



Tim Neelmeier (35) studierte Jura an der Bucerius Law School, Hamburg, sowie der Cornell Law School, Ithaca (NY), und legte beide Staatsexamina in Hamburg ab. Tätig war er zunächst als Dozent bei BeckAkademie – Juristische Lehrgänge. 2011 erfolgte die Zulassung zur Rechtsanwaltschaft, 2014 eine Promotion im Medizinstrafrecht an der Universität Erlangen-Nürnberg zum Thema »Organisationsverschulden patientenferner Entscheider und einrichtungsbezogene Aufklärung«. Neben einer Reihe von Publikationen und Vorträgen zum Arzthaftungs- und Arztstrafrecht war er seit Anfang 2014 in einer entsprechend spezialisierten Rechtsanwaltskanzlei in München tätig. Im Sommer 2015 wechselte er als Richter nach Schleswig-Holstein, zzt. Landgericht Itzehoe.

Beitragstitel **Managerhaftung in der Medizin und Qualitätswettbewerb durch Patientenaufklärung**

Dr. Tim Neelmeier

Promotion an der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

Landgericht Itzehoe

E-Mail tim.neelmeier@law-school.de

Besserer Schutz für Patienten vor Schaden und Bevormundung

Trotz vermeintlichen Sparzwängen im Gesundheitswesen führen Kliniken und ambulante Einrichtungen immer mehr Operationen durch – auch solche, die medizinisch nicht zwingend nötig sind. Zugleich senken sie aus Kosten- und Konkurrenzgründen die Sicherheitsstandards. Der Jurist Tim Neelmeier ging diesen Fehlentwicklungen auf den Grund und untersuchte, wie ihnen auf zivil- und strafrechtlichem Wege begegnet werden könnte.

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland steigen stetig an – auch wegen der zunehmenden Zahl an Operationen. Ursache ist die vom Gesetzgeber seit den 1990er Jahren vorgenommene Umstellung auf ein Vergütungssystem, bei dem die Kosten pauschal pro Behandlungsfall abgerechnet werden. »Seitdem halten Leiter von Kliniken und ambulanten Versorgungseinrichtungen die von ihnen beschäftigten Ärzte zu möglichst vielen Behandlungen bei möglichst geringen Personal- und Sachkosten an«, kritisiert Tim Neelmeier, der über Managerhaftung im Gesundheitswesen promovierte. Die Sicherheit der Patientinnen und Patienten bleibe dabei gleich doppelt auf der Strecke: Zum einen würden immer mehr und immer größere Eingriffe vorgenommen – darunter unnötige –, um höhere Pauschalen berechnen zu können. Zum anderen erhöhe sich wegen der Kosteneinsparungen das Behandlungsrisiko.

»In den vergangenen Jahren gab es Fälle, in denen es beispielsweise bei Narkosen und Sedierungen an Personal und Gerätschaften zur ordnungsgemäßen Überwachung der Patienten mangelte«, fand der Preisträger bei seinen Recherchen heraus. »In der Folge entwickelten die Patienten unbemerkt Atmungsprobleme. Teils erlitten sie aufgrund dieser Mangelversorgung an Sauerstoff schwerste Hirnschäden bis hin zum Tod.«

Vor den Vergütungsreformen hatten sich Krankenhäuser über ein an ihrem Gesamtbedarf orientiertes Umlageverfahren finanziert. Dadurch konnten sie zwar die Kosten für erhöhte

Behandlungssicherheit an die Kassen weitergeben, was den Patientinnen und Patienten zugute kam. Doch das Umlagesystem war nicht sehr kosteneffizient; oberste Prämisse war eine möglichst hohe Bettenauslastung. Deshalb führte der Gesetzgeber die pauschale Vergütung pro Behandlungsfall ein. Im ambulanten Bereich (Arztpraxen) gilt seit 2009 das sogenannte »Regelleistungsvolumen«, das ebenfalls auf einer Standardvergütung pro Patient basiert.

So entstand ein Gesundheitsmarkt, der vor allem ökonomischen Prämissen folgt. Neelmeier moniert den damit einhergehenden »Anreiz zu größtmöglicher Arbeitsverdichtung bei gleichzeitigem Wettlauf um Fälle, die für sich betrachtet immer weniger einbringen«. Dabei seien Leistungen unter Missachtung von Indikation und Sicherheitsstandards ausgeweitet worden. Dies schädige nicht nur die Gesundheit der Patienten, sondern reduziere auch die Marktchancen aller redlichen Mitbewerber.

Die Kostenbremse funktioniert nicht

Verfehlt werde damit das eigentliche Ziel der politischen Reformen, nämlich Kostensenkungen durch mehr Wettbewerb. Zwar habe die Klinik-Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den letzten zwei Jahrzehnten drastisch abgenommen, doch ebenso deutlich schnellte die Zahl der behandelten Fälle empor. Die Begrenzung der Kosten pro Patient sei durch die rapide Mengenausweitung sogar überkompensiert worden. Selbst Reiner Gradinger, ehemals Präsident der Gesellschaft für Chirurgie, warnte 2010, es würden »unnötige Eingriffe vorgenommen, weil sie den Kliniken oder auch Praxen Geld bringen«.

