, zumal dies von manchen Versicherern mittlerweile als Voraussetzung dafür gefordert wird, dass überhaupt ein Angebot abgegeben wird. Im Rahmen des Umgangs mit Fehlern ist das Augenmerk auch auf ein Schadenmanagement zu legen.

Die Frage des Versicherungsschutzes für die Krankenhaushaftpflicht ist mittlerweile eng mit Fragen der Patientensicherheit verbunden. Finanzielle Mittel, die für eine Prämienhöhung aufgewendet werden müssen, können nicht für sinnvolle Maßnahmen der Patientensicherheit verwendet werden. Krankenhäuser, die den

Betrieb ganz oder teilweise einstellen, verringern die Versorgungsdichte. Um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, sollten beispielsweise folgende Maßnahmen geprüft/diskutiert werden:

- Die Krankenhäuser können die Höhe ihrer Vergütung nicht selbst festlegen. Es wäre ein Lösungsansatz, die Risikokosten bei der Vergütung angemessen und kurzfristig zu berücksichtigen.
- Für bestimmte, als besonders wichtig erachtete Versicherungssparten gibt es einen reduzierten Steuersatz. Dies könnte auf die Haftpflichtversicherung für Krankenhäuser übertragen werden.
- Eine Auswertung des Datenpools der Ecclesia-Gruppe zeigt, dass ca. 25% aller Schadensersatzleistungen an die Sozialversicherungsträger gehen. Eine gesetzliche Streichung der Regressmöglichkeit – wie es sie in anderen europäischen Ländern gibt – wäre ein weiterer Lösungsansatz.

Literatur

- Bundesärztekammer. Pressekonferenz vom 17. Juni 2013. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/vortrag_pressekonferenz_2013_final.pdf (22. August 2013).
- Gausmann P. Patientenrechtegesetz 2013. KU Gesundheitsmanagement 04/2013.
- Hellberg N, Lonsing M. Dramatische Teuerung von Personenschäden im Heilwesen. *Versicherungswirtschaft* 2010, 6: 421 ff.
- Hellberg N, Lonsing M. Personenschäden verteuern sich dramatisch. *Versicherungswirtschaft* 2012, 13: 962–3.
- Kilian M. Alternative Konfliktbeilegung in Arzthaftungsstreitigkeiten. *Versicherungsrecht* 2000, 942.
- Krohn P. Die Tücken des medizinischen Fortschritts. *Frankfurter Allgemeine*, 27.12.2012.
- Petry FM. Wer zahlt die Rechnung? *Arzt und Krankenhaus*, Februar 2013.
- Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995, 4: 80–9.