

**Redaktion**

D. Berg, Amberg

# Die Organisation geburtshilflicher Versorgung unter juristischen Aspekten

## Forensisches Risiko

Gerade die Geburtshilfe stellt sich haftungsträchtig dar und bildet auch immer wieder den Gegenstand von Strafverfahren. Dies mag naheliegen, da oftmals raschest Behandlungsentscheidungen zu treffen sind und Fehlentscheidungen irreversibel sowie schwerste Schadensfolgen nach sich ziehen können, und überrascht doch auf den ersten Blick, wenn die eklatanten Fortschritte in der Geburtsmedizin betrachtet werden. Allerdings impliziert „Fortschritt der Medizin“ auch, dass bei Reduzierung oder gar Eliminierung „alter Risiken“ (vgl. z. B. die Rate perinataler Sterblichkeit von Mutter und Kind) „neue Risiken“ (z. B. die potenzielle Schädigung von Neugeborenen, die vor intrauteriner oder postpartaler Sterblichkeit gerade bewahrt werden konnten) provoziert werden.

„Fortschritt der Medizin“ ruft allerdings auch immer neue und weitere Erwartungen in die Möglichkeiten der Medizin hervor, was vielfach zu Anspruchsdenken von Patienten, hier der Schwangeren, des Kindsvaters und von Angehörigen, führen mag und jedenfalls die Schicksalhaftigkeit von Krankheitsverläufen vergessen lässt. Mangelnder Erfolg von Behandlungsmaßnahmen erscheint vor diesem Hintergrund dann nicht als objektiv unvermeidbare Begrenzung medizinischer Möglichkeiten, sondern als Versagen der Ärzte. Damit ist ein Circulus vitiosus in Gang gesetzt, der neben zahlreichen anderen Faktoren die hohe und nach wie vor steigende Zahl fo-

rensischer Auseinandersetzungen erklären kann.

### » Teils lässt der medizinische Fortschritt die Schicksalhaftigkeit von Krankheit vergessen

Dabei ist die Geburtshilfe auch mit der Paradoxie belastet, dass auf Patientenseite einerseits der Anspruch auf perfektes Geburtsmanagement mit Erreichung – gleichsam garantierten – medizinischen Erfolgs erhoben wird und andererseits der Wunsch nach möglichst „natürlicher Geburt“ bzw. „sanfter Geburt“ besteht. Nicht zuletzt deshalb gestaltet sich das geburtshilfliche Management zunehmend komplexer.

## Fehlerquellen im Behandlungsablauf

Forensische Risiken können sich im Wesentlichen in vier Sachverhaltszusammenhängen realisieren, nämlich hinsichtlich Behandlungsfehlern und Organisationsmängeln, welche sich rechtlich im Kern als Verstoß gegen die einzuhaltende Sorgfalt darstellen, sowie bezüglich Aufklärungspflichtverletzungen, welche im Ergebnis – mangels wirksamer Einwilligung der Schwangeren – als verbotene Eigenmacht bei der Behandlungsdurchführung zu charakterisieren sind. Schließlich bleiben Dokumentationsmängel zu veranschlagen. Sie stellen keine eigene Anspruchsgrundlage für Schadenersatz- so-

wie Schmerzensgeldansprüche dar und bilden erst recht keinen Strafgrund. Nach Maßgabe höchstrichterlicher Judikatur vermögen Dokumentationsversäumnisse in Zivilprozessen jedoch zu Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten zu führen, die sich bis hin zur Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes bzw. der Klinik auswirken können.

Insbesondere bei diesen vier „Fehlerquellen“ muss das organisatorische Bemühen zur Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität ansetzen, um eine möglichst positive Behandlungsqualität erzielen und dergestalt auch forensische Risiken senken zu können [2].

## Rechtliche Systematisierung

Dem zivilrechtlichen Arzthaftungsrecht ist die Kontrolle inhärent, ob der „Patient die von ihm zu beanspruchende medizinische Qualität auch erhalten hat“ [3]. Ungeachtet der Ratio legis gilt entsprechendes zumindest in einem Effekt auch für die strafrechtliche Beurteilung konkreter ärztlicher Behandlungsmaßnahmen. Dabei ist im Ergebnis „Facharztstandard“ bzw. eine Behandlung mit *Facharztqualität* zu gewährleisten [4].

