

Klaus-Peter Zimmer, Hans Kudlich, Johanna Hahn

BEHANDLUNGSSTANDARDS DER KINDER- UND JUGENDMEDIZIN ALS INHALTE DER EINRICHTUNGSBEZOGENEN PATIENTENAUFKLÄRUNG

Teil 1: Behandlungsstandards unter ökonomischem Druck

► Der Artikel beleuchtet das Problem defizitärer Behandlungsstandards in der Medizin, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, und erörtert als Lösungsansatz das Instrument der sog. einrichtungsbezogenen Patientenaufklärung. Teil 1 dieses Beitrages legt dar, welche Behandlungsstandards geschuldet sind und wie problematische ökonomische Anreize dazu führen, dass diese Standards nicht erfüllt werden. Teil 2 untersucht, wie der Nichtbeachtung von Behandlungsstandards (z.B. Mangelausstattung) mit Hilfe der sog. einrichtungsbezogenen Aufklärung entgegengewirkt werden kann. Eine ärztliche Behandlung ist tatbestandlich eine Körperverletzung und nur dann nicht rechtswidrig, wenn sie auf einer wirksamen Einwilligung beruht, der wiederum eine Aufklärung vorangegangen sein muss. Aufgeklärt werden muss der Patient insbesondere auch über einrichtungsbezogene Defizite.

I. EINLEITUNG

Mit dem Ende der Selbstkostendeckung (mit tagesgleichen Pflegesätzen und retrospektiver Vergütung) wurde in den 90er Jahren die Idee verfolgt, mit an den Besonderheiten der Behandlungsfälle bemessenen Fallpauschalen (Diagnosis-Related-Groups, DRGs) ein leistungsgerechtes markt- bzw. wettbewerbsorientiertes Vergütungssystem für die stationäre Behandlung von Patienten einzuführen. Damit war u.a. die Hoffnung verbunden, sowohl die rasant steigenden Kosten der modernen Medizin als auch die im internationalen Vergleich exorbitanten Zahlen der stationären Behandlungen zu reduzieren. Dies hatte einen Anreiz zu maximaler Arbeitsverdichtung bei minimalem Ressourceneinsatz und eine Fallzahlsteigerung bei Verkürzung der Verweil-/Behandlungsdauer zur Folge. Während in einigen Bereichen eine nicht am Bedarf orientierte Behandlung mit „lukrativen“ Diagnosen, d.h. Überversorgung

(„overuse“) entstand, kam es in anderen Bereichen (z.B. Pädiatrie) zu einer Unterversorgung (Zimmer, 2021). Die Einführung der Fallpauschalen hat der Ökonomisierung der Medizin einen wesentlichen Schub verpasst. Während es weiterhin beeindruckende Erfolge der modernen Medizin gibt, explodieren die Kosten (z.B. „costly drugs“) weiterhin. Die Versorgungsqualität erreicht in einigen Bereichen besorgniserregende Ausmaße (z.B. Mangel an Behandlungszentren für chronisch kranke Kinder, Mangel an Intensivplätzen zur Notfallversorgung von Kindern (Hoffmann et al., 2021)).

II. SYSTEMISCHE RAHMENBEDINGUNGEN

Die Kontextveränderungen mit einer Machtfülle der Klinik-Geschäftsführung wirken sich bis in das Arzt-Patient-Vertrauensverhältnis hinein aus, so dass unter den herrschenden Marktbe-

dingungen gerade im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin die Versorgungsqualität und Patientensicherheit gefährdet wird (Zimmer, 2017).

1. Aktuelle Herausforderungen für die Kliniken

Der Zustand der Krankenhäuser wird vielfach als alarmierend bezeichnet. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) beklagt regelmäßig, dass die Länder ihren Investitionsverpflichtungen nicht nachkommen.¹ Im Zentrum steht der Mangel an Personal, sowohl bezogen auf die Zahl als auch – unter Berücksichtigung der Zunahme von komplexen und anspruchsvollen Therapien mit kurzer Verweildauer – bezogen auf die Qualität. Die Arbeitsbedingungen und die wahrgenommene Belastung und Unzufriedenheit des medizinischen Personals sind sehr stark angestiegen. Im Pflegebereich steigen viele gut ausgebildete Kräfte früh aus. Insbesondere die Pflegekräfte klagen über