Viele Länder und Kommunen haben sich zur Haushaltskonsolidierung für eine großflächige Privatisierung ihrer Krankenhäuser entschieden – entgegen Warnungen zum Beispiel von der Bundesärztekammer. Private Klinikbetreiber betrachten Kosten und Erlöse als betriebswirtschaftlich getrennte Kategorien. Dies führe dazu, so Neelmeier, dass sie trotz gesteigertem Konzerngewinn nicht vor massiven Stellenstreichungen zurückschrecken, um die Rendite weiter zu steigern: »Als Begründung wird oft der »enorme Kostendruck im Gesundheitswesen«

Studienpreis-Juror Prof. Dr. Armin von Bogdandy

»Seit der Reform des Abrechnungssystems im Gesundheitswesen setzen gewinnorientierte Klinikleitungen auf höhere Fallzahlen bei möglichst geringen Kosten. Dies kann zu Lasten der Qualität gehen, Patienten tragen ein erhöhtes Risiko. Tim Neelmeier zeigt ökonomisch überzeugend und auf höchstem juristischem Niveau, was die Justiz dagegen mit einer legitimen Rechtsfortbildung tun kann. Neelmeier wertet das Zivilrecht umfassend aus und bringt mit Augenmaß das Strafrecht so in Anschlag, dass es eine bessere Marktaufsicht und Marktsteuerung leisten kann.«



genannt. Dies gibt jedoch allein die Aktionärsperspektive wieder. Die Gewinnmargen privater Klinikkonzerne übertreffen mitunter schon die großer deutscher Autobauer.«

Das entscheidende Kriterium für die Patientinnen und Patienten sei jedoch die Behandlungssicherheit. Und die bleibe auf der Strecke, wenn sicherheitsorientierte Ärzte und Kliniken befürchten müssten, vom Markt gedrängt zu werden. Neelmeier suchte daher nach rechtlichen Möglichkeiten, um Patienten, aber auch qualitätsorientierte Ärzte und Gesundheits-

einrichtungen vor einem Qualitätsunterbietungs-Wettbewerb zu schützen, bei dem schlechte Leistungsbringer die guten verdrängen. Auch Andreas Mundt, Präsident des Bundeskartellamts, warnte, dass eine Mindestqualität im deutschen Gesundheitsmarkt unabdingbar sei. Es sei Aufgabe des Staates, »Leitplanken« im Sinne von Qualitätsstandards festzuschreiben.

Dazu bedarf es Neelmeier zufolge sowohl einer verbesserten Marktaufsicht als auch einer verbesserten Marktsteuerung durch Umbau der Patientenaufklärungspflichten. Eine vorbeugende Marktaufsicht finde indes nur unzureichend statt. Der damit betraute Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe zwar die erforderlichen gesetzlichen Befugnisse. Allerdings könnten sich die dort zusammengefassten Interessenvertreter nur selten auf präzise Vorgaben zur Qualitätssicherung verständigen. So bleibe nach heutigem Stand lediglich die nachträgliche (reaktive) Marktaufsicht durch die Justiz, die Schadensfälle aufarbeite, Organisationsfehler ahnde und auf diesem Weg generalpräventive Vorgaben mache.

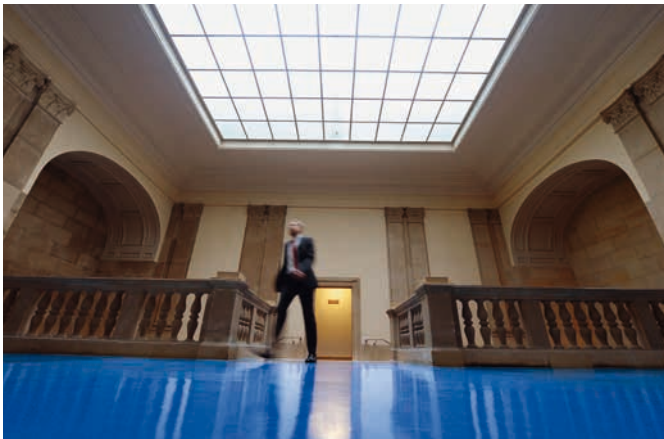
Zivilprozesse verschonen die Einrichtungsleiter

Geschädigte Patientinnen und Patienten oder deren Hinterbliebene können im Rahmen von Zivilprozessen Schadensersatz fordern. Solche Prozesse richten ihren Fokus jedoch auf die behandelnden Ärzte und die jeweilige Klinik als juristische Person. Die Geschäftsführung bleibt außen vor. Der Grund: »Ihre persönliche Inanspruchnahme wäre mit unverhältnismäßigen Prozesskostenrisiken verbunden. Die Beweisführung hinsichtlich klinikinterner Organisationsstrukturen ist für

den außenstehenden Patienten praktisch unmöglich.« So läuft es bei den Prozessen üblicherweise auf einen Streit zwischen den Klägern und der Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhauses hinaus, die für den Schaden aufkommt.

