

**Thomas Bergmair**

**Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung**

# Defensive Medizin

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsneutrale Formulierung verzichtet. Die Verwendung der männlichen Form bezieht sich auf alle Geschlechter.*

<b>1. Einleitung</b>	<b>92</b>
<b>2. Defensive Medizin</b>	<b>93</b>
<b>3. Theoretische Ansätze</b>	<b>96</b>
<b>4. USA</b>	<b>99</b>
<b>5. Inzidenz</b>	<b>101</b>
<b>6. Kosten</b>	<b>104</b>
<b>7. Fazit</b>	<b>106</b>
<b>8. Literaturverzeichnis</b>	<b>107</b>

*Defensive Medizin stellt jene medizinische Handlungsweise dar, deren Motivation nicht ausschließlich das Wohl des Patienten ist, sondern bei der auch der behandelnde Arzt seinen eigenen Nutzen berücksichtigt. Aus Angst vor Haftungsansprüchen wird dem Patienten ein Mehr an Behandlung zuteil, was sich entgegen der weit verbreiteten Meinung nicht zwingend positiv auf die Gesundheit auswirken muss. Der vorliegende Artikel beschreibt zu diesem Thema sowohl theoretische ökonomische Ansätze als auch die Inzidenz und Evaluierung von Kosten für das Gesundheitswesen. Aufgrund der Studienlage beziehen sich die Daten größtenteils auf Arbeiten aus den USA, wo regelrechte Krisen der Haftpflichtversicherungsprämien den wissenschaftlichen Diskurs zu dem Thema ankurbelten. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse auch für das österreichische Gesundheitssystem von Belang und sollten in der zukünftigen Gestaltung der Gesetzgebung zur Arzthaftung berücksichtigt werden.*

# 1. Einleitung

Berufe im Gesundheitswesen sind unweigerlich mit der Gesundheit und damit mit dem Leben von Patienten verknüpft. In Österreich verpflichtet sich der Mediziner durch den Abschluss eines Behandlungsvertrages, der zwischen Patient und Arzt oder Patient und Spital entsteht, zu einer Behandlung *lege artis*. Diese Behandlung umfasst Heilbemühungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft.<sup>193</sup> Der Patient vertraut seine Gesundheit und somit sein Leben dem behandelnden Arzt, einem Menschen, an. Menschen haben allerdings die unangenehme Angewohnheit, nicht perfekt zu sein. Menschen begehen Fehler, so auch Ärzte. Zwar werden bestimmte Vorgänge entwickelt, um das Auftreten solcher Fehler möglichst unwahrscheinlich zu machen, aber nichtsdestotrotz können auch im medizinischen Umfeld Fehler passieren. Im Gegensatz zu den meisten anderen Berufsgruppen sind Berufe im medizinischen Bereich mit der Bürde behaftet, dass bei Fehlern schnell die Gesundheit oder gar das Leben eines Patienten betroffen sein kann. Wann immer ein solcher Umstand eintritt, ist das ein trauriger Einzelfall, selbstverständlich sollte dieser Patient dafür entschädigt werden. Aus dieser Tatsache heraus entwickelte sich im Laufe der Zeit in unseren Rechtsstaaten ein Sanktionsmechanismus, ärztliche Haftung genannt. Wenn Fehler gemacht werden, Patienten zu Schaden kommen und dafür entschädigt werden, gibt es jemanden, der dafür die Verantwortung zu tragen hat – schließlich geht es dabei um Geld. An dieser Stelle kommen gerne Ärzte ins Spiel, schließlich wurde mit ihnen der Behandlungsvertrag abgeschlossen. (Wenn die Behandlung in einem Spital zu Haftungsfragen führt, liegt die Verantwortung laut Behandlungsvertrag zwar beim Spitalsträger, es besteht aber zunehmend die Tendenz, trotzdem den Arzt beziehungsweise seine Versicherung zu belangen – weshalb die ÖÄK mittlerweile auch für angestellte Ärzte den nicht verpflichtenden Abschluss einer Haftpflichtversicherung empfiehlt.)

Hinzu kommt, dass die Emanzipation der Patienten gegenüber Ärzten zunimmt. Patienten fordern (zu Recht), besser in den medizinischen Prozess eingebunden zu werden. Ausführliche Patientenaufklärung ist unumgänglich geworden, oftmals haben Patienten bereits das gesamte Internet nach ihren Symptomen, Ursachen und etwaigen Behandlungsformen abgegrast, bevor sie – angereichert mit zweifelhaftem Schein- oder Halbwissen – vor dem Arzt stehen. Genau diese Entwicklungen sind es, die ein verstärktes Misstrauen wecken. Zusätzlich werden Behandlungsmöglichkeiten immer komplexer und somit auch anfälliger für Feh-

---

193 Vgl. z.B. [http://www.medizinrecht-stickler.at/02\\_Medizinrecht/02-03\\_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.htm](http://www.medizinrecht-stickler.at/02_Medizinrecht/02-03_Zivilrecht/Behandlungsvertrag.htm)

ler. Es kommt verstärkt zu Schuldzuweisungen, die im extremsten Fall zivil- und auch strafrechtliche Folgen haben können. Auch wenn diese Folgen zumindest im zivilrechtlichen Fall zumeist von Haftpflichtversicherungen abgedeckt werden, treffen Sie in letzter Hinsicht trotzdem wieder die Prämien zahlenden Ärzte. Denn sowohl ein Anstieg der globalen Schadenswahrscheinlichkeit als auch ein Anstieg der globalen Schadenssumme führen in der Theorie unweigerlich zu einem Anstieg der Versicherungsprämien. Derartige Prozeduren führten in den USA bereits zu regelrechten Krisen – mit explosionsartigen Anstiegen von Versicherungsprämien. Zusätzlich zu den zivilrechtlichen Haftungsansprüchen drohen auch strafrechtliche Konsequenzen. In diesen, oftmals schon in der Prozessführung sehr kostspieligen und belastenden Fällen (auch im Fall eines Prozessgewinns), haftet die reguläre Berufshaftpflichtversicherung in der Regel nicht.<sup>194</sup> Zusätzlich zu einem potentiellen monetären Schaden durch Prozesskosten und etwaigen Strafen droht zumeist auch eine enorme Rufschädigung, die zuweilen sogar die ärztliche Existenz bedrohen kann.

## 2. Defensive Medizin

Als Konsequenz aus diesen Haftungsbedrohungen hat sich in den letzten Jahrzehnten der Begriff der defensiven Medizin entwickelt. Insbesondere im angelsächsischen Raum differenziert man dabei zwischen zwei Unterscheidungsformen – positiver und negativer defensiver Medizin.<sup>195</sup>

Bei „positiver defensiver Medizin“ handelt es sich vorwiegend um zusätzlich durchgeführte Behandlungen, bei denen nicht das Patientenwohl die alleinige Motivation darstellt. Beispielsweise geht es dabei um zusätzlich angeordnete diagnostische Tests, die nicht notwendige Anwendung bildgebender Verfahren, übertriebene Zuweisungen zu Fachärzten oder gar unnötige Verschreibung von Medikamenten. Ziel dieser Maßnahmen ist nicht allein die Verbesserung der Gesundheit des Patienten, sondern zumindest zusätzlich die Absicherung des Arztes gegen Haftungsansprüche. Unter dem Begriff „negative defensive Medizin“ werden all jene Maßnahmen verstanden, die der Vermeidung oder Verringerung eines Risikos dienen. Dies geschieht beispielsweise durch die Ablehnung bestimmter Patienten oder Behandlungsformen.<sup>196</sup>

194 <http://www.aekwien.at/index.php/aerztlichetaetigkeit/berufs-und-standesrecht/haftung>

195 U.S. Congress (1994)

196 U.S. Congress (1994)

Ein Überangebot an medizinischer Behandlung tritt nicht nur aus defensivmedizinischen Motiven auf. Beispielsweise können auch Abrechnungsregelungen die Anwendung von Gesundheitsversorgung, die über ein theoretisch optimales Niveau hinausgeht, fördern.<sup>197</sup>

Defensive Medizin kann sehr wohl medizinisch gerechtfertigt und richtig sein, aber aus falscher Motivation angewandt werden. Aus diesem Grund könnten Reformen des Haftungsrechtes, die die Anwendung defensiver Medizin reduzieren sollen, auch jene Praktiken einschränken, die dem Patienten eigentlich nutzen<sup>198</sup>. Ob beispielsweise der Nutzen einer früheren Erkennung von Brustkrebs den Schmerz und die Risiken, die mit negativen Biopsien einhergehen, aufwiegen, ist auch eine Wertfrage. Aus diesem Grund ist eine Bewertung von defensiver Medizin besonders schwierig<sup>199</sup>. Als positive Aspekte, die sich durch defensive Medizin für den Patienten ergeben könnten, werden oft sorgfältigere Untersuchungen, größere Bestrebungen, die Zufriedenheit zu erhöhen, detailliertere Aufklärung oder präzisere Aufzeichnungen genannt.<sup>200</sup>

Man könnte ganz allgemein meinen, es habe für den Patienten, abgesehen vom größeren Zeitaufwand, durchaus Vorteile, wenn auch sehr geringe Krankheitsrisiken durch übertriebene Absicherungsmedizin ausgeschlossen werden können. Wie später gezeigt wird, ist dies aber nicht der Fall. Eine Behandlung, beispielsweise das Erheben eines Laborwertes durch eine Blutabnahme oder die Durchführung einer Röntgenaufnahme, ist neben dem finanziellen Ressourcenverbrauch auch immer mit einem gewissen, zweifelsohne sehr kleinen Risiko verbunden. Sei es ein Risiko, das im Zuge der Untersuchung entsteht, oder sei es die Gefahr, einer Fehldiagnose oder Ähnlichem zum Opfer zu fallen.

Zudem befinden wir uns in einem Gesundheitssystem mit begrenzten Ressourcen, wo es im Sinne einer größtmöglichen Effizienz gilt, unnötige Ausgaben zu vermeiden, um im Idealfall je eingesetztem Mittel (Geld, Arbeitszeit, Ressourcen) den Output (Gesundheit) zu maximieren.

In der ökonomischen Theorie liegt Ineffizienz vor, wenn die Grenzkosten der zusätzlichen Behandlung über ihrem Grenznutzen liegen.<sup>201</sup> Die Handlungsoptionen gemäß dieser Definitionen sind allerdings in der Praxis der individuellen medizinischen Entscheidungen nicht ohne weiteres umsetzbar, da die dafür notwendige Information oftmals nicht vollständig vorhanden ist. Aus diesem Grund wird in der

197 Gawande (2009), zitiert nach Hermer and Brody (2010)

198 U.S. Congress, OTA (1994)

199 U.S. Congress, OTA (1994)

200 Summerton (1995)

201 Feess (2012)

Theorie von Erwartungswerten gesprochen, die dann entsprechend der Risikoaffinität der beteiligten Akteure abgewogen werden.

Unter Ökonomen gibt es daher eine formell präzisere Definition für defensive Medizin. Ausgehend vom Konzept einer optimalen Versorgung, die das Wohlbefinden des Patienten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen optimiert, wird davon ausgegangen, dass all jene Behandlungen als überflüssig oder defensivmedizinisch einzustufen sind, deren erwartete Kosten den erwarteten Nutzen übersteigen.<sup>202</sup>

Gesundheitspolitisch relevant ist defensive Medizin vorwiegend aus zwei Gründen. Zum einen als Kostenfaktor, denn vermeidbare Behandlungen bieten ein Sparpotential, zum anderen natürlich hinsichtlich Versorgungsqualität – gilt es doch abzuwägen, welche Behandlungen der Gesundheit des Patienten nicht mehr förderlich sind.

