

Auf dem Pulverfass – Risiko und Risikominimierung für Geschäftsführer¹

von
Rechtsanwalt
Prof.Dr.Dr. Klaus Ulsenheimer

I.

Durchmustert man in der Judikatur die Fülle arzt haftungsrechtlicher Entscheidungen, zeigen sich in den letzten 20 Jahren zunehmend Organisationsfehler als Ursache für Klagen auf Schadensersatz und Schmerzensgeld oder staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung bzw. fahrlässiger Tötung. Individuelle Behandlungs- und Aufklärungsfehler dominieren das Haftungsrecht zwar nach wie vor, aber mehr und mehr ist bei der Fehleranalyse festzustellen, dass die Fehlentscheidungen einzelner Ärzte oder Pflegekräfte bei der Patientenbehandlung auf organisatorischen Defiziten im Krankenhaus oder der Arztpraxis beruhen.² Die zu spät vorgenommene Sectio, die ungenügende postoperative Überwachung eines Patienten oder die unterbliebene Kernspintomographie können auf mangelndes Wissen, fehlende Erfahrung oder Unachtsamkeit des jeweils verantwortlichen Arztes zurückzuführen sein, aber vielfach ist dessen individueller Verstoß gegen den medizinischen Standard eng mit Strukturmängeln im Bereich „der personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung des Krankenhauses oder bei der Planung und Gestaltung von Abläufen“³ verwoben.

¹ Vgl. Bruns, *Arztrecht* 2003, 60,64

² Bock/Ulsenheimer, *Arztstrafrecht in der Praxis*, 5. Aufl. 2015, RdNr. 177.

³ Bock/Ulsenheimer, aaO, RdNr. 177; Bruns, *Arztstrafrecht* 2003, 60; Kudlich/Schulte-Sasse, *NStZ* 2011, 241, 244.

Mit fortschreitender Arbeitsteilung durch Spezialisierung und Subspezialisierung der medizinischen Fachgebiete, neuen Strukturen im Gesundheitswesen durch die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, z.B. im Rahmen der integrierten Versorgung und der medizinischen Versorgungszentren, sowie infolge des Einsatzes immer aufwändigerer technischer Geräte sind nicht nur neue Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten geschaffen worden, sondern auch neue spezifische Gefahrenquellen entstanden. Denn „je größer die Zahl der an Diagnose und Therapie beteiligten Ärzte und Hilfskräfte, je komplizierter und gefährlicher die apparativen und medikamentösen Mittel, je komplexer das arbeitsteilige medizinische Geschehen in einem großen Betrieb, desto mehr Umsicht und Einsicht erfordern Planung, Koordination und Kontrolle der klinischen Abläufe“.⁴

II.

Da aus der Sicht ex-post organisatorische Schwachstellen und notwendige strukturelle Verbesserungen bei der Patientenbehandlung relativ leicht zu erkennen sind, stellt die Rechtsprechung im Interesse von Schutz und Sicherheit der Patienten insoweit hohe Anforderungen.⁵ Wer diese zu erfüllen hat, ist im Regelfall in einer Geschäftsordnung bzw. der Krankenhaussatzung und den jeweiligen Dienstverträgen der Verantwortlichen festgelegt. Hinsichtlich der haftungsrelevanten fachlich-medizinischen Bereiche liegt die organisatorische Zuständigkeit kraft Natur der Sache beim Ärztlichen Direktor, der Pflegedirektion sowie bei den Chef- und leitenden Abteilungsärzten. Die Organisationsverantwortung folgt insoweit also der fachlichen Zuständigkeit. Für die allgemeine Verwaltung dagegen, für das Rechnungs- und Personalwesen, Einkauf und interne Revision, Qualitäts- und Risikomanagement, die Einhaltung rechtlicher Vorgaben und Compliance ist die Geschäftsführung verantwortlich.

Zu ihrem Aufgabenbereich gehört drüber hinaus aber auch die Koordinierung der Abläufe, ihre Sicherstellung, die Überwachung der Angestellten des Kranken-

⁴ Laufs/Kern, in: Laufs/Kern (Hrsg.), Handbuch des Arztrechts, 4. Aufl 2010, § 101, RdNr 1; weitere Nachweise bei Graf/Felber/Lichtmanegger, Risikomanagement im Krankenhaus, 2003; Berg/Ulsenheimer (Hrsg.), Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation, 2006

⁵ Steffen, FS Deutsch, 1999, 809.

hauses und der von ihnen vorzunehmenden Tätigkeiten. Denn jede Aufgabendelegation ist untrennbar mit einer insoweit vorgegebenen Kontrollpflicht verbunden, so dass die Krankenhausleitung als oberstes Exekutivorgan in doppelter Hinsicht einem Haftungsrisiko ausgesetzt ist: Zum einen geht es um die Frage, ob und inwieweit die übertragenen Leistungen delegierbar waren, und, wenn ja, zum anderen um die notwendige Überwachung ihrer ordnungsgemäßen Durchführung. Dabei muss der Geschäftsführer natürlich nicht stets in Person tätig werden, sondern kann sich sachkundiger Helfer mit dem notwendigen Wissen und der erforderlichen Erfahrung bedienen.

