

Arzthaftung

Bei PRT auch über das Risiko der Querschnittslähmung aufklären

„Contrast Forum“ berichtete in der Ausgabe Nr. 3/2010 über die GOÄ-Abrechnung bei PRT. Nicht die Abrechnung, sondern den Umfang der Aufklärungspflicht betreffend urteilte der Bundesgerichtshof (BGH) am 6. Juli 2010 (Az: VI ZR 198/09), dass bei PRT auch über das Risiko einer Querschnittslähmung aufzuklären sei. Radiologen, die PRT durchführen, sind also gut beraten, ihre Patienten vor Durchführung dieser Eingriffe auf das Risiko einer Querschnittslähmung hinzuweisen. Der folgende Beitrag fasst das wegweisende BGH-Urteil zusammen.

Sachverhalt

Nach erfolglosen konservativen Behandlungen stellte sich der Patient im August 2001 bei einem Orthopäden vor, der eine Kernspintomographie der Halswirbelsäule veranlasste. Die Untersuchung ergab Anzeichen für einen Verschleiß im Bereich der Wirbelsäule. Zudem wurden eine Protrusion (Vorwölbung) mit Wurzelbedrängung und ein konstitutionell grenzwertig enger Spinalkanal diagnostiziert. Der Arzt empfahl die Durchführung einer PRT. In der unterzeichneten Einverständniserklärung hieß es unter anderem:

„Als Komplikation ist bei einigen wenigen Patienten eine längerfristige Lähmung eingetreten, die sich jedoch wieder vollständig rückbildete.“

Sechs Tage später wurde die PRT vom Arzt durchgeführt. Der Patient hatte unter diesem Datum auch

eine Einverständniserklärung zur Periduralanästhesie oder „Stand By“ bei „Periradikulärer Therapie (PRT)“ unterzeichnet. In dieser Einverständniserklärung heißt es unter anderem:

„Lähmungen (auch Querschnittslähmungen) nach Blutungen, Entzündungen oder direkten Nervenverletzungen sind extrem selten.“

Inhalt

Aktuelle Rechtsprechung

Arzt wegen zweiter Ehe gekündigt

Management

Sonderausgabe zum Personalmanagement

Versorgung Radionuklide

Übergangsregelung 18-Fluor-PET

Tarifrecht

Die neue Entgelttabelle

Leserforum

Einsichtsrecht des Patienten

Gesetzgebung

Neue Beschlüsse

Bei der Durchführung der PRT kam es zu Komplikationen. Es traten eine akute Tetraplegie und eine starke Atemnot ein. Die Tetraplegie blieb in der Folgezeit irreversibel, sodass der Patient schwerstbehindert und vollständig erwerbsunfähig blieb. Der Patient macht vor Gericht geltend, der Arzt habe seine Aufklärungspflicht verletzt, weil er nicht über das Risiko einer Querschnittslähmung aufgeklärt habe.

Oberlandesgericht verneinte zuvor einen Aufklärungsfehler

Das Oberlandesgericht (OLG) Hamburg verneinte eine Aufklärungspflicht – die Tetraplegie als Folge einer PRT sei ein rein theoretisches Risiko gewesen, über das der Arzt nicht aufklären müsse. Denn zum Zeitpunkt des Eingriffs sei weltweit erst einmal in der amerikanischen Schmerztherapie-Zeitschrift „Pain“ über Querschnittslähmungen bei diagnostischer oder therapeutischer Wurzelinfiltration berichtet worden.

Der Arzt habe in den Prozessen zudem Fachliteratur zitiert, in der ein solches Risiko bei Durchführung einer PRT oder entsprechenden Maßnahmen nicht erwähnt sei. Er habe geltend gemacht, dass auch Kollegen im Jahr 2001 bei Durchführung einer PRT nicht über dieses Risiko aufgeklärt hätten. Erst ab 2002 sei auf die Gefahr einer Querschnitts-

lähmung bei Durchführung einer PRT hingewiesen worden. Zwar habe der gerichtliche Sachverständige die Ansicht vertreten, dass es sich bei der Querschnittslähmung im Jahr 2001 nicht um eine typische, aber um eine denkbare, wenn auch extrem seltene Komplikation handele, auf welche der Patient wegen der damit verbundenen enormen Tragweite aus medizinischer Sicht hätte hingewiesen werden müssen. Es habe sich dabei aber um eine theoretisch bestehende Möglichkeit des Auftretens einer Komplikation gehandelt, über die nicht aufgeklärt werden müssen.

BGH sieht Sachlage anders und gibt dem Patienten recht

Der Ansicht des OLG folgten die BGH-Richter nicht. Der Umstand, dass bei einer Behandlung wie der periradikulären Therapie in der ärztlichen Fachliteratur noch nicht über eine Querschnittslähmung berichtet wurde, reicht nicht aus, dieses Risiko als lediglich theoretisches Risiko einzustufen und eine Aufklärungspflicht zu verneinen. Das OLG habe die Ausführungen des Sachverständigen nicht genügend gewürdigt.

Bei medizinischen Fragen müsse der Richter mangels eigener Fachkenntnisse Unklarheiten bei Sachverständigen-Aussagen durch gezielte Befragung klären. Dies sei hier unterblieben. Der BGH wies daher das Verfahren an das OLG zurück. Dieses muss nun unter sachverständiger Beratung klären, ob aufgrund der anatomischen Gegebenheiten der Wirbelsäule bei einer PRT ebenso wie bei anderen wirbelsäulennahen Injektionen generell das Risiko einer Querschnittslähmung besteht und ob dies dem Orthopäden im Jahre 2001 bekannt sein musste.

Aktuelle Rechtsprechung

Chefarzt wegen zweiter Ehe gekündigt

Die erneute Eheschließung des Chefarztes eines Krankenhauses in kirchlicher Trägerschaft ist ein Pflichtverstoß und kann durchaus als Kündigungsgrund geeignet sein. Zu diesem Ergebnis kommt das Landesarbeitsgericht (LAG) Düsseldorf in einem Urteil vom 1. Juli 2010 (Az: 5 Sa 996/09).

Entscheidungsgründe

Nach Auffassung des LAG ist das verfassungsrechtlich verbürgte Selbstbestimmungsrecht der katholischen Kirche durch die Arbeitsgerichte zu achten. Die erneute Eheschließung ist danach ein Pflichtverstoß und als Kündigungsgrund geeignet. Zugleich müssen die Gerichte im Kündigungsschutzverfahren grundlegende staatliche Rechtssätze beachten.

Im konkreten Einzelfall wertete das LAG die Kündigung des Chefarztes durch die Klinik wegen seiner zweiten Eheschließung allerdings als unwirksam. Das Gericht sah den Gleichbehandlungsgrundsatz als verletzt an, weil das Krankenhaus mit protestantischen und katholischen Mitarbeitern gleiche Arbeitsverträge abgeschlossen hatte. Bei protestantischen Mitarbeitern waren allerdings durch das Krankenhaus bei erneuten Eheschließungen keine Kündigungen erfolgt. Zudem hätte die Klinik bereits seit einiger Zeit von dem eheähnlichen Verhältnis des Arztes gewusst und keine arbeitsrechtlichen Maßnahmen ergriffen. Es sei unverhältnismäßig, wenn das Krankenhaus bei längerem Kenntnis von der eheähnlichen Gemeinschaft sofort zum Mittel der Kündigung greife.

Management

Sonderausgabe zum Personalmanagement

Der Konkurrenzkampf um gute ärztliche Mitarbeiter hat ein besorgniserregendes Ausmaß angenommen. Daher ist eine optimale Einstellungspolitik auch für Chefärzte und leitende Krankenhausärzte heute wichtiger denn je. Doch wie können Fehler hierbei vermieden werden?

Die 36-seitige Sonderausgabe für Chefärzte „Praxisbeispiele zum Personalmanagement“ gibt Tipps zu Themen wie richtige Gesprächsführung, optimale Mitarbeiterführung und erfolgreiches Konfliktmanagement.

Leserservice

Die ersten 30 Leser von „Contrast Forum“, die sich in der Redaktion unter mareck@iww.de melden, erhalten je ein Exemplar der Sonderausgabe.

Versorgungsengpass Radionuklide Übergangsregelung für 18-Fluor-PET verlängert

Aufgrund des fortbestehenden Versorgungsengpasses bei Radionukliden ist es weiterhin zur Sicherstellung der Versorgung der Patienten mit therapieentscheidenden nuklearmedizinischen Untersuchungen erforderlich, dass als Substitut für stark radionuklidverbrauchende Knochenszintigraphien mit 99m-Technetium Positronen-Emissions-Tomographien (PET) mit radioaktiven Fluorverbindungen durchgeführt werden.

KBV und Krankenkassen haben daher die Übergangsregelung zur Durchführung von PET-Untersuchungen mit 18-Fluorid bis zum 31. Dezember 2010 verlängert.

Tarifrecht

Die neue Entgelttabelle zur Tarifeinigung zwischen MB und Vka sowie weitere Änderungen

von RA, FA MedR Dr. Tobias Eickmann, Kanzlei am Ärztehaus, Frehse Mack Vogelsang, Dortmund, www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Leser von „Contrast Forum“ haben nach einer übersichtlichen Entgelttabelle nach der letzten Tarifeinigung zwischen dem Marburger Bund (MB) und dem Verband kommunaler Arbeitgeber (Vka) gefragt. Nachfolgend daher die wesentlichen Ergebnisse der Tarifrunde von Anfang Juni 2010.

Wesentliche Eckpunkte

Im Wesentlichen haben sich MB und Vka rückwirkend zum 1. Mai auf folgende Eckpunkte geeinigt:

1. Gehalt/Stufenverkürzung

Die Arztgehälter werden rückwirkend um 2,0 Prozent erhöht. Zugleich wird eine Einmalzahlung in Höhe von 400 Euro gezahlt. Daneben sind die Verweildauern in den Stufen 3 und 4 der Entgeltgruppe (EG I, Assistenzärzte) von 18 auf 12 Monate verkürzt worden. Überdies wurde für erfahrene Fachärzte eine neue Vergütungsstufe 6 eingeführt.

Ein Sinken des Einkommens durch die Höhergruppierung eines Facharztes ab dem 13. Jahr zum Oberarzt im ersten Jahr wird durch eine Besitzstandsregelung verhindert. Dadurch ergibt sich ab dem 1. Mai 2010 folgende neue Entgelttabelle:

Neue Entgelttabelle – wirksam seit dem 1. Mai 2010

Ab dem	1. Jahr (Euro)	2. Jahr (Euro)	3. Jahr (Euro)	4. Jahr (Euro)	5. Jahr (Euro)	–
Arzt (EG I)	3.735,91	3.947,66	4.098,92	4.361,52	4.673,64	–

Ab dem	1. Jahr (Euro)	4. Jahr (Euro)	7. Jahr (Euro)	9. Jahr (Euro)	11. Jahr (Euro)	13. Jahr (Euro)
Facharzt (EG II)	4.930,79	5.344,22	5.707,22	5.918,98	6.125,68	6.332,38
Oberarzt (EG III)	6.176,10	6.539,10	–	–	–	–
CA-Vertreter (EG IV)	7.265,11	–	–	–	–	–

2. Bereitschaftsdienstentgelt

Das Bereitschaftsdienstentgