Gynäkologe 2004 · 37:65–68
DOI 10.1007/s00129-003-1468-5
Online publiziert: 12. Dezember 2003
© Springer-Verlag 2003

Redaktion
D. Berg, K. Ulsenheimer

P. Schelling · München

Medizinischer Standard und Organisationsverantwortung in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen

Die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen wird seit Jahren mit Sorge betrachtet. Die drastischen demographischen Verschiebungen im Altersaufbau unserer Gesellschaft, die Arbeitsmarktsituation sowie das massiv gestiegene Anspruchsdenken auf Seiten der Patienten einerseits und die Errungenschaften der modernen Medizin andererseits führen dazu, dass die medizinischen Standards immer höher, gleichzeitig aber die finanziellen Mittel immer knapper werden.

Je größer aber die Kluft zwischen dem medizinisch Machbaren und dem ökonomisch Möglichen wird, desto schwieriger wird es auch für den einzelnen Mediziner, die Forderungen des Rechts zu erfüllen[1]. Denn bei der Behandlung muss der Arzt neben dem Patientenwohl mehr und mehr auch das Gemeinwohl berücksichtigen, etwa indem er die Indikation für bestimmte Heilverfahren streng stellt, um die Solidargemeinschaft der Versicherten bzw. den Staat nicht über Gebühr zu belasten[2].

Solche Kosten-Nutzen-Erwägungen, die jahrzehntelang als unärztlich oder als Widerspruch zum ärztlichen Heilauftrag zurückgewiesen wurden und bezeichnenderweise auch im Eid des Hippokrates keine Erwähnung finden[3], bestimmen zunehmend den Entscheidungsprozess des Arztes bei der Therapiewahl.

[1] Ulsenheimer, Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen, in Festschrift für Kohlmann, Köln 2003, S. 319

[2] Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., § 2, Rdn. 8

[3] Ulsenheimer, FN 1, S. 322

Die Folge des ökonomischen Drucks ist, dass sowohl Arzt als auch Patient Qualitätsunterschiede bei der Behandlung akzeptieren müssen und letztendlich immer weniger Patienten optimale Behandlungsbedingungen zu Teil werden.

Kosten-Nutzen-Erwägungen bestimmen zunehmend die Therapiewahl

Fraglich ist, welche Konsequenzen sich aus dem Vorstehenden für den medizinischen Standard und die Organisationsverantwortung der Behandlungsseite ergeben.

Auswirkung auf den Standard

Bandbreite des medizinischen Standards

Der Patient hat nach der Rechtsprechung Anspruch auf eine Behandlung, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft zum Zeitpunkt der Behandlung entspricht, also auf das, was sich in der Praxis bewährt hat, wissenschaftlich gesichert ist und von einem durchschnittlich befähigten Facharzt an Wissen und Können verlangt werden kann[4]. Die Subsumtion einer ärztlichen Maßnahme unter den medizinischen Standard kann dabei im Einzelfall schwierig sein, da der Standard nicht punktuell zu bestimmen ist, sondern eine beachtliche Bandbreite aufweist.

[4] Vgl. Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., § 3, Rdn. 16; § 39, Rdn. 9

Der Standard hat eine beachtliche Bandbreite

Dies hat 3 Gründe: (1) Die medizinische Wissenschaft und ärztliche Erfahrung befinden sich in ständigem Fluss, was dazu führt, dass Behandlungsstandards nach oben (neues Heilverfahren) und unten (altes Heilverfahren) relativ offen sind. (2) Nur in wenigen Behandlungssituationen gibt es lediglich eine dem Standard entsprechende Maßnahme, von der nicht abgewichen werden darf. (3) Im Übrigen sind meist mehrere Behandlungsmöglichkeiten denkbar, die qualitativ unterschiedlich, aber gleichwohl standardgemäß sind[5].

Einfluss wirtschaftlicher Faktoren

Auch unterschiedliche finanzielle und wirtschaftliche Rahmenbedingungen finden in der Bandbreite des medizinischen Standards Platz, wenn die Rechtsprechung hervorhebt, dass nicht „stets das jeweils neueste Therapiekonzept mittels einer auf den jeweils neuesten Stand gebrachten apparativen Ausstattung“[6] eingesetzt werden muss, sondern „der rasche Fortschritt der medizinischen Technik und die damit einhergehende Gewinnung immer neuer Erfahrungen und Erkenntnisse zwangsläufig zu Qualitätsunterschieden in der Behandlung von Patienten führt“[7].

[5] Vgl. Schelling, Die ärztliche Aufklärung über die Qualität der Behandlung, S. 53

[6] BGH, NJW 1988, 763

[7] BGH, NJW 1993, 2989 f.

Insbesondere bei der Beurteilung des Sorgfaltsmaßstabs im kostenintensiven Bereich der sachlich-technischen sowie personellen Ausstattung gilt, dass die allgemeinen Grenzen im System der Krankenversorgung, selbst wenn es Grenzen der Finanzierbarkeit und der Wirtschaftlichkeit sind, nicht völlig außer Betracht bleiben können[8]. Solch systemimmanente Grenzen unseres Gesundheitswesens schließen z. B. nach einem Urteil des Oberlandesgerichts Köln[9] Schadenersatzansprüche aus, wenn die apparative Ausstattung einer Universitätsklinik nicht ausreicht, um allen Patientinnen nach einer Brustoperation eine computergestützte Bestrahlung anzubieten, welche das Risiko von Strahlungsschäden vermindert.

Ärztliches Handeln wird auch durch den Umfang von Kapazitäten bestimmt

Auch eine andere Entscheidung des Oberlandesgerichts Köln[10] zeigt, dass ärztliches Handeln nicht nur durch medizinische Fakten, sondern auch durch den Umfang vorhandener Kapazitäten bestimmt wird: eine Patientin musste hier wegen mangelnder Verfügbarkeit der Herz-Lungen-Maschine monatelang auf die Durchführung eines dringlichen herzchirurgischen Eingriffs warten und erlitt während dieser Zeit eine Hirnembolie bzw. sonstige Komplikationen mit schweren Dauerschäden. Dennoch verneinte das Gericht eine Haftung.

Aus denselben Gründen kann z. B. auch nicht verlangt werden, dass bei einer Nierenarteriendilatation „für jede mögliche Komplikation ein Notfallteam in Bereitschaft steht“[11].

Beispiele aus dem Bereich der Gynäkologie

Auch für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe sind obergerichtliche Entscheidungen bekannt, die diese Grundsätze bestätigen:

Begrenzte Kapazitäten für Amniozentese. So hat der BGH[12] im Jahre 1987 entschieden, dass, sofern die Institutskapazitäten für die Amniozentese nur zur Untersuchung von Müttern ab dem 36. Lebensjahr ausreichen, sich jüngere Mütter damit entschädigungslos abfinden müssen.

Personelle Besetzung bei Risikogeburt. Auch mit der Frage, inwiefern Unterschiede in der personellen Ausstattung in der Geburtshilfe haftungsrechtlich bedeutsam sind, war der BGH befasst. Dem Urteil[13] lag folgender Sachverhalt zugrunde: Eine schwangere Frau begab sich mit einer Zwillingsschwangerschaft zur Niederkunft in die vom Beklagten geleitete geburtshilfliche Abteilung eines kleineren Krankenhauses. Bei der zunächst eingeleiteten vaginalen Geburt traten Komplikationen auf, sodass eine Sectio durchgeführt werden musste. Die Kinder trugen wegen eines perinatalen Sauerstoffmangels Hirnschäden davon und klagten deshalb auf Schadenersatz.

Die Anforderungen dürfen sich nicht unbesehen an Universitätskliniken orientieren

Das Berufungsgericht warf dem Beklagten sachverständig beraten vor, es versäumt zu haben, die für eine Zwillingsgeburt erforderlichen organisatorischen Vorkehrungen zu treffen. Zur angemessenen klinischen Versorgung habe das Hinzuziehen von 2 Personen für jedes Kind gehört, am besten eines Pädiaters und einer in der Reanimation erfahrenen Schwester. Die personelle Unterbesetzung wertete das Berufungsgericht als groben Fehler und verurteilte den Beklagten.

Der Bundesgerichtshof hingegen wies die Sache an die Vorinstanz zurück, da sich den Ausführungen des Sachverständigen nicht entnehmen lasse, ob die für erforderlich erachtete personelle Ausstattung des Entbindungsteams auch für das betreffende Krankenhaus oder nur für ein Perinatalzentrum gelte. Der BGH führt hier aus, „dass sich die Anforderungen des medizinischen Sachverständigen nicht unbesehen an den Möglichkeiten von Universitätskliniken und Spezialkliniken orientieren dürfen, sondern an den für diesen Patienten in dieser Situation faktisch erreichbaren Gegebenheiten ausrichten müssen, sofern auch mit ihnen ein zwar nicht optimaler, aber noch ausreichender medizinischer Standard erreicht werden kann“.

Apparative Ausstattung. Dass Qualitätsunterschiede insbesondere auch bei der apparativen Ausstattung von der Patientenseite hinzunehmen sind, zeigt die sog. „Hochfrequenzstrom-Entscheidung“ des BGH[14]:

In einer Frauenklinik wurde 1988 bei einer Patientin eine Tubensterilisation durch Elektrokoagulation mit monopolarem Hochfrequenzstrom durchgeführt. Obwohl noch in einer erheblichen Anzahl von Krankenhäusern die Koagulation mit diesem Verfahren erfolgte, hatte sich die fortschrittlichere Methode mit bipolarem Hochfrequenzstrom schon weitgehend durchgesetzt und wurde auch von Fachkreisen empfohlen, weil die Gefahr der Darmverletzung mit diesem Verfahren erheblich geringer war. Bei der Operation kam es zu einer Darmverletzung, woraufhin die Patientin die Ärzte auf Zahlung von Schmerzensgeld und Schadenersatz verklagte.

Der BGH hat hier einen Behandlungsfehler verneint. Trotz ausgesprochener Empfehlung für die bipolare Technik sei das alte Verfahren noch vertretbar gewesen. Denn „schon aus Kostengründen“ könne nicht jede technische Neuerung, die den Behandlungsstandard verbessert, von jeder Klinik umgehend angeschafft werden.

Untergrenze des Standards

Der zu fordernde medizinische Standard ist also „je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden“[15], allerdings nur „in Grenzen“[16], wie der BGH einschränkend hinzufügt.

Wodurch wird aber die entscheidende Untergrenze, jenseits derer ein Verstoß gegen den medizinischen Standard und die ärztliche Sorgfaltspflicht zu bejahen

[8] Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rdn. 134 m.w.H.

[9] OLG Köln, VersR 1999, 847

[10] OLG Köln, VersR 1993, 52

[11] OLG Oldenburg, VersR 1995, 49

[12] BGH, NJW 1987, 2923

[13] BGH, VersR 1994, 480 ff.

[14] BGH, JZ 1988, S. 411

[15] BGH, NJW 1993, 2989

[16] BGH, NJW 1993, 2989

ist, bestimmt? Einigkeit besteht jedenfalls darin, dass eine „unverzichtbare Basisschwelle“[17] im Sinne essenzieller Grundvoraussetzungen für den Schutz und die Sicherheit des Patienten gewahrt bleiben muss. Nachdrücklich betont der BGH, Ärzte und Krankenhausträger dürften „sich in keinem Fall darauf berufen, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwinge zum Einsatz unerfahrener Assistenzärzte“[18], der gebotene Sicherheitsstandard dürfe nicht etwaigen personellen Engpässen geopfert werden[19] und die „angemessene medizinische Versorgung sei von vorneherein sicherzustellen“[20].

Der gebotene Sicherheitsstandard darf nicht personellen Engpässen geopfert werden

Wo im Einzelfall die für den Standard erforderliche Mindestgrenze personeller und sachlicher Behandlungsbedingungen festzusetzen ist, ist schwierig. Sie liegt wohl dort, wo eine (Weiter)behandlung durch den Arzt „unverantwortlich“[21] ist, weil das daraus resultierende Risiko und die Nachteile für den Patienten größer sind als im Falle der Nichtbehandlung bzw. Weiterverweisung[22].

So können z. B. die hygienischen Umstände einer Behandlung so ungenügend sein, dass daraus für den Patienten erhöhte Infektionsrisiken hervorgehen[23]. Auch die Unterversorgung einer Klinik mit Anästhesisten und die dadurch bedingte „Parallelnarkose“ mehrerer Patienten durch eine Narkosearzt stellen nach der Rechtsprechung „schlechthin untragbare Zustände“[24] dar.

[17] Steffen/Dressler, Arzthaftungsrecht, 9. Aufl., Rdn. 137

[18] BGH, VersR 1984, 62

[19] BGH, NJW 1983, 1376

[20] BGH, VersR 1984, 62

[21] BGH, NJW 1988, 763 (765)

[22] Vgl. Ulsenheimer, FN 1, S. 332

[23] Vgl. BGH, NJW 1971, 241 (242) – Infektion eines Neugeborenen, die auf mangelhafte hygienische Bedingungen bzw. Vorkehrungen in der Klinik zurückgeht; OLG Köln, NJW 1978, 1690 – durch Bauarbeiten hervorgerufene hygienische Missstände

[24] BGH, NJW 1989, 2321(2322)

Zusammenfassung · Abstract

Gynäkologe 2004 · 37:65–68
DOI 10.1007/s00129-003-1468-5
© Springer-Verlag 2003

P. Schelling

Medizinischer Standard und Organisationsverantwortung in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen

Zusammenfassung

Die besorgniserregende Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen führt dazu, dass Kosten-Nutzen-Erwägungen bei der Therapiewahl zunehmend wichtiger werden und sowohl Arzt als auch Patient Qualitätsunterschiede bei der Behandlung akzeptieren müssen. Auch die Rechtsprechung hat erkannt, dass bei der Beurteilung des Sorgfaltsmaßstabs die Grenzen der Finanzierbarkeit und der Wirtschaftlichkeit nicht außer Betracht bleiben können und der zu fordernde Standard je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden ist. Denn so wie von einem Allgemeinmediziner weniger Kenntnisse und Fähigkeiten erwartet werden als von einem Facharzt, so muss auch bei einem „Landkrankenhaus“ der Sorgfaltsmaßstab weiter unten angesetzt werden als bei einer Uniklinik. Sollte die Verknappung der Ressourcen und damit der Kostendruck weiter zunehmen, kann Anpassung des Standards sogar Senkung des Standards bedeuten.

Schlüsselwörter

Qualitätsunterschiede · Standard · Kostendruck · Ausstattung · Wirtschaftlichkeit

Medical standards and organizational responsibilities in times of limited financial resources

Abstract

Due to the alarming spiraling costs of health care, cost-benefit considerations have become increasingly important in choosing therapy so that both physicians and patients must accept differences in the quality of treatment. Case law has also recognized that when judging standards of diligence, aspects of financial limitations and economic viability cannot be ignored and that the standards exacted vary according to available personnel and facilities. Just as less knowledge and proficiency can be expected of a general practitioner than of a specialist, the standard of diligence specified for a regional hospital should be lower than for a university clinic. If the shortage of resources continues, and thus the pressure of costs, adjusting standards could signify lowering standards.

Keywords

Quality differences · Standard · Cost pressure · Equipment · Cost effectiveness

Liegen also die Behandlungsbedingungen unterhalb der Basisschwelle, muss die Behandlung abgelehnt und der Patient an einen Kollegen bzw. eine andere Klinik mit besseren Bedingungen überwiesen werden. Ansonsten droht der Vorwurf eines Übernahme- bzw. Organisationsverschuldens.

Organisationsverantwortung

Freilich müssen Defizite in der Behandlungsqualität nach Kräften neutralisiert werden durch umfassende Pflichten zur vorausschauenden Organisation und Koordination, durch wachere Selbstkritik bei der Übernahme des Patienten und durch frühere Abgabe des Falles an den Spezialisten[25].

Der medizinische Standard ist ggf. zwangsläufig niedriger anzusetzen

Dem Krankenhaus wird z. B. auferlegt oder zugestanden, hygienische Schwachstellen durch entsprechende systematische Antibiotikaprophylaxe auszugleichen[26]. Und ein Krankenhaus, das nicht über das erforderliche Diagnosegerät verfügt, soll eine besser ausgestattete Klinik bitten (dürfen), die erforderlichen Befunde zu erheben. Notfalls müsse der Patient in eine besser ausgestattete Klinik verlegt werden[27].

Wenn aber auch nach Ausschöpfen aller organisatorischen Möglichkeiten, Rationalisierungsmaßnahmen und Umverteilung der finanziellen Mittel die örtliche Schwächelage, personelle oder instrumentelle Engpässe, Strukturmängel im konkreten Behandlungsbereich infolge der Mittelknappheit nicht zu beseitigen sind, ist der medizinische Standard zwangsläufig niedriger anzusetzen als dort, wo die sachliche und personelle Ausstattung aufgrund günstiger wirtschaftlicher Verhältnisse besser ist[28].

Schlussfolgerungen

Der Umstand, dass die Grenzen der Finanzierbarkeit der modernen Medizin zunehmend sichtbar werden bei gleichzeitig rasanter Weiterentwicklung des medizinischen Fortschritts hat zur Folge, dass sich der „obere" und „untere" Bereich des Standards zunehmend auseinander bewegen und so die der Handlungskorridor weiter wächst.