III.

In der Vergangenheit haben sich diese Risiken zwar durchweg nicht zu Lasten der Geschäftsführer oder – je nach der Rechtsform des Krankenhauses – vergleichbarer Leitungskräfte in Gestalt persönlicher Haftungsprozesse oder Strafverfahren niedergeschlagen.⁶

1. Denn im Zivilrecht besteht kaum ein Interesse auf Seiten des geschädigten Patienten, die „Organisationsverantwortung nach den persönlichen Verursachungsbeiträgen involvierter Leitungspersonen“ – also der Geschäftsführer oder Vorstände – aufzuschlüsseln.⁷ Wenn feststeht, dass das Krankenhaus für diesen oder jenen Schaden einstehen muss, hat der Kläger einen solventen Schuldner, so dass eine etwaige persönliche Verantwortung des Geschäftsführers für ihn ohne Bedeutung ist. Hinzu kommen die den Kläger treffenden Beweisprobleme, insbesondere bei der Kausalität,⁸ und das Risiko, insoweit den Prozess zu verlieren und diesen Teil der Kosten des Rechtsstreits damit tragen zu müssen.⁹

Auch das Krankenhaus und die Ärzte sind an einer detaillierten Beleuchtung der innerbetrieblichen Strukturen, an der Aufdeckung etwaiger Mängel und der genauen Zuweisung der Verantwortung nicht interessiert, da dies zu internen

⁶ Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65, 68.

⁷ Neelmeier, Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung, 2014, S. 91.

⁸ Neelmeier, aaO., S. 257; Denzer, Arzt und Krankenhaus 2012, 4, 6.

⁹ Bruns, Arztrecht 2003, 60, 63.

Spannungen, Differenzen und einer Vergiftung des Arbeitsklimas führen, den Ruf aller schädigen würde und „den sicheren Prozessverlust zur Folge hätte“.¹⁰ So führt der Gleichklang der Interessen von Kläger und Beklagten dazu, dass im Schadensersatzprozess der „Streitgegenstand“ meist nur „das unmittelbare Behandlungsgeschehen und medizinische Detailfragen“¹¹ umgreift. „Die fehlende Befassung mit der Person und dem Verhalten des Krankenhaus-Geschäftsführers“ sind eine „Folge der „Spielregeln“ des Arzthaftpflichtprozesses“, wie Bruns vor einigen Jahren feststellte,¹² aber sie sind keineswegs „zwingend“.¹³

Das zeigt z.B. das rechtskräftige Urteil des Landgerichts Mainz:¹⁴

In diesem Fall war eine Medizinstudentin im 10. Semester als alleinige Nachtwache zur postoperativen Betreuung einer Risikopatientin eingesetzt. Infolge mangelnder Kenntnisse und Erfahrung unterliefen der Studentin mehrere gravierende Behandlungsfehler, so dass die Patientin einen Atem- und Kreislaufstillstand erlitt, der zu einem irreparablen Hirnschaden mit anschließendem Wachkoma führte. Das Landgericht verurteilte sowohl den Klinikträger als auch den Geschäftsführer persönlich zu Schadensersatz und Schmerzensgeld, weil die zur postoperativen Nachtwache eingesetzte Studentin zur Erfüllung ihrer Aufgaben völlig ungeeignet war und damit ein eklatanter Organisationsfehler auf Seiten der Klinikleitung vorlag. Die Studentin ihrerseits traf, wie in derart gelagerten Fällen häufig, ein Übernahmeverschulden.