eine geringe Wertschätzung ihrer Arbeit, wenn erforderliche Überstunden nicht genehmigt werden oder aufgrund des Personalmangels kein Freizeitausgleich möglich ist oder wenn Verstöße gegen das Arbeitszeitrecht nicht wirklich geahndet werden. Die Mitarbeiter der Kliniken leiden unter einem starken Effizienzdruck, der Kontakt zum Patienten geht verloren, während die Dokumentationspflicht (zur Leistungserfassung) und die Bürokratisierung stark ansteigen. Zur Verbesserung der monatlichen und jährlichen Bilanzen werden Fallzahlsteigerung, Verweildauer kürzung und teilweise unverhohlenen die Behandlung von Patienten mit „lukrativen“ DRGs (sog. „Rosinenpicken“) vorgeschlagen. In einem Bereich, in dem Personalkosten zwischen 60 und 80% der Betriebskosten betragen, wird schnell mit dem Damoklesschwert der Personalreduzierung oder – unter Hinweis auf die nicht gedeckte Refinanzierung – mit der Abteilungsschließung gedroht. Diese Maßnahmen gefährden oft die Qualitätssicherung der Patientenversorgung und Patientensicherheit selbst.

2. Vorgaben durch die Klinik-Geschäftsführung

Die Geschäftsführung verfügt praktisch über eine unbegrenzte Entscheidungskompetenz; sie braucht keine Aufsichtsbehörden (Regierungspräsidium, Gesundheitsamt, Gesundheitsministerien) zu fürchten, denn sie hat über die „Maulkorbklausel“ in den Arbeitsverträgen die Korrespondenz mit diesen an sich gebunden. Rechtswidrige Querfinanzierungen aus dem Haushalt für die studentische Lehre oder den DRG-Einnahmen der Krankenkassen werden für fehlende Investitionen durch die Bundesländer benutzt. Die Krankenhäuser präsentieren zwar ausgewählte Zahlen zur Qualität und Leistung, aber Zahlen von öffentlichem Interesse (z.B. Personalausstattung) werden als Geschäftsgeheimnisse deklariert. Das schlagende Argument der Geschäftsführung sind die Haushaltsbilanz (für die die Mitar-

beiter weder eine unbegrenzte Transparenz noch eine unabhängige Kontrolle beanspruchen können) und die damit verbundenen Zwänge (z.B. Abwendung der Klinikschließung), denen man nur durch „Produktivitätssteigerung“ in der Patientenversorgung begegnen könne. Der berufsrechtliche und -ethische Schutz des Arztes, z.B. durch § 2 Abs. 4 der Ärztlichen Berufsordnung²: „Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen“, wird von den Landesärztekammern nicht eingefordert.

3. Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter Marktbedingungen

Für die Kinder und Jugendlichen gab es in diesem marktorientierten Vergütungssystem von Beginn an in einigen Bereichen Versorgungsengpässe, zumal die Solidarität der kooperierenden Disziplinen unter dem zunehmenden Effizienzdruck nachließ. Die Politik hat in stationären und ambulanten Bereichen (z.B. verbesserte Versorgung von Kindern mit seltenen Erkrankungen) mit vielen Maßnahmen gegengesteuert, aber gerade im Bereich der chronischen Erkrankungen, die bei ungefähr 25% der deutschen Kinder vorliegen, gibt es weiterhin schwere Versorgungsdefizite. Ein Problem sind etwa fehlende oder minderausgestattete Behandlungszentren (Zimmer, 2021), so dass für die Prävention von Komplikationen, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und den Erwerb von Berufsfähigkeit und Familiengründung ungünstige Voraussetzungen bestehen.

4. Grenzen der ökonomischen Logik in der Medizin

Die Idee der Ökonomie, dass die Anbieter von besserer und nachhaltigerer Qualität sich im Wettbewerb gegenüber denjenigen mit schlechter Qualität durchsetzen, funktioniert in der Medizin nicht; es gibt sogar Beispiele dafür, dass Kliniken über vermehrte Komplika-

kationen besser verdienen können. Die Minimierung des medizinischen Risikos – das für den Patienten wie auch für den Arzt eine Maxime darstellt – widerspricht dem ökonomischen Antrieb, die Erlöse aus den Behandlungen auf Kosten des Risikos für den Patienten und den Arzt zu optimieren. In diesem Spannungsfeld überträgt die Geschäftsführung dem leitenden Arzt die fachliche Verantwortung, ohne dass dieser eine substantielle Entscheidungskompetenz (z.B. bei der Ressourcenausstattung) hat; er besitzt auch kein Veto-Recht, lediglich ein Exit-Recht. Vor diesem Hintergrund hat sich das Arzt-Patient-Verhältnis in den letzten Jahren wesentlich geändert.