Im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten ist zu berücksichtigen, dass „gerade wegen der Eigengesetzlichkeit und weitgehenden Undurchschaubarkeit des lebenden Organismus ... ein Fehlschlag oder Zwischenfall nicht allgemein ein Fehlverhalten oder Verschulden des Arztes indizieren (kann)“, wie die höchstrichterliche Rechtsprechung anerkennt [5]. Daher



bildet die Grundvoraussetzung sowohl zivilrechtlicher Haftung als auch strafrechtlicher Verantwortlichkeit eine *Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht*.

Diese Sorgfaltspflichtverletzung kann sich

- zum einen als *individuelle Fehlentscheidung* des Geburtshelfers in einer Behandlungssituation (z. B.: Befundauffälligkeiten im Geburtsverlauf werden fehlinterpretiert, weshalb die Indikation zur Sectio-Entbindung unterbleibt) und
- zum anderen als *Defizit in der Organisation* der Behandlung (z. B.: unzureichende personelle, apparative oder räumliche Ausstattung der geburtshilflichen Abteilung)

darstellen.

Im unmittelbaren Behandlungszusammenhang bildet die Verletzung der objektiven Sorgfaltspflicht der Verstoß gegen denjenigen Behandlungsstandard, den – aus Ex-ante-Sicht – ein besonnener und gewissenhafter Geburtshelfer der Schwangeren in der konkret zu beurteilenden Situation geboten hätte. Dieser „Standard“ ist abstrakt-generell als der jeweilige Stand der medizinischen Wissenschaft, konkret als das zum Behandlungszeitpunkt in der ärztlichen Praxis bewährte, nach naturwissenschaftlicher Erkenntnis gesicherte, allgemein anerkannte und für notwendig erachtete Verhalten umschrieben [6]. Genau dergestalt ist eine geburtshilfliche Behandlung mit „Facharztqualität“ zu gewährleisten.

Allerdings können Behandlungsfehler im Einzelfall gerade Konsequenz mangelhafter zugrundeliegender Organisation sein (z. B.: mangels adäquater personeller Ausstattung der Abteilung obliegt der Bereitschaftsdienst einem Arzt in Weiterbildung, der zur Einschätzung einer schwierigen geburtshilflichen Situation noch nicht hinreichend qualifiziert ist und infolgedessen eine falsche Behandlungsentscheidung trifft). Der daraus resultierende Vorwurf vermag auch die Organisations-Zuständigen zu treffen. Das sind diejenigen, die gerade für die Etablierung und Aufrechterhaltung adäquater Struktur- und Prozessqualität Sorge zu tragen haben, etwa Organwalter (z. B. Geschäfts-

führer) des Krankenhausträgers, Chefarzte und sonstige Mitarbeiter, an welche Organisationsaufgaben delegiert wurden (z. B. betreffend die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes, die Dienstplangestaltung, die Gerätesicherheit, die Hygiene, das Transfusionswesen etc.).

### » „Schnittstellen“ horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung bedürfen konkreter Regelungen

Darüber hinaus können sich Organisationsmängel als *Koordinations-, Kooperations- und Kommunikationsmängel* darstellen, etwa im interdisziplinären Zusammenwirken von Geburtshilfe und Anästhesie unter Einschluss von Hebammen.

Infolgedessen bedürfen insbesondere auch die „Schnittstellen“ horizontaler und vertikaler Arbeitsteilung konkreter Regelungen (Dienstanweisungen bzw. Vereinbarungen), um eine adäquate Zusammenarbeit aller Beteiligten sicherzustellen (vgl. in diesem Zusammenhang beispielsweise auch die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe“ zwischen DGGG, BVF, DGAI und BDA sowie auch die „Empfehlungen zur Zusammenarbeit von Arzt und Hebamme in der Geburtshilfe“ der DGGG, AG MedR; [7]).