Das Zivilrecht ist folglich kein sonderlich wirksames Instrument zur Beseitigung der Missstände. Im Gegenteil: Geschäftsführerinnen und Geschäftsführer können die relative Gewissheit, bei Haftpflichtprozessen nicht persönlich betroffen zu sein, sogar dazu nutzen, die Sicherheitsstandards weiter zu senken und so die Rentabilität der Klinik zu steigern. Abhilfe könnte Neelmeier zufolge bringen, wenn die Versicherungen eine Art Schadenfreiheitsrabatt wie in der KFZ-Haftpflicht einführen. Auf diese Weise würden Kliniken mit besonders hohem Sicherheitsstandard und entsprechend niedrigem Schadensaufkommen ökonomisch belohnt. Dies schuf für die Klinikleitungen einen Anreiz, die Sicherheitsstandards zu erhöhen. »Dazu müssten die Versicherer allerdings die Rolle eines Risiko-Kontrolleurs übernehmen, und dazu zeigen sie sich bislang nicht willens oder nicht in der Lage.«

Bessere Möglichkeiten bieten das Strafrecht und die Ermittlungsbefugnisse der Staatsanwaltschaft bei Verdacht auf (insbesondere fahrlässige) Körperverletzungs- und Tötungsdelikte. Bislang jedoch werden diese Möglichkeiten zu wenig genutzt. Ermittlungsverfahren richten sich hauptsächlich gegen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. »Für die Einhaltung des Facharztstandards ist jedoch der unmittelbare Behandler nicht



allein verantwortlich«, merkt Neelmeier an. »Ungeachtet der jeweiligen Organisationsstufe kann sich grundsätzlich jeder als Nebentäter einer fahrlässigen Körperverletzung und Tötung strafbar machen, der die Schädigung pflichtwidrig herbeigeführt hat. Auf einen persönlichen Kontakt mit dem Patienten kommt es nicht an.«

Neelmeier nennt in seiner Doktorarbeit eine Reihe von Indizien, die Anlass zu einer strafrechtlichen Überprüfung der Klinik- oder Praxisleitung geben könnten. Dazu zählen: sehr lange Arbeitszeiten der behandelnden Ärzte, enge Operationspläne, Behandlungen ohne hinreichende medizinische Indikation, Übertragung ärztlicher Aufgaben auf nicht ärztliches Personal (beispielsweise Führung von Narkosen ohne Anästhesist), Übertragung von Fachpflegeaufgaben auf unqualifiziertes Personal, unkontrolliertes Auftreten von »Krankenhauskeimen« und fehlerhafte Erstversorgung.

Behandlungen nötigenfalls ablehnen

Zur Vermeidung von Strafbarkeitsrisiken empfiehlt Neelmeier den Entscheidungsträgern in Gesundheitseinrichtungen, »in Absprache mit dem ärztlichen Personal dafür Sorge zu tragen, dass nur solche Behandlungen übernommen werden, für die die jeweilige Einrichtung die erforderliche personelle wie sachliche Mindestausstattung hat«. Falls nötig, seien Patienten an eine geeignetere Einrichtung zu überweisen – gemäß dem Postulat, dass »Nichtleistung« einer »Schlechtleistung« vorzuziehen ist.

Die nachträgliche Sanktionierung von Patientenschädigungen hält Neelmeier für notwendig, aber nicht hinreichend. Gleichzeitig müsse sich Behandlungsqualität lohnen – und dies sei eine Frage der Marktsteuerung: »Patienten müssen endlich darüber aufgeklärt werden, wie sich Ausstattungsunterschiede zwischen unterschiedlichen Einrichtungen auf die Sicherheit ihrer konkreten Behandlung auswirken.« Dies entspreche dem heutigen Leitbild vom mündigen Patienten, dessen Nachfrageverhalten gleichsam als Motor den Qualitätswettbewerb vorantreiben müsse. Investitionen in die Behandlungs-Infrastruktur würden so durch einen höheren Patientenzustrom »belohnt«.

Neelmeier schlägt eine »Pflichtmitteilung über den aktuellen behandlungsbezogenen Personalschlüssel« vor. Diese würde dem Patienten verraten, ob die jeweilige Einrichtung im Vergleich zu anderen an Personal spart. Werden Mindestausstattungsstandards bewusst unterschritten und die Patienten hierüber nicht informiert, droht Ärzten und Einrichtungsleitern sogar der Vorwurf der vorsätzlichen Körperverletzung – obwohl eine Schädigung der Patienten natürlich nicht gewollt ist. Neelmeier: »Bei bewusster Planung und Durchführung standardwidriger Eingriffe über den Kopf des Patienten hinweg trifft das Folgerisiko alle Beteiligten.«