5. Verlust der Garantenfunktion der Ärzte

Obwohl der medizinische Fortschritt mehr „personalisierte Medizin“ und letztlich auch entscheidungsfähige Ärzte verlangt, werden diese in der Hierarchie der Geschäftsführung in ihrer Entscheidungskompetenz wesentlich eingeschränkt (Zimmer, 2020). Statt auf Wertschätzung der Schwerpunkt der Geschäftsführung für das medizinische Personal auf Wertschöpfung. So müssen die „hilflosen Helfer“ regelmäßig ihre Leistungsbilanzen rechtfertigen und sie empfinden bei ihrer Arbeit eher Demütigung oder Scham. Die Ärzte haben vor dem Hintergrund des ökonomisch bedingten Paradigmenwechsels ihre klassische Garantenfunktion verloren, nach der jeder Arzt, der einen Patienten behandelt, sich ethisch und rechtlich in einer Garantenpflicht (Schutzfunktion) hinsichtlich des körperlichen und psychosozialen Wohls seines Patienten befindet – der Geschäftsführer ist nicht in einer solchen Rolle. Daher ist es essenziell, dass sich die Patienten besser informieren können, um letztlich selbst ihre Rechte in der medizinischen Behandlung besser einfordern bzw. geltend machen zu können. Sie erwarten gut informierte und faire medizinische Gutachter und Gerichte, die durch die

Lenkungswirkung des zivilrechtlichen Haftungsrechts und die generalpräventive Wirkung des Strafrechts dazu beitragen, eine hohe Versorgungsqualität und Patientensicherheit zu erreichen oder zu erhalten. Diese wird allerdings nur dann erzielt, wenn auch die patientenfernen Entscheider, z.B. die Geschäftsführer, vor dem Hintergrund des Kostendrucks mit in die Verantwortung genommen werden.

Für Patienten ist es schwierig, in der Fülle von rechtlichen Regelungen und gerichtlichen Entscheidungen das herauszufiltern, was für sie relevant ist. Insofern ist es notwendig, die Patientenrechte, Patientenaufklärung, Begriffe wie Behandlungsstandard, einrichtungsbezogene Aufklärung und die Verantwortung patientenferner Entscheider zu kennen.

III. PATIENTENRECHTE UND PATIENTENAUFKLÄRUNG

Der Patient kann erst in eine Behandlung einwilligen, wenn er vom Arzt korrekt aufgeklärt worden ist. In der Regel erhält der Patient bei der stationären Aufnahme ein vielseitiges Papierwerk, in dem auch Informationen zur Patientenaufklärung enthalten sind. Aus diesen geht aber nicht zwingend hervor, ob Standards der Behandlung, die ethisch und rechtlich zu erfüllen sind, gar nicht gewährleistet werden können. Gemäß § 630e Abs. 2 BGB „muss die Aufklärung mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt ...“. In diesem Patienten-Arzt-Gespräch kann der Patient Fragen zur Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung anbringen, von denen im Folgenden einzelne erläutert werden:

1. Vorgaben durch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB)

Das BGB enthält die wesentlichen Voraussetzungen für eine rechtswirksame Patientenaufklärung.

a) Fachliche Standards

§ 630a Abs. 2 BGB besagt, dass „die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“

Der Begriff „fachlicher Standard“ wird im Abschnitt III.3 „Was heißt Behandlungsstandard“ erläutert. Eine einvernehmliche Unterschreitung medizinischer Behandlungsstandards kann ein Arzt im Rahmen einer weitergehenden Risikoaufklärung mit dem Patienten vereinbaren – außer es besteht eine konkrete, nicht kalkulierbare und nicht beherrschbare Gefahr des Todes oder der schweren Körperverletzung für den Patienten (Neelmeier, 2015a).

b) Informationspflichten des Behandelnden

Nach § 630c Abs. 2 BGB ist „der Behandelnde verpflichtet, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“

c) Für die Einwilligung wesentliche Umstände

Im § 630e Abs. 1 BGB werden die Details der „für die Einwilligung wesentlichen Umstände“ beschrieben: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

„Wesentliche Umstände“ beziehen sich auch darauf, dass weiterer Informationsbedarf besteht, insbesondere bei mangelnder Qualität des behandelnden Arztes, des Behandlungsprozesses (bei Unterausstattung) und des Krankenhauses (Hart, 2013).

d) Weitere Bestandteile der Patientenaufklärung

- aa) Die Patientenaufklärung muss nach § 630e Abs. 2 BGB „so rechtzeitig“ erfolgen, dass die Entscheidungsfreiheit und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten berücksichtigt wurden, d.h. bei stationärer Behandlung gilt die Aufklärung erst am Tag eines nicht notfallmäßigen (größeren) Eingriffs als verspätet (BGH, Urteil v. 25.03.2003 – VI ZR 131/02).
- bb) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angaben von Gründen formlos widerrufen werden (§ 630d BGB).
- cc) Der Patient hat ein Einsichtsrecht in seine vollständige Krankenakte (§ 630g Abs. 1 BGB), aber nicht in relevante Daten wie Personaleinsatzpläne oder Hygieneprotokolle der Klinik; allein das Gesundheitsamt hat im Falle von nosokomialen Infektionen ein solches Einsichtsrecht nach § 23 Abs. 4 S. 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG).