Besondere forensische Bedeutung kommt auch einer *adäquaten Aufklärung* der Schwangeren zu. Denn zum einen kann aus unzureichender bzw. fehlender Aufklärung – mit der eventuellen Folge einer Rechtswidrigkeit der Eingriffsdurchführung – per se Haftung und Strafbarkeit resultieren. Zum anderen obliegt der Behandlerseite im Zivilprozess ohne Weiteres die Beweislast adäquater Aufklärung, wenn die Aufklärungsrüge erhoben wird.

Dabei obliegt es sowohl dem Krankenhausträger als auch den Abteilungsleitern, die (bzw. ihre) Mitarbeiter zu Anforderungen adäquater Aufklärung zu unterrichten und für eine entsprechende Umsetzung organisatorisch Sorge zu tragen. Selbstverständlich gehören dazu auch Kontrollmaßnahmen hinsichtlich der Einhaltung dieser Maßgaben [8].

Eine umfassende und nachvollziehbare *Dokumentation des Behandlungsgeschehens*

der Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung, weshalb alle wesentlichen Aspekte im Zusammenhang mit Anamnese, Diagnose und Therapie festzuhalten sind. Ganz wesentlich ist darüber hinaus, sowohl den Inhalt von Aufklärungsgesprächen in ihren wesentlichen Bestandteilen als auch die Einwilligung in bzw. Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren. Nach Maßgabe höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht die Rechtsfolge von Dokumentationsversäumnissen in Beweiserleichterungen zugunsten der Patientin. Diese können sich bis hin zur Beweislastumkehr zu Lasten des Arztes auswirken.

### » Dokumentationsversäumnisse erschweren die Beweissituation für den Arzt

Kurz gesagt: Trotz optimaler Behandlung und adäquater Aufklärung kann ein Zivilprozess verloren gehen, weil das eine und/oder andere nicht hinreichend dokumentiert wurde. Daher bedarf es auch organisatorischer Maßgaben zur Etablierung eines adäquaten Dokumentationsmanagements.

### Übernahmefahrlässigkeit und Organisationsverschulden

Zivilrechtlich gilt ohne weiteres der oben ausgeführte objektive Sorgfaltsmaßstab. Strafrechtlich ist zusätzlich eine subjektive Betrachtung anzustellen.

Ein strafrechtlicher Schuldvorwurf kann nur erhoben werden, wenn der Arzt nach seinen persönlichen Verhältnissen und individuellen Kenntnissen auch imstande war, die von ihm objektiv verlangte Sorgfalt aufzubringen. Daraus darf aber nicht gefolgert werden, dass bei nur unterdurchschnittlicher Qualifikation straflos bleibt, wer unter Außerachtlassung der gebotenen Sorgfalt den Tod oder die Körperverletzung eines Menschen verursacht. Auch der, dem etwa mangels eigener persönlicher Fähigkeiten und Sachkunde ein Behandlungsfehler unterläuft, kann objektiv pflichtwidrig und subjektiv schuldhaft im Sinne einer



Übernahmefahrlässigkeit handeln. Vor der Überschätzung der eigenen Fähigkeiten und der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten kann daher nur gewarnt werden.

In gleicher Weise entlastet Organisationszuständige z. B. der Hinweis auf „beschränkte wirtschaftliche Ressourcen“ zur Herstellung adäquater (personeller, apparativer und räumlicher) Infrastruktur nicht. Im Falle der Delegation von Aufgaben – betreffend Organisation und Behandlung – bedarf es adäquater Auswahl und laufender Kontrolle der Delegierten.

So hat der BGH plastisch wie folgt formuliert: „Vorrang haben das Wohl des Patienten und seine Sicherheit, nicht etwa eine bequemere Organisation des Klinikdienstes“ [9]. Anderenfalls drohen Haftung und Strafbarkeit unter dem Aspekt des Organisationsverschuldens.

