

INHALT

- **Kassenbeiträge: Spahn-Vorschläge wecken Begehrlichkeiten**
- **Kassenärzte wollen mehr Geld für Ausweitung der Sprechzeiten**
- **Zahl der Ärzte in Deutschland steigt erneut**
- **Mit ausländischen Pflegekräften gegen den Personalmangel**
- **Grippe-Impfung: Vierfach-Wirkstoff für alle Kassenpatienten**
- **Gesundheitstechnologie: Bundestag rügt Kommissionsvorschlag**
- **Arzneimittelrabattverträge bremsen Ausgabenanstieg**
- **Rund zwei Millionen Liter Blut gespendet**
- **Hintergrund: Arzthaftung – Arzt muss umfassend aufklären**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
17. April 2018

■ AOK fordert Neustart bei Digitalisierung des Gesundheitswesens

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, hält die **elektronische Gesundheitskarte** (eGK) für gescheitert. „Seit beinahe 20 Jahren wird in dieses System investiert, und bislang gibt es keinen Nutzen. Bis Ende 2018 werden wir zwei Milliarden Euro dafür aufgewendet haben“, resümiert Litsch nüchtern. Die eGK sei eine Technologie aus den 90er Jahren, kritisiert der Verbandschef und fordert einen Neustart der Digitalisierung. Aus AOK-Sicht muss sich dann auch die Rolle der **Gesellschaft für Telematikanwendungen** der Gesundheitskarte (gematik) ändern. Litsch plädiert für eine Art Bundesnetzagentur, die übergeordnete Regeln für Datensicherheit und Interoperabilität der Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen setzen soll. Um die Vernetzung im deutschen Gesundheitswesen trotz der Probleme bei der **Telematik**-Infrastruktur schnell voranzubringen, entwickelt die AOK derzeit ein **digitales Gesundheitsnetzwerk**, das gerade in **Mecklenburg-Vorpommern** pilotiert wurde. Ärzteverbände forderten unterdessen mehr Zeit. Es sei wegen fehlender Technik unrealistisch, bis Ende des Jahres alle 100.000 Praxen an die Telematikinfrastruktur anzubinden, erklärte die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** (KBV). Diese Frist solle mindestens bis Mitte 2019 verlängert werden.

Infos: www.rp-online.de

■ Leichter Rückgang bei Behandlungsfehlern

2017 hat es nach Angaben der **Bundesärztekammer** (BÄK) weniger **Behandlungsfehler** in deutschen Krankenhäusern und Arztpraxen gegeben als 2016. Festgestellt wurden Fehler in 2.213 Fällen. 2016 waren es noch 2.245 Fälle. Ursache für einen Gesundheitsschaden waren solche Fehler oder Mängel in der Risikoaufklärung laut BÄK aber nur in 1.783 Fällen – nach 1.845 im Jahr 2016. Insgesamt trafen die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft 2017 bundesweit 7.307 Entscheidungen zu mutmaßlichen Fehlern, auch hier waren es 2016 noch 332 mehr. Für das 2016 meldet das **Statistische Bundesamt** 19,5 Millionen Behandlungsfälle in Kliniken. Für das Jahr 2017 liegen diese Daten noch nicht vor. Hinzu kommen rund eine Milliarde Arztkontakte jährlich in den Praxen. Neben der Ärzteschaft gehen auch die **Medizinischen Dienste der Krankenkassen** Behandlungsfehlern nach. Im Jahr 2016 erstellten sie rund 15.000 Gutachten, in knapp jedem vierten Fall wurden Fehler bestätigt. Weitere Informationen zum Thema im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.bundesaeztekammer.de

ZUR PERSON I



Foto: Deutscher Bundestag / Thomas Tritschler

■ **Dr. Ralf Brauksiepe** ist neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Das Kabinett stimmte seiner Ernennung durch Gesundheitsminister Jens Spahn zu. Brauksiepe gehört seit 1998 an dem Bundestag an, war von 2009 bis 2013 Parlamentarischer Staatssekretär im Arbeits- und Sozialministerium und von 2013 bis 2017 im Verteidigungsministerium.