2. Was bedeutet „regionaler Versorgungsauftrag“ einer Klinik?

Der regionale Versorgungsauftrag, z.B. einer Kinderklinik, wird vom Gesundheitsministerium des Landes erteilt bzw. festgelegt (z.B. Krankenhausplan 2020, HSMI); der Versorgungsauftrag ist umfassend zu erfüllen. Mit dem Hessischen Krankenhausgesetz 2011 (§ 13 Abs. 4) z.B. überwacht das Land die Erfüllung des Versorgungsauftrages. Vor dem Hintergrund eines zunehmenden Mangels an Aufnahmekapazitäten in Kinderkliniken (insbes. während der Infektzeiten) bedeutet dieser Auftrag z.B., dass eine Kinderklinik primär Kinder der Region behandeln muss. Überregionale

oder ausländische Kinder, die lukrative Erlöse versprechen, können nur bei freien Kapazitäten aufgenommen werden. Sollte also bei einer akuten Vorstellung in einer Kinderklinik eine stationäre Behandlung als notwendig erachtet werden, gleichzeitig aber wegen fehlender Bettenkapazitäten in der „eigenen“ Kinderklinik die Verlegung in eine entferntere Kinderklinik angeboten werden, so wäre diese Entscheidung nur akzeptabel, wenn allein regionale Patienten die Bettenkapazität ausfüllen. Besonders verwerflich wäre, wenn die (potenziellen) Erlöse der verlegten Kinder im Missverhältnis zu den Erlösen stehen, die mit den überregionalen Patienten erzielt werden.

3. Was heißt Behandlungsstandard?

§ 630a Abs. 2 BGB (s. 2.1.1) verweist auf den „allgemein anerkannten fachlichen Standard“, dessen Bedeutung im Folgenden erläutert wird.

a) Facharztstandard „rund um die Uhr“

Auch und gerade im Krankenhaus hat der Patient Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die dem *Stand eines erfahrenen Facharztes* entspricht (BGH, Urteil v. 10.02.1987 – VI ZR 68/86; BGH, Urteil v. 27.09.1983 – VI ZR 230/81).³ Zum Facharztstandard gehört auch die rechtzeitige Verfügbarkeit des Facharztes. Der Facharztstandard gilt auch für Not- und Eilfälle „rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr“. Berufsanfänger müssen hinreichend eng beaufsichtigt werden (Neelmeier, 2015b).

b) Facharztstandard in der Kinder- und Jugendmedizin

Auch bei Bereitschaftsdiensten ist es relevant, ob der behandelnde Arzt eines Kindes oder Jugendlichen eine an Kindern und Jugendlichen durchgeführte Weiterbildung (über fünf Jahre, mit regelmäßiger Fortbildung und mit erfolgreich abgeschlossener Prüfung/Zertifizierung) vorhalten kann. In Deutschland ist es möglich, das Medizinstudium, das eine pädiatrische ein-

bis zweisemestrige Vorlesung mit Praktikum enthält, ohne jegliche mündliche Prüfung in Kinder- und Jugendmedizin im letzten Examen (Staatsexamen) erfolgreich abzuschließen (nur bis 1972 war die Kinder- und Jugendmedizin ein Pflichtfach des Staatsexamens in der Medizinischen Prüfungsordnung). Im Gegensatz zum Medizinstudium in Großbritannien oder den USA wird der deutsche Medizinstudent, der das Medizinstudium mit dem Staatsexamen nach dem Praktischen Jahr erfolgreich beendet hat, als „*berufsfertig*“ angesehen, so dass er im Gegensatz zum angelsächsischen System relativ viel Eigenverantwortung (z.B. in Form eines Stationsarztes, besser Assistenzarztes) im Rahmen seiner fünfjährigen Weiterbildung z.B. zum Kinder- und Jugendmediziner erhält. Die Bezeichnung „Stationsarzt“, die beim ärztlichen Personalmangel auf einer Station vielleicht naheliegender ist, sollte bei den Eltern daher *nicht* zur Annahme führen, dass ihr Kind von einem erfahrenen Arzt mit abgeschlossener (fünfjähriger) Weiterbildung zum Kinder- und Jugendmediziner behandelt wird.

