# monitor

ECCLESIA GRUPPE

Ausgabe 01 | 2024

Im Fokus

## Hebammenkreißsaal

Auditverfahren sichert einheitlichen Versorgungsstandard

**Krankenhausreform**
Status quo

**Sicherheitskultur**
Etablierung von Konferenzen

**Metallhaltige Orthese im MRT**
Besprechung des BGH-Urteils

# Inhalt

**Auditverfahren zum hebammengeführten Kreißsaal** **3**
GRB und Deutscher Hebammenverband entwickeln Kriterien

**Krankenhaustransparenzgesetz vor der Verabschiedung** **6**
Weg frei für die Krankenhausreform?

**Metallhaltige Orthese im MRT – Schadenersatz?** **8**
Besprechung des Gerichtsurteils

**Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen zur Förderung der Sicherheitskultur** **11**
Safety Clip

**Herausgeber**
Ecclesia Holding GmbH
Sonja Groß, Leitung Unternehmenskommunikation
Ecclesiastraße 1 – 4 • 32758 Detmold
Telefon +49 5231 603-0
E-Mail info@ecclesia-gruppe.de

**Redaktion**
Ann-Cathrin Ohm

**Redaktionsbeirat**
Detlev Hrycej, Franz-Michael Petry

**Druck**
Bösmann Medien und Druck GmbH & Co. KG

**Bildnachweise**
© MVProductions – adobe.stock.com,
© Iryna – adobe.stock.com,
© spotmatikphoto – adobe.stock.com,
© LIGHTFIELD STUDIOS – adobe.stock.com,
© dusanpetkovic1 – adobe.stock.com
© Witoon – adobe.stock.com,
© spotmatikphoto – adobe.stock.com,
© LIGHTFIELD STUDIOS – adobe.stock.com,
© Halfpoint – adobe.stock.com,
© Jacob Lund – adobe.stock.com,
© Jacob Lund – adobe.stock.com,
© Ecclesia Gruppe, © Manitchaya – adobe.stock.com,
© h3design via Creative Market

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Magazin bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Hauptwörtern an einigen Stellen die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung aber grundsätzlich für alle Geschlechtsidentitäten. Die verkürzte Sprachform erfolgt aus redaktionellen Gründen und enthält keine Wertung.

# Einheitlicher Versorgungsstandard in Hebammenkreißsälen

## GRB und Deutscher Hebammenverband entwickeln ein Zertifikat

**Die GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung mbH, ein Tochterunternehmen der Ecclesia Gruppe und Schwesterunternehmen der hevianna Versicherungsdienst GmbH, hat gemeinsam mit dem Deutschen Hebammenverband e. V. (DHV) ein Auditverfahren für das Versorgungsmodell Hebammenkreißsaal entwickelt. Damit können sich Hebammenkreißsäle zertifizieren lassen und bestätigen somit die Versorgungsqualität im Sinne von Mutter und Kind.**

Ein Hebammenkreißsaal ist ein ergänzendes Versorgungsmodell zu einem bereits bestehenden Kreißsaal. Hebammen betreuen eigenverantwortlich gesunde Schwangere ohne Risikofaktoren, auf Grundlage eines interdisziplinär abgestimmten Selektionskriterienkatalogs. Die GRB und der DHV haben dafür ein Verfahren entwickelt, das einen Qualitätsstandard für Hebammenkreißsäle festlegt und für Transparenz sorgt. Nach einem erfolgreichen Durchlaufen des Auditverfahrens, das von der GRB durchgeführt werden kann, verleiht der Hebammenverband das Zertifikat „Hebammenkreißsaal Plus (HKS⁺)“ an den zuvor geprüften Hebammenkreißsaal.

### Die Diskussion um den hebammengeführten Kreißsaal

Bislang hat sich das Modell des Hebammenkreißsaals nicht durchgesetzt. Die Meinungen von Hebammen und Gynäkologen sind unterschiedlich; während die einen diesen befürworten, lehnen andere ihn ab. Trotz wissenschaftlicher Belege, die für die Sicherheit von Mutter und Kind sprechen. Zudem gibt es bei einer Einführung des Hebammenkreißsaals eine Unterstützung mit Landesfördermitteln. Außerdem bietet das Modell eine Möglichkeit zur Gewinnung und Bindung von Hebammen.

Die Gründe für die Ablehnung sind vielfältig. Es fehlt bereits an Hebammen, sodass dafür keine personellen Ressourcen bereitstehen. Es existieren Ängste in Bezug auf Haftungsrisiken und einige sehen die Sicherheit von Mutter und Kind gefährdet – trotz wissenschaftlicher Belege. Zudem existiert die Meinung, dass die Geburtshilfe bereits sehr „hebammenorientiert“ ist und der Hebammenkreißsaal keine Verbesserung für die Schwangeren bringt und auch nicht zur Personalgewinnung dient.

Dazu kommt, dass einige Geburtshilfen das Versorgungsmodell nicht einführen, aber mit einer „Hebammengeburt“, einer „hebammengeleiteten Geburt“ oder einem „Hebammenkreißsaal“ werben. Diese Modelle entsprechen jedoch nicht den in der Literatur und Wissenschaft beschriebenen Merkmalen. Die Benennung ist aber möglich, weil es keine allgemeingültige Definition für einen

Hebammenkreißsaal gibt. Diese vielfältigen Argumente, Ansichten und Vorgehensweisen führen dazu, dass es bei Schwangeren, Hebammen und Gynäkologen derzeit kein einheitliches Verständnis zum Hebammenkreißsaal gibt. Um einen einheitlichen Qualitätsstandard im Hebammenkreißsaal im Sinne von Mutter und Kind sichtbar zu machen, haben die GRB und der DHV nun das HKS⁺Zertifikat entwickelt.

## Risiko- und Haftungsminderung

Geburtshilfe ist ein Hochrisikobereich und ein Hebammenkreißsaal kann in jeder stationären Geburtshilfe entstehen. Die Entwicklungen der letzten Zeit zeigen ein zunehmendes Interesse an dieser Versorgungsform, jedoch fehlt es an Standards und Transparenz gegenüber Dritten. Das Interesse der Versicherer an Maßnahmen, die zur Risiko- und Haftungsminderung im Bereich Geburtshilfe beitragen, ist aufgrund der hohen Schadenersatzforderungen immens. Auch die Krankenhäuser selbst sind bestrebt, aktiv zu handeln, um mögliche Überlimitschäden zu vermeiden. Die Kombination aus Merkmalen des Hebammenkreißsaals, Patientensicherheit und Haftungsaspekten ist geeignet, um vorhandene Lücken im Sicherheitsnetz eines Hebammenkreißsaals aufzudecken und zu schließen. Darin liegende Vorbehalte und Bedenken bei Klinikmanagern und Mitarbeitenden gegen eine Implementierung sollen mit dem Erwerb des HKS⁺Zertifikats abgebaut werden. Da üblicherweise dieselben Hebammen im Hebammenkreißsaal und im interdisziplinären Kreißsaal arbeiten, ist zudem von Synergieeffekten auszugehen, wie der Übertragung einer risikoaffinen Denk- und Arbeitsweise.

## Positive Darstellung des Hebammenkreißsaals

Die Vergabe des Zertifikats ist auch ein Anlass, die Geburtshilfe positiv in den Medien darzustellen. Zeigt es doch, dass wissenschaftliche Erkenntnisse in der Praxis umgesetzt werden und die von den Frauen gewünschte Eins-zu-eins-Betreuung einen hohen Stellenwert bei den Hebammen hat.

Da der Erhalt des Zertifikats an Anforderungen geknüpft ist, trägt es zur Transparenz gegenüber Schwangeren bei. Ein zertifizierter Hebammenkreißsaal kann auch die Arbeitgeberattraktivität steigern.

## Anforderungen

Die Anforderungen an einen Hebammenkreißsaal bestehen aus drei Themenkomplexen:

1. Es wird die Umsetzung des Versorgungsmodells mit den in der Literatur beschriebenen Merkmalen gefordert. Dazu gehört beispielsweise die Eins-zu-eins-Betreuung der Gebärenden, ein einheitliches Qualifikationsniveau im Hebammenteam und die Vereinbarungen mit den Gynäkologen in Bezug auf die Risikoselektion der Schwangeren.

2. Der zweite Themenkomplex fordert die Umsetzung von Maßnahmen der Patientensicherheit. Nicht nur die Nutzung von Instrumenten des klinischen Risikomanagements – wie die Verwendung des Fehlermeldesystems – wird geprüft, sondern auch die direkte praktische Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen im Geburtsprozess. Dazu gehört die Einhaltung eines Vier-Augen-Prinzips bei der Bewertung des Geburtsverlaufs ebenso wie die Kontrolle der Anzahl der Tupfer bei der Versorgung von Geburtsverletzungen.

3. Der letzte Themenkomplex soll die Risiken einer möglichen Haftung weitestgehend reduzieren. Haftung resultiert zum Teil auf Fehlern und Lücken in der Dokumentation, aber auch auf zu späte Reaktionen und der Hinzuziehung von Ärzten bei auffälligen Geburtsverläufen. Deshalb werden die Vereinbarungen mit den Gynäkologen und deren Anwendung kritisch hinterfragt. Zudem werden die Krankenunterlagen nach dem Kriterium der Nachweisbarkeit gegenüber Dritten geprüft.

Die einzelnen Prüfkriterien sind den verschiedenen Kategorien zugeordnet:

- der Konzeptionierung des Hebammenkreißsaals,
- dem Selektions- und Kriterienkatalog,
- der Aufklärung der Schwangeren,
- der Qualitätssicherung,
- den Instrumenten des klinischen Risikomanagements,
- der Öffentlichkeitsarbeit,
- festgelegte geburtshilfliche Vorgehensweisen,
- dem Notfallmanagement,
- dem Personalmanagement und
- der Dokumentation.

## Ablauf des Auditverfahrens

Der Ablauf des Verfahrens ist in der Kooperationsvereinbarung zwischen GRB und Hebammenverband festgelegt. Der Kunde beauftragt eine externe Prüfgesellschaft mit der Durchführung des Verfahrens. Die Prüfgesellschaft muss dazu vom Hebammenverband autorisiert sein, da die Auditorinnen und Auditoren bestimmte Qualitätsvorgaben einzuhalten haben. Bei der Auditorin muss es sich beispielsweise um eine Hebamme mit Berufserfahrung und einer gültigen Zertifizierung im klinischen Risikomanagement handeln.

Kunde und Prüfgesellschaft binden sich über die gesamte Laufzeit des Verfahrens vertraglich, diese beträgt 36 Monate.

Das Verfahren kann starten, wenn die ersten Anmeldungen von Schwangeren für die Geburt im Hebammenkreißsaal vorliegen, da zu diesem Zeitpunkt die Projektphase der Implementierung abgeschlossen sein wird. In einem Erstaudit prüft die Auditorin in Interviews, Begehung, Einsichtnahme in Unterlagen und Patientenakten, ob die Prüfkriterien erfüllt sind. Ist das der Fall, wird dem Hebammenverband das Ergebnis mitgeteilt und die Vergabe des HKS+Zertifikats empfohlen. Der Hebammenverband als Eigentümer des Zertifikats setzt sich mit dem Kunden für einen Termin zur Übergabe des Zertifikats in Verbindung.