### Qualitätsmanagement/ Risikomanagement

Mit der Erfüllung primärer Organisationspflicht durch den Krankenhausträger – gleiches gilt in kleinem Maßstab für jede (Beleg-) Arztpraxis – hat es zur zweckmäßigen Organisation einer Klinik unter Einschluss einzelner Abteilung und Bereiche nicht sein Bewenden. Vielmehr muss fortlaufend und routinemäßig nachvollzogen und sichergestellt werden, dass die gegebene Organisation hinsichtlich der Struktur- und Prozessqualität tatsächlich effektiv ist, um eine Behandlungsqualität mit erforderlichem „Standard“ erzielen zu können. Dies impliziert als sekundäre Organisationspflicht die „Kontrolle, ob die Erstanweisungen eingehalten werden, wirksam sind oder Verbesserungen vorgenommen werden müssen“ [10]. Dabei gehört es sowohl zu den primären als auch zu den sekundären Organisationspflichten sicherzustellen, dass die tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie die sonstigen Medizinalpersonen ihre Aufgaben fachlich einwandfrei erledigen und auch überhaupt erledigen können. Dem dient u. a. die Etablierung eines adäquaten Qualitätsmanagements, wie es § 135a Abs. 2 SGB V normativ anordnet. Teil solchen Qualitätsmanagements muss auch ein Risikomanagement sein, wodurch die insbesondere aus rechtlicher Sicht risikobe-

Gynäkologe 2013 · 46:88–93 DOI 10.1007/s00129-012-2999-4  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

R.-W. Bock · S. Griebeling

### Die Organisation geburtshilflicher Versorgung unter juristischen Aspekten

#### Zusammenfassung

Für Ärzte ist das forensische Risiko im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung während der vergangenen Jahrzehnte kontinuierlich gestiegen. Nach Schätzungen werden in Deutschland wegen des Vorwurfs fehlerhafter Behandlung jährlich über 10.000 neue Zivilverfahren anhängig gemacht und über 3000 staatsanwaltschaftliche Ermittlungsverfahren eingeleitet (Ulsenheimer, *Arzthaftungs- und Strafrecht*, S. 2, 2006). Daneben ist die nach wie vor zunehmende Zahl von Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu veranschlagen. Von dieser Entwicklung ist insbesondere auch die Geburtsmedizin betroffen, wobei aus der Na-

tur der Sache folgend hinsichtlich schwerstgeschädigter Neugeborener regelmäßig hohe Schadenssummen in Rede stehen. Hinter dem Vorwurf fehlerhafter Behandlung sowie auch mangelhafter Aufklärung steht bzw. verbirgt sich vielfach auch der Vorwurf unzureichender Organisation. Infolgedessen kommt dem Organisationsaspekt gerade bei der geburtshilflichen Versorgung besondere Bedeutung zu.

#### Schlüsselwörter

Forensisches Risiko · Qualitätsmanagement · Risikomanagement · Organisationsverschulden · Arbeitszeitgesetz

### Organization of obstetric care under legal aspects

#### Abstract

For physicians the legal risk associated with professional duties has continuously increased over the last decade. In Germany it is estimated that more than 10,000 new civil procedures are instituted each year for alleged medical malpractice and more than 3,000 preliminary investigations by public prosecutors are initiated. In addition the increasing number of proceedings before expert commissions and arbitration boards must also still be considered. This development particularly affects obstetrics because due to the nature of the situation with re-

spect to severely injured newborns it follows that high sums for compensation are always the center of discussion. Accusations of insufficient organization are often concealed behind these accusations of malpractice and insufficient informed consent. As a result of this organizational aspects become particularly significant especially in obstetric care.

#### Keywords

Legal risk · Quality management · Risk management · Organizational negligence · Working time act

gründenden und -erhöhenden Faktoren erkannt werden können, woraus nach Eliminierung dieser Faktoren eine Verbesserung der Behandlungsqualität und mithin auch eine potenzielle Reduktion von Schäden – und somit auch forensischer Risiken – resultiert.

Risikomanagement hat zum Ziel, „aktiv nach Schadensursachen und nach Risikofeldern zu suchen, um Haftungsfälle präventiv zu vermeiden“ [11]. Es geht darum, in der Klinik bzw. Praxis vorhandene latente Risiken aufzuspüren, zu erkennen und bestenfalls zu eliminieren. Dazu ist auf der Grundlage normativer und judikativer Maßgaben und medizinischer Standards, wie sie auch in Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen formuliert sind,

ein Soll-Zustand zu definieren, vor dessen Hintergrund der praktisch gegebene Ist-Zustand erhoben wird. Festzustellende Differenzen bzw. Defizite implizieren haftungs- und strafrechtliche Risiken, welche es zu beheben gilt. Dies betrifft *beispielsweise* folgende Aspekte:

- Gewährleistung einer Geburtshilfe mit Facharztqualität innerhalb und außerhalb des Routinedienstes mit dafür quantitativ und qualitativ erforderlichem Personaleinsatz;
- adäquate Umsetzung gynäkologisch-geburtshilflicher Leitlinien und Empfehlungen;
- Etablierung eines adäquaten Aufklärungsmanagements;



- Einrichtung eines adäquaten Dokumentationsmanagements;
- Koordination der ärztlichen und nichtärztlichen Geburtshelfer unter Einschluss von Anästhesie sowie Pädiatrie und Neonatologie;
- Erfüllung normativer Vorgaben (z. B. betreffend Medizinproduktegesetz, Transfusionsgesetz; Infektionsschutzgesetz etc.);
- adäquate Vorhaltung von Notfallkapazitäten, beispielsweise zur Gewährleistung erforderlicher E-E-Zeit im Falle einer Not-Section;
- Etablierung eines Juristischen Zwischenfallmanagements [12].

### Facharztqualität, Arbeitszeit, Haftung

Die Gewährleistung der Facharztqualität erfordert eine hinreichend qualifizierte ärztliche Personalausstattung. Der Patient hat Anspruch auf eine ärztliche Behandlung, die jederzeit dem Standard eines erfahrenen Facharztes entspricht [13]. Im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Überlegungen und häufig damit verbundenen Stellenreduzierungen stellt sich die Frage, ab wann aus einer ungenügenden personellen Ausstattung konkrete Gefahren für die Patientin ausgehen.

Der Abbau von ärztlichem Personal bei gleichbleibendem Leistungsspektrum führt dazu, dass die verbleibenden Mitarbeiter wesentlich mehr eingesetzt und beansprucht werden müssen, um die Patientenversorgung aufrecht zu erhalten. Dabei darf aber das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) als zwingendes Recht durch den Arbeitgeber nicht verletzt werden. Den Arbeitgeber trifft demnach zunächst die Organisationspflicht nach § 618 BGB, die aus Gründen des Gesundheitsschutzes höchst zulässige Arbeitszeit einschließlich dazu zählender Bereitschaftsdienste zu beachten und ihre Einhaltung zu gewährleisten [14]. Ihn trifft die umfassende Verantwortung für die Einhaltung der jeweiligen arbeitszeitschutzrechtlichen Vorschriften. Dies folgt aus § 16 ArbZG sowie aus den Sanktionsvorschriften der §§ 22, 23 ArbZG, die an die Arbeitgeberstellung anknüpfen. Im Klinikbereich ist

jedoch davon auszugehen, dass Chefarzten insoweit das Direktionsrecht und somit die Verantwortung für die Einhaltung des ArbZG in ihrer Abteilung übertragen ist, sodass diese nach § 9 Abs. 2 OWiG haftungsrechtlich als „Arbeitgeber“ anzusehen sind. Ihnen obliegt die Führung und fachliche Leitung der Abteilung. Der Chefarzt ist verantwortlich für die Einhaltung und Organisation der Dienste in seinem Bereich. Für Verstöße gegen das Arbeitszeitgesetz wird also der Chefarzt bußgeldrechtlich sanktioniert und nicht unmittelbar die Leitung bzw. Geschäftsführung der Klinik. Ob eine bußgeldrechtliche Mitverantwortung des Arbeitgebers vorliegt, die unter Umständen als Verletzung der Aufsichtspflicht nach § 130 OWiG zu werten ist, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, insbesondere ob die Klinikleitung Kenntnis von den Verstößen hatte und diese geduldet oder hingenommen hat, ohne Gegenmaßnahmen vorzunehmen oder anzuordnen. Die Kenntnis der Klinikleitung exkulpiert den Chefarzt letztlich aber nicht, sondern findet allenfalls bei der Strafzumessung Berücksichtigung.