c) Fehlender ambulanter Versorgungsauftrag für deutsche Kinderkliniken

Im Gegensatz zu den meisten Ländern haben deutsche Kliniken einschließlich Kinderkliniken keinen ambulanten Versorgungsauftrag. Letzter ist allein der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zugewiesen, d.h. die Eltern selbst können ihr Kind nachts oder tagsüber nur im Rahmen eines Notfalls oder über die Einweisung eines KV-Dienstes in einer Kinderklinik vorstellen. Der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung, der für den Nachtdienst, die Wochenenden und Feiertagen für die ambulante Versorgung zur Verfügung steht, ist in Deutschland leider nicht lückenlos mit Ärzten bestückt, die eine strukturierte Ausbildung an Kindern und Jugendlichen vorweisen können. Um einen pädiatrischen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr unter ökonomisierten Bedingungen bereitzustellen, fehlt letztlich der (ökonomische) Anreiz.

d) Lücken im Facharztstandard für Kinder und Jugendliche im Bereitschaftsdienst

Ein ärztlicher Gutachter wird grundsätzlich auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen als Behandlungsstandard die entsprechende fachärztliche Kompetenz fordern. Schließlich sind in diesem Fachgebiet bis zu 10.000 unterschiedliche Erkrankungen zu behandeln, die sich teilweise sehr alters- und entwicklungs-dynamisch präsentieren, aber trotzdem rechtzeitig erkannt werden müssen, weil für ein noch langes Leben Schaden entstehen kann. Jedoch ist in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO)⁴ eine pädiatrische Ausbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin oder in der Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin nicht obligat vorgesehen. Diese beiden Arztgruppen sind neben den Internisten am häufigsten im Bereitschaftsdienst der KV vertreten. Die MWBO verlangt in der Allgemeinmedizin zwar unter „Handlungskompetenz/Erfahrungen und Fertigkeiten“ die „Behandlung von 50 akut erkrankten Kindern/Jugendlichen“, die „Behandlung und Koordination der Beratungsanlässe des Kinder- und Jugendalters“ und die „Erkennung und ggfs. Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter“, aber es ist überaus fraglich, ob dies ausreicht, um z.B. eine Hirnhautentzündung bei einem Säugling rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Gleiches gilt für die Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin, in der Handlungskompetenzen für die Reanimation, Maskenbeatmung, supraglottische Atemwegshilfen, Volumen- und Schmerztherapie bei Säuglingen und Kleinkindern vorausgesetzt werden. Die Weiterbildung zum Internisten erfolgt allein in der Erwachsenenmedizin. Insofern müsste bei den meisten Behandlungen von Kindern und Jugendlichen außerhalb der normalen Dienstzeiten eine „weitergehende Aufklärung“ (s.u.) erfolgen.

Alternativ wäre es ratsam, die Einschränkungen der „freien Arztwahl“ (s. § 76 SGB V) zu überarbeiten, weil die

aktuell gültige Regelung eine Benachteiligung (und Gefährdung) für Kinder und Jugendliche darstellt und dem Postulat der Priorisierung der Kinder (Art. 3 Abs. 1) und des „erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit“ (Art. 24 Abs. 1) gemäß der rechtsgültigen Kinderrechtskonvention⁵ (Straßburg & Zimmer, 2018) widerspricht. Eine dem Behandlungsstandard entsprechende Regelung für Kinder und Jugendliche wäre, dass zumindest in den Zeiten, in denen der Bereitschaftsdienst der KV keine Kinder- und Jugendmediziner aufgestellt hat, die Kinderklinik der Region den Versorgungsauftrag übernimmt bzw. erhält; grundsätzlich müsste aber auch eine angemessenere Refinanzierung der Bereitschaftsdienste angestrebt werden.

e) Maßstäbe des Behandlungsstandards in Leitlinien

Maßgeblich für ärztliches Handeln ist der jeweilige Stand *naturwissenschaftlicher Erkenntnis* und *ärztlicher Erfahrung* (Neelmeier, 2015b); hierfür sind die *Leitlinien* der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ausschlaggebend, die regelmäßig aktualisiert werden und in denen die Fachexperten einer Erkrankung die erforderliche diagnostische und therapeutische Qualität („state of the art“) konsentieren. Bei jeder beabsichtigten Abweichung vom Facharztstandard muss weitergehend über die zusätzlichen Risiken aufgeklärt werden (BGH, Urteil v. 19.11.1997 – 3 StR 271/97).

Wie präzise und fundiert in den Leitlinien der AWMF Behandlungsstandards mit der erforderlichen Ausstattung festgelegt werden, zeigt beispielsweise die *Leitlinie für Kinder mit insulinpflichtigem Diabetes* (DDG, 2023): für je 100 pädiatrische Patienten mit insulinpflichtigem Diabetes sind allein für die ambulante Dauerbetreuung folgende personelle Ausstattung vorgesehen:

- 1,0 Kinderärztin/Arzt Diabetologe
- 1,0 Diabetesberater/in
- 0,3 Psychologe/in
- 0,3 Kinderkrankenschwester

- 0,2 Fachkraft für Ernährung
- 0,2 Sozialarbeiter/in (mit Psychologen zusammen)
- 0,25 Schreibkraft (mit Dateneingabe im Rahmen der Qualitätssicherung).