Das Congressional Budget Office spricht von unterschiedlichen potentiellen Auswirkungen von Reformen im Haftungsrecht. Durch die damit verbundene Verringerung von positiver und negativer defensiver Medizin würde es zu einem Anstieg in der Anwendung komplizierter und risikoreicher Behandlungspraktiken kommen.<sup>203</sup> Dasselbe Argument bringen auch Hermer und Brody vor, die im Sinne der Patientenversorgung für eine Auflockerung der Arzthaftung plädieren. Auch sie argumentieren, dass besonders fortschrittliche, neue, aggressive Behandlungsmethoden oftmals unter Berücksichtigung von Haftungsproblematiken nicht zur Anwendung kommen<sup>204</sup>. Eine Lockerung der Haftungsregelungen könnte außerdem den Dokumentationszwang auflockern, so dass bestimmte Prozeduren schneller durchgeführt werden könnten. Geringeres Haftungsrisiko könnte außerdem ältere Ärzte dazu bewegen, später in Pension zu gehen und angehende Mediziner verstärkt in heute mit höherem Haftungsrisiko behaftete Fachgebiete locken. Diese Attraktivierung des Arztberufs würde das Arbeitsangebot erhöhen, so dass Marktmechanismen zu einer Anpassung bei Preisen und Nachfrage führen könnten.

Aufgrund dieser vielschichtigen Wirkungsweisen sind die tatsächlichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem nicht eindeutig prognostizierbar. Auch mögliche negative Konsequenzen, wie erhöhte Fahrlässigkeit und die daraus resultierenden Folgen, sind nicht auszuschließen.<sup>205</sup> Sinn des Haftungssystems ist die Vermeidung von fahrlässigem Verhalten, um dadurch die Versorgungsqualität zu

202 Sloan, Shadle (2009)

203 U.S. Congress (2006)

204 Hermer, Brody (2010)

205 U.S. Congress (2006)

gewährleisten<sup>206</sup>. Ähnliche Effekte sollten sich aber auch durch andere Alternativen als Angst und Schrecken vor Haftungsansprüchen erreichen lassen.

Der folgende Abschnitt erörtert theoretische Überlegungen zu defensiver Medizin.

### 3. Theoretische Ansätze

Die Entscheidungsfindung in der Medizin ist stets mit Kompromissen verbunden. Einer davon ist der Kompromiss zwischen Unsicherheit in der Diagnose und dem Risiko der Informationsbeschaffung.<sup>207</sup> Bereits in den 70er Jahren modellierten Pauker und Kassirer den Weg der therapeutischen Entscheidungsfindung. Ist die Wahrscheinlichkeit für eine Krankheit höher als eine Behandlungsschwelle, so sollte eine Behandlung erfolgen. Wenn die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung unter dieser Schwelle liegt, sollte keine Behandlung erfolgen. Dieses Modell lässt sich grundsätzlich in vielen medizinischen Bereichen anwenden, denn oftmals herrscht zumindest eine gewisse Unsicherheit im Diagnoseverfahren.<sup>208</sup>

In weiterer Folge wurde dieser theoretische Rahmen dazu benutzt, Überlegungen zur Absicherungsdiagnostik als Form der defensiven Medizin und ihrer Auswirkungen auf die Patienten anzustellen. DeKay und Asch entwickelten ein Erwartungsnutzen-Modell das aufzeigt, dass Haftungs-Ängste der Ärzte dazu führen, den Rahmen an Krankheitswahrscheinlichkeiten, in dem diagnostische Tests angewandt werden, zu vergrößern. Sobald Ärzte zusätzlich zu den Interessen des Patienten ihre eigenen Interessen in die Entscheidung einer Behandlungsstrategie mit einbeziehen und sie für Behandlungsfehler verantwortlich gemacht werden können, besteht ein Anreiz, defensivmedizinisch zu agieren. Wenn diagnostische Testverfahren zusätzlich einen rechtlichen Schutz gegen potentielle Haftungsansprüche im Fall von Behandlungsfehlern bieten, kommt die defensive Absicherungsdiagnostik noch stärker zur Anwendung. Es wird nachgewiesen, dass bereits die bloße Existenz eines Haftungsrisikos zur Anwendung defensiver Absicherungsdiagnostik verleitet, unabhängig von einer tatsächlichen Beeinträchtigung des Haftungsrisikos.<sup>209</sup>

206 U.S. Congress (1994)

207 Pauker, Pauker (1998)

208 Pauker, Kassirer (1975)

209 DeKay, Asch (1998)

DeKay und Asch zeigen in ihrem Modell auch auf, dass defensive Absicherungsdiagnostik den Patienten – entgegen der weit verbreiteten Meinung – durchaus auch schaden kann. Aufgrund der Miteinbeziehung externer Effekte bei der Wahl der Behandlungsstrategie werden auch Patienten behandelt, für die eine Anwendung des Diagnoseverfahrens nicht den optimalen Behandlungsweg darstellen würde. Es gilt aber der Grundsatz: Wenn die Durchführung diagnostischer Tests nicht die optimale Behandlungsstrategie darstellt, bevor der Arzt seine eigenen Interessen berücksichtigt, kann sie auch später nicht die optimale Behandlungsstrategie für ihn sein. Dieses Ergebnis widerspricht zahlreichen Argumenten, dass Patienten von zusätzlicher Absicherungsdiagnostik nur profitieren würden. Natürlich werden aufgrund derartiger Praktiken manche Patienten profitieren, andererseits werden aber auch andere Patienten darunter leiden, beispielsweise aufgrund von fehlerhaften Ergebnissen im diagnostischen Verfahren.<sup>210</sup>

DeKay und Asch kommen zu dem Schluss, dass defensive Absicherungsdiagnostik den Nutzen aller Patienten schmälert, deren Behandlungsstrategie durch die defensive Praktik beeinflusst wird. Diese Tatsache sei Ärzten kaum bewusst. Als Lösungsvorschläge unterstützen die Autoren aufgrund ihrer Ergebnisse Reformvorschläge zur Arzthaftung. Sie weisen aber gleichzeitig darauf hin, dass ihrem Modell zufolge defensive Praktiken so lange bestehen, solange ein Haftungsrisiko bleibt – wie klein auch immer dieses Risiko sein mag. Aufklärung könnte das Problem lindern. Der Glaube, defensive Absicherungsdiagnostik würde dem Patientenwohl dienen, stammt von der korrekten aber kurzfristigen Ansicht, dass bei einigen der zusätzlich getesteten Patienten korrekterweise eine Erkrankung diagnostiziert werden könnte und ihnen dadurch geholfen würde. Tatsächlich wird durch einen derartigen Eingriff aber der Nutzen aller betroffenen Patienten auf Kosten des Nutzens des Arztes und der Versicherung geschmälert.<sup>211</sup>

Pauker und Pauker folgern aus diesen Erkenntnissen auch, dass in Umständen, unter denen Ärzten weniger Zeit pro Patient bleibt, defensive Medizin zusätzlich gefördert wird, da der Arzt den Patienten weniger gut einschätzen kann<sup>212</sup>.

Kao and Vaithianathan verwenden ein Modell, in dem Ärzte unvollkommene Agenten für versicherte Patienten sind, die eigentlich im Sinne der Patienten handeln sollten, tatsächlich aber auch ihr eigenes Wohl im Hinterkopf haben. In einer solchen Umgebung entspricht den Autoren zufolge ein optimales Haftungsrechtskonzept den verschuldensunabhängigen Haftungssystemen in Skandinavien und Neuseeland. Dort wird eine präventive Medizin subventioniert – was ein besseres

---

210 DeKay, Asch (1998)

211 DeKay, Asch (1998)

212 Pauker, Pauker (1998)

Instrument zur Optimierung der Versorgung darstellt als ein Regime der Kunstfehlerhaftung.

Feess modelliert ebenfalls den Einfluss von Schadenshaftung auf die Behandlungstherapie, allerdings als negative defensive Medizin, in Form von Vermeidung einer risikobehafteten Behandlungsalternative. In seinem Modell entscheiden sich Ärzte zwischen zwei Behandlungsmethoden, einer konservativen aber risikofreien Methode, die keine komplette Heilung bringt, und einer aggressiveren Behandlungsmethode, die zwar komplette Heilung ermöglicht, aber auch fehlschlagen kann. Ein hoher Grad an direkter Verantwortung für Schäden birgt große Anreize zur Anwendung der konservativen Behandlungsmethode. In einer perfekten Welt würden aggressive, riskante Behandlungsmethoden nur in Krankenhäusern mit entsprechender Versorgungsstufe angeboten werden, da dort das Risiko eines Fehlschlages so gering wie möglich gehalten werden kann. In einer derartigen perfekten Welt hätten Patienten auch im Schadensfall Verständnis, dass sich ein Risiko zu ihren Ungunsten ausgewirkt hat, und ein negativer Behandlungserfolg wäre nicht automatisch als Versagen des Arztes zu werten.<sup>213</sup>

Black sieht in negativer defensiver Medizin gar einen Vorteil, der die Qualität der Versorgung erhöhen kann. Er argumentiert, dass durch die Strategie der Risikovermeidung bestimmte komplizierte Behandlungen von wenigen Spezialisten durchgeführt werden und somit Spezialisierungseffekte eintreten.<sup>214</sup>

All diese Modelle verdeutlichen die Anreize, die von einer Haftungsproblematik ausgehen. Zwar sollte bei der Wahl des Behandlungsweges nur auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden, die Bedrohung durch Haftungen führt aber unweigerlich in eine defensive Medizin. Zwar wird in den hier zitierten Artikeln vorwiegend von Schadenersatzforderungen und Geldstrafen als Form der Entschädigung ausgegangen, aber auch strafrechtliche Konsequenzen könnten ähnliche oder sogar noch dramatischere Anreize nach sich ziehen. Darüber hinaus weisen Kessler und McClellan darauf hin, dass tatsächliche Verurteilungen gar nicht notwendig sind, um defensive Medizin zu fördern. Allein das Auftreten eines Schadensfalles und die Möglichkeit einer Haftung sind mit großem Aufwand verbunden und nehmen viel Zeit in Anspruch. Auch die Reputation wird in Mitleidenschaft gezogen<sup>215</sup>. Relativiert wird diese Ansicht jedoch in einem Bericht des US-Kongresses. Ärzte, die in der Vergangenheit bereits verurteilt wurden, sehen demzufolge wesentlich seltener eine Gefahr durch Reputationsschäden und Nachfrageeinbußen als jene Ärzte, die noch nicht verurteilt wurden. Sehr wohl

---

213 Feess (2012)

214 Black (1990)

215 Kessler McClellan (2002)

bestätigt aber der US-Kongress die Gefahr durch psychologische Konsequenzen, wie Verlust des Selbstvertrauens, Depression und andere Probleme, im Zuge von Kunstfehler-Prozessen<sup>216</sup>.

Eine Messung von defensiver Medizin – und vor allem von ihren tatsächlichen Auswirkungen – ist äußerst schwierig. Die zwei Möglichkeiten beschränken sich auf direkte Befragungen und auf den Rückschluss von Unterschieden in Haftungsrisiken auf Unterschiede in den Behandlungsstrategien.<sup>217</sup>

In diesem Abschnitt wurde aufgezeigt, dass ein Auftreten von sowohl positiver als auch negativer defensiver Medizin durchaus rationalen Überlegungen entspringt und sich in ökonomischen Modellen darstellen lässt. Die Aussage der Modelle ist klar: Haftung fördert defensive Medizin, und zwar sowohl negative als auch positive defensive Medizin. Der nächste Abschnitt soll die spezielle Situation in den USA darlegen, da eine Vielzahl der vorhandenen wissenschaftlichen Papiere sich mit der dortigen Situation auseinandersetzen. In weiterer Folge wird die Inzidenz defensiver Medizin untersucht und es werden die dadurch entstehenden Kosten beziffert.

