

Systemdivergenz und ärztliche Tätigkeit in der EU- Aspekte zur Berufshaftpflicht in ausgewählten EU-Staaten

Günter Danner, MA; PhD, Brüssel¹

Mit seiner empirischen Befragung ausgewählter Ratsmitgliedsländer hat der Europarat im Jahr 2007 wichtiges Material zur komplexen Problematik der medizinischen Haftpflicht (Medical liability) zusammengetragen und im Rahmen eines Kongresses durch internationale Experten im Juni 2008 bewerten lassen.² Geht man davon aus, dass sämtliche Mitgliedsstaaten um Beantwortung des Fragebogens gebeten worden, so war der Rücklauf vermutlich eher bescheiden. Aus dem Kreis der EU Mitglieder antworteten Dänemark, Deutschland, Frankreich, Finnland, Italien, Litauen, Portugal, die Slowakei, Spanien, Schweden und das Vereinigte Königreich. In der zusammenfassenden Bewertung durch den belgischen Wissenschaftler Prof. Herman Nys wurden die teilweise problematisch vergleichbaren Informationen ausgewertet. Neben einem knappen Faktenüberblick bietet diese Zusammenfassung Aufschluss über Fallzahlen, systemimmanente Lösungsmechanismen, Rollenverteilung, Individualisierungsgrad der Anspruchsdurchsetzung und sozialökonomische Relevanz der Erstattungsleistungen.³ In der vorwiegend aus Patienten und Verbrauchersicht aufgebauten thematischen Abfolge wurden somit erstmal wichtige Informationen zu diesem bislang national verstreut diskutierten und aus Datensicht bis heute kaum einheitlich erfassten Thema zusammengetragen.⁴

Die jeweilige lokale System- und Rechtsstruktur ist für die Reibungslosigkeit der Durchsetzung von Ansprüchen ebenso ursächlich, wie für den Grad an Rechtssicherheit für alle Beteiligten. Dabei fällt ein Zusammenhang zwischen dem generellen Organisations- und „Performancegrad“ des nationalen Gesundheitssystems auf. Je verstetigter ein Versorgungssystem eigenständig Behandlungsfehler und – Unterlassungen entschädigt, desto seltener sind individuelle Streitigkeiten vor Gericht.⁵ Als bedeutsam für die Interaktion der betroffenen Interessenkreise, professionelle Leistungserbringer, Patienten, Juristen und Kostenträger sowie staatliche Aufsichtsgremien gilt die Beschwerdeintention des Patienten, die relative öffentliche Wahrnehmung der Gesamtproblematik, das Grundvertrauen in die systemimmanenten Regelungskräfte und das Vorhandensein oder Fehlen besonderer Erschwernisse bei der Durchsetzung von Haftpflichtansprüchen, bzw. das Ausgeliefertsein des

¹ Der Verfasser ist Stv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung und Persönlicher Referent des Vorstands der Techniker Krankenkasse in Hamburg. Der Beitrag gibt seine persönliche Meinung wieder.

² Vgl. Group of scientific experts on medical liability (CJ-S-MED (2007) 9 mos (www.coe.int/cdcj)

³ Vgl. Nys Herman, Medical Liability in Europe: an ever-growing challenge, als Beitrag zur European Conference 2.-3.Juni 2008, Strasbourg (www.coe.int/medical-liability)

⁴ Bedauerlich ist die geringe öffentliche Reaktion, sowohl der Verbrauchervertreter, als auch der Professionellen. Dies könnte mit dem generell unterbewerteten Geschehen im Europarat – kein EU-Gremium! – zusammenhängen.

⁵ Herman Nys bringt das Beispiel Schweden mit 0,1% der Anspruchsfälle vor Gericht im Vergleich zu Portugal mit 100%. Schweden hat eine „No-Fault No-Tort Volksversicherung, Portugal kennt nur den individuellen Rechtsweg unter Schwierigkeiten für die Patienten.

Leistungserbringers an ein nach Fällen suchendes juristisches Erwerbsinteresse nach US-amerikanischem Vorbild.⁶

Das Thema ist in vielen Staaten durch regionale Zuständigkeits- und Kompetenzfragen zerklüftet. Dies zeigt sich in der Schweiz an der seinerzeitigen Debatte ob eine Versicherungspflicht im relativen Rahmen durch Bereitstellung eigener Sicherungsmittel abgelöst werden kann. Das grundsätzliche Problem der Wertlosigkeit eines Haftpflichtanspruches bei Insolvenz des Haftpflichtigen sollte auf diese Weise vermieden werden. Man wollte zugleich eine den kleinen, jedoch in Gesundheitsfragen regionalisierten Schweizer Versicherungsmarkt nicht mit komplementären Fragen der Zulassung zur Berufsausübung überfrachten.

Grob gesehen, lassen sich in der EU eine Reihe von Länderclustern bilden, die unterschiedliche Kompensationsmechanismen für ärztliche Kunstfehler aufweisen. Neben den klassischen, auf individuellem Fehlverhalten unter Nachweis der Verursachereigenschaft, Kausalität und Schuld gearteten Systemen, zeigt etwa Frankreich mit seiner quasi-öffentlich-rechtlichen Mediationseinrichtung ONIAM einen Weg zur Vermeidung von Gerichtsfällen auf, der auf die Bearbeitung nicht schuldhaft herbeigeführter medizinischer Schädigungen (aléas thérapeutiques) spezialisiert ist. Schweden mit seiner skandinavischen Pauschalversicherung umfasst alle öffentlichen Leistungserbringer sowie die (wenigen) privaten, sofern sie mit dem staatlichen Gesundheitsdienst vertraglich zusammenarbeiten. Lediglich private Zahnärzte sowie wenige private Allgemeinärzte benötigen individuelle Versicherungen. Die öffentlich-rechtliche Versicherung wird üblicherweise direkt in Anspruch genommen. Immerhin entwickelten sich die Fallzahlen bei einer Bevölkerung von rund 9 Millionen von 9250 Fällen im Jahr 2005 auf 9800 im Jahr 2007. rund 500-1000 private Fälle dürften hinzukommen.⁷ In den Staaten Osteuropas sind im Rahmen der juristischen und sozialrechtlichen Strukturreformen unterschiedliche Modelle des „Patientenschutzes“ eingeführt worden. In praxi stoßen Geschädigte dort allerdings sehr oft auf zahlreiche Hindernisse bei der Durchsetzung von Ansprüchen. Dies gilt insbesondere in solchen Systemen, die in einen öffentlich-rechtlichen - oft kommunal getragenen Versorgungsteil mit privater, oft schattenwirtschaftlicher Ergänzung zerfallen. Hier im Einzelfall tatsächlich Erfolg zu haben, dürfte bei der mangelnden Übung der Zivilgerichte mit solchen Sachverhalten erhebliche Geduld und ausreichende eigene Mittel voraussetzen. Das verbraucherrechtliche Gefälle zwischen nord-europäischen und süd- bzw. gar ost-europäischen EU-Mitgliedstaaten wird deshalb die EU schon bald intensiver beschäftigen. Nicht zuletzt das geringe örtliche Vertrauen in die Leistungsfähigkeit des öffentlich-rechtlich Gebotenen sowie die chronische Unterfinanzierung der regionalen Versorgungsebenen tragen zur Verschärfung des Problems bei. Großbritannien ist ein für zur vorübergehenden oder dauerhaften Auslandstätigkeit bereite deutsche Ärztinnen und Ärzte besonders interessantes Kapitel. Zumindest in der

⁶ Diese Sorgen wurden in der Schweiz schon im Jahr 2005 im Bundesamt für Gesundheit offiziell erörtert. Man kam damals zu dem Schluss, dass auch bei Schwierigkeiten einzelner Ärztinnen und Ärzte bei der Erlangung „bezahlbaren“ Berufshaftpflichtschutzes keineswegs von US-amerikanischen Krisenverhältnissen gesprochen werden könne. Vgl. Eidgenössisches Bundesamt für Gesundheit, Bericht zu Händen der SGK-S vom 28.4.2005 .

⁷ Ebenda CJS-med 2007 , S. 157 ff.

unmittelbaren Vergangenheit, im Eindruck der zusätzlichen Blair-Milliarden, zeigte sich der NHS als überaus großzügiger Zahler. Einige Aufsehen erregende Haftpflichtfälle, darunter auch mindestens einer mit einem deutschen Kurzarzt und einem durch Behandlungsfehler verursachten Todesfall brachten die britische Skandalpresse auf den Plan. Man versprach sich von einem Ausschlichten dieses Falles unter Umständen negative Rückwirkungen auf die derzeit publizistisch verfolgte Regierung Gordon Browns.⁸ In Abwesenheit eines nationalen Registers werden nur die Ansprüche gegen die NHS eigene Abwicklungsbehörde NHS Litigation Authority (NHSLA) dokumentiert. Ansprüche müssen der Compensation Recovery Unit, als nachgeordneter Dienststelle zugeleitet werden. Zwischenfälle ohne nachfolgende Ansprüche sind nur freiwillig zu melden. Ein umfassendes Pflichtversicherungssystem, wie in den skandinavischen Ländern oder Finnland, besteht nicht. Das Modell ist ausschließlich auf dem Vorliegen von Schadenszufügung (on tort-based) aufgebaut. Obwohl alle NHS Einrichtungen ihre Beschäftigten abdecken, sind rechtlich weiterführende individuelle Ansprüche gegen ein Individuum möglich, wenngleich infolge komplizierter Rechtswege und Beweisführungspflichten nicht eben zahlreich. Im Bereich der privaten medizinischen Einrichtungen sind die Ärzte und / oder professionellen Gesundheitskräfte in der Regel eher durch eigene Versicherungen geschützt. Diese zeigen gelegentlich große Abweichungen zum Standard und zur Transparenz deutscher Versicherungsverträge und unterliegen bisweilen recht eigenwilligen begrifflichen Auslegungen. Solche Auslegungsfragen in grundsätzlichen Rechtsbegriffen unterscheiden britisches Case-Law regelhaft von kontinentalen Systematiken. Die scheinbar einfache Ablaufkette eines Nachweises von Schuldhaftigkeit durch aktives Tun oder Unterlassen, ein vorhandener Schadenseintritt und die zwischen beiden Feldern bestehende Kausalität können hier im individuellen Fall zum Hürdenlauf geraten. Dies gilt keineswegs nur für die Durchsetzung von Ansprüchen. Auch die Abwehr bereitet bisweilen einige begriffliche Probleme, bis hin zur abgestuften Entschädigungshöhe durch den dazu gelegentlich berechtigten Versicherungsgeber. Dieser leistet dann zwar, jedoch könnte es dem Beschwerdeführer gelingen, weitaus mehr Schadenersatz durchzusetzen.

Haftungsproblematik und ärztliche Auslandstätigkeit

Tritt der Haftungsfall tatsächlich ein, so ist die Katastrophe beruflichen Handelns zwingend bereits eingetreten. Egal ob der jeweilige Sachverhalt eher nach schuldhaftem Unterlassen oder Verursachen, einfacher oder grober Fahrlässigkeit zu bewerten ist, für den betroffenen Patienten und seinen/e Behandler(in) ist eine höchst unangenehme Situation entstanden. Das französische Recht unterscheidet hier, wie wohl auch in den juristischen Einzelfällen dasjenige anderer EU-Staaten, nach „Schuldhaftigkeit“ oder der Verwirklichung nicht vorhersehbarer Therapierisiken (aléas thérapeutiques). Auch dort ist jedoch grundsätzlich neben etwaigem strafrechtlich relevantem Geschehen die individuelle Haftungsfrage im Zentrum. Es mangelt bedauerlicherweise an elementaren Daten zur Beleuchtung der Hintergründe von medizinischen Haftungsfällen bei grenzüberschreitender Tätigkeit. Spektakuläre Einzelfälle deuten darauf hin, dass, gerade betroffene deutsche Ärzte und Ärztinnen bei vorübergehendem kurzfristigem Einsatz im

⁸ Der deutsche Arzt war kurzzeitig im Einsatz, am Abend kompliziert angereist und hatte die Arbeit unvorbereitet angetreten. Ein Dosierungsfehler verursachte den Todesfall mit schwerwiegenden zivil- und strafrechtlichen Folgen sowohl in Deutschland, als auch in Großbritannien.

Ausland, meist vermutlich Großbritannien, mit dem fremdartigen Arbeitsumfeld nicht hinreichend vertraut waren. Als Folge des einst spürbaren Ärztemangels lässt sich der NHS über eine Vielzahl von Vermittlern qualifizierte Fachkräfte für den Kurzzeiteinsatz vermitteln. Diese haben kaum die Chance, ihr neues Arbeitsfeld und seine Alltagsgewohnheiten vor Verantwortungsübernahme kennen zu lernen. Zusammen mit etwaigen sprachlichen Problemen – Schul- und Universitätsenglisch mag nicht überall tatsächlich ausreichen – sind hier Stresssituationen programmiert. Der EU-Gesundheitsmarkt wird an Bedeutung zunehmen. Damit verbunden wächst auch die berufliche Mobilität von Ärztinnen und Ärzten, sowie anderem medizinischem Fachpersonal. Dies ist seitens der EU gewollt und verwirklicht eine der grundlegenden vier europäischen Freiheiten.⁹ Die völlig unterschiedlichen Systemstrukturen der nationalen Gesundheitswelten werden sich auf Sicht weder quantitativ noch qualitativ angleichen. Selbst wenn die Medizin als Wissenschaft universell ist, bleibt der leitliniengestützte Behandlungsablauf im nationalen Ablaufschema des jeweiligen Modells verhaftet. Je eher also junge Medizinerinnen und Mediziner mit ausländischen Berufsbedingungen vertraut gemacht werden, desto einfacher wäre eine spätere internationale Karriere oder auch nur ein, die heimischen Einkünfte ergänzendes berufliches Zubrot jenseits der System- und Landesgrenzen. Für solche Fachkräfte, die für einen längeren Zeitraum ins Ausland gehen, besteht oft die Möglichkeit, des „Mitlaufens“ bei einem örtlichen Kollegen. So lassen sich rasch Abweichungen und Gefahrenquellen erkennen und vermeiden. Wie in den meisten europäischen Bezügen, fehlt es bei vielen zunächst an Informationen. Dazu gehörte nach hier bestehender Auffassung ein Basiswissen über die Verschiedenartigkeit nationaler Gesundheitsmodelle ebenso, wie grundlegende Kenntnis über ökonomische und juristische Bezüge ärztlicher Tätigkeit im jeweiligen System.

⁹ Dies sind die Freiheit von Waren, Dienstleistungen, Kapitalverkehr und Personenfreizügigkeit.