In der Regel beschreiben die Leitlinien präzise formulierte Qualitätskriterien, d.h. diagnostische und therapeutische Empfehlungen, die auf belastbarer evidenzbasierter Datengrundlage (Studien) zwischen den Fachexperten konsentiert sind. Weniger klar sind indes die Formulierungen zu den infrastrukturellen Voraussetzungen, speziell Personalausstattung, um diese Qualitätssicherung bzw. Patientensicherheit zu erreichen. Möglicherweise befürchten viele Experten, dass ihre eigenen Geschäftsführungen bei einer eindeutigen umfänglichen Festlegung der Ausstattung, wie z.B. bei der oben erwähnten Versorgung von Kindern mit insulinpflichtigem Diabetes, ihnen selbst eine Versorgung in ihrem Spezialgebiet aufgrund der Kostenbelastung nicht mehr ermöglichen.

Gelegentlich wird das Argument von den Geschäftsführungen angebracht, dass Handlungsanweisungen in Leitlinien „nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden“ dürfen (BGH, Urteil v. 15.04.2014 – VI ZR 382/12). In diesem Fall bezog man sich jedoch auf eine Leitlinie, die erst nach der zu beurteilenden Behandlung veröffentlicht wurde. Wenn ein Arzt in Einzelfällen nicht leitlinienkonform behandelt, muss er gute Gründe haben, z.B. belastbare neue Erkenntnisse, die in der medizinischen Fachwelt akzeptiert sind. Aber als Behandlungsstandard haben er und seine Geschäftsführung den Empfehlungen der aktuell gültigen Leitlinie zu folgen und daher auch die entsprechende Behandlungsinfrastruktur vorzuhalten.

f) Weitere Beispiele für Behandlungsstandards

- aa) Kinder und Jugendliche benötigen eine kompetente bzw. kindgerechte *Schmerzbehandlung*, um psychischen und physischen Schaden zu vermeiden. So müssen diagnosti-

sche oder therapeutische Eingriffe (z.B. Dickdarm-/Magenspiegelung, Nierenbiopsie, Bronchoskopie, Fraktur- und Wundversorgung, Thoraxdrainage, Knochenmarkpunktion) entweder in tiefer Analgosedierung (z.B. mit Propofol) oder ggfs. Narkose durchgeführt werden. Gemäß den Leitlinien der Anästhesiologie und Pädiatrie sind für die Durchführung dieser Eingriffe ein speziell für das Kindesalter ausgebildeter und erfahrener Arzt (z.B. Anästhesist oder Kinder- und Jugendmediziner) und eine entsprechend ausgebildete und erfahrene Pflegekraft zusätzlich zu dem Team, das den Eingriff durchführt, erforderlich. Zur Gewährleistung der Patientensicherheit gehört auch die professionelle Überwachung des Patienten nach dem Eingriff⁶ unter Einsatz von Pulsoxymetrie, EKG und Blutdruckmessung (Neuhäuser et al., 2010).

- bb) Das Robert-Koch-Institut (RKI) gibt bindende Empfehlungen zur Verhinderung von Infektionen, die sich Patienten im Rahmen einer ambulanten/stationären Behandlung bzw. Aufenthaltes zuziehen, vor (*nosokomiale Infektionen*). Dazu müssen die medizinischen Institutionen regelmäßig die Verbreitung potenzieller Erreger in den verschiedensten Bereichen (OP, Küche, Station, Toiletten u.a.) mit der sog. „Surveillance“ erfassen, analysieren und dokumentieren (Gastmeier et al., 2020; Rathgeber, 2021).

Faktoren wie unzureichendes Personal nach Zahl und Qualität oder überbelegte Stationen sind mit dem Risiko von Infektionsausbrüchen verbunden. So muss auf einer *neonatologischen Intensivstation* jederzeit mindestens eine qualifizierte Pflegekraft je intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenem mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g verfügbar sein (g-BA, 2024). In der Qualitätsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (g-BA) zur Versorgung von Neugeborenen wird

eine Reihe von detaillierten Kriterien festgelegt, die der Medizinische Dienst regelmäßig überprüft und der verantwortliche fachliche Leiter (und nicht nur die Geschäftsführung) bestätigen muss. Von dieser Überprüfung hängt letztlich ab, ob die Klinik für ihre angegebenen Leistungen auch von den Krankenkassen bezahlt wird. Eine moderne neonatologische Intensivstation erfordert auch sehr viele und hochwertige bauliche Standards: Wenn z.B. der Abstand zwischen zwei Inkubatoren mindestens 2 m betragen muss, dann können bezogen auf Quadratmeter-Fläche weniger Inkubatoren aufgestellt werden als bei geringeren Abständen; dies kann zu Erlöseinschränkungen führen, ist aber für eine gute Infektionsprävention erwiesenermaßen notwendig (Simon et al., 2007).