2. Ähnlich ist die Situation im Strafrecht. Soweit ersichtlich findet sich in der veröffentlichten Spruchpraxis der Gerichte kein Urteil gegen den Geschäftsführer eines Krankenhauses wegen fahrlässiger Tötung oder fahrlässiger Körperverletzung und die Strafverfolgungsorgane sparen diesen Bereich auf der Leitungsebene des Krankenhauses fast durchweg aus.¹⁵ Denn im Strafrecht geht es um individuelle Schuld, um einen persönlichen Schuldvorwurf, und dieser richtet sich natürlich zunächst einmal und vorrangig gegen den unmittelbar handelnden, im Blickpunkt des Geschehens stehenden Arzt oder andere unmittelbar Beteiligte, nicht jedoch gegen eine im Hintergrund

¹⁰ Bruns, aaO, S. 63

¹¹ Bruns, aaO, S. 63

¹² Bruns, aaO, S. 63

¹³ Bruns, aaO, S. 63

¹⁴ Arztrecht 2014, 285, 291

¹⁵ Ebenso Kudlich/Schulte-Sasse, NStZ 2011, 241, 244; Bruns, aaO, S. 60 ff, S. 64. Neelmeier/Schulte-Sasse, GesR 2012, 65, 68

tätige Führungsperson, die in das eigentliche Tatgeschehen nicht involviert und nur mittelbar über die Organisationsverantwortung beteiligt ist. „Arbeits- teiliges Zusammenwirken in hoch komplexen Gebilden führt dazu, dass die Beziehungen zwischen Erfolg, Täter und Tat unklar werden und nicht jedem Schädigungserfolg eine individuell schuldhaftige Handlung zugrunde liegt“.¹⁶ Das Risiko, einem Strafverfahren ausgesetzt zu sein oder gar verurteilt zu werden, nimmt deshalb in Kliniken wie auch sonst in Unternehmen mit zunehmender Distanz von dem tödlichen Zwischenfall oder der konkreten Gesundheitsschädigung ab.¹⁷ Die „Haftungsvervielfachung“ macht die Täter- auswahl schwierig,¹⁸ zumal manchmal auf Seiten der Staatsanwaltschaft und das „Wissen der krankenhausinternen Vorgänge“ fehlt.¹⁹

Hinzu kommt, dass ein beschuldigter Arzt, der wortreich seine Überbeanspru- chung, die Personalknappheit oder Ausstattungsmängel im Strafprozess geltend macht, in mehrfacher Hinsicht gravierende negative Folgen für sich befürchten muss: Zum einen bereitet er den Boden für den Vorwurf eigenen Übernahmeverschuldens vor, zum anderen kann das bisher als fahrlässiges Handeln eingestufte Verhalten als „billigende Inkaufnahme“ der ihm bekannten möglichen Folgen und damit Vorsatz gewertet werden.²⁰ Ferner darf nicht außer Acht bleiben, dass Anschuldigungen gegen den Geschäftsführer in einer öffentlichen Hauptverhandlung mit ziemlicher Sicherheit eine gedeihliche Zusammenarbeit in der Zukunft ausschließen und daher den Arbeitsplatz gefährden. Ich habe noch gut in Erinnerung, wie ich einmal im Rahmen eines staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahrens schriftsätzlich Argumente vortrug, die der Staatsanwalt zum Anlass nahm, das Ermittlungsverfahren auch auf den Geschäftsführer zu erstrecken. Wenige Tage später erhielt meine Mandantin die außerordentliche Kündigung!

¹⁶ Beck, Probleme individueller strafrechtlicher Verantwortlichkeit in Kliniken, MedR 2011, 471, 474

¹⁷ Kudlich/Schulte-Sasse, NSTz 2011, 241, 244 Anm. 40: „Den direkt am Patienten handelnden Arzt trifft es fast immer, den „patientenferner“ Entscheider bisher fast nie“. Ein gegenteiliges Beispiel bringt Dann, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, 2015, S. 95 (Anklage gegen den Geschäftsführer eines Krankenhauses, weil man in der Sterilisationsabteilung verrostete Scheren gefunden hatte, Verstoß gegen § 40 Abs. 1 Nr. 1 MPG).

¹⁸ Beck, aaO, S. 474

¹⁹ Bruns, aaO, S. 63.

²⁰ Beck, aaO, S. 475

3. Da bei Fahrlässigkeitsdelikten jede für den Tod oder die Körperverletzung eines Patienten ursächliche Sorgaltspflichtverletzung, mag sie auch noch so fernliegend und im Vergleich zu anderen Faktoren irrelevant sein, zur Begründung von „Täterschaft“ – allein oder neben anderen – genügt, ist die strafrechtliche Verantwortlichkeit von Krankenhaus-Geschäftsführern keine abstrakte „graue Theorie“. Es handelt sich vielmehr um eine höchst aktuelle Problematik, die früher selten²¹ behandelt wurde, aber in der strafrechtlichen Literatur der letzten Jahre wiederholt unter dem Titel „Der Täter hinter dem Täter“ diskutiert wird. Insbesondere vor dem Hintergrund des durch die Ökonomisierung der Medizin ausgelösten Kostendrucks und hochgesteckter Gewinnziele für Krankenhäuser sowie der dadurch verursachten Einsparungszwänge zeigt sich für die Führungsebene hier ein „Pulverfass“, das jederzeit „explodieren“ kann. Dies gilt vor allem für die strafrechtlichen Folgen, die den Geschäftsführer persönlich und höchst unmittelbar treffen, während die zivilrechtliche Haftung normalerweise durch die entsprechende Versicherung abgedeckt ist und deshalb als nicht so bedrohlich empfunden wird.
4. Lassen Sie mich dies anhand einiger Beispiele²² verdeutlichen:

- (1) In einem schon länger zurückliegenden Strafverfahren ging es vor dem Amtsgericht Stade um einen tödlichen Infusionszwischenfall.

Die zuständige Stationsärztin hatte bei einem Kleinkind die Gabe einer Infusion angeordnet, den Infusionsvorgang selbst aber in der Folgezeit nicht mehr überwacht. Weil das Gerät, anders als vorgesehen, nach dem Durchlaufen der Infusion kein Alarmsignal gab, bemerkte die Krankenschwester nicht, dass in den Körper des Kindes Luft einströmte und eine tödliche Luftembolie auslöste.

Die Staatsanwaltschaft warf der Ärztin vor, sich beim Anlegen der Infusion nicht von der Funktionstüchtigkeit des Infusionsgeräts überzeugt und deshalb zugelassen zu haben, dass mit einer defekten Apparatur gearbeitet wurde. Außerdem habe sie ebenso wie die Krankenschwester ihre Überwachungspflichten verletzt.

²¹ Dann, in: Dann (Hrsg.), Compliance im Krankenhaus, 2015, 96

²² Weitere instruktive Beispiele bei Bruns, Arztrecht 2003, 60, 61 ff

Zu Recht hat jedoch das Amtsgericht Stade beide Angeklagten freigesprochen.²³ Denn die Ärztin durfte auf die pflichtgemäße Durchführung der Infusion durch die examinierte Krankenschwester vertrauen und beide waren nicht verpflichtet, das Infusionsgerät vor jedem Einsatz persönlich zu überprüfen.²⁴ Sie durften sich insoweit auf die laufende Wartung und Pflege des Infusionsgeräts durch den Krankenhausträger verlassen. Die Vornahme dieser Maßnahmen hatte die Verwaltung jedoch verabsäumt, so dass der Richter in seiner mündlichen Urteilsbegründung sehr deutlich werden ließ, dass hier die „Falschen“ vor Gericht standen. Die eigentliche strafrechtliche Verantwortlichkeit liege beim KH-Geschäftsführer, da zu seinem Aufgabengebiet der Abschluss von Wartungsverträgen für komplizierte, laufend zu überprüfende technische Geräte gehörte. Ob es nach diesen Ausführungen des Vorsitzenden Richters zu einem Strafverfahren gegen den Geschäftsführer gekommen ist, entzieht sich meiner Kenntnis, dürfte aber nach aller Erfahrung eher zu verneinen sein. Denn die Verantwortlichkeiten für das tragische Geschehen waren in der öffentlichen Hauptverhandlung geklärt worden, dem Untersuchungsinteresse insofern Genüge getan und die Pflichtverletzung des Geschäftsführers mutmaßlich verjährt.

(2) Ein zweiter Fall:

Bei der Operation eines gesunden und sportlichen jungen Mannes, der wegen chronischer Mittelohrentzündung eine Tympanoplastik erhalten sollte, kam es gut eine Stunde nach Narkoseeinleitung zu einem Blutdruck- und Herzfrequenzabfall, so dass der Patient reanimiert werden musste. Am Folgetag zeigte das MRT Hinweise auf einen hypoxischen Hirnschaden, den er Patient zwar überlebte, doch ist er schwerstgeschädigt und wird ein lebenslanger Pflegefall bleiben.