Kann keine Vergabe empfohlen werden, einigen sich die Prüfgesellschaft und der Hebammenverband auf das weitere Vorgehen, gegebenenfalls werden in einer Nachprüfung – innerhalb von sechs Monaten nach dem Erstaudit – die fehlenden Anforderungen nachgewiesen.

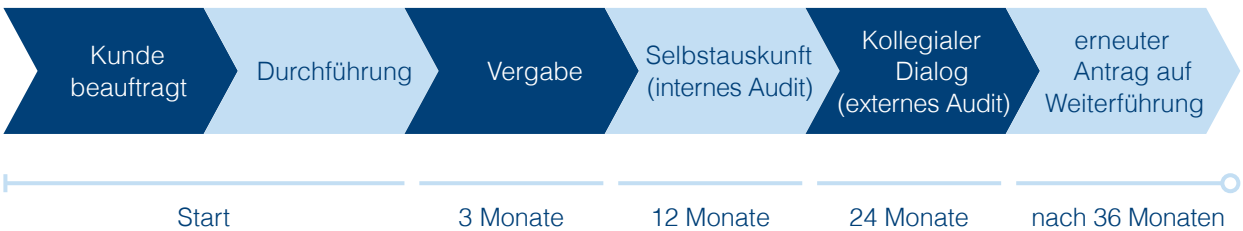
Zwölf Monate nach der Zertifikatsvergabe erstellt der Kunde eine Selbstauskunft, in der er die Weiterentwicklung darstellt. Diese wird vom Auditor geprüft und dieser teilt das Ergebnis dem Hebammenverband mit. Das Zertifikat kann weitergeführt werden, wenn der Auditor zum Schluss kommt, dass die festgelegten Anforderungen erfüllt sind.

Nach weiteren 24 Monaten wird durch den Auditor ein kollegialer Dialog mit Hebammen, Gynäkologen und weiteren Beteiligten zum Hebammenkreißsaal vor Ort geführt. Zudem prüft die Auditorin noch einmal Krankenunterlagen und eventuelle Änderungen von Vereinbarungen. Sollten wieder alle Anforderungen erfüllt sein, empfiehlt die Prüfgesellschaft dem Hebammenverband das Weiterführen des Zertifikats.

Das Verfahren ist nach insgesamt 36 Monaten beendet. Wenn das Zertifikat des Hebammenverbandes weitergeführt werden soll, muss es erneut beantragt werden.

Der Hebammenverband und die GRB möchten die Einrichtung von mehr Hebammenkreißsälen fördern. Diese sollten nach den festgelegten Qualitätsstandards geführt werden, im Sinne von Mutter und Kind, aber auch für eine Transparenz bei den Mitarbeitenden und dem Krankenhaus sorgen. So wie bei anderen Zertifizierungsverfahren im Gesundheitswesen soll mit diesem gegenüber Schwangeren, Versicherern und weiteren Interessierten die Qualität der Versorgung verdeutlicht werden.

### Konzept zur Zertifizierung eines Hebammenkreißsaals nach den Prüfkriterien des DHV



# Krankenhaustrans-parenzgesetz vor der Verabschiedung

## Weg frei für die Krankenhausreform?

**Bundesrat und Bundestag haben den Streit um das Krankenhaustransparenzgesetz vorübergehend beigelegt. Nun muss das Gesetz Ende März final verabschiedet werden. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach bringt derweil die Krankenhausreform auf den Weg. Doch es droht bereits neuer Streit.**

### Mehr Transparenz mit dem Klinikatlas

Das sogenannte Krankenhaustransparenzgesetz zielt darauf ab, die Qualität der stationären Versorgung in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Patientinnen und Patienten sollen sich besser über Angebote und die Qualität der Krankenhäuser informieren können.

Dazu soll ein „Klinikatlas“ veröffentlicht werden, der die Leistungen und Qualitätsaspekte von 1700 Krankenhäusern in Deutschland beinhaltet. Krankenhäuser werden dazu in Versorgungsstufen eingeteilt. Zu den einsehbaren Daten zählen etwa Fallzahlen von Leistungen, die personelle Ausstattung im Verhältnis zum Leistungsumfang, aber auch Behandlungsfehler und Komplikationsraten ausgewählter Eingriffe.

### Der lange Weg des Krankenhaustransparenzgesetzes

Nachdem das Gesetz durch die Bundesregierung und den Bundestag im September und Oktober verabschiedet wurde, stimmten die Bundesländer im Bundesrat gegen das Gesetz. Sie überwiesen die Sache an den Vermittlungsausschuss zwischen Bundestag und Bundesrat.

Die Gegner des Gesetzes argumentierten, dass das Gesetz keine Transparenz stifte und einen Eingriff in ihre Hoheit zur Krankenhausplanung darstelle. Unionsgeführte Länder forderten gar eine Neuauflage des Gesetzes.

Bundesminister Lauterbach hatte zuvor vergebens versucht, die Wogen mithilfe einer Protokollerklärung zu glätten. Die Protokollerklärung sieht etwa vor, dass die Landesbasiswerte steigen sollen. Ab 2025 soll zudem ein Transformationsfonds aufgelegt werden. Lauterbach betonte zudem, dass die sechs Milliarden Euro Liquiditätshilfen für Krankenhäuser nur bei Verabschiedung des Gesetzes ausgezahlt werden können.

Nach mehreren inoffiziellen Verhandlungsrunden zwischen Bund und Ländern tagte am 21. Februar der Vermittlungsausschuss. Mit einer knappen Mehrheit wurde der Gesetzesentwurf angenommen. Lauterbach überzeugte zuvor abweichende SPD-Länder durch eine Konkretisierung der Maßnahmen in der Protokollerklärung.

**Ein „Klinikatlas“ soll veröffentlicht werden, der die Leistungen und Qualitätsaspekte von 1700 Krankenhäusern in Deutschland beinhaltet.**

**Das Krankenhaustransparenzgesetz hat als Ziel, die Qualität der stationären Versorgung in deutschen Krankenhäusern zu steigern und somit die Versorgung für Patientinnen und Patienten zu verbessern.**

## Ende gut, alles gut?

Kern der Einigung ist die Errichtung eines Transformationsfonds ab 2025. Dieser soll innerhalb von zehn Jahren mit 50 Milliarden Euro gefüllt werden. Bund und Länder teilen sich die Kosten. Zudem werden Tariflohnsteigerungen aller Beschäftigten in Krankenhäusern künftig bei der Erstattung der Betriebskosten besser abgebildet.

Die SPD-geführten Länder betonen, dass die Krankenhäuser nun mehr finanziellen Spielraum haben. Das führe zu einer „spürbaren Entlastung". Unionsgeführte Länder kritisierten die Einigung. Sie bezeichnen das Ergebnis als „vertane Chance", wichtige Weichenstellungen für die Krankenhäuser in Deutschland vorzunehmen.

Für weitere Kritik sorgte die Ankündigung des Ministers, den Bundesteil des Transformationsfonds nicht aus Steuergeldern, sondern aus Mitteln des Gesundheitsfonds der gesetzlichen Krankenkassen zu finanzieren. Die Krankenkassen fürchten einen „Etikettenschwindel".

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft bezeichnet die Ergebnisse als „wertlose Beruhigungspille" für die Krankenhäuser. Wie der Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft gestoppt werden soll, bliebe weiterhin unklar.

## Wie geht es weiter?

Die Verabschiedung des Gesetzes im Bundesrat ist für den 22. März vorgesehen. Eine erneute Ablehnung ist jedoch weiterhin möglich. Allerdings: lehnt der Bundesrat das Gesetz erneut ab, kann der Bundestag das Votum überstimmen und das Gesetz final verabschieden.

Im Anschluss wird Lauterbach neue Pläne zur Krankenhausreform präsentieren. Ein überarbeiteter Referentenentwurf des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG) wird derzeit zusammen mit weiteren Bundesministerien und den Ländern diskutiert. Lauterbach möchte das Gesetz am 24. April durch das Kabinett bringen, damit das Gesetz noch vor Ende 2024 von Bundestag und Bundesrat verabschiedet werden und am 1. Januar 2025 Inkrafttreten kann.

## Neuer Streit droht bei der Krankenhausreform

Schon jetzt steht fest, dass der Streit zwischen Bund und Ländern weitergehen wird. Denn Minister Lauterbach hat angekündigt, dass er keine Zustimmung der Bundesländer beim KHVVG vorsieht. Die Bundesländer können das Gesetz dann – analog zum Transparenzgesetz – nicht blockieren, sondern nur verzögern. Damit stellt er sich gegen eine Vereinbarung von Bund und Länder. Es droht das gleiche Schicksal wie beim Transparenzgesetz. Unabhängig des Konfliktes zwischen Bund und Länder ist davon auszugehen, dass der Druck der verschiedenen Stakeholder aus dem Gesundheitswesen bei der parlamentarischen Beratung sehr groß sein wird. Ob das Gesetz deshalb rechtzeitig verabschiedet werden kann, ist deshalb mehr als unklar.

**Ein Fehlverhalten einer Patientin oder eines Patienten führt nicht automatisch zu Schadenersatz, wenn auch das medizinische Personal erhebliche Versäumnisse begangen hat.**

# Metallhaltige Orthese im MRT – Schadenersatz?

## Selbst Schuld!

**Für Patienten besteht die allgemeine Pflicht, sich gegenüber der Klinik- oder Praxiseinrichtung, anderen Patienten und dem Personal in der gebotenen Weise sorgfältig zu verhalten. Eine Verletzung dieser Pflicht kann zur Haftung des Patienten im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung führen.**

**Die Haftung eines Patienten kann bei der Abwägung nach § 254 BGB jedoch vollständig zurücktreten, wenn auf Seiten des Arztes ein besonders gravierendes schadensursächliches Mitverschulden vorliegt. Der auf Arzthaftung spezialisierte Volljurist Matthias Gedeon erklärt den Fall und das Urteil des OLG Nürnberg vom 15.02.2023 (4 U 20/22).**

### Der Fall

In einer radiologischen Praxis wurde am 17.06.2020 bei der 1942 geborenen Patientin eine Untersuchung mittels MRT durchgeführt. Die Patientin trug eine Orthese am linken Bein. Diese legte sie jedoch vor der Untersuchung nicht ab. Auch die beiden Mitarbeiterinnen der radiologischen Praxis, die die Untersuchung vorbereiteten, forderten die Patientin nicht auf, die Orthese abzulegen. Die Untersuchung begann mit der angelegten Orthese. Diese wurde vom Magneten des MRT angezogen, sodass eine Notfallabschaltung (sogenannte Quench) erfolgen musste. Daraufhin musste das MRT instandgesetzt werden. Dabei wurde der Magnet des MRT mit flüssigem Helium neu befüllt.

### Verfahrensgang

Der Inhaber der radiologischen Praxis nahm daraufhin die Patientin auf Schadensersatz in Anspruch. Er verklagte die Patientin für das neue Befüllen des Magneten auf Ersatz von 47.457,33 Euro zuzüglich 9.016,90 Euro Mehrwertsteuer sowie auf entgangenen Umsatz in Höhe von 6.625,23 Euro.

In der ersten Instanz hat das Landgericht Nürnberg-Fürth (Urteil vom 02.12.2021, 14 O 8613/20) einen entgangenen Umsatz verneint, aber für das neue Befüllen des Magneten den Betrag von 47.457,33 Euro zuzüglich der 9.016,90 Euro Mehrwertsteuer zugesprochen. Allerdings hat es ein Mitverschulden des Radiologen gemäß § 254 BGB angenommen und den Betrag daher um 50 Prozent gekürzt.

Gegen diese Entscheidung legten sowohl der Radiologe als auch die Patientin Berufung beim OLG Nürnberg ein.

## Die Entscheidung

Das OLG Nürnberg hat die Berufung des Radiologen zurückgewiesen. Die Berufung der Patientin führte jedoch zur Aufhebung der erstinstanzlichen Entscheidung und zur Abweisung der Klage des Radiologen.

Zur Begründung führt das OLG aus, dass zwar auf Seiten der Patientin eine für den Schadeneintritt ursächliche fahrlässige Pflichtverletzung gegeben sei, da sie trotz entsprechender Fragen und Warnhinweise nicht auf die Orthese hingewiesen habe. Für Patienten bestehe nämlich naturgemäß die allgemeine Pflicht, sich gegenüber der Klinik- oder Praxiseinrichtung, anderen Patienten oder dem Personal in gebotener Weise sorgfältig zu verhalten. Gegen diese Pflicht habe die Patientin verstoßen, indem sie trotz Warnhinweisen und entsprechender Fragen nicht auf die von ihr getragene Orthese als metallischen Gegenstand hingewiesen habe, obwohl für sie erkennbar gewesen sei, dass diese während der Untersuchung nicht getragen werden dürfe.

Gleichwohl hat das OLG einen Anspruch des Radiologen auf Schadensersatz verneint, da auf seiner Seite ein derart gravierendes schadensursächliches Mitverschulden gemäß § 254 BGB gegeben sei, dass demgegenüber eine Haftung der Patienten vollständig zurücktrete. Konkret ging das OLG dabei von einem Mitverschulden der Mitarbeiterinnen des Radiologen aus, welches ihm nach § 278 BGB zugerechnet werden konnte.

**I. Gravierendes Mitverschulden des Radiologen**
Die folgenden Punkte veranlassten das OLG dabei zur Annahme eines gravierenden Mitverschuldens.

Es stelle ein besonders schwerwiegendes Mitverschulden dar, dass die Mitarbeiterinnen von der Orthese keine Kenntnis genommen und auf deren Entfernung nicht hingewirkt hätten, obwohl diese deutlich und ohne Weiteres zu sehen gewesen sei. In der mündlichen Verhandlung nahm das OLG die Orthese der Patientin in Augenschein und stellte fest, dass sich diese nicht nur unter der Hose deutlich als Fremdkörper abgezeichnet habe, sondern dass auch deren Metallteile im Knöchelbereich in Form eines schwarzen Teils sowie eines silberfarbenen Metallstücks ohne weiteres sichtbar und als solche erkennbar gewesen seien.

Das Verhalten der Mitarbeiterinnen erweise sich auch deshalb als besonders leichtfertig, weil das Gangbild der Patientin insoweit auffällig sei. Die Patientin habe das linke Bein nicht normal bewegen können und die Orthese habe sich deutlich unter der Hose abgezeichnet. Dies sei auch ohne besondere Aufmerksamkeit feststellbar. Diese Erkenntnis lasse den Schluss auf eine fehlende Aufmerksamkeit und eine ganz besondere, schlechthin unverständliche Sorglosigkeit zu.

Als besonders schwerwiegend erweise sich das Verschulden der Mitarbeiterinnen auch deshalb, weil sie die ohne jeden Zweifel schon optisch ohne weiteres erkennbare Orthese selbst dann nicht bemerkt hätten, als sie das Bein der Patientin (nebst der hieran befindlichen Orthese) auf die Untersuchungsliege gelegt hätten.

Ein besonders leichtfertiges Verhalten sei zudem dadurch ersichtlich, dass die Mitarbeiterinnen auch den über die gesamte Seite der Hose verlaufenen Reißverschluss nicht bemerkt hätten.

Des Weiteren habe eine Mitarbeiterin angegeben, dass sie davon ausgegangen sei, die Prothese sei aus Carbon. Dies belege nach der Auffassung des OLG die Nichtbeachtung der angesichts der drohenden Schäden erforderlichen Sorgfalt in ganz besonders gravierender Weise.

Zu guter Letzt komme ein weiteres erhebliches Mitverschulden dadurch zu Stande, dass die Patientin vor der Untersuchung nicht auf die Gefahr eines ungewöhnlich hohen Schadens hingewiesen

worden sei. Für den Laien sei nämlich nicht vorhersehbar, dass metallische Gegenstände im MRT nicht nur das Untersuchungsergebnis beeinflussen könnten, sondern vom Gerät angezogen und zu einer Notabschaltung führen können, die dann mit Kosten im fünfstelligen Bereich verbunden sei.

**II. Leichte Fahrlässigkeit der Patientin**

Demgegenüber nahm das OLG auf der Seite der Patientin nur eine leichte Fahrlässigkeit an.

Es sei dabei insbesondere zu beachten, dass die Patientin den Anamnesebogen zutreffend ausgefüllt habe. So sei eine Orthese im Anamnesebogen nicht ausdrücklich genannt. In der Rubrik „Vor der Untersuchung" finde sich die Aufforderung „bitte folgende metallische Gegenstände abzulegen: Schmuck, Uhr, Brille, Zahnspangen, Hörgeräte, Schlüssel, Münzen, Haarspangen etc., sowie Karten mit Magnetstreifen, da sie sonst gelöscht werden könnten."

Dort könne die Orthese allenfalls unter „etc." gefasst werden, obwohl sich zu Untersuchungen im MRT nach dem Bekunden des Radiologen regelmäßig Patienten mit Gehbehinderung einfinden würden, sodass eine ausdrückliche Erwähnung zu erwarten wäre.

