

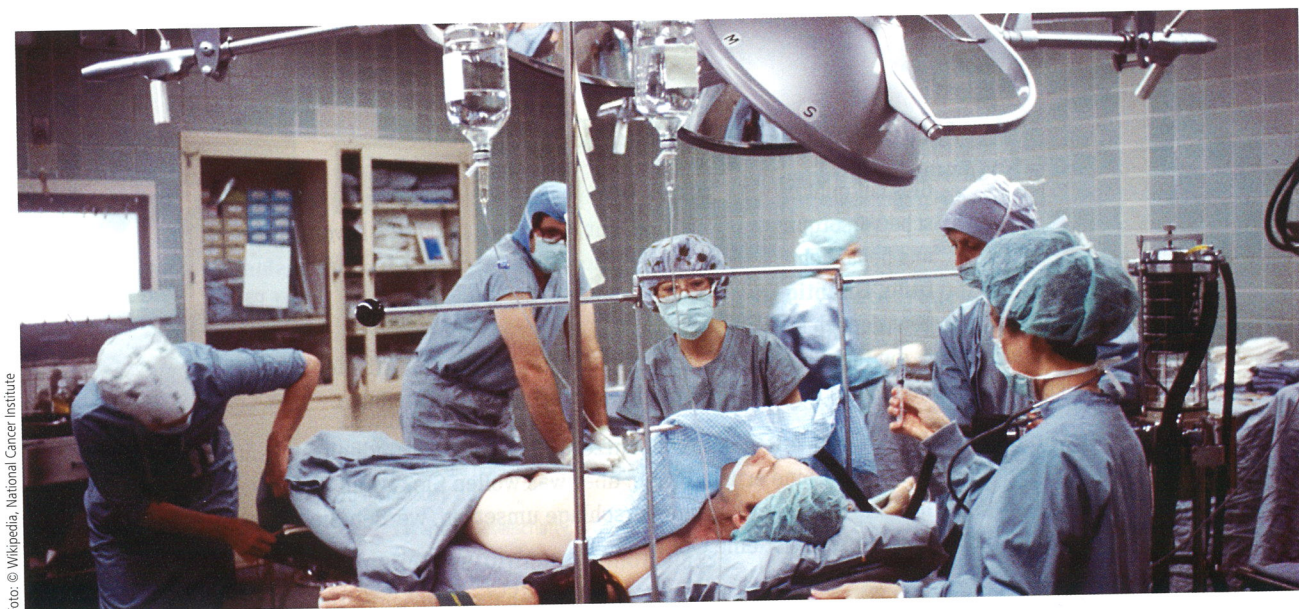


Foto: © Wikipedia, National Cancer Institute

Behandlung um jeden Preis – Unnötige Operationen

Marcel Vachek

*In
deutschen
Kliniken er-
eignen sich
jährlich fünf-
mal so viele
vermeidbare
Todesfälle wie
im Straßen-
verkehr*

Anfang 2014 veröffentlichte der Krankenhaus-Report 2014 der AOK aufschreckendes Zahlenmaterial: Von den knapp 19 Millionen jährlich in Deutschland durchgeführten Krankenhausbehandlungen sei jede hundertste (etwa 188 000) fehlerhaft, jede tausendste (etwa 18 800) führe gar zu einem tödlichen Fehler. Wenn diese Zahlen zutreffend sind, bedeutet das: In deutschen Kliniken ereignen sich jedes Jahr fünfmal so viele vermeidbare Todesfälle wie im Straßenverkehr. Während die Zahl der Verkehrstoten seit Jahren rückläufig ist, steigt die Zahl der Todesfälle aufgrund ärztlicher Behandlungsfehler stetig.

Sind die Deutschen so krank, dass sie immer mehr Operationen benötigen? Sicherlich ist es so, dass ständig neue Operationsverfahren entwickelt werden, die helfen, den natürlichen degenerativen Abbauprozess zu verlangsamen. War noch vor wenigen Jahrzehnten bei vollständigem Meniskusverschleiß oder einer erheblichen Hüftarthrose

das weitere Leben mit Krücken oder im Rollstuhl vorgezeichnet, so kann heute eine Teil- oder Total-Endoprothese im Knie oder in der Hüfte ein relativ beschwerdefreies Weiterleben ermöglichen.

Aber warum wird in Deutschlands Krankenhäusern so viel operiert? Die Antwort ist einfach: Jede Operation bringt Geld.

Ein kurzer Rückblick: Noch vor einigen Jahren wurden im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbrachte Krankenhausleistungen über die sog. tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet. Hier wurde von den GKV also nicht nur die Operation, sondern jeder Pflegetag mit einem gleich hohen Tagessatz vergütet. Der Leser versteht, warum er früher trotz raschen Heilungsfortschritts oft erst nach dem Wochenende entlassen wurde, obwohl an diesem die ärztliche Versorgung auf ein Minimum reduziert war: Es wurde eben die Anzahl der Krankenhaustage vergütet.

Inzwischen hat sich der Trend gewendet:

Ein Klinikaufenthalt wegen einer Standard-Operation, der noch vor wenigen Jahren 10 bis 14 Tage dauerte, währt heute nur noch drei Tage, nicht selten wird sie sogar ambulant durchgeführt. Woran liegt das?

Vorweg: Mit besseren Operationsmethoden haben diese verkürzten Liegezeiten meist nicht viel zu tun. Vielmehr waren der GKV die hohen Behandlungskosten aufgrund der Aufenthaltsdauer ein Dorn im Auge. So kam es zur gesetzlichen Einführung der sog. Diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, kurz: DRGs), die sich nicht länger an der Verweildauer, sondern an der jeweiligen Diagnose und an einer am Konferenztisch ausgehandelten Behandlung orientierten. Dies sollte zur Kosteneinsparung führen und das gelang auch.

Ein weiterer vom Gesetzgeber durchaus gewollter Effekt der Einführung der DRGs ab dem Jahr 2003 war, dass sich vor allem kleinere Kreiskrankenhäuser zunehmend auf bestimmte Behandlungen (z. B. Knie- und Hüftgelenkersatz) spezialisierten, andere Behandlungen (z. B. internistische) hingegen nicht mehr durchführten. Die Leidtragenden sind die Patienten, die nun nicht mehr immer wohnortnah behandelt werden können. **Die hohen Investitionskosten für eine moderne High-Tech-Ausstattung der OP-Säle müssen sich aber auch nach dem neuen Abrechnungssystem amortisieren. Dies führt nicht selten dazu, dass Patienten operiert werden, bei denen ein Eingriff nicht zwingend erforderlich wäre.** Dies entspricht auch der Einschätzung von Jürgen Wasem, Professor für Medizinmanagement an der Uni Duisburg-Essen (Passauer Neue Presse vom 22. Januar 2014, S. 4): „Es gibt Anreizwirkungen durch das Fallpauschalensystem, mehr zu operieren. Wir haben in einer Studie festgestellt, dass insbesondere in den Fällen das Wachstum sehr hoch war, bei denen man durch Mengenausweitung besonders leicht Deckungsbeiträge erzielen kann, weil die Fixkosten hoch, die Kosten des einzelnen Falls aber gering sind.“