In diesem Fall wurde die Narkose ohne Aufsicht eines Anästhesisten von einem Narkosepfleger, einem sog. MaFa (medizinischer Assistent für Anästhesie), selbständig eingeleitet und im Anschluss daran von ihm auch betreut. Der Einsatz dieses beruflich noch wenig erfahrenen Anästhesie-Assistenten, der lediglich wenige Wochen zuvor eine hausinterne Qualifi-

²³ Urteil vom 14.4.1981, Az. 31 Ls 5 Js 474/80 – 122/80

²⁴ BGH NJW 1975, 2245; Ulsenheimer, Medizintechnik 1992, 143 ff

zierungsmaßnahme durchlaufen hatte, war von der Geschäftsleitung des Klinikums angeordnet worden, die ihrerseits aus Kostengründen ein entsprechendes Konzept der Konzern-Geschäftsführung umzusetzen hatte. Dieses sog. MaFa-Konzept widersprach der völlig eindeutigen, schon vor Jahren formulierten Stellungnahme der Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Berufsverband Deutscher Anästhesisten) zur sog. Parallelnarkose sowie der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach die Vollnarkose eine ausschließlich ärztliche Tätigkeit ist und regelhaft nicht auf nachgeordnete Pflegekräfte übertragen werden darf.²⁵

Die Staatsanwaltschaft leitete gegen die Verantwortlichen der Klinikleitung, den Leiter der Anästhesieabteilung, den zur Aufsicht eingeteilten Anästhesie-Oberarzt und den Narkosepfleger Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Körperverletzung ein, die jedoch mit Ausnahme gegen den zuständigen Anästhesie-Oberarzt mangels hinreichenden Tatverdachts nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt wurden. Dieser erhielt einen Strafbefehl über 90 Tagessätze, die als „Verwarnung mit Strafvorbehalt“ ausgesprochen, also praktisch zur Bewährung ausgesetzt wurden²⁶ - ein glimpfliches Ende für alle Betroffenen. Der Klinikkonzern gab jedoch das MaFa-Konzept aufgrund dieses Zwischenfalls, der staatsanwaltschaftlichen Ermittlungen und der Kritik des wissenschaftlichen medizinischen und juristischen Schrifttums auf.

Der Fall macht deutlich, dass die für die Organisation Verantwortlichen einschließlich der Geschäftsführung sich dem Vorwurf eines Organisationsverschuldens aussetzen, wenn sie wirtschaftliche Interessen, Kosteneinsparung und Gewinnstreben höher ansetzen als die Sicherheitsinteressen der Patienten, die wegen des potentiell hohen Risikos jeder Narkose, der Lebensbedrohlichkeit narkosebedingter Zwischenfälle und

²⁵ BGH VersR 1974, 804 = NJW 1974, 1424; BGH NJw 1983, 1374 ff; 1985, 2189; BGH NJW 1993, 2989; OLG Köln, NJW 1972, 2205; OLG Zweibrücken, VersR 1988, 165 f; siehe auch die gemeinsame Stellungnahme von BDA und DGAI in der Münsteraner Erklärung II, Anästhesiologie & Intensivmedizin 2007, 223; dazu Ulsenheimer/Biermann, Der Anästhesist 2007, 313 ff.

²⁶ Darstellung des „Erfurter Narkosezwischenfalls“ Ellbogen, Strafrechtliche Folgen der Delegation ärztlicher Aufgaben, Arztrecht 2008, 312. Zur Entscheidung des AG Erfurt, Strafbefehl vom 2.2.2010, 46 Cs 102 Js 27948/06; zur Einstellungsverfügung der StA Erfurt vom 20.1.2010, Az. 102 Js 27948/06.

der außerordentlich kurzen Reaktionszeit für Gegenmaßnahmen gefährdet sind. Schon vor über 30 Jahren hat der BGH in einem Zivilrechtsstreit, in dem es gleichfalls um einen Narkosezwischenfall bei einer Parallelnarkose infolge Personalknappheit ging, ausdrücklich betont, der gebotene Sicherheitsstandard dürfe nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden. Dies zu verhindern, sei Aufgabe der Leitenden Ärzte, aber auch des Krankenhausträgers, dessen Mitverantwortlichkeit – und damit die der Geschäftsführung – der BGH uneingeschränkt bejahte. Wörtlich heißt es in dem Urteil:

„Die Anästhesieabteilung war personell unterbesetzt, der Operationsbetrieb nur durch vermehrten Einsatz der Ärzte (also durch Ableistung zahlreicher Überstunden mit der Folge einer zusätzlichen Gefährdung der Patienten wegen Übermüdung der Ärzte) durchzuführen. ... Alle Beteiligten wussten, dass u.U. im Einzelfall der zum Schutz und zur Sicherung der Patienten erforderliche Standard der Anästhesiever-sorgung nicht eingehalten werden konnte“. Dies durfte der Krankenhausträger nicht hinnehmen. Um seinen Pflichten nachzukommen und zum Schutze der Patienten hätte der Krankenhausträger dafür Sorge tragen müssen, dass in seiner Klinik nur Operationen durchgeführt werden, die anästhesiologisch ordnungsgemäß betreut werden konnten“. Daraus folgert der BGH: „Solange nicht genügend Anästhesisten zur Verfügung stehen, muss der Krankenhausträger auf eine Ausweitung seiner operativen Abteilungen verzichten und weiter anordnen, dass nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität die Patienten an andere Krankenhäuser zu verweisen“ sind (BGH, NJW 1994, 1597, 1598).