Die Patientin hätte die Orthese auch nicht auf die Frage „Befinden sich in Ihrem Körper andere Teile aus Metall (zum Beispiel Spirale, Prothesen, Granatsplitter, Gefäßclips, Metallstaub, Zahnprothesen)" angeben müssen. Bei der Orthese handele es sich nämlich um einen Gegenstand, der nicht im, sondern am Körper getragen werde. Auch unter den im Folgenden mit der Möglichkeit zum Ankreuzen versehenen, ausdrücklich genannten Metallteilen finde sich die am Körper getragene Orthese nicht.

Der Patientin könne daher lediglich vorgeworfen werden, dass sie die Orthese nicht in der Rubrik „Vor der Untersuchung" als unter „etc." fallenden metallischen Gegenstand gefasst habe.

Auch dass die Patientin die Hinweis- und Verbotsschilder nicht angesehen habe, rechtfertige nicht den Vorwurf grober oder mittlerer Fahrlässigkeit. So sei eine Orthese auf den Hinweisschildern weder ausdrücklich erwähnt noch abgebildet. Vielmehr würden elektromagnetisch beeinflussbare Implantate genannt und Beispiele aufgezählt. Die Orthese falle nur unter die optisch kleiner gehaltenen Hinweise auf „Implantate aus Metall und sonstige Metallgegenstände am Körper – zum Beispiel Splitter" und „Metallteile und medizinische Instrumente aller Art". Damit wäre nicht nur ein Betrachten der Warnschilder, sondern eine genaue Lektüre der Hinweisschilder erforderlich gewesen, um die Orthese als verbotenen Gegenstand erkennen zu können, zumal auch die bildlichen Darstellungen Gehhilfen nicht zeigen würden.

## Fazit

Die Entscheidung des OLG Nürnberg zeigt, dass ein Schaden, der durch ein Fehlverhalten einer Patientin oder eines Patienten verursacht wurde, nicht zum Schadenersatz führen kann, sofern auf Seiten des medizinischen Personals erhebliche Versäumnisse bestehen, die ebenfalls zur Entstehung des Schadens beigetragen haben. Das ist jedoch stets eine Einzelfallentscheidung des erkennenden Gerichts.

Aus der Entscheidung lassen sich aber für den Bereich der Radiologie die folgenden Empfehlungen für die Praxis ableiten.

Die MRT-Untersuchungen sollten stets durch besonders geschultes, aufmerksames und vertrauensvolles Personal durchgeführt werden, das mögliche metallische Gegenstände bei Patientinnen oder Patienten vor der Untersuchung bemerkt, um Schäden am Gerät zu verhindern.

Sollte es dennoch zu Schäden durch metallische Gegenstände kommen, ist für die Durchsetzung eines Schadensersatzanspruches eine dokumentierte umfangreiche Aufklärung und Anamneseerhebung sehr hilfreich. In dieser sollte die Patientin oder der Patient darauf hingewiesen werden, dass metallische Gegenstände im MRT angezogen werden und zu ganz erheblichen Schäden führen können. Vor allem sollten im Anamnesebogen möglichst viele Beispiele von metallischen Gegenständen aufgeführt werden, die sowohl im als auch am Körper getragen werden können. Das gilt insbesondere für Orthesen.

Durch eine solche Aufklärung und Anamneseerhebung kann aus einer leichten Fahrlässigkeit eine mittlere oder grobe Fahrlässigkeit werden.

Matthias Gedeon
matthias.gedeon@ecclesia-gruppe.de

# Förderung der Sicherheitskultur

## Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

**Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) finden seit Beginn des 20. Jahrhunderts statt. Der Anteil an MMK in Allgemeinkrankenhäusern ist in den letzten acht Jahren deutlich gestiegen.[1] Das liegt zum einen daran, dass in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ (QM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses aus dem Jahr 2016 die Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, kurz MMK, im Teil B § 1 Satz 6 QM-RL beispielhaft als Instrument des klinischen Risikomanagements aufgeführt werden, zu dessen Einführung die stationären Einrichtungen verpflichtet sind. Auch Ärztekammern und das Aktionsbündnis für Patientensicherheit empfehlen die Durchführung von MMKs. Zum anderen ist der Nachweis von MMKs zur Erlangung ausgewählter Zertifikate wie OnkoZert erforderlich.**

Der Stellenwert der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen liegt in ihrem Beitrag zur Verbesserung der Patientensicherheit und Behandlungsqualität begründet. In einer MMK werden Behandlungsverläufe reflektiert, sodass mögliche Abweichungen von etablierten Handlungsroutinen auffallen. Diese werden interdisziplinär besprochen, mit dem Ziel, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung abzuleiten. Damit wird die MMK zum Spiegelbild der gelebten Sicherheitskultur und einem Instrument des individuellen und organisationalen Lernens.

### MMK-Leitfäden und ihre Durchdringung in der Praxis

Im deutschsprachigen Raum liegen verschiedene Leitfäden zur Methodik von MMKs vor, zum Beispiel von der Bundesärztekammer in Deutschland oder der Stiftung Patientensicherheit in der Schweiz. Mit Blick auf die Durchführung von MMKs fällt allerdings auf, dass knapp ein Viertel der MMKs ohne Struktur erfolgen, einige Gesundheitsunternehmen kein einheitliches Konzept haben und nur in etwa zwei Drittel der Fälle ein berufsgruppenübergreifender Ansatz gewählt wird. Damit stellt sich die Frage nach der Qualität. Wenn MMKs allein dazu dienen, formale Anforderungen zu erfüllen, sind sie kein Ausdruck einer selbstkritischen und förderlichen Patientensicherheitskultur. Ihre Wirkung in dieser Hinsicht verpufft. Umso wichtiger ist die Rolle der Führungskräfte bei der Ausgestaltung und Umsetzung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen.

## Die Rolle der Führungskraft

Führungskräfte können aktiv Einfluss auf die Struktur einer MMK und darüber hinaus auf die Sicherheitskultur ihrer Abteilung nehmen und sie in ihrem Sinne weiterentwickeln. Folgende Fragestellungen helfen, eine MMK zu strukturieren, sodass sie ihr Ziel erfüllt, das individuelle und organisationale Lernen zu verbessern und damit auch die Patientensicherheit zu fördern.

> Aber was ist, wenn es während einer MMK zu einem offenen Dialog der Anwesenden kommt oder die Beteiligung gering ist und ein kontroverser Austausch nicht entsteht?

Im zweiten Fall könnten die Teilnehmenden Angst vor Restriktionen haben. Hier ist es Aufgabe der Führungskraft, ein Klima des offenen Dialogs zu schaffen, damit möglichst viele Mitarbeitende bereit sind, ihre Gedanken mit den Kolleginnen und Kollegen zu teilen. Denn nur so werden verschiedene Perspektiven reflektiert, die letzten Endes zu einer Optimierung der Behandlung beitragen können.

> Sind die Anwesenden bereit, mögliche Ursachen für den Outcome der Patientin bzw. des Patienten auch in der Organisation des Behandlungsablaufs zu sehen und zu diskutieren oder wird sich allein auf die medizinische Versorgung beschränkt?

Daran lässt sich erkennen, welches Verständnis die Mitarbeitenden von Fehlerentstehung in der Medizin haben. Die Mehrheit von Fehlern in der Patientenversorgung basiert nicht auf fachlichen Mängeln, sondern liegt in der Kommunikation und Organisation der Behandlung. Die Führungskraft sollte immer wieder auch dahingehende Fragen stellen, zumal die Organisation der Abteilung in ihrem Verantwortungsbereich liegt.

> Möglicherweise werden Konflikte zwischen Berufsgruppen oder einzelnen Akteuren erkennbar. Können die Konfliktparteien konstruktiv zusammenarbeiten oder blockiert der Konflikt die weitere Zusammenarbeit und kann damit ursächlich für Patientenschäden werden?

Hier kann die Führungskraft möglichen Handlungsbedarf ableiten. Fachliche Kontroversen kann die Führungskraft in einer MMK durch die Erläuterung des aus ihrer Sicht besten Vorgehens lösen. Dadurch setzt sie den Mitarbeitenden einen Interpretationsspielraum, wie in solchen Fällen zu verfahren ist. Konflikte, die auf der Beziehungsebene liegen, können in einer MMK nicht geklärt werden. Treten sie zu Tage, sollte die Führungskraft prüfen, ob Handlungsbedarf besteht, der dann anderweitig realisiert wird.

> Stellt sich heraus, dass Vorgaben bzw. definierte Behandlungsprozesse nicht eingehalten werden?

Die Führungskraft kann am dargestellten medizinischen Behandlungsverlauf erkennen, ob die von ihr gemachten Vorgaben von den Mitarbeitenden umgesetzt werden. Dies gibt Auskunft über deren Compliance und den Durchdringungsgrad in der Praxis. Sollten Vorgaben nicht eingehalten werden, ist zu eruieren, ob es sich um eine einmalige Abweichung oder um eine nicht erfüllbare Vorgabe handelt und Anpassungen erforderlich sind. Deren Evaluierung kann ebenfalls im Rahmen der MMK erfolgen.

**Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MMK) werden in Allgemeinkrankenhäusern immer häufiger durchgeführt. Sie fördern ebenso die Sicherheitskultur in den einzelnen Abteilungen.**

### Nimmt die Führungskraft an der MMK konzentriert und aktiv teil oder lässt sie sich durch nicht dringliche Telefonate ablenken, kommt sie zu spät und geht vor dem Ende?

Die Mitarbeitenden können am Verhalten der Führungskraft erkennen, welche Bedeutung die MMK für ihre Führungskraft und in ihrer Abteilung hat. Die Führungskraft ist ein Vorbild. Ihr Verhalten ahmen die Mitarbeitenden nach. Mitarbeitende kommen ebenfalls zu spät und/oder gehen eher, telefonieren oder ähnliches. Durch diese Störungen ist ein konstruktiver Dialog nicht möglich. Im Ergebnis finden MMKs zwar der Form halber statt, können aber nicht zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität beitragen.

### Wie ist mit Fehlern der Mitarbeitenden umzugehen?

Bei der Bewertung des medizinischen Vorgehens und der Organisation der Behandlung können Fehler des Einzelnen erkannt werden. Wie die Führungskraft damit umgeht, wird von den Mitarbeitenden genauestens registriert. Hier kann die Führungskraft durch ihr Verhalten die Sicherheitskultur in der Abteilung aktiv beeinflussen. Die Mitarbeitenden erfahren, ob es bei einem Fehler zu einer Bloßstellung oder harten, verbalen Formulierungen kommt und ziehen daraus ihre Schlüsse. Im schlimmsten Fall lernen die Teilnehmenden, Fehler zu verschweigen, wenn sie passieren. Das Lernen aus Fehlern wird damit deutlich eingeschränkt. Auch die gegenteilige Reaktion der Führungskraft ist für eine Sicherheitskultur im Sinne der Patientensicherheit nicht sinnvoll. Scheint der Führungskraft der gemachte Fehler bedeutungslos, nehmen die Teilnehmenden mit, dass das eigene Handeln keine Konsequenzen hat. Die Führungskraft prägt den Umgang mit Fehlern in ihrer Organisationseinheit und die Teilnehmenden lernen daraus.