Der Einsatz von Personal außerhalb der Grenzen des ArbZG oder tarifvertraglicher Vorgaben führt jedoch nicht zu einem „Haftungsautomatismus“ [15]. Zwar resultieren erhebliche zivilrechtliche Haftungsrisiken aus einer Beschäftigung über die zulässigen Arbeitszeitgrenzen hinaus, etwa durch den Einsatz eines übermüdeten Operateurs. Damit ist aber noch nicht die Kausalität zwischen der ärztlichen Behandlung außerhalb der Grenzen des Arbeitszeitschutzes und einem etwaigen Schadenseintritt belegt. Allein die Überschreitung arbeitszeitrechtlicher Vorgaben begründet daher keinen Schadensersatzanspruch. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass die Rechtsprechung in einem Haftungsprozess von einer Beweislastumkehr ausgeht und insofern einen Zusammenhang zwischen Behandlungsfehler und Überbeanspruchung vermutet, wenn der Arzt außerhalb Grenzen des ArbZG tätig wurde und es dabei zu einem Schaden gekommen ist.

Dessen ungeachtet kann gleichwohl eine Unterschreitung des Facharztstan-

dards infolge einer nicht hinreichenden personellen Ausstattung zur weitergehenden zivilrechtlichen Haftung des Chefarztes und/oder des Klinikträgers führen.

### » Der Leistungsumfang der Klinik ist den personellen Kapazitäten anzupassen

Zur Organisationsverantwortlichkeit des Chefarztes gehört es, ggf. mehrfach und mit Nachdruck auf personelle Engpässe aufmerksam zu machen. Wenn von Seiten der Krankenhausleitung keine Abhilfe geschaffen wird und die personelle ärztliche Unterversorgung den erreichbaren medizinischen Standard einer regelgerechten Behandlung des Patienten gefährdet, müssen notfalls das Operationsprogramm heruntergefahren, Pflegestationen geschlossen oder Patienten an andere Krankenhäuser verwiesen werden [16]. Der Leistungsumfang ist also den vorhandenen personellen Kapazitäten anzupassen.

Darüber hinaus hat auch der Klinikträger dafür Sorge zu tragen, dass nur solche Behandlungen ausgeführt werden, die ordnungsgemäß betreut werden können. Solange nicht genügend ärztliches Personal vorhanden ist, müssen nach Erschöpfung der jeweils vorhandenen Kapazität Patienten an andere Krankenhäuser verwiesen werden. Dabei bedarf es klarer Anweisungen an die Ärzte, wie bei einem plötzlichen Engpass zu verfahren ist. Es muss klargestellt sein, dass und welche Operationen zurückzustellen sind. Keinesfalls darf der Krankenhausträger vor ihm bekannten Zuständen mit der Gefahr „illegaler Praktiken“ und sogenannter „Improvisation“ die Augen schließen und darauf vertrauen, die in der Klinik tätigen Ärzte würden mit der jeweiligen Situation schon irgendwie fertig werden und sie würden sich nach Kräften bemühen, den Patienten trotz allem vor Schäden zu bewahren [17].



## Fazit für die Praxis

Jegliches geburtshilfliches Bemühen ist auf das „Wohl“ der Schwangeren und des Kindes ausgerichtet. Demgemäß ist das Behandlungsgagieren insgesamt zu gestalten und zu organisieren. Dabei sind auch juristische Anforderungen einzuhalten, welche gerade dem „Wohl des Patienten“ dienen. Genau genommen gehen also der ärztliche Behandlungsimpetus und juristische Anforderungen in eins. Mithin ist das Behandlungsgagieren insgesamt so zu organisieren, dass jeder Schwangeren – nötigenfalls auf der Grundlage adäquater Aufklärung mit daraus resultierend wirksamer Einwilligung – eine Behandlung im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten nach aktuellem Standard zuteil wird.

Neben gehöriger Qualifikation jedes Geburtshelfers zur Erfüllung konkret obliegender Aufgaben bedarf es vor allem in Kliniken und sonstigen Einrichtungen der Etablierung adäquater Organisationsstrukturen und einer hinreichenden Personalausstattung, damit alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im einzelnen Behandlungsfall überhaupt leger artis tätig werden können. Dem dient wiederum konsequentes Qualitäts- und Risikomanagement. Sind entsprechende Maßnahmen auf der Grundlage positiver Struktur- und Prozessqualität auf die Erlangung möglichst günstiger Ergebnisqualität ausgerichtet, vermag sich das Prinzip „salus aegroti suprema lex“ unter aktuellen Anforderungen und Gegebenheiten umso wirksamer zu effektuieren.

## Korrespondenzadresse



**R.-W. Bock**  
Schlüterstr. 37, 10629 Berlin  
berlin@uls-frie.de

## S. Griebeling

Maximiliansplatz 12, 80333 München  
muenchen@uls-frie.de

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

## Literatur

1. Ulsenheimer K (2006) Arzthaftungs- und Strafrecht. In: Berg D, Ulsenheimer K (Hrsg) Patientensicherheit, Arzthaftung, Praxis- und Krankenhausorganisation. Berlin, S 2
2. Bock RW (2009) Die Organisation medizinischer Behandlung unter rechtlichen Aspekten, in: ders., Recht für Krankenhaus und Arztpraxis. Berlin, S 1 ff.
3. Steffen E (1995) Einfluss verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen aus dem Gesundheitsstrukturgesetz auf die Arzthaftung. MedR 190
4. BGH NJW 1987, 1479; 1992, 1560
5. BGH NJW 1977, 1102
6. Künschner A (1992) Wirtschaftlicher Behandlungsverzicht und Patientenauswahl. Stuttgart S 211
7. Vgl. dazu und weiter gehend die Homepage der DGGG: „Aktuelle Leitlinien“
8. BGH NJW-RR 2007, 310
9. BGH NJW 1984, 655 (656)
10. Vgl. dazu eingehend Deutsch, E (2000) Das Organisationsverschulden des Krankenhausträgers, NJW 1745
11. Ulsenheimer K, Oehlert G (1999) Risk management. Gynakol 12:919
12. Vgl. dazu Bock, RW; Organisation, a. a. O., S. 19 ff.
13. BGH NJW 1992, 1560
14. BAG NZA 2004, 927
15. Schlottfeld/Herrmann (2008) Arbeitszeitgestaltung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin
16. BGHZ 95, 63 ff.
17. BGH NJW 1985, 2189 ff.

## Prä- und Perinatalmedizin

Die Perinatalphase ist eine komplexe interdisziplinäre Herausforderung

Im Mai 2012 publizierten die WHO und UNICEF eine Analyse der weltweiten Mortalität von Kindern unter 5 Jahren. Im Jahr 2010 verstarben 7,6 Mio. Kinder in den ersten 5 Lebensjahren, ungefähr 40% davon bereits in der Perinatalphase. Ein großer Anteil dieser Kinder starb in weniger privilegierten Ländern als unserem, doch auch in Europa stellen Schwangerschaft, Geburt und die ersten Lebenswochen eine risikoreiche Lebenszeit dar.



Ausgabe 12/2012 der *Monatsschrift Kinderheilkunde* widmet sich deshalb den Herausforderungen dieser vulnerablen Lebensphase. Im Leitthemenheft „Prä- und Perinatalmedizin“ finden Sie u. a. folgende Beiträge:

- Geburt per Kaiserschnitt oder Spontangeburt
- Präeklampsie und Diabetes mellitus in der Schwangerschaft
- Verhinderung der vertikalen HIV1-Transmission
- Fetale Infektion mit dem humanen Zytomegalovirus
- Intrauterine minimalinvasive Therapie

Bestellen Sie diese Ausgabe zum Preis von EUR 35,- zzgl. Versandkosten bei:  
Springer Customer Service Center GmbH  
Kundenservice Zeitschriften  
Haberstr. 7  
69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221-345-4303  
Fax: +49 6221-345-4229  
leserservice@springer.com

P.S. Vieles mehr rund um Ihr Fachgebiet finden Sie auf [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de)