■ **Horst-Peter Högge (li.) und Frank-Olaf Kassau** sind neue Vorstandsbevollmächtigte der AOK NORDWEST. Die Neubesetzung wurde erforderlich, weil die bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende, Dr. Martina Niemeyer (51), zum 1. April als neue Vorstandschefin zur AOK Rheinland-Pfalz/Saarland gewechselt ist.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Kassenbeiträge: Spahn-Vorschläge wecken Begehrlichkeiten

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn fordert von den Krankenkassen Beitragssenkungen wegen hoher Rücklagen. „Die Versicherten haben einen Anspruch darauf. Es ist ihr Geld“, so Spahn. Dem Vorstandschef der Barmer Krankenkasse, Christoph Straub, ist das nicht genug. „Wir plädieren dafür, überhöhte Rücklagen an den Gesundheitsfonds zurückfließen zu lassen und damit der Versorgung aller Versicherten zur Verfügung zu stellen“, sagte Straub der Frankfurter Allgemeinen Zeitung. Beitragssenkungen seien eher zum Vorteil für vermögendere Kassen. Straubs Kollegen reagierten ablehnend. Jens Baas, Chef der Techniker Krankenkasse, warnte vor „sozialistischen Ansätzen“ und „Enteignung“. Gut wirtschaftende Kassen würden bestraft. Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, nannte Straubs Pläne abwegig. Selbstverständlich müsse der Kassenwettbewerb den Versicherten zugute kommen. Die Behauptung, der Gesundheitsfonds verteile Geld unterschiedlich, sei aber falsch. „Für einen Diabetiker in der Uckermark oder am Starnberger See bekommt jede Krankenkasse die gleiche Zuweisung“, so Litsch. „Wer Wettbewerb will, muss auch mit unterschiedlichen Finanzergebnissen leben können.“ Franz Knieps, Verbandchef der Betriebskrankenkassen sprach von einem Schnellschuss. 2017 kam die GKV insgesamt auf ein Plus von 3,15 Milliarden Euro und verfügt aktuell über Reserven von über 28 Milliarden Euro. Das Potenzial für Beitragssenkungen werde nicht ausgeschöpft, hatte das Gesundheitsministerium im März kritisiert. „Wir bieten heute schon attraktive Beitragssätze“, erwiderte daraufhin die AOK. „Spielräume, die wir uns durch hochwertige und effiziente Versorgung erarbeitet haben, geben wir an die Versicherten weiter.“

Infos: www.aok-bv.de

■ Mehr Geld für längere Sprechzeiten

Die Kassenärzte fordern für die geplanten Ausdehnung der Sprechzeiten für gesetzlich Versicherte zusätzliche Vergütungen. „Ein Viertel mehr Sprechstunden heißt auch ein Viertel mehr Geld“, sagte der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Andreas Gassen, mit Blick auf die geplanten Vorgaben für längere Sprechzeiten. „Da gehört ein Preisschild dran.“ Die Große Koalition will die Sprechzeiten für Kassenpatienten von bisher 20 auf 25 Stunden pro Woche ausweiten damit die schneller an Termine kommen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bekräftigte, es gehe um ein „Bündel von Maßnahmen“, um Wartezeiten zu verkürzen. Bei entsprechender Vergütung sei sicherlich noch etwas Ressource für die Behandlung gesetzlich Versicherter zu heben, sagte Gassen. Es würde aber schwer werden, so etwas flächendeckend umzusetzen. „Ebenso arbeiteten Ärzte ja nicht nur in den Öffnungszeiten, die auf dem Praxisschild stehen, für die Patienten.“ Daneben seien etwa Befunde auszuwerten oder Hausbesuche zu machen.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ **Prof. Dr. Volker Amelung** bleibt Vorstandsvorsitzender des Bundesverbands Managed Care (BMC). Die Mitgliederversammlung bestätigte ebenso seine beiden Stellvertreter Susanne Eble und Ralf Sjuts. Neu im Vorstand ist der Vize-Chef der Techniker Krankenkasse, Thomas Ballast.

Copyright: Michael Fuchs



■ **Patricia Alison Hartley** ist seit dem 1. April neue stellvertretende Vorsitzende des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller. Sie löst Stefan Meyer von der Bayer Consumer Care AG ab. Hartley ist bereits seit 2014 Beisitzerin im BAH-Vorstand und leitet bei Sanofi-Aventis Deutschland GmbH den Geschäftsbereich Selbstmedikation.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Zahl der Ärzte in Deutschland steigt erneut

Ende 2017 waren bei den Ärztekammern insgesamt 385.149 berufstätige Ärzte gemeldet. Ende 2016 waren es 378.607. Das ist ein Plus von 6.542 Ärzten beziehungsweise von etwas mehr als 1,7 Prozent. Die Zahl der Klinikärzte stieg überdurchschnittlich um 2,1 Prozent auf 198.500. Bei den niedergelassenen Medizinerinnen verzeichnet die Statistik einen Rückgang von 1.285 beziehungsweise 1,1 Prozent auf 118.356. Dieses Minus bezieht sich jedoch nur auf die Praxisinhaber. Rechnet man die angestellten Ärzte hinzu, sind auch im niedergelassenen Bereich mehr Ärzte tätig als vor einem Jahr: rund 154.400 gegenüber 152.000. Die Zahl angestellter Mediziner ist binnen Jahresfrist um rund 3.700 auf 36.000 gestiegen. Vor zehn Jahren gab es nur knapp 12.600 angestellte Mediziner in der ambulanten Versorgung. Die Bundesärztekammer (BÄK) warnte trotz des Gesamtanstiegs vor einem drohenden Mangel, da in der älter werdenden Bevölkerung der Behandlungsbedarf zunehme. „Wer nur Köpfe zählt, macht es sich zu einfach“, sagte BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery. „Uns fehlen Arztstunden.“ Ohne Gegensteuern auch mit stärkerer Ausbildung werde sich dieser Mangel verschärfen, warnte Montgomery und forderte mindestens zehn Prozent mehr Studienplätze für Medizin.

KOMMENTAR

Es ist schon bemerkenswert, welche Wortakrobatik die Ärzteschaft bemüht, um nicht ausprechen zu müssen, was ist. Die Zahl der Ärzte steigt kontinuierlich, in den vergangenen zehn Jahren um 22 Prozent. Nun fehlen also Arztstunden. Was immer das heißen mag. Bisher hieß es eher, Ärzte leisteten wegen des Mangels zu viele (Über-)Stunden. Wenn Jahr für Jahr die Schar der Ärzte wächst, der Mangel in bestimmten Bereichen wie etwa bei Land-, Haus- und Kinderärzten bleibt, muss sich auch und vor allem die selbstverwaltete Ärzteschaft Fragen nach den Gründen gefallen lassen. Schlüssige Antworten bleibt sie jedenfalls Jahr für Jahr schuldig. (rbr)

Infos: www.bundesaeztekammer.de

■ Mit ausländischen Pflegekräften gegen den Personalmangel

Dem „Pflege Thermometer 2018“ zufolge müssen aktuell 17.000 Pflegestellen besetzt werden. 8.000 soll ein Sofortprogramm bringen. Bundesgesundheitsminister Jens Spahn will die Lücke auch mit ausländischen Kräften schließen. Berufsabschlüsse sollen entsprechend schneller anerkannt werden. „Pflegekräfte aus unseren Nachbarländern einzuladen, ist die nächstliegende Option“, sagte der CDU-Politiker [in einem Zeitungsinterview](#) mit Verweis auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit in der EU. SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach wies Spahns Vorhaben zurück. „Wir sollten nicht anderen Ländern Pflegekräfte weg kaufen, dort fehlen sie auch bereits“, schrieb er bei [Twitter](#) und mahnte stattdessen eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte an. Die Sprecherin für Pflegepolitik der Grünen-Bundestagsfraktion, Kordula Schulz-Asche, rief Spahn auf, schnellstmöglich ein umfassendes Programm für eine Pflege-Offensive vorzulegen. Gründe für die hohe Zahl offener Pflegestellen sind laut [Pflegethermometer](#) der bundesweite Fachkräftemangel sowie die abnehmende Qualität der Bewerber für diesen Beruf.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Grippe-Impfung: Vierfach-Wirkstoffstoff für alle Kassenpatienten