(3) Ein drittes Beispiel:²⁷

Eine junge Assistentärztin, im Jahre 2009 approbiert, war seit Mitte Oktober 2010 an einer großen Kölner Klinik beschäftigt. Am 30.7.2011 – also rund ein Dreivierteljahr nach Beginn des Arbeitsverhältnisses – transfundierte sie im Rahmen ihres 24-Stunden-Notdienstes an einem Samstag einem 63-jährigen Patienten eine falsche Blutkonserve.

Etwa 10 Minuten nach Beginn der Transfusion erbrach der Patient und musste reanimiert werden. Es kam zu einer Entgleisung des Gerinnungssystems, die trotz einer Blutaustauschtransfusion und intensivmedizinischer Maßnahmen am folgenden Tag zum Tod des Patienten führte.

Das AG Köln sah die rechtlichen Voraussetzungen der fahrlässigen Tötung bei der Ärztin als erfüllt an, da sie infolge der Verwechslung der

²⁷ AG Köln, Urteil vom 16.5.2012, Arzt & Medizinrecht kompakt, 2013, S. 2

verabreichten Blutkonserve einen vermeidbaren Behandlungsfehler begangen hatte. Ihre Schuld liege jedoch „am untersten Rand des Denkbaren“, da sie „durch gravierende organisatorische Mängel des Krankenhauses in eine Situation gebracht worden“ sei, in der sie „aufgrund ihres allgemeinen Erschöpfungszustandes kaum noch in der Lage war, ihre Verantwortlichkeit angemessen wahrzunehmen“. Denn zum Zeitpunkt der Transfusion hatte die Ärztin bereits 63 Wochenstunden mit sich anschließendem, mehr als 12-stündigem ununterbrochenem Notdienst absolviert. Dass dies arbeitsrechtlich unzulässig war, ist rechtlich nicht streitig. Aber in der mündlichen Urteilsbegründung prangerte der Richter darüber hinaus diesen organisatorischen Mißstand als skandalös an und ließ keinen Zweifel daran, dass „strafrechtliche Vorwürfe in vergleichbaren Fällen sich auch auf Verwaltungsträger erstrecken könnten“. Denn sie seien persönlich – zumindest - mitverantwortlich „für Klinikausstattung, Einsatzpläne und Ärztemangel“, so dass ihre strafrechtliche Haftung begründet sei, sofern es dadurch zu einem Behandlungsfehler mit tödlichen Folgen komme.

- (4) Daneben drohen sowohl den Chefärzten als auch dem Geschäftsführer des Krankenhausträgers (§§ 9, 130 OWG) infolge des Verstoßes gegen die Ruhezeitregelung nach dem Arbeitszeitgesetz gem. § 22 Abs. 1 Nr. 3 ArbZG Bußgelder bis zu € 15.000,00. Die Bußgeldandrohung richtet sich nämlich an den Arbeitgeber, der diese Verantwortung allerdings auf andere Personen, z.B. den Chefarzt der jeweiligen Fachabteilung übertragen kann. Ohne entsprechende Anweisungen und Kontrollen bleibt es aber bei der Organisations- und Überwachungsverantwortung des Krankenhausträgers, damit also des jeweiligen Geschäftsführers. Wörtlich heißt es schon in einer älteren BGH-Entscheidung:²⁸

„Der Krankenhausträger muss organisatorisch gewährleisten, dass er mit dem vorhandenen ärztlichen Personal seine Aufgaben auch erfüllen kann. Dazu gehört die Sicherstellung eines operativen Eingriffs durch ausreichend erfahrene und geübte Operateure, und selbstverständlich muss auch sichergestellt sein, dass die behandelnden Ärzte körperlich

²⁸ BGH, Urteil vom 19.10.1985, Az. IV ZR 85/1984; dazu Weissauer, Einteilung übermüdeter Ärzte zur Operation, Frauenarzt 1986, S. 7 ff. Zur Haftung des Geschäftsführers wegen der Verletzung der Aufsichtspflicht gem. §§ 9, 130 OWiG s. auch Dann, aaO, S. 108 ff.

und geistig in der Lage sind, mit der im Einzelfall erforderlichen Konzentration und Sorgfalt zu operieren. Deswegen darf der Krankenhaussträger keine Organisation des ärztlichen Dienstes dulden, die die Gefahr mit sich bringt, dass durch vorhergehenden anstrengenden Nachtdienst übermüdete und deswegen nicht mehr voll einsatzfähige Ärzte zu einer Operation herangezogen werden. Er muss, um solche Gefahren zu vermeiden, die notwendigen Anweisungen selbst erteilen“ und kann sich „nicht mit Erfolg darauf berufen, es sei allein Sache des die Operation übernehmenden Arztes, darüber zu entscheiden, ob er sich trotz eines vorangegangenen Nachtdienstes dieser Operation gewachsen fühle“.

Das Risiko des Geschäftsführers wird in diesen Sätzen überdeutlich: Er darf es nicht allein der Selbstprüfung und Selbsteinschätzung angestellter Ärzte und Pflegekräfte überlassen, ob sie sich für den Dienst „fit“ fühlen oder nicht. Erforderlich sind vielmehr nach dem BGH-Urteil organisatorische Maßnahmen, die eine Überprüfung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter unter dem Aspekt der „Übernahmeverantwortung“ gewährleisten. Organisatorische Mängel insoweit können die zivilrechtliche Haftung des Krankenhaussträgers, aber auch die persönliche zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit des Geschäftsführers begründen.²⁹ Voraussetzung für letztere ist natürlich der Kausalitätsnachweis, der eine „an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit“ verlangt,³⁰ ferner die subjektive Vorsehbarkeit des Schadenseintritts und die subjektive Erfüllbarkeit der verletzten Sorgfaltspflicht.³¹

IV.

Schon die wenigen Beispiele, die sich leicht und vielfältig vermehren ließen, machen deutlich, dass die Organisationspflichten der Klinik-Geschäftsführer außerordentlich weit gespannt sind und ihr persönliches Haftungsrisiko für organisationsbedingte Sorgfaltspflichtverletzungen deshalb entsprechend groß ist.³² Dieses lag und liegt zwar bisher weitgehend im Verborgenen, aber es ist ein

²⁹ Vgl. BGH NJW 2000, 2754, 2755

³⁰ BGH NJW 2010, 1087 RdNr. 63; BGHSt 11, 1, 7; Ulsenheimer, *Arztrecht in der Praxis*, 5. Aufl. 2015, RdNr. 480 ff, 499 ff.

³¹ Neelmeier, aaO, S. 276

³² Fischer, *StGB*, 59. Aufl. 2012, § 222 RdNr. 10; Beck, *MedR* 2011, 471 ff; Kudlich/Neelmeier, in: Dann (Hrsg.), *Compliance im Krankenhaus*, 2015, S. 282 ff.

Faktum, das man nicht hinwegdiskutieren kann. Daher ist auch die nichtmedizinische Leitungsebene eines Krankenhauses gut beraten, präventiv nach Lösungen zur Eindämmung dieses latenten Risikos zu suchen, d.h. zunächst einmal die haftungsrechtlich relevanten Bereiche aufzuspüren, also ein aktives Risk-Management zu betreiben. Dessen Aufgabe und Ziel ist es, vorhandene Schadensquellen anzugehen, Ursachen bereits eingetretener Komplikationen zu erforschen, abgewickelte Schadensfälle zu analysieren und dadurch der Entstehung neuer Schäden vorzubeugen, zumindest aber das Gefahrenpotential zu verringern. Risk-Management bedeutet daher zunächst in einem ganz allgemeinen Sinne: Früherkennung von haftungsträchtigen Situationen durch systematische Fehlersuche und Schadensuntersuchung, die auf der Rechtsprechung und anderen konkreten Fällen als Lehr- und Lernmaterial aufbaut, um das künftige Haftungsrisiko zu verringern.

1. Dabei lassen sich aus der Haftpflichtrechtsprechung exemplarisch einige Kardinalpflichten für den Krankenhausträger und damit den Geschäftsführer oder Vorstand als zuständiges Organ entnehmen.

Insoweit sind als erstes die beiden großen und haftungsträchtigen Gebiete der sachgerechten Patientenaufklärung und der ordnungsgemäßen Dokumentation aller medizinisch wesentlichen Umstände, aber auch die ärztliche Erstversorgung von Unfallopfern und die Besetzung der Sonntags-, Nacht- und Bereitschaftsdienste zu nennen. Insoweit bedarf es klarer Dienstanweisungen, in denen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der Ärzte und Pflegekräfte geregelt sind, sowie konkreter, auf Gesetz oder der Judikatur beruhender rechtlicher Vorgaben.

Gleiches gilt für die Gewährleistung der gebotenen ärztlichen und pflegerischen Standards in den einzelnen Abteilungen, d.h. in der Verantwortung des Geschäftsführers liegt es, für die sachgerechte Ausstattung der Klinik in personeller, fachlicher und apparativer Hinsicht Sorge zu tragen. Dazu gehört auch, dass die Funktionsfähigkeit aller medizinischen Geräte, die Einweisung des Personals in deren Bedienung und die gebotenen hygienischen Sicherheitsstandards gewährleistet werden. Insoweit trifft die Verwaltungsspitze allerdings nur eine entsprechende formale Anordnungs- und Kontrollpflicht, da

inhaltlich die medizinischen und pflegerischen Standards von den Chefärzten der einzelnen Abteilungen, den Leitenden Ärzten bestimmter Funktionseinheiten und der Pflegedirektion vorgegeben werden müssen.

Die sorgfältige Auswahl und Überwachung der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter liegt gleichfalls in den Händen der Klinik-Geschäftsführer, wenngleich die Anlern- und Überwachungsverpflichtung natürlich auf die fachlich Zuständigen delegiert werden darf und muss. Denn bei ihnen liegt die nötige Fachkompetenz, bei der Geschäftsführung jedoch die Gesamtverantwortung für das Unternehmen „Krankenhaus“ und dessen Gefahrenpotential.

2. Dieses betrifft nicht nur die Patientenbehandlung, sondern umfasst auch z.B. die korrekte Abrechnung der ärztlichen Leistung durch die Chefärzte aufgrund ihres Liquidationsrechts und die Verhinderung sachwidriger Beeinflussung der Entscheidungsträger eines Krankenhauses durch Pharma- oder Medizinproduktfirmen. Obwohl es sich beim sog. Abrechnungsbetrug und bei der Vorteilsannahme/Bestechlichkeit von Ärzten um „behandlungsbezogene“³³ vorsätzliche Delikte handelt, kann in diesem Bereich der Geschäftsführer sich dennoch strafbar machen, wenn er z.B. die Unrichtigkeit der geltend gemachten Honorarforderung kennt, aber dagegen nicht einschreitet oder die Geldzahlung einer Pharmafirma an den Chefarzt einer Städtischen Klinik nach § 331 Abs. 3 StGB genehmigt, obwohl der geldwerte Vorteil ganz offensichtlich als Äquivalent für eine bestimmte Dienstausbübung gewährt wurde.

Die Möglichkeiten, sich persönlich strafbar zu machen, sind also keineswegs auf Fahrlässigkeitsfälle beschränkt, sondern können auch im Vorsatzbereich auftreten und hier sowohl aktives Handeln als auch ein Unterlassen betreffen. Dafür ist allerdings eine sog. Garantenstellung erforderlich, die stets besonderer Begründung bedarf³⁴ und rechtlich umstritten ist.³⁵

³³ Dann, aaO, S. 96

³⁴ BGHSt 57, 42, 46 f

³⁵ Dann, aaO, S. 101

V.

Unabhängig davon aber gilt: Es wäre verfehlt, sich in der trügerischen Sicherheit zu wiegen, dass die Strafbarkeit von Geschäftsführern³⁶ weiterhin in der Justizpraxis ein Schattendasein führen wird. Denn die Situation kann sich bei über 1.200 Fachanwälten für Medizinrecht und angesichts zunehmend auf diesem Sektor kenntnisreichen Staatsanwälten³⁷ schlagartig ändern und das „Pulverfass“ zur Explosion bringen. Dies kann man niemandem wünschen, und deshalb sollten Geschäftsführer ihr spezifisches persönliches Haftungsrisiko erkennen und sich präventiv durch ein konsequentes Risk-Management dagegen schützen.

Anschrift des Verfassers:
Maximiliansplatz 12, 80333 München
Tel. 089/242081-0 - Fax: 089/242081-19
Email: Ulsenheimer@uls-frie.de

³⁶ Kudlich/Schulte-Sasse, NSTZ 2011, 241 ff.

³⁷ anderer Ansicht noch Bruns in seinem Beitrag 2003, aaO, S. 63