- cc) Im Rahmen der Vorbereitung einer *anstehenden Geburt* ist wichtig, in der Aufklärung durch den Gynäkologen und Neonatologen nach Einzelheiten der Behandlungsabläufe zu fragen. Z.B. sollte nach der üblichen E-E-Zeit (*Entschluss-Entwicklungs-Zeit*) im Fall eines Not-Kaiserschnitts gefragt werden; diese sollte optimalerweise bei 10 Minuten liegen. Bei Risikoschwangerschaften (z.B. Mehrlingsschwangerschaft, Schwäche des Gebärmutterhalses, Schwangerschaftsdiabetes u.a.) sollte darauf geachtet werden, dass Geburts-/Kinderkliniken mit der besten Ausstattung (Level-1-Zentrum) bereits die Vorbereitungen übernehmen. So müsste auch hinterfragt werden, ob der Rettungsdienst einen möglicherweise anfallenden Nottransport in die Level-1-Klinik, in der die Schwangere bekannt ist, durchführt oder in eine andere näher gelegene Geburtsklinik. Werdende Mütter priorisieren in der Regel hohe medizinische Standards verbunden mit der höchsten Sicherheit. Bei dem Wunsch, möglichst nahe am Wohnort zu entbinden oder eine möglichst natürliche

Geburt zu erfahren, sind bezüglich der Sicherheit Kompromisse einzugehen, die thematisiert werden müssen (Neelmeier et al., 2014).

IV. WAS KANN EIN PATIENT TUN, UM EINSCHRÄNKUNGEN BEI BEHANDLUNGSSTANDARDS ZU VERMEIDEN?

Den Patienten stehen aufgrund des medizinischen Fortschritts erfreulicherweise viele verbesserte Behandlungsverfahren zur Verfügung. Damit werden aber auch die Herausforderungen größer, die fachlichen Behandlungsstandards zu erfüllen. Stehen diese im Widerspruch zur Refinanzierung dieser Leistungen und zur ökonomischen Anreizstruktur, kann die Qualität der Versorgung bis hin zur Patientensicherheit gefährdet sein. Rechtlich sind die Vorgaben für Behandlungsstandards (z.B. Facharztstandard, Leitlinien, regionaler Versorgungsauftrag) relativ präzise definiert und stellen den Patienten wertvolle Anhaltspunkte für ihre Aufklärung im Vorfeld einer Behandlung zur Verfügung. Diese Thematik ist für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, u.a. für die chronisch kranken Kinder mit ihrem Bedarf an Prävention potentieller Behinderung, besonders relevant, weil das SGB „ausreichende“ Gesundheitsleistungen für alle Patienten (§ 12 SGB V) fordert und dem Anspruch der Kinderrechtskonvention auf „Priorisierung“ und auf das „erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ für Kinder nicht entspricht. Umso wichtiger ist es für Eltern zu wissen, wie sie ihr Kind vor Einschränkungen der Behandlungsstandards in einem ökonomischen Spannungsfeld eines Gesundheitswesens schützen können.

Im folgenden Beitrag (Teil 2) werden Behandlungen und Versorgungsbereiche beispielhaft dargestellt, in denen eine Nichtbeachtung von Behandlungsstandards (z.B. Mangelausstattung, Übernahmeverschulden) bereits festgestellt wurde. Aufgrund dieser Erfahrungen und Kenntnisse können Patienten in

der einrichtungsbezogenen Patientenaufklärung die vorhandene Ausstattung und speziell die zu erwartende Qualität der Behandlung kritisch im Sinne der Patientensicherheit erfragen und damit helfen diese sicherzustellen.