## 4. USA

Der vorliegende Artikel untersucht die wissenschaftliche Sachlage zu defensiver Medizin. Diese Thematik wurde im Zuge von Reformvorhaben im Haftungsgesetz vor allem in den USA heiß diskutiert. Natürlich besteht ein großer kultureller Unterschied im Vorgehen bei Haftungsansprüchen und in weiterer Folge vor allem in der Ausübung juristischer Möglichkeiten zwischen den USA und Österreich. Dennoch ist eine Darstellung der Sachlage gerade aufgrund dieser ausgeprägten „juristischen Angriffslust“ interessant, nicht zuletzt, weil auch hierzulande regelmäßig vor einer bevorstehenden Amerikanisierung des Rechtssystems gewarnt wird.

Die USA durchlebte in den vergangenen Jahrzehnten eine regelrechte Krise der Arzthaftung. Insbesondere die Anstiege bei den Haftpflichtversicherungsprämien und Zunahmen von Anklagen und Schuldsprüchen ließen die Rufe nach einer bun-

---

216 U.S. Congress (1994)

217 Manner (2014)

desweiten Reform des Schadenersatzrechtes zunehmend lauter werden. Sowohl der hohe Anstieg der Gesundheitsausgaben als auch der Ärztemangel in einzelnen Bundesstaaten wurden als Folgen der Krise der Arzthaftung angesehen. Sogar einen Anstieg der Arbeitslosigkeit befürchteten einzelne als Konsequenz einer weiteren Erhöhung der Versicherungsprämien für Haftpflichtversicherungen.<sup>218</sup>

Durch Prämienunterschiede induzierte Anreizwirkungen können die Größe und Zusammensetzung der Ärzteschaft beeinflussen. Eine Erhöhung der Haftpflichtversicherungsprämien kann sich über die Krankenversicherungsprämien auch auf die Bevölkerung auswirken – und damit auf den Versicherungsschutz der Bevölkerung. Über Arbeitgeberanteile an der Krankenversicherung würde sich eine solche Erhöhung schlussendlich sogar auf die Beschäftigung auswirken – besonders auf Berufstätige, die am unteren Ende des Einkommensspektrums angesiedelt sind.

219

Der tatsächliche Schaden, der Ärzten durch die Verteidigung gegen Haftungsvorwürfe entsteht, wird vom US-Kongress aufgrund einer Erhebung mit 2,7 bis 5 Tagen und finanziellem Aufwand von \$ 2.400,- bis \$ 5.600,- je Schadensfall beziffert. Schadenersatzansprüche in Millionenhöhe seien die absolute Ausnahme und würden zumeist entweder von mehreren Parteien getragen oder in weiteren Instanzen gemindert.<sup>220</sup> Tendenziell neigen Ärzte unabhängig von ihren Fachgebieten dazu, die Risiken einer Klage deutlich zu überschätzen.<sup>221</sup>

Tatsächlich zeigen auch Baicker und Chandra, dass Anzahl und Summe der Schadenszahlungen kaum Einfluss auf die Prämienhöhe der Haftpflichtversicherungen haben. Auch einen Zusammenhang zwischen Versicherungsprämien und der Anzahl an Ärzten können sie entgegen bestehender Befürchtungen nicht nachweisen. Vielmehr scheint die Ärzteschaft auf die Anzahl der Schadenszahlungen angebotsseitig zu reagieren. Darin sehen die Autoren einen Nachweis dafür, dass, unabhängig von der Schadenshöhe, Rechtsstreitigkeiten stets mit hohen Kosten verbunden sind. Nicht nur im monetären, sondern auch im Sinne zeitlicher und psychischer Belastung.<sup>222</sup>

Nachdem in diesem Abschnitt die Situation in den USA, woher der Großteil der vorliegenden wissenschaftlichen Papiere stammt, näher dargestellt wurde, wird im folgenden Abschnitt die Inzidenz von defensiver Medizin näher untersucht.

218 Baicker, Chandra (2005)

219 Baicker, Chandra (2005)

220 U.S. Congress (1994)

221 U.S. Congress (1994)

222 Baicker, Chandra (2005)

## 5. Inzidenz

Stellvertretend für zahlreiche ähnliche Untersuchungen mit ähnlichen Ergebnissen wird hier eine Studie aus dem Jahr 2005 vorgestellt. Eine Befragung unter mehr als 800 Ärzten aus 6 besonders risikobehafteten Fachrichtungen in Pennsylvania zeigt eine enorme Verbreitung defensiver Praktiken auf. 93 Prozent gaben an, defensive Medizin zu praktizieren. Als besonders beliebt erwies sich „Absicherungsverhalten“. Negative defensive Medizin wurde von immerhin 42 Prozent der Teilnehmer eingestanden. Besonders jene Ärzte, die nur geringes Vertrauen in ihre Haftpflichtversicherung haben, und jene, die die Haftpflichtversicherungsprämie als besondere Belastung empfinden, tendieren dazu, noch stärker in die defensive Medizin auszuweichen.<sup>223</sup>

Eine Studie aus Großbritannien zeigt auch dort eine große Verbreitung defensiver Praktiken auf (78 Prozent), die Inzidenz liege aber weit hinter den USA oder Japan. Überflüssige Tests waren mit 60 Prozent der Antworten die häufigste defensivmedizinische Praktik, unnötige Zuweisungen werden von 55 Prozent angegeben. Negative defensivmedizinische Handlungen waren mit 21 beziehungsweise 9 Prozent weniger stark vertreten. Eine Regression unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Fachrichtung und Dienstrang zeigt auf, dass ältere Ärzte mit größerer Erfahrung und Expertise seltener Gebrauch von defensivmedizinischen Praktiken machen, obwohl unter ihnen ein größerer Anteil bereits mit Haftungsfällen konfrontiert war. Trotz intensiver Bemühungen des National Health Service in Großbritannien, eine verschuldungsfreie medizinische Kultur zu schaffen, geben 86 Prozent der Ärzte an, Bedenken zu Haftungsproblemen zu haben. Im Gegensatz zu anderen Studien finden die Autoren keine fachrichtungsspezifischen Unterschiede.<sup>224</sup>

In einer weiteren Erhebung unter 500 Allgemeinmedizinern in Großbritannien wurde eine hohe Korrelation zwischen defensiven Praktiken und der Angst vor Haftungsfällen nachgewiesen. Besonders hoch war diese Korrelation für die negative defensive Medizin, also die Ablehnung von Behandlungen. Hinsichtlich des Verständnisses des Haftungsrechts wurde kein signifikanter Zusammenhang zur defensiven Medizin festgestellt. Unter den defensiven Praktiken waren besonders verbreitet: diagnostische Tests, Zuweisungsraten, Nachuntersuchungen, bessere Erklärung und genauere Aufzeichnungen. Diese Praktiken wurden sig-

---

223 Studdert et al. (2005)

224 Ortashi et al. (2013)

nifikt häufiger angewandt, wenn der Arzt angab, in Sorge vor Haftungsklagen zu sein.<sup>225</sup>

Derartige Erhebungsmethoden aus Befragungen sind immer wieder Grund für Kritik. In anderen Studien wiederum ist es nicht möglich, Motivationen für Verhaltensunterschiede zu differenzieren.<sup>226</sup>

Studdert et al. kritisieren allgemein, dass Daten die auf eigenen Einschätzungen der Ärzte beruhen, stets mit Vorsicht zu behandeln sind, da es dabei oftmals zu einer „sozial erwünschten“ Antwortverzerrung kommt<sup>227</sup>. Auch Sloan und Shadle geben zu bedenken, dass Fragestellungen nach der Rolle des Haftungsrechtes bei medizinischen Entscheidungen wenig relevante Daten für die Quantifizierung der mit defensiver Medizin verbundenen Kosten liefern. Da diese nicht auf einer Gegenüberstellung von erwartetem Grenznutzen und erwarteten Grenzkosten einer Behandlung basieren, ist die Aussagekraft solcher persönlicher Einschätzungen begrenzt. Dennoch erkennen sie die verzerrende Wirkung einer optimalen Behandlung durch die bloße Existenz einer Gefährdung durch Haftungsrechte an.<sup>228</sup>

Ein im renommierten Journal of Health Economics publizierter Artikel von Sloan und Shadle untersucht die Inzidenz von defensiver Medizin nicht auf Basis von Befragungen, sondern anhand der zweiten genannten Möglichkeit: des Rückschlusses von Risiko- auf Handlungsunterschiede. Sie erforschen die Auswirkungen von Reformen im Haftungsrecht, basierend auf Daten aus einem Zeitraum von 15 Jahren, und finden kaum signifikante Auswirkungen direkter oder indirekter Reformen auf medizinische Entscheidungen. Auch die Gesundheit der Patienten leidet ihrer Erkenntnis nach nicht.<sup>229</sup> Defensive Medizin wird also entweder gar nicht praktiziert, was in Anbetracht der weiteren Studienlage unwahrscheinlich scheint, oder durch die Gesetzesreformen kaum beeinflusst, so dass sie in der Datenerhebung nicht erfasst werden kann.

Nur eine einzelne Spezifikation zeigt sehr wohl leichte Inzidenz in Richtung Kostensenkungspotential auf, allerdings auf Kosten der Überlebensrate von Patienten. Die Autoren betrachteten dieses Ergebnis zum Veröffentlichungszeitpunkt zwar als Einzelfall im wissenschaftlichen Diskurs, und sie schlossen aus, dass Haftungsrechtsreformen tatsächlich eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität nach sich ziehen würden, neuere Ergebnisse relativieren diese Ansicht allerdings. Sie kommen zu dem Schluss, dass – wenn überhaupt – vor

225 Summerton (1995)

226 Studdert et al. (2010)

227 Studdert et al. (2010)

228 Sloan, Shadle (2009)

229 Sloan, Shadle (2009)

allem indirekte Reformen einen Effekt auf die Gesundheitsausgaben haben könnten.<sup>230</sup>

Eine jüngere Studie von Zabinski und Black gelangt schließlich zu einer ähnlichen Erkenntnis. Die Autoren befassen sich mit den Auswirkungen einer Reduktion des Haftungsrisikos auf die Patientensicherheit. Entgegen zahlreicher anderer Ergebnisse, die hauptsächlich Mortalität als Indikator für Patientensicherheit heranziehen, analysieren sie Patientensicherheitsindikatoren (PSIs). In einer Difference-in-Difference-Analyse kommen sie zu dem Schluss, dass die Patientensicherheit nach der Auflockerung des Haftungsrechtes im Laufe einiger Jahre abnimmt. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass eine bloße Aufhebung der Haftung allein nicht ausreicht, Kosten bei gleichbleibender Qualität einzusparen. Es ist notwendig, die Versorgungsqualität weiterhin hoch zu halten oder sogar zu erhöhen. Schadenshaftung sei ein Anreiz, um Versorgungsqualität auf einem hohen Standard zu gewährleisten. Allerdings sei dies nicht der einzige Ansatz, und schon gar nicht der beste.<sup>231</sup>

Speziell mit der Verbreitung von negativer defensiver Medizin beschäftigt sich Feess. Er fasst die Ergebnisse der wenigen verbreiteten Studien zu diesem Aspekt der defensiven Medizin zusammen. Die Anwendung derartiger Praktiken liege laut Selbsteinschätzung in Fragebögen zwischen 30 und 60 Prozent – je nachdem, welche Ausprägung negativer defensiver Medizin in welcher Fachrichtung abgefragt wurde.<sup>232</sup>

Praktiken, die einst aus Absicherungsgründen durchgeführt wurden, könnten aufgrund steter Wiederholung mittlerweile als medizinischer Standard angesehen werden. Der defensivmedizinische Hintergrund hinter manchen Behandlungsstrategien kann bereits in Vergessenheit geraten sein.<sup>233</sup> Aufgrund dieser Einschätzung könnten defensivmedizinische Praktiken noch stärker verbreitet sein, als es in derartigen Studien angegeben wird. Solche unbewusste defensive Medizin ist aber wahrscheinlich auch schwieriger zu beseitigen.

Im folgenden Abschnitt wird die Einschätzung der Kosten der Defensivmedizin dargestellt.

---

230 Sloan, Shadle (2009)

231 Zabinski, Black (2014)

232 Feess (2012)

233 U.S. Congress (1994)

## 6. Kosten

Wenn schon die Inzidenz defensiver Medizin nur schwierig und uneindeutig nachweisbar ist, gestaltet sich die Bewertung der Kosten als noch komplizierteres Unterfangen. Erstmals untersuchen Kessler und McClellan die zu erwartenden Einsparungen durch eine Reform des Haftungsrechts im US-Gesundheitswesen. Sie erwarten eine Ausgabenreduktion zwischen 5 und 9 Prozent der Gesundheitsausgaben – ohne Einbußen bei der Lebenserwartung oder zusätzliche medizinische Komplikationen. Sie kommen zu dem Schluss, dass derartige Reformen defensivmedizinische Praktiken einschränken können, sie weisen aber darauf hin, dass sich diese Effekte erst nach einigen Jahren voll entfalten würden.<sup>234</sup>

Auch die Prognose von Backer und Chandra bewegt sich in einem ähnlichen Rahmen. Ein 10-prozentiger Anstieg der Fälle erhöht die Gesundheitsausgaben allgemein um 1,3 Prozent. Bildgebende Verfahren wären von einem solchen Anstieg mit einer Steigerung von fast 3 Prozent sogar noch stärker betroffen. Analog zu den Ergebnissen von Kessler und McClellan ergäbe sich für den 60-prozentigen Anstieg der durchschnittlichen Versicherungsprämien zwischen 2000 und 2003 ein Anteil der Defensivmedizin von über 5 Prozent. Die Autoren stellen diese Ergebnisse einem Anstieg der Gesundheitsausgaben um 30 Prozent gegenüber und schließen daraus, dass es sich bei der Defensivmedizin nicht um die treibende Kraft dieses Anstieges handelt.<sup>235</sup>

Thomas et al. quantifizieren die durch defensive Medizin entstandenen Kosten für das Gesundheitssystem und kommen zu dem Schluss, dass eine 10-prozentige Reduktion der Versicherungsprämien die Gesundheitsausgaben für die Allgemeinheit um weniger als 1 Prozent verringern würden. Sie meinen daher, dass der Effekt einer potentiellen Reform des Haftungsrechtes oftmals überschätzt würde. Ihre eigene Untersuchung stützen die Autoren auf eine besondere Forschungsstrategie, die von der Signalwirkung von Entwicklungen auf dem Haftpflichtversicherungs-Markt auf die Kosten im Gesundheitssystem schließt. Ärzte würden ihr eigenes Haftungsrisiko aufgrund der Versicherungsprämien einschätzen. Ausgehend von dieser Modellierung kommen sie zu dem Schluss, dass defensivmedizinische Praktiken zwar sehr wohl weit verbreitet existieren würden, ihr Einfluss auf die Gesundheitsausgaben sich allerdings in Grenzen halten würde. Aufgrund des Studiendesigns sei es allerdings nicht möglich, fachrichtungsunspezifische und national einheitlich angewandte defensivmedizinische Praktiken aufzuzeigen.

234 Kessler, McClellan (1996)

235 Baicker, Chandra (2005)

Diese Praktiken würden sich allerdings den Autoren zufolge auch durch die Einführung einer Haftungsreform nicht beeinflussen lassen. Dennoch betonen die Autoren, dass auch das geringe Einsparungspotential keineswegs vernachlässigt werden sollte, womit sie sich den Erkenntnissen von Hermer und Brody anschließen.<sup>236 237</sup>

Auch Studdert et al. kommen zu einem ähnlichen Ergebnis. Sie unterstreichen, dass die Gesetzgebung in Fragen der Arzthaftung zwar dringend einer Reform bedarf, um defensive Medizin einzuschränken und kosteneffiziente Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Sie betonen allerdings explizit, dass eine solche Einschränkung nur in geringem Ausmaß kostensenkende Wirkung zeigen würde.<sup>238</sup>

Lieber zeigt auf, dass nach Haftungsreformen in einem Bundesstaat sowohl die Ärztedichte als auch die Rate an Behandlungsfehlern in benachbarten Bundesstaaten fällt. Er kommt also zu dem Schluss, dass besonders jene Ärzte, die einem größeren Haftungsrisiko ausgesetzt sind (sei dies aufgrund der Fachrichtung oder aufgrund der Arbeitsweise), verstärkt auf eine Veränderung in der Gesetzgebung reagieren, und er interpretiert dieses Ergebnis als adverse Selektion.<sup>239</sup>

Thomas et al. bringen die äußerst diversifizierte Studienlage auf den Punkt. Sie argumentieren, dass unterschiedliche Ergebnisse von keinen potentiellen Effekten bis hin zu dramatischen Einsparungspotentialen eine große Bandbreite an Auswirkungen von Haftungsreformen und somit von defensiver Medizin abdecken. Sie kommen zu dem Schluss, dass vor allem Studien aus der jüngeren Vergangenheit durchwegs zumindest von moderatem Sparpotential durch derartige Reformen und eine damit verbundene Reduktion defensiver Medizin ausgehen.<sup>240</sup>

---

236 Thomas et al. (2010)

237 Hermer, Brody (2010)

238 Studdert et al. (2010)

239 Liebert (2014)

240 Thomas et al. (2010)

## 7. Fazit

Bei „positiver defensiver Medizin“ handelt es sich vorwiegend um zusätzlich durchgeführte Behandlungen, bei denen nicht das Patientenwohl die alleinige Motivation darstellt. Unter „negativer defensiver Medizin“ werden all jene Maßnahmen verstanden, die der Vermeidung oder Verringerung eines Risikos dienen. Die Messung von defensiver Medizin und von ihren Auswirkungen erweist sich als äußerst schwierig und erfolgt zumeist durch direkte Befragungen oder durch Rückschluss von Unterschieden in Haftungsrisiken auf Unterschiede in den Behandlungsstrategien.

Ein Auftreten von sowohl positiver als auch negativer defensiver Medizin lässt sich in ökonomischen Modellen darstellen, die allesamt eine klare Aussage treffen: Haftung fördert defensive Medizin. Im Zuge einer Reduktion der defensiven Medizin muss jedoch sehr wohl beachtet werden, Anreize zur Erhaltung hoher Qualität zu schaffen. Ansonsten droht eine Beeinträchtigung der Patientensicherheit.

In Befragungen berichten Ärzte in den USA von einer enormen Verbreitung defensiver Praktiken. Über 90 Prozent der Ärzte geben an, defensive Medizin zu praktizieren. Die häufigste Ausprägungsform positiver defensiver Medizin ist übertriebene Diagnostik. Die Anwendung negativer defensiver Praktiken liegt zwischen 30 und 60 Prozent. Daten aus Großbritannien zeigen auch dort eine große Verbreitung defensiver Praktiken auf (78 Prozent).

Von einer Reform des Haftungsrechtes versprechen sich zahlreiche Autoren eine Reduktion der defensiven Medizin und somit ein Einsparpotential bei den Gesundheitsausgaben. Vor allem ältere Prognosen für die Effekte von Reformen im Haftungsrecht waren sehr unterschiedlich und reichten von keinen potentiellen Effekten bis hin zu enormem Einsparungspotential. Aktuellere Ergebnisse zeigen vorwiegend ein moderates Potential zwischen 1 und 10 Prozent der Gesundheitsausgaben auf. Die tatsächlichen Effekte würden sich aber erst nach einigen Jahren voll entfalten. Zahlreiche Autoren werden nicht müde zu betonen, dass auch geringe Sparpotentiale sehr wohl ausgenutzt werden müssen.

Hinsichtlich der Einsparpläne im österreichischen Gesundheitssystem, die vor allem durch Limitationen von Leistungen auf der Angebotsseite versuchen, weitere Kostenanstiege im Zaum zu halten (Kostendämpfungspfad), sind tatsächliche Einsparpotentiale besonders hervorzuheben, wenn sie auch nur von geringem Ausmaß sind. Eine geringe Kostenreduktion wäre einem abgeschwächten Kostenanstieg stets vorzuziehen.

## 8. Literaturverzeichnis

- Baicker, K.; Chandra, A.; (2005): Defensive Medicine and Disappearing Doctors?; Regulation, Vol. 28, No. 3; pp. 24–31, Fall 2005
- Black, B.; (1990): Medical litigation and the quality of care; The Lancet, Vol. 335, Ausgabe 8680, 35–37
- DeKay, M.; Asch, D.; (1998): Is the defensive use of diagnostic tests good for patients, or bad?; Med Decis Making. 1998; Jan–Mar; 18(1): 19–28
- Feess, E.; (2012): Malpractice liability, technology choice and negative defensive medicine; Eur J Health Econ (2012); 13: 157–167
- Gawande, A.;(2010): The cost conundrum; New Yorker; zitiert nach Hermer, Brody (2010)
- Hermer, L.; Brody, H. (2010): Defensive Medicine, Cost Containment, and Reform; J Gen Intern Med 25(5): 470–473
- Kao, T.; Vaithianathan, R. (2010): Optimality of no-fault medical liability systems; No 480, PIE/CIS Discussion Paper; Center for Intergenerational Studies; Institute of Economic Research; Hitotsubashi University
- Kessler, D.; McClellan, M.; (1996): Do doctors practice defensive medicine? ; Quarterly Journal of Economics, 1996, v111 (2, May), 353–390
- Lieber, E. (2014): Medical Malpractice Reform, the Supply of Physicians and Adverse Selection; Journal of Law and Economics, Vol. 57, 2014
- Ortashi, O.; Virdee, J.; Hassan, R.; Mutrynowski, T.; Abu-Zidan, F.; (2013): The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom; BMC Med Ethics, 2013, 29; 14: 42
- Pauker, S.; Kassirer, J.; (1975): Therapeutic decision making: a cost-benefit analysis; N Engl J Med 1975; 293: 229–234
- Pauker, S.; Pauker, S.; (1998): Expected-utility Perspectives on Defensive Testing. Torts, Tradeoffs, and Thresholds-Is Defensive Medicine Defensible?; Med Decis Making. 1998 Jan–Mar; 18(1): 29–31
- Sloan, F.; Shadle, J.; (2009): Is there empirical evidence for „Defensive Medicine“? A reassessment; Journal of Health Economics 28 (2009); 481–491
- Studdert, D.; Mello, M.; Sage, W.; DesRoches, C.; Peugh, J.; Zapert, K.; Brennan, T.; (2005): Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment; JAMA, 2005 – Vol 293, No. 21; p 2609–2617
- Studdert, D.; Mello, M.; Brennan, T.; (2010): Defensive Medicine and Tort Reform; A Wide View; J Gen Intern Med 25 (5): 380–381
- Summerton, N; (1995): Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners; BMJ. Jan 7, 1995; 310 (6971): 27–29

- Thomas, J.; Ziller, E.; Thayer, D; (2010) Low Costs Of Defensive Medicine, Small Savings From Tort Reform; Health Affairs 29, No. 9 (2010): 1578–1584
- U.S. Congress, Office of Technology Assessment; (1994): Defensive Medicine and Medical Malpractice; Washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994
- U.S. Congress, US Congressional Budget Office; (2006): Medical malpractice tort limits and health care spending; Washington DC; US Government printing office
- Zabinski, Z.; Black, B.; (2014): The Deterrent Effect of Tort Law: Evidence from Medical Malpractice Reform; Northwestern Law & Econ Research Paper No. 13-09.