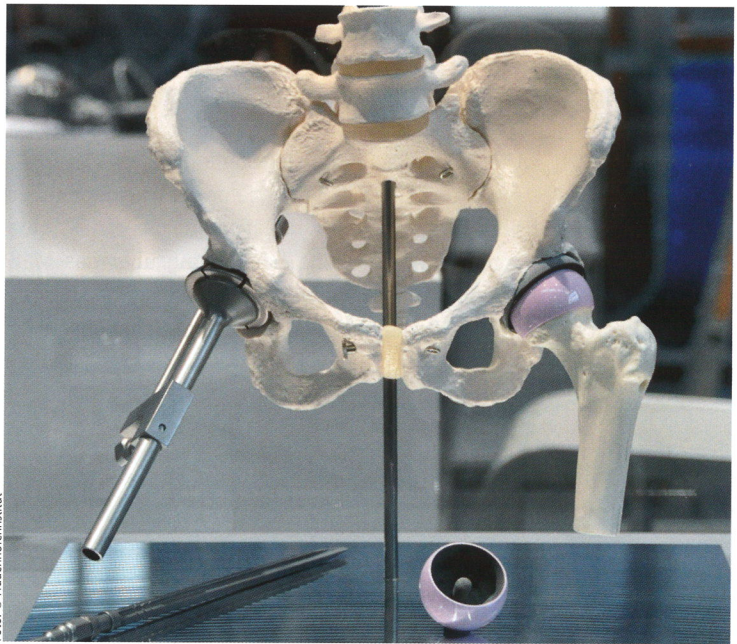


Foto: © Frauenhoferinstitut

Diese Tendenz des vermehrten Operierens führt mitunter dazu, dass Patienten, die sich nach der Operation nicht schnell genug erholen, zu früh entlassen werden. Denn jeder verlängerte Klinikaufenthalt verursacht Mehrkosten, die durch die Fallpauschale nicht ausreichend abgedeckt sind. Gerade wenn die Wundheilung des Patienten noch nicht ausreichend ist, kann eine zu frühe oder gar „blutige“ Entlassung zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen – mit der Folge, dass der Patient erneut stationär aufzunehmen ist. Jede Neuaufnahme löst aber eine neue Fallpauschale aus.

Wie ist eine überflüssige Operation rechtlich zu beurteilen? Liegt dem Krankenhausaufenthalt ein medizinisch nicht indizierter Eingriff zugrunde, so sind nach Auffassung der Rechtsprechung besonders hohe Anforderungen an die Grundaufklärung des Patienten zu stellen (vgl. nur OLG München, Az. 1 U 4853/02, OLGR 2004, S. 126; OLG Düsseldorf, NJW-RR 2003, S. 1331, 1332). Ganz allgemein gilt: „Je weniger dringlich der Eingriff sich – nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht – in zeitlicher und sachlicher Hinsicht für den Patienten darstellt, desto weitergehend ist das Maß und der Genauigkeitsgrad der Aufklärungspflicht“ (vgl. Geiß/Greiner, Arzthaftpflichtrecht, 5. Aufl., S. 202, Rn 8).

War früher bei einer erheblichen Hüftarthrose das weitere Leben mit Krücken oder im Rollstuhl vorgezeichnet, so kann heute eine Endoprothese ein relativ beschwerdefreies Weiterleben ermöglichen.

Zu frühe Entlassungen können erneut zu stationären Aufenthalten führen. Das löst eine neue Fallpauschale aus

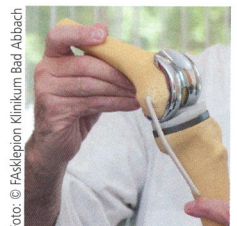


Foto: © Fasklepon Klinikum Bad Abbach

Erst vor Kurzem hat das Oberlandesgericht (OLG) Köln mit Urteil vom 18. September 2013 - 5 U 40/13 - diese Rechtsprechung bestätigt:

„Unterlässt ein behandelnder Arzt gegenüber dem Patienten eine Aufklärung darüber, dass eine von ihm vorgesehene Behandlung über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgeht, so ist er seinem Patienten gegenüber zum Schadensersatz

Meniskusproblemen meist überhaupt keiner Knieoperation bedarf. **Bezeichnend ist, dass viele Ärzte an sich selbst derartige operative Eingriffe nicht ohne Not vornehmen lassen.**

Der Verfasser dieses Artikels vertrat vor einiger Zeit einen Patienten vor dem OLG München (Az. 1 U 3057/09), der sich aufgrund einer aktivierten Arthrose nach einer fehlerhaften Knorpelglättung ohne vorherige Einklemmungserscheinungen nur noch mit Gehhilfen fortbewegen konnte. In der mündlichen Verhandlung wurde der gerichtlich bestellte Sachverständige, zugleich Chefarzt für Chirurgie, mit der oben erwähnten Moseley-Studie konfrontiert, um so die Fehlerhaftigkeit der Operation wegen fehlender OP-Indikation zu begründen. Geschickt fragte der gerichtliche Gutachter den ebenfalls anwesenden Privatgutachter des Patienten, Chefarzt eines weiteren Krankenhauses, ob dieser in derartigen Fällen denn nicht selbst auch operiert hätte. Der Privatgutachter schwieg daraufhin; offenbar hätte er aufgrund der Vorgaben seiner Krankenhausverwaltung derartige Fälle in seinem Haus ebenfalls operiert. Im Ergebnis wurde in dem Verfahren daher zwar ein Aufklärungsfehler festgestellt, nicht aber ein Behandlungsfehler wegen der unnötig durchgeführten Operation. Das OLG hatte offensichtlich nicht den Mut, durch ein wegweisendes Urteil die Fehlentwicklung im Gesundheitswesen zu korrigieren.

Eine weitere Ursache für unnötig vorgenommene Operationen können **bestimmte Fallzahlen für Operationen sein, die Ärzte benötigen, um ein Spezialisierungszertifikat zu erlangen.** Zudem erhalten Chefarzte von Krankenhäusern oftmals Boni, die vom Erreichen zuvor festgelegter Zahlen für bestimmte Operationen abhängig sind.

Kein chirurgischer Bereich ist von unnötigen Operationen ausgenommen. Ein weiterer Fall aus der Kanzlei des Verfassers: Ein Patient störte sich am Anblick seiner sich kreuzenden Schneidezähne. Konservativ war tatsächlich keine Abhilfe möglich. Dem Privatpatienten wurde eine komplizierte Umstellungsoperation der Kieferknochen empfohlen und durchgeführt, die zu Nervverletzungen im Gesichtsbereich und zu mehrfachen Nachoperationen führte. Mit wesentlich geringerem operativem



Foto: © www.siemens.com/presse

Die hohen Investitionskosten für eine moderne High-Tech-Ausstattung wird für viele Kreiskrankenhäuser zum Überlebenskampf

wegen vertraglicher Pflichtverletzung verpflichtet. Der Schaden umfasst dabei auch die Kosten dieser medizinisch nicht indizierten Behandlung.“

Dennoch wird in Deutschland weiterhin unnötig viel operiert, weil aufgrund des hohen Kostendrucks der Krankenhäuser der Rubel rollen muss. Die bekannte US-amerikanische Moseley-Studie zu Kniegelenksoperationen aus dem Jahre 2002 (NEJM 2002 347, S. 81 ff.) hat nachgewiesen, dass eine arthroskopische Revisionsoperation die Beschwerden des Patienten nicht besser lindert, als wenn diese gar nicht vorgenommen wird, sofern nicht ausnahmsweise ein Fall einer durch Einklemmung verursachten Bewegungseinschränkung vorliegt. Diese Ergebnisse wurden durch eine Studie kanadischer Forscher bestätigt.

Die Ergebnisse dieser Studien wurden mehrfach im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht, so dass es jedem Chirurgen bewusst sein müsste, dass es – außer im Fall von Einklemmungen – bei

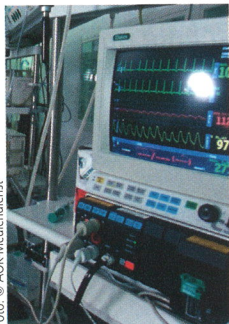


Foto: © AOK-Mediendienst

Aufwand hätten hier alternativ die beiden Frontzähne gezogen und Implantate eingesetzt werden können. Dies zeigt, dass überflüssige Operationen auch Folgeprobleme oder gar weitere Behandlungsfehler nach sich ziehen können.

Der immer höhere Kostendruck im Gesundheitssystem wird für viele Kreiskrankenhäuser zum Überlebenskampf. Dies lässt die Anzahl der durchgeführten Operationen ansteigen, wobei der Operationsablauf vermehrt Züge einer Fließbandtaktung des Behandlungsguts Mensch annimmt. Die Ökonomisierung des Gesundheitssektors höhlt damit das von der caritas geprägte christliche Menschenbild immer mehr aus, das sich durch ein echtes Bemühen um das Patientenwohl entsprechend dem Gleichnis vom barmherzigen Samariter auszeichnet.

Auch wenn in der Öffentlichkeit der Patient und seine Rechte propagiert werden, so zuletzt im Februar 2013 anlässlich der Einfügung des sog. Patientenrechtegesetzes in die §§ 630a ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), geht es Krankenhäusern wie Krankenkassen oftmals vorrangig leider nur um eines: mit der Krankheit des Patienten viel Geld zu verdienen bzw. einzusparen. Nicht nur Menschen, die krank sind, bedürfen daher (oft, nicht immer) einer Operation; auch das Gesundheitssystem selbst muss einem Eingriff mit dem Skalpell unterzogen werden.



Was praktisch tun?

Um einen wirksamen Schutz vor überflüssigen Operationen zu erreichen, sollte sich ein Patient vor einem geplanten operativen Eingriff über alle Behandlungsalternativen, d. h. über andere Operationsarten, wie auch über konservative, also nicht-operative Therapien zur Behebung des Grundleidens sowie über die speziellen Risiken jeder Therapieform ausführlich beraten lassen und zwar von dem Arzt, der den Eingriff vornehmen will. Die Aufklärung sollte in zeitlich so ausreichendem Abstand vor dem Eingriff erfolgen, dass der Patient noch die Möglichkeit hat, sich auch anders zu

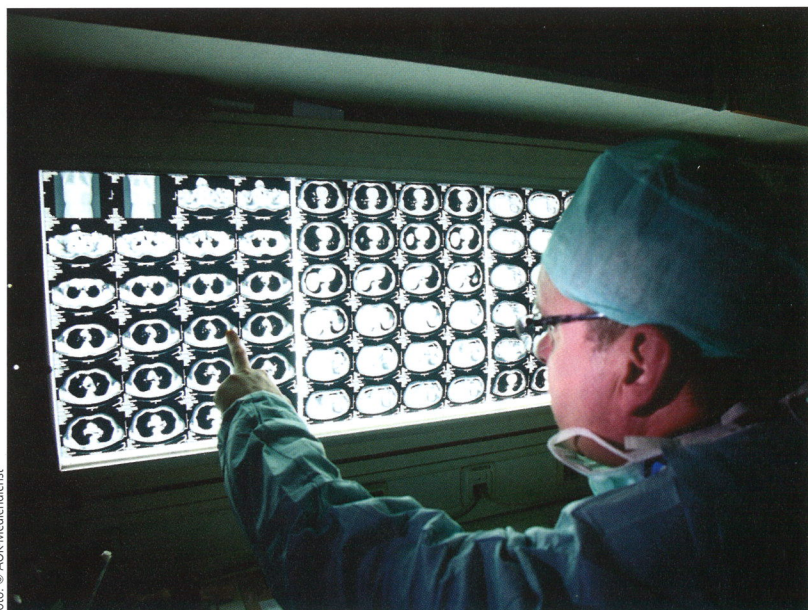


Foto: © AOK-Medien dienst

entscheiden. Es wird empfohlen, sich den **Aufklärungsbogen mit der Dokumentation des Arztes aushändigen zu lassen**; hierauf besteht nach § 630e Abs. 2 S. 2 BGB ein gesetzlicher Anspruch. Auch kann die Einholung einer Zweitmeinung bei einem anderen Mediziner von Vorteil sein.



Dr. jur. Marcel Vachek aus Passau ist Fachanwalt für Medizinrecht und Vertrauensanwalt der Stiftung Gesundheit. Die Kanzlei Dr. Vachek Rechtsanwälte (www.kanzlei-vachek.de) vertritt im Arzthaftungsrecht bundesweit ausschließlich die Patientenseite.

Krankenhäusern wie Krankenkassen geht es oftmals nur um eines: mit der Krankheit des Patienten viel Geld zu verdienen bzw. einzusparen

Dr.
VACHÉK
Rechtsanwälte



- Arzthaftung
- Arbeitsrecht
- Erbrecht
- Unfallschadensrecht
- Steuer(straf)recht
- Versicherungsrecht

www.kanzlei-vachek.de

☎ 0851/966 150-0