### Findet ein interdisziplinärer Austausch statt?

Für die Patientensicherheit ist die reibungslose interdisziplinäre Zusammenarbeit von großer und oftmals entscheidender Bedeutung. Von daher sollten MMKs immer interdisziplinär durchgeführt werden. Innerhalb einer Abteilung ist die Anwesenheit der ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen sinnvoll. In ausgewählten Fällen sollten die an der Behandlung involvierten Berufsgruppen ebenfalls einbezogen werden. Eine Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz ist ein Instrument des individuellen und organisationalen Lernens. Eine Organisationseinheit kann dann lernen, wenn alle an ihr beteiligten Berufsgruppen vertreten sind. Die Mitarbeitenden erkennen am Miteinander der Führungskräfte, wie die Kommunikation und der Grad der Kooperation zwischen den Abteilungen gestaltet ist. Im besten Fall ist diese so konstruktiv, dass ein niedrigschwelliges Hinzuziehen konfliktfrei erfolgt.

## Tipps zur Gestaltung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen im Klinikalltag

In Zeiten von Personal- und Fachkräftemangel, Krankenhausreformplänen und desolater wirtschaftlicher Lage vieler Kliniken scheint die Durchführung von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen nebensächlich zu sein. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Leitfäden zwar sehr gut den Ablauf und die Methodik beschreiben, deren Übertragung in die Praxis in Anbetracht der fehlenden personellen, zeitlichen und wirtschaftlichen Ressourcen allerdings visionär und nur wenig realistisch klingt. Auf deren Durchführung zu verzichten, wäre jedoch gleichbedeutend mit einem Verzicht auf individuelles und organisationales Lernen, Förderung der Patientensicherheit und letztendlich der Mitarbeiterführung. Ist eine Abteilung wegen fehlender Ressourcen gezwungen, MMKs möglichst zeit- und kostensparend umzusetzen, braucht es eine praktikable und systematische Vorgehensweise. Diese könnte wie folgt gestaltet sein:

### Vorbereitung

Innerhalb der Abteilung sind Kriterien festgelegt, welche Fälle für eine MMK in Frage kommen. Ob ein Fall den Kriterien entspricht, kann in den Frühbesprechungen diskutiert werden. Innerhalb eines definierten Zeitraums, zum Beispiel drei Monate, werden die Fallnummern im Sekretariat gesammelt. Der Chefarzt und/oder der leitende Oberarzt wählen in Vorbereitung einer MMK drei Fälle aus. Diese werden von verschiedenen Mitarbeitenden inhaltlich aufbereitet. Zur Vereinfachung wird ein Foliensatz zur Verfügung gestellt, in dem der Behandlungsverlauf eingesetzt wird. Dieser orientiert sich an einem der verfügbaren Leitfäden. Der Teilnehmerkreis wird mit Nennung von Zeitpunkt und Ort eingeladen.

### Durchführung

Es wird eine Teilnahmeliste geführt. Darauf ist auch der Hinweis auf die Vertraulichkeit der MMK enthalten. Zwingend sollte ein Moderator bestimmt werden, der nicht am Behandlungsverlauf beteiligt gewesen und nicht die Führungskraft selbst ist. Der Schwerpunkt der MMK ist die konstruktive Diskussion – im Sinne einer Ursachenforschung. Die unterschiedlichen beruflichen Perspektiven auf das Geschehen sollten erläutert werden.

## Nachbearbeitung

Falls Maßnahmen abgeleitet werden, sind diese in einem Ergebnisprotokoll festzuhalten. Das kann bereits während der MMK am PC in einer Vorlage erfolgen. Nach Abschluss der MMK wird das Ergebnisprotokoll an die Abteilungsleitung zur Freigabe geschickt. Die Abteilung für Qualitäts- und Risikomanagement erhält eine Kopie zur Veröffentlichung im Intranet und Maßnahmennachverfolgung.

Vera Triphaus
Risikoberaterin
vera.triphaus@grb.de

### Fußnoten

[1] Aktuelle Ergebnisse der „KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22“ zeigen, dass der Anteil von Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen in Allgemeinkrankenhäusern von 2015 auf 2022 zugenommen hat, von etwa 85 Prozent auf ca. 93 Prozent.

### Literatur


- Qualitätsmanagement-Richtlinie. Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2309/QM-RL_2020-09-17_iK-2020-12-09.pdf, zuletzt eingesehen am 16.06.2023.
- KHaSiMiR 21 – Krankenhausstudie zur Sicherheit durch Management innerklinischer Risiken 2021-22, Download Bericht 1: Ergebnisse der Befragung zur Implementierung des klinischen Risikomanagements, Download Bericht 2: Vergleich der Befragungsergebnisse zwischen 2010, 2015 und 2022. https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2023/01/KHaSiMiR_ Abschlussbericht_Teil-II.pdf, zuletzt eingesehen am 16.06.2023.
- Schrappe, M. (2018). APS-Weißbuch Patientensicherheit. Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. Hrsg. vom Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS). Gefördert durch den Verband der Ersatzkassen (vdek). Mit Geleitworten von Jens Spahn, Donald M. Berwick und Mike Durkin (1st ed.). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- St. Pierre, M. & Hofinger, G. (2014). Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin (3. Auflage). Springer: Berlin/Heidelberg.

ECCLESIA VERSICHERUNGSDIENST

UNION VERSICHERUNGSDIENST

VMD VERSICHERUNGSDIENST

ECCLESIA UNIVERSITÄTSKLINIKEN

STAUN

# DER monitor GEHT ONLINE!

+++ Nichts ist so beständig wie der Wandel – das zeigt sich auch im monitor mit einem neuen Look and Feel.
Und nicht nur das: Wir reduzieren der Umwelt zuliebe die Anzahl der Druckausgaben.
Deshalb erhalten Sie demnächst viele Informationen zeitnah und direkt im praktischen Newsletter-Format!
Aber ganz müssen Sie auf Ihr gedrucktes Exemplar auch in Zukunft nicht verzichten. +++

**AKTUELL –** Jeden Monat neue Informationen

**MOBIL –** Egal ob im Büro, Homeoffice oder unterwegs, die Artikel sind immer verfügbar

**NACHHALTIG –** Weniger Papier