



Sparen um jeden Preis?

GEWINNOPTIMIERUNG VERSUS PATIENTENSICHERHEIT Immer wieder kommt es in Arztpraxen und Krankenhäusern zur „voraussehbaren“ Schädigung von Patienten. Ihre Sicherheit fällt dem Sparzwang zum Opfer. Ermöglicht wird das auch durch die Justiz. Denn obwohl die Einflussmöglichkeiten eines Klinikgeschäftsführers auf die Kostengestaltung und Behandlungsqualität sehr hoch sind, ist sein Risiko, sich dabei strafbar zu machen, verhältnismäßig gering. *Von Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse und Tim Neelmeier, LL. B. (Bucerius)*

Krankenhäuser und Arztpraxen stehen unter hohem Druck, Kosten einzusparen. Sie kämpfen um ihr ökonomisches Überleben und um die Optimierung ihrer Erlöse. Das Ergebnis ist ein brisanter Konflikt: Patientensicherheit auf der einen und Kosten sparen sowie Gewinnsteigerung auf der anderen Seite.

Der mit Abstand größte Kostenfaktor in diesem Zusammenhang ist das medizinische Personal. Nirgendwo sonst können Betreiber und Leiter von Kliniken und Praxen mehr Mittel einsparen als in diesem Bereich. Gesundheitseinrichtungen stehen heute miteinander im Verdrängungswett-

bewerb, es herrscht Konkurrenzdruck wie in allen anderen Branchen. Der Unterschied ist: In dieser Branche geht es um Menschenleben. Deshalb ist es entscheidend, dass hohe Qualitätsstandards nicht nur festgeschrieben, sondern deren Einhaltung auch gewährleistet wird. Priorität vor dem Wettbewerb muss eine klar definierte Mindestqualität medizinischer Versorgung haben. Deshalb muss die Rechtsprechung bei den Marktakteuren zum einen für Klarheit darüber sorgen, welche Kostenstellen in welchem Umfang im betriebswirtschaftlichen Optimierungswettbewerb stehen. Zum anderen muss sie klarstellen, welche persönlichen Conse-

quenzen eine Unterschreitung der Mindeststandards für die Entscheidungsträger nach sich zieht. Sonst droht statt des politisch erhofften Rationalisierungsgewinns ein Wettbewerb im Unterbieten an Qualität – auf Kosten der Patientengesundheit.

Wer ökonomisch überleben will, braucht Fälle – deshalb diktieren Betreiber von Gesundheitseinrichtungen ihren ärztlichen und nicht-ärztlichen Managern: „In unseren Kliniken steigern wir konsequent die Fallzahlen, um die Standorte langfristig abzusichern“. Doch der Druck im Gesundheitswesen, billig zu „produzieren“ und dabei jährlich die Fallzahlen zu steigern, hat dramatische Folgen: Manager von Ge-

sundheitseinrichtungen, und inzwischen sogar Ärzte, sind mehr mit dem eigenen Überleben am Markt, als mit dem Überleben ihrer Patienten beschäftigt.

Zur Lösung dieses Problems räumte der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Alfred Dänzer, ein, „dass reale Kostensteigerungen im derzeitigen System fast nur durch Fallzahlsteigerungen kompensiert werden könnten.“ Wenn der Präsident der DKG weiter mitteilt „ein Großteil davon sei aber auch medizinisch indiziert“, dann ist dies eine ehrliche, den klinischen Alltag widerspiegelnde Feststellung. Es muss jedoch alarmieren, dass lediglich „ein Großteil“ der medizinischen Behandlungen in deutschen Krankenhäusern medizinisch indiziert ist. Die mutige Feststellung des ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Reiner Gradinger, es würden „unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie Kliniken oder auch Praxen Geld bringen“, hat bislang ebenso wenig sichtbare Veränderungen bewirkt wie sein Appell an Klinikleitungen und Praxisinhaber, sich auf die Ethik zurück zu besinnen.

Der Fluch des Sparzwangs

Bei der Erbringung medizinischer Leistungen machen Personalkosten, im Vergleich zu den Sachmittelkosten, den mit Abstand größten Teil der Produktionskosten aus. Betreiber von Arztpraxen und Krankenhäusern setzen deshalb vor allem beim Personal an, um die Rentabilität zu steigern. Gelegenheiten für Einsparungen finden sich an breiter Front. So verzichten Krankenhäuser darauf, ausscheidendes Personal zu ersetzen, um dann die gleichen oder mehr Leistungen mit weniger Personal im Regeldienst zu erbringen. Der 24-Stunden-Versorgungsauftrag einer Einrichtung wird nicht mehr mit vergleichsweise teuren Anwesenheitsdiensten, sondern in kostengünstigerer Rufbereitschaft sichergestellt. Nachtdienste werden nicht mehr pro Fachdisziplin von je einem Arzt geleistet. Stattdessen muss ein Arzt künftig, weil „es sich rechnet“, allein im fachübergreifenden Bereitschaftsdienst Patienten versorgen.

Klinikbetreiber übertragen ärztliche Leistungen auf geringer qualifiziertes – und damit auch geringer entlohntes – (Pfle-

ge-) Personal. Statt Fachpflegepersonal überwacht geringer entlohntes Hilfspersonal, beispielsweise Medizinstudenten, frischoperierte Patienten. Typisch für den Sparzwang ist der weit verbreitete Einsatz von „Billiganästhesisten“ für Narkosen bei ambulanten Operationen in Arztpraxen: Zahnärzte, HNO-Ärzte, Gynäkologen und Schönheitschirurgen beschäftigen Billiganästhesisten, die bereit sind, die Standards des Fachgebietes zu ignorieren, um Kosten zu sparen – und dabei voraussehbar Patienten zu gefährden. Anästhesisten, die die Standards beachten, finden dagegen keine Beschäftigung in solchen Praxen, weil durch sie die Kosten pro Fall ansteigen würden. Produktionskosten werden gesenkt, in dem der Billiganästhesist Narkosen ohne Fachanästhesieschwester durchführt: Er spart diese Personalkosten, in dem er allein arbeitet.

Die Überwachung nach Narkose, die dem Fachpflegestandard entspräche, fällt weg: Es gibt keine Fachanästhesieschwester, die diese lebenserhaltenden Aufgaben erledigt. Ein vorschriftsgemäß ausgestatteter Aufwachraum fehlt in der Arztpraxis. Um Personalkosten zu sparen, wird die Aufgabe der Überwachung an die Angehörigen „delegiert“. Nicht zuletzt durch die Verwendung von ausrangierten, uralten Narkosegeräten lassen sich erhebliche Kosten einsparen. Moderne, mit allen Sicherheitsvorrichtungen ausgestattete Geräte wären deutlich teurer.

Einkalkuliertes Risiko

Die beispielhaft aufgeführten, heute in Kliniken und Arztpraxen zu beobachtenden Sparmaßnahmen gefährden Patienten voraussehbar. Vor dem beschriebenen Hintergrund ist es wiederholt in Kliniken und Arztpraxen zu schwerster Patientenschädigung und zu Todesfällen gekommen. Der Druck, Kosten zu sparen, statt die Patientensicherheit zu gewährleisten, dominiert. Vielen Fällen, bei denen es zu schlechten Leistungen kam, lag eine geplante Organisationsstruktur zugrunde: Die für die Organisation verantwortlichen Krankenhausträger, Geschäftsführer und Praxisbetreiber haben nicht geirrt, sie hatten überlegt entschieden.

Jüngst von Staatsanwaltschaften untersuchte Beispiele für Kosten sparende, aber

im Ergebnis Patienten schädigende und sogar Patienten tötende Organisationsstrukturen sind [1]:

- Personalkosten im Bereitschaftsdienst werden reduziert, indem Assistenzärzte fachübergreifend eingesetzt werden. Die Folge: Nach einer Blutung bei einer Kropfoperation erlitt der Patient einen Herzstillstand und fiel ins Wachkoma.
- Geburtshilfliche Abteilungen an kleinen Krankenhäusern werden ohne Facharztpräsenz außerhalb regulärer Dienstzeiten betrieben [2]. Die Folge: Bei der Geburt erlitt ein Neugeborenes schwerste Schäden durch Sauerstoffmangel.
- Um Kosten zu sparen werden ärztliche Aufgaben, wie das Führen von Anästhesien und Sedierungen, auf Pflegepersonal übertragen. Die Folgen: Während einer Operation am Trommelfell, bei der zeitweilig ein Krankenpfleger die Anästhesie führte, erlitt ein Patient nach einem Herzstillstand schwerste Schäden aufgrund von Sauerstoffmangel. Bei einer Schönheitsoperation starb ein Patient nach Sedierung durch die Praxishelferin in der Praxis.
- Die Produktionskosten pro Operation in der Praxis des Zahnarztes oder HNO-Arztes werden reduziert durch die Beschäftigung von Billiganästhesisten. Außerdem wird der Erlös gesteigert, indem die Operationszahl pro Zeiteinheit erhöht wird trotz verminderter Qualifikation der beteiligten Ärzte. Die Folge: Nach einer Prostataoperation erlitt ein Patient einen Herzstillstand und nachfolgend schwerste Schäden durch Sauerstoffmangel.
- Patienten werden auf Intensivstationen versorgt, die Kosten sparend betrieben werden und personell unzureichend ausgestattet sind. Die Folge: Infektionen der geschwächten Patienten mit multiresistenten Bakterien.

Pfusch durch Klinikmanager

Gerichte werten das Handeln von Ärzten, die „dem Ökonomiebegriff vor den Regeln der ärztlichen Kunst den Vorrang geben“, als „grob fehlerhaftes, krasses Versagen“, als „unärztliches Verhalten“. Das Verhalten derer, die den Druck ausgeübt haben und dem Kostensparen eine höhere Priorität

tät als der Patientensicherheit einräumen, wird von Staatsanwälten kaum untersucht. Dieser Mangel zeigt sich bei der Analyse bisheriger Gerichtsentscheidungen: Voraussetzungen für eine medizinische Katastrophe sind immer häufiger eine Kosten sparende Organisationsstruktur und eine Patienten gefährdende Planung der Leistungserbringung. Diejenigen, die hierfür verantwortlich waren – Praxisbetreiber, ärztliche und nicht-ärztliche Klinikmanager, die oft patientenfernen Entscheider – blieben bei „Arztpfusch“-Prozessen persönlich ungeschoren, obwohl es sich hier bei auch um „Managerpfusch“ handelte.

In Zivilverfahren bleiben die sehenden Auges handelnden, patientenfernen Entscheider unsichtbar. Sie finden lediglich als Träger der Gesundheitseinrichtung unter den haftenden Gesamtschuldern anonym Erwähnung, und strafrechtlich wurden sie persönlich bislang überhaupt nicht belangt. Das Ziel einer generalpräventiven Wirkung des Zivil- und Strafrechts wird nicht erreicht, solange es sich für die wirtschaftlich verantwortlichen Führungskräfte lohnt, ihre Einrichtungen kostengünstig, aber potentiell gefährlich zu organisieren, weil sie persönlich dafür nicht einzustehen haben.

Richtungswechsel in Sicht?

Mit einer aktuellen Entscheidung markiert das Amtsgericht Limburg einen Richtungswechsel in der Rechtsprechung [3]: Es verurteilte den Inhaber einer Zahnarztpraxis neben dem Anästhesisten wegen fahrlässiger Tötung eines Kindes aufgrund strukturell defizitärer Narkoseüberwachung in seiner Praxis. Das Berufungsgericht stellte das Verfahren zwar ein aufgrund des schwierigen Kausalitätsnachweises bei dem leicht behinderten Mädchen, verhängte aber gegen beide Beschuldigte hohe Geldauflagen. Die deutsche Strafjustiz ist – im Gegensatz zur Zivilrechtsprechung – bislang äußerst selten der Frage nachgegangen, inwieweit risikoreiche Organisationsstrukturen einen ärztlichen Behandlungsfehler begünstigt haben. Üblicherweise wurde gegen Organisationsverantwortliche („Täter hinter dem Täter“ [4]) nicht einmal Anklage erhoben.

Interessant an dem Limburger Fall ist, dass nicht nur der Anästhesist, sondern

auch der Zahnarzt zur Verantwortung gezogen worden ist. Und zwar nicht aufgrund eines etwaigen Fehlers bei dem oralchirurgischen Eingriff, sondern als Betreiber der Praxis. Für die Rechtspraxis hat dies für Praxisbetreiber sowie ärztliche und nicht-ärztliche Geschäftsführer von Kliniken eine sehr große Bedeutung, denn es stellt sich die Frage: Können auch sie sich strafbar machen wegen Betriebsabläufen in ihren Einrichtungen, die zwar Produktionskosten reduzieren und Erlöse steigern, aber hochgefährlich und deshalb geeignet sind, über die Zeit Dritte erheblich und voraussehbar zu gefährden?

Täter hinter den Tätern verfolgen

„Wird erkennbar, dass die für den Krankenhausbetrieb oder eine einzelne Abteilung empfohlene oder vorgeschriebene personelle bzw. sachliche Mindestausstattung nicht mehr gewahrt ist, um die Gefährdung des Patienten auf das noch tolerierbare Maß zu senken, so ist ... das Leistungsangebot zurückzunehmen.“ [5]. Es ist ärztliche Pflicht, das Leistungsvolumen an die tatsächliche personelle Infrastruktur in der Klinik oder Praxis anzupassen.

Kann der Arzt auf ein entsprechendes Gerichtsurteil verweisen, dann gewinnt seine Argumentation gegenüber den für Infrastruktur und Organisation verantwortlichen Entscheidern an „Überzeugungskraft“, wenn sich in dem Urteil nicht nur Ausführungen zur Verantwortung des beklagten Arztes und des „Trägers“ finden, sondern auch solche zur persönlichen Verantwortung derer, die Patienten gefährdende Personal- und Organisationsstrukturen und Produktionsquoten vorgegeben haben. Es würde der Sicherheit der Patienten dienen, wenn künftig Patientenanwälte in Zivilverfahren und Staatsanwaltschaften in Ermittlungsverfahren intensiv die Strukturverantwortlichkeit analysieren würden. In der Folge sollte generalpräventiv dann auch das Tun der „Täter hinter den Tätern“ in Arztprozessen – so wie im Urteil des Amtsgerichts Limburg geschehen – gewürdigt werden. Hier schlummert bislang ungenutztes Potential, um die Patientensicherheit zu erhöhen. Zwar müssen Kliniken und Arztpraxen Kosten reduzieren, um konkurrenzfähig zu bleiben und

ihre Existenzen zu sichern. „Sparen, koste es, was es wolle“ darf dabei jedoch nicht das Motto und der Preis für das Sparen nicht die Gesundheit und Sicherheit des Patienten sein. ■

Literatur

- 1 Neelmeier T, Schulte-Sasse U. Hypoxie durch Organisationsverschulden – Forensische Begutachtung von Führungsverhalten in Gesundheitseinrichtungen. *Rechtsmedizin* 2012; 22: 406-413
- 2 Neelmeier T, Schulte-Sasse U. Adverse Selektion medizinischer Leistungserbringer – Marktversagen infolge Informationsasymmetrie und Verantwortungsgefälle. 2012; *GesR* 11: 65-72
- 3 Amtsgericht Limburg a. d. Lahn, Urteil vom 25.3.2011, AZ. 3 Js 7075/08 - 52 LS, *ArztR* 2011; 46: 232-239
- 4 Kudlich H, Schulte-Sasse U. „Täter hinter den Tätern“ in deutschen Krankenhäusern? Strafbarkeit von „patientenfernen“ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisationsbedingten Patientenschäden. *NSZ* 2011; 31: 241-247
- 5 Ulsenheimer K. Zur Diskrepanz zwischen dem optimalen medizinischen Standard, dem ökonomisch Möglichen und dem rechtlich Geforderten – der Anästhesiologe im Widerstreit gegensätzlicher Pflichten. *Anästh Intensivmed* 2009; 50: 242-247

Vollständige Literatur beim Autor.

Unter <http://medizinrecht-schulte-sasse.de/bibliothek/veroeffentlichungen.html> sind zitierte Fundstellen abrufbar.

AUTOREN

Prof. Dr. med. Uwe Schulte-Sasse
em. Direktor der Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin, Heilbronn

Email: info@medizinrecht-schulte-sasse.de
Internet: www.medizinrecht-schulte-sasse.de



Tim Neelmeier

Rechtsanwalt, LL.B. (Bucerius), in Hamburg und externer Doktorand am Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht und Rechtsphilosophie von Prof. Dr. Hans Kudlich an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Email: tim.neelmeier@law-school.de



BIBLIOGRAFIE

DOI 10.1055/s-0032-1331673
Im OP 2013; 1: 15-17
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York · ISSN 1611-7905