LITERATUR

- DDG. (2023). S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. https://register.awmf.org/assets/guidelines/057-0161_S3_Diagnostik-Therapie-Verlaufskontrolle-Diabetes-mellitus-Kinder-Jugendliche_2023-11.pdf: AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).
- g-BA. (2024). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL).
- Gastmeier, P., Brandt, C., Geffers, C., Scheithauer, S., Wendt, C., Eckmanns, F., & Stolaroff-Pépin, A. (2020). Surveillance von nosokomialen Infektionen – Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert-Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl*, 63, 228–241.
- Hart, D. (2013). Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz. *Medizinrecht*, 31, 159–165.
- Hoffmann, F., Landeg, M., Rittberg, W., Hinzmann, D., Steinbrunner, D., Bocker, W., Heinen, F., Kanz, K. G., & Bogner-Flatz, V. (2021). Pediatric Emergencies-Worsening Care Bottlenecks as Exemplified in a Major German City. *Dtsch Arztebl Int*, 118(22), 373–374.
- Kudlich, H. (2024). Anmerkung zur Entscheidung 2 StR 468/22, *Zeitschrift für Medizinstrafrecht* 10: 246–248.
- Neelmeier, T. (2015a). Einvernehmliche Unterschreitung medizinischer Be-

- handlungsstandards. Neue Juristische Wochenschrift, 6, 374–377.
- Neelmeier, T. (2015b). Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung. Nomos.
- Neelmeier, T., Schulte-Sasse, U., & Dudenhausen, J. W. (2014). Einrichtungsbezogene Patientenaufklärung in der Geburtshilfe. Der Gynäkologe, 47(6), 443–447.
- Neuhäuser, C., Wagner, B., Heckmann, M., Weigand, M. A., & Zimmer, K. P. (2010). Analgesia and sedation for painful interventions in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int, 107(14), 241–247, I–II, I.
- Rathgeber, R. (2021). Nosokomiale Infektionen. Nomos.
- Simon, A., Christoph, J., Geffers, C., Hentschel, J., Jürs, U., Kramer, A., Laux, R., Müller, A., & Wendt, C. (2007). Empfehlung zur Prävention nosokomaler Invektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g – Mitteilungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut. bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz, 50, 1265–1303.
- Straßburg, H. M., & Zimmer, K. P. (2018). Warum die Kinderrechte in das Grundgesetz gehören. Dtsch Arztebl Int, 115(46), A2110–A2113.
- Zimmer, K. P. (2017). The Revival of the Doctor-Patient Relationship. Dtsch Arztebl Int, 114(42), 703–704.
- Zimmer, K. P. (2020). Personalisierte Medizin: mit oder ohne Patient? Pädiatrische Praxis, 94(3), 375–390.
- Zimmer, K. P. (2021). Unterversorgung in Kinderkliniken: Wie chronisch kranke Kinder unter mangelhaften Strukturen und Ressourcen leiden. In R. Schmid (Ed.), Viel zu viel und doch zu wenig (pp. 35–45). Elsevier.
- kationen___Downloads/3.4.7._Bestandsaufnahme_im_Krankenhaus/2022_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_und_Investitionsfinanzierung.pdf (Zugriff am 30. November 2024).
- ² Download unter: https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/_Bek_BAEK_Musterberufsordnung-AE.pdf (Zugriff am 30. November 2024).
- ³ Ganz außerhalb dieser Diskussion liegen die eindeutig kriminellen Fälle, in denen Hochstapler ohne medizinische Ausbildung sich eine Anstellung in einem Krankenhaus erswindeln und dann dort Patienten behandeln. Zu einem solchen Fall vgl. BGH, Urteil v. 20.02.2024 – 2 StR 468/22 und dazu Kudlich 2024).
- ⁴ Download unter: https://www.bundes-aerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20250703_MWBO-2018.pdf (Zugriff am 30. November 2024).
- ⁵ Download unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93140/fe59de84a8fc3a6ff-c61e8a5559cac9d/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf> (Zugriff am 30. November 2024).
- ⁶ Siehe auch AG Limburg, Urteil v. 25.3.2011 – 3 Js 7075/08 – 52 Ls. Dort wird nicht nur der Anästhesist wegen einer personell und apparativ unzureichenden postnarkotischen Überwachung, sondern auch der behandelnde Zahnarzt als Inhaber der Praxis verurteilt.

Die Autorinnen und Autoren:



Prof. em. Dr. KLAUS-PETER ZIMMER
KROKIDS-Stiftung zur Unterstützung
chronisch kranker Kinder, Münster



Prof. Dr. HANS KUDLICH
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafpro-
zessrecht und Rechtsphilosophie,
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg



Dr. JOHANNA HAHN, LL.M. (Harvard)
Lehrstuhl für Strafrecht, Strafpro-
zessrecht und Rechtsphilosophie,
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg, DFG Graduiert-
tenkolleg 2475 (Cyberkriminalität und
Forensische Informatik)

¹ DKG, Bestandsaufnahme zur Kranken-
hausplanung und Investitionsfinanzierung
in den Bundesländern 2022. Download
unter: [https://www.dkgev.de/fileadmin/
default/Mediapool/3_Service/3.5_Publi-](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.5_Publi-)