Gesetzlich Versicherte mit einem Leistungsanspruch sollen künftig einen tetravalenten statt dem bisher üblichen trivalenten Grippeimpfstoff erhalten. Der **Gemeinsame Bundesausschuss** (GBA) hat beschlossen, ab der Saison 2018/19 die Impfung mit dem neuen Vierfach-Wirkstoff in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzunehmen. Der GBA setzt damit eine neue **Empfehlung der Ständigen Impfkommission** des Robert-Koch-Instituts (RKI) um. Die Grippe-Schutzimpfungen sind seit 2007 Pflichtleistungen der GKV. Mit der Umstellung auf die Vierfach-Kombination soll künftig eine bessere Abdeckung der sich ständig ändernden Erregerstämme erreicht werden. Die **Deutsche Stiftung Patientenschutz** hatte Ende Februar kritisiert, dass noch nicht alle Kassen die Vierfach-Impfung zahlen. Im Unterschied zum Dreifach-Wirkstoff richtet sich die Vierfach-Impfung laut Experten auch gegen die sogenannte Yamagata-Linie der Influenza-B-Erreger. Sie macht laut RKI in dieser Saison etwa 75 Prozent der Grippefälle aus. Das Institut hatte aber zugleich betont, dass auch die bisherige Dreifach-Impfung einen guten Schutz biete. In der jetzigen Grippewelle habe die errechnete Wirksamkeit bei 46 Prozent gelegen. Das sei angesichts der üblichen Schwankungsbreite von 20 bis 60 Prozent relativ gut.

Infos: www.g-ba.de

■ Gesundheitstechnologie: Bundestag rügt Kommissionsvorschlag

Der Deutsche Bundestag lehnt den Vorstoß der EU-Kommission für eine einheitliche und verbindliche Bewertung von Gesundheitstechnologien auf Europaebene ab. Die Abgeordneten stimmten am 22. März einem gemeinsamen Antrag von CDU/CSU, SPD, FDP und Bündnis 90/Die Grünen zu. Darin wird der Kommission eine sogenannte Subsidiaritätsrüge erteilt, weil die geplante Verordnung zum **Health-Technology-Assessment** (HTA) in die rechtlich geschützte Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung eingreife. Bei einer Umsetzung werde die nationale Gestaltungsmöglichkeit eingeschränkt und es bestehe die Gefahr einer Abwertung der hohen deutschen Standards zur Nutzenbewertung. Frankreich und Spanien haben ebenfalls eine Subsidiaritätsrüge übermittelt. Damit haben sich aber zu wenige Mitgliedsstaaten gegen dieses Kommissionsvorhaben ausgesprochen, um das Verfahren jetzt schon zu stoppen. Auch der AOK-Bundesverband lehnt den Verordnungsentwurf ab, plädiert jedoch für mehr freiwillige Zusammenarbeit auf Europaebene.

Infos: www.aok-bv.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Arzneimittelrabattverträge bremsen Ausgabenanstieg

Die AOKen haben 2017 bei Arzneimitteln über 1,6 Milliarden Euro einspart, die direkt der Versichertengemeinschaft zugutekommen. Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und Verhandlungsführer für die bundesweiten AOK-Rabattverträge, nannte die Verträge anlässlich des Starts der 19. Tranche „Marktwirtschaft vom Feinsten“. Die AOK-Ausgaben für Medikamente sind 2017 um 0,9 Prozent je Versicherten gestiegen. Das ist der niedrigste Wert unter den Krankenkassen. Der GKV-Schnitt liegt bei einem Plus von 2,8 Prozent. Die 19. Tranche ist seit 1. April in Kraft und umfasst 118 generische Wirkstoffe und Wirkstoffkombinationen.

Infos: www.aok-bv.de

■ Forscher wollen sexualisierte Gewalt in der Pflege untersuchen

Eine Vorstudie der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat Hinweise geliefert, dass Belästigungen oder sexualisierte Gewalt in einigen Branchen des Gesundheits- und Sozialwesens „virulent“ sind. Nun gehe es darum, die Befragung bis zum Start der Hauptstudie zusammen mit Experten aus der Behindertenhilfe, der stationären und ambulanten Altenpflege sowie aus der Jugendhilfe und aus der Psychiatrie zu optimieren, sagte die Studienleiterin Mareike Adler. „Was sexualisierte Gewalt in unterschiedlichsten Formen angeht, fehlen uns einfach die Zahlen“, so Adler. Für die Vorstudie wurden 345 Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen befragt. Die Hauptstudie soll Anfang 2019 starten.

Infos: www.bgw-online.de

■ Alkohol und Zigaretten: Drogenbeauftragte für verschärfte Regeln

Bundesbürger über 15 Jahre konsumierten 2015 im Schnitt rund 10,7 Liter reinen Alkohol. So steht es im kürzlich veröffentlichten **Jahrbuch Sucht 2018**. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler, hat deshalb höhere Preise für Bier und Schnaps gefordert. „Wir sollten darüber sprechen, ob weniger als 20 Cent für einen halben Liter Bier oder weniger als vier Euro für Spirituosen sein müssen“, so die CSU-Politikerin. Beim Thema Alkohol sei Deutschland ein Hochkonsumland, sagte Ulrich John, Leiter des Instituts für Sozialmedizin an der Universität Greifswald. In einem **Zeitungsinterview** kündigte Mortler außerdem einen neuen Anlauf für ein Verbot der Außenwerbung für Tabakerzeugnisse an.

Infos: www.drogenbeauftragte.de

Vorschau

G+G | 04/2018

Gesundheit und Gesellschaft

Selbstversuch im Schlaflabor

Wer nicht genug Schlaf bekommt, wird krank. Im Schlaflabor der Uni Marburg analysieren Ärzte, wie ein Patient schläft und was seine Nachtruhe beeinträchtigt. Eine Reportage von Christoph Fuhr (Text) und Rolf K. Wegst (Fotos).

Manchmal werde ich Rammbock sein

Niedrigschwellige Angebote für Pflegebedürftige, mehr qualifiziertes Personal in Heimen und Kliniken – als neuer Pflegebevollmächtigter des Bundes will Andreas Westerfellhaus eine Lanze für die Pflege brechen.

Grün macht gesund

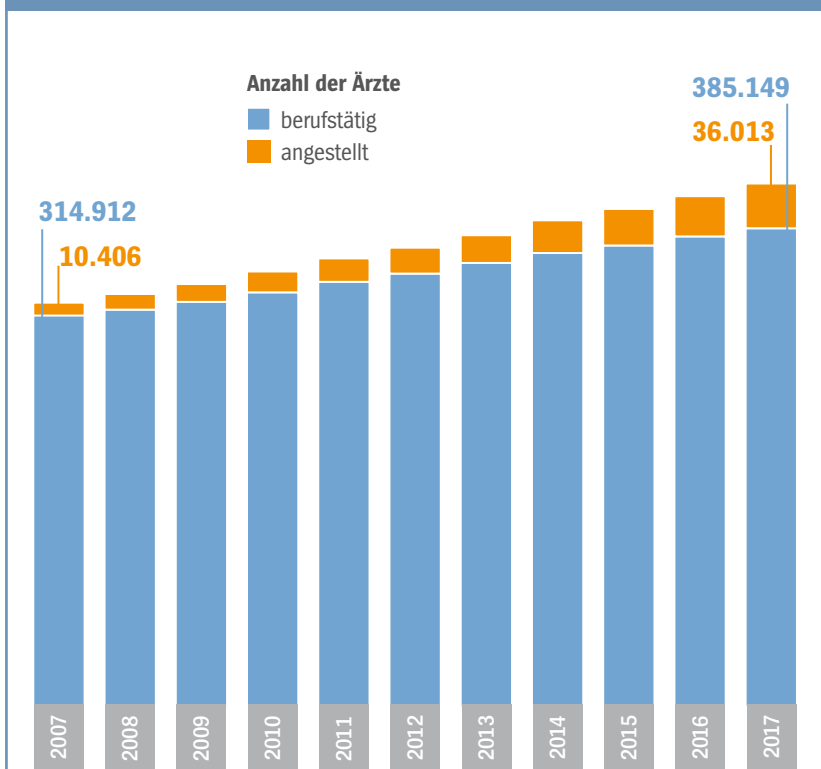
Wissenschaftliche Studien belegen: Der Aufenthalt in der Natur baut Stress ab, wirkt heilsam und hilft, Krankheiten vorzubeugen, erklärt Präventionsexperte Wolfgang Schlicht.

G+G | 04/2018

Wissenschaft

Die Förderung und Stärkung der Gesundheitskompetenz sind das Ziel des gleichnamigen Nationalen Aktionsplans und Schwerpunkte der neuen Ausgabe.

Ärztestatistik: Kontinuierliches Wachstum



Quelle: Bundesärztekammer 2018

Die Zahl der berufstätigen Ärzte steigt seit Jahren kontinuierlich, auch 2017. In den vergangenen zehn Jahren um 22 Prozent. Ebenso zeigt sich ein starker Trend zu angestellten Ärzten auch in der ambulanten Versorgung: plus 246 Prozent seit Ende 2007, also mehr als eine Verdreifachung.

Infos: www.bundesaerztekammer.de

■ Rund zwei Millionen Liter Blut gespendet

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) hat 2016 rund vier Millionen Vollblutspenden registriert. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke hervor. Bei einem Volumen von 500 Millilitern pro Blutspende entspricht das einem Gesamtvolumen von rund zwei Millionen Liter Blut. Der Großteil der Spenden entfiel mit 2,9 Millionen Vollblutspenden demnach auf die Blutspendedienste des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Das entspricht einem Anteil von rund 73 Prozent. Neben den fünf regional gegliederten Blutspendediensten des DRK sind in Deutschland noch staatlich-kommunale sowie universitäre Spendeneinrichtungen aktiv. Zudem gibt es private Einrichtungen sowie einen Blutspendedienst der Bundeswehr.

Infos: <http://dip21.bundestag.de>

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ **Arzthaftung: Arzt muss umfassend aufklären**

Ist eine Operation medizinisch nicht dringlich, ist ein Patient dezidiert über bestehende echte Alternativen aufzuklären. Hierzu kann unter anderem auch die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder das Nichtstun zählen. Dies entschied das Oberlandesgericht Hamm in einem Urteil vom 15. Dezember 2017.

Rückenschmerzen gehören zu den verbreitetsten Volkskrankheiten in Deutschland. Neben den Folgen für die Betroffenen verursacht der Kreuzschmerz enorme Kosten im Gesundheitssystem. Millionen Krankheitstage gehen auf sein Konto und immer häufiger landen Rückenpatienten auf dem OP-Tisch. So ist nach einer Studie der Bertelsmann-Stiftung aus dem vergangenen Jahr die Zahl der operativen Eingriffe zwischen 2007 und 2015 um 71 Prozent gestiegen. Wegen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Rückens gab es 2015 über 610.000 Krankenhausaufenthalte – im Vergleich zu 2007 ein Plus von 34 Prozent.

» Nach Operation teilweise gelähmt

Auch ein 1951 geborener Mann ließ sich wegen seiner seit Jahren andauernden Rückenschmerzen im Lendenwirbelbereich vom 26. bis 30. Juli 2010 stationär behandeln. Zunächst bekam er von dem behandelnden Arzt, der als Belegarzt in der Klinik tätig war, Schmerzmittel. Das von ihm veranlasste CT zeigte eine Verengung des Wirbelkanals der Lendenwirbelsäule. Der Arzt schlug dem Patienten eine Operation vor und klärte ihn mithilfe eines umfangreichen Aufklärungsbogens am 30. Juli 2010 über mögliche Risiken auf. Die Operation erfolgte am 11. August 2010. Während des Eingriffs zeigte sich eine kleine Verletzung der harten Hirnhaut (Dura mater spinalis), die das Rückenmark umhüllt. Der Arzt behob den Defekt.

Nach der Operation kam es bei dem Mann zu neurologischen Ausfällen in beiden Beinen. Er konnte weder das gestreckte Bein anheben noch die Füße heben und senken. Da er auch kein Wasser mehr lassen konnte, bekam er einen Blasenkatheter gelegt. Bei der Revisions-OP am darauffolgenden Tag wurde ein epidurales Hämatom (Blutung infolge eines verletzten arteriellen Blutgefäßes) entfernt und ein weiterer Duradefekt verschlossen. Nach dem Eingriff verbesserte sich der Gesundheitszustand des Patienten aber nur kurzfristig. Schließlich ließ er sich in eine andere Klinik verlegen. Die dort erfolgte MRT-Untersuchung zeigte erneut ein epidurales Hämatom, das am nächsten Tag entfernt wurde.

» Schadenersatz gefordert

Schließlich legte der Patient dem erstbehandelnden Arzt Aufklärungs- und Behandlungsfehler zur Last. Die Operation am 11. August 2010 habe zu einer chronischen inkompletten Querschnittslähmung mit Blasenentleerungsstörung und einer Hyperaktivität der Harnblase geführt. Er könne nur mit Gehhilfen maximal 400 Meter zurücklegen und sei ansonsten auf einen Rollator oder einen Rollstuhl angewiesen. Außerdem leide er dauerhaft unter anhal-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

tenden Schmerzen im operierten Bereich, unter Impotenz und Depressionen. Er verlangte Schadenersatz und Schmerzensgeld. Das Landgericht wies jedoch die Klage ab. Die Duraverletzung sei ein typisches Operationsrisiko und kein Behandlungsfehler. Auch bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung hätte der Patient in die Operation eingewilligt.

Gegen das erstinstanzliche Urteil legte der Patient Berufung ein. Das Oberlandesgericht gab ihm Recht. Der Patient habe Anspruch auf 75.000 Euro Schmerzensgeld, den Ersatz weiterer Schäden, unter anderem für Zuzahlungen zu Hilfsmitteln in Höhe von rund 34.589 Euro und auf Zahlung vorgerichtlicher Anwaltskosten in Höhe von rund 4.410 Euro. Außerdem müsse der Arzt für zukünftige Schäden haften.

» Patient muss echte Wahl haben

In seiner Urteilsbegründung wies das Oberlandesgericht darauf hin, dass die Wahl der Behandlungsmethode zwar primär Sache des Arztes sei. Gebe es aber – wie im vorliegenden Fall – mehrere Behandlungsmöglichkeiten, unter denen der Patient eine echte Wahl habe, müsse ihm durch eine entsprechend vollständige Aufklärung die Entscheidung überlassen werden, auf welchem Weg die Behandlung erfolgen solle und auf welches Risiko er sich einlassen wolle. Je weniger dringlich sich der Eingriff nach medizinischer Indikation und Heilungsaussicht darstelle, desto weitgehender und genauer müsse der Arzt aufklären – gegebenenfalls auch über die Möglichkeit einer abwartenden Behandlung oder des Nichtstuns.

» Konservative Therapie war möglich

Im vorliegenden Fall wäre die konservative Behandlung weiterhin eine echte Alternative zum operativen Eingriff gewesen. Zudem habe die Operation allgemeine und besondere Risiken gehabt, über die der Patient auch habe aufgeklärt werden müssen. Der Arzt habe nicht nachweisen können, dass er den Patienten über diese Punkte hinreichend informiert habe.

Auch konnte das Oberlandesgericht im Unterschied zur ersten Instanz keine überzeugenden Anhaltspunkte für eine hypothetische Einwilligung des Patienten in die Operation erkennen. Das Landgericht habe bei seiner Abwägung fehlerhaft unterstellt, dass durch eine konservative Behandlung keine schnelle Linderung der Beschwerden zu erwarten gewesen wäre. Der seinerzeitige zeitliche Ablauf von nur drei Tagen sei für eine konservative Behandlung schlichtweg zu kurz gewesen. Der Patient habe nachvollziehbar und glaubhaft dargestellt, dass er lieber weiter mit Schmerzen gelebt hätte, als sich operieren zu lassen, wenn er darüber aufgeklärt worden wäre, dass zunächst eine mehrwöchige Schmerztherapie möglich gewesen wäre und danach die Chance bestanden hätte, die Schmerzen noch mehrere Jahre lang mit Medikamenten zu beherrschen.

Die Entscheidung bestätigt die ständige Rechtsprechung zu den Aufklärungspflichten von Ärztinnen und Ärzten. Die Richter haben erneut deutlich gemacht, dass im Behandlungsverhältnis das Selbstbestimmungsrecht von Patienten nicht übergangen werden darf.

Infos: www.dejure.org