Während in spezialisierten Einrichtungen das fortschrittlichste Verfahren und optimale Behandlungsbedingungen den einzuhaltenden Standard vorgeben, ist dies auf der Ebene der „allgemeinen" Versorgungsstufe die universell zur Verfügung stehende Ausstattung oder Methode. Denn so wie von einem Allgemeinmediziner weniger Kenntnisse und Fähigkeiten erwartet werden als von einem Facharzt, so muss auch bei einem „Landkrankenhaus" der Sorgfaltsmaßstab weiter unten angesetzt werden als bei einer Uniklinik.

Es wäre wünschenswert, wenn die Gerichte diese Differenzierungen in praxi umsetzten und die Gutachter, die sich bislang fast durchgängig aus dem Bereich der universitären Spitzenmedizin rekrutieren, dazu anhielten, sich an den tatsächlichen Gegebenheiten und der Versorgungsstufe des in Anspruch genommenen Arztes oder Krankenhauses zu orientieren. So könnte verhindert werden, dass bei der Beurteilung der erforderlichen und zumutbaren ärztlichen Sorgfalt stets ein „Ideal-Standard"[29] als Maßstab angelegt wird.

Es wäre weiter wünschenswert, wenn besagte Differenzierungen im Standard auch in den Leitlinien der AWMF aufgenommen würden.

Die Rechtsprechung hat in der Vergangenheit bereits beachtliche Toleranz und Verständnis für wirtschaftliche Zwänge gezeigt, wenn aufgrund finanzieller Engpässe „eigentlich" veraltete Technik (Bsp: Elektrokoagulation) eingesetzt wurde oder medizinische Verfahren erst spät (Bsp: Herzoperation) oder gar nicht (Bsp: Amniozentese) durchgeführt wurden.

Möchte man die Forderung nach der Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht leer laufen lassen, müssen der Arzt bzw. Krankenhausträger bei der Wahl des diagnostischen und therapeutischen Verfahrens berechtigt sein, Restrisiken oder gar gesundheitliche Nachteile für den Patienten in Kauf zu nehmen.

Damit wird letztendlich deutlich: Anpassung des Standards kann auch Senkung des Standards bedeuten, wenngleich sich viele noch gegen diese ungewohnte Vorstellung vehement wehren. Sollte die Verknappung der Ressourcen und damit der Kostendruck weiter zunehmen, wäre es künftig z. B. denkbar, dass in einigen Krankenhäusern – wie vor 3 oder 4 Jahrzehnten üblich – Narkosen wieder von Pflegekräften durchgeführt werden und Hausgeburten dominieren, selbst wenn damit der inzwischen erreichte, sehr viel höhere Sicherheitsstandard (durch die ausschließliche Zuständigkeit des Anästhesisten für das Betäubungsverfahren und den Siegeszug der Klinikgeburtshilfe) faktisch wieder abgesenkt würde. Denn die Alternative wäre die zeitweise oder gänzliche Schließung der Abteilung oder gar des ganzen Krankenhauses, was zum einen durch die längeren Wege für die Patienten und damit zeitlichen Verzögerungen neue Risiken schafft und zum anderen die Kapazitäten der Nachbarklinken erschöpft[30].

Selbstverständlich muss der Patient über eine Absenkung des Standards bei Beginn oder der Fortsetzung der Behandlung aufgeklärt bzw. auf die Möglichkeit hingewiesen werden, über eine „private Liquidation" in den Genuss optimaler Behandlungsbedingungen zu kommen[31]. Mit der Berücksichtigung der Kosten auf Behandlungsebene gehen also erweiterte Aufklärungspflichten einher.

Korrespondierender Autor

Dr. jur. P. Schelling

Ulsenheimer Friederich Rechtsanwälte,
Maximiliansplatz 12, 80333 München
E-Mail: SOZIETAET@ULS-FRIE.DE

[25] Steffen/Dressler, Arzthaftungsgrecht, 9. Aufl., Rdn. 141

[26] Vgl. OLG Saarbrücken, VersR 1992, 53

[27] OLG Köln, VersR 1991, 187

[28] Ulsenheimer, FN. 1, S. 330

[29] Ulsenheimer, FN 1, S. 334

[30] So Ulsenheimer, FN 1, S. 330 f.

[31] Ulsenheimer, FN 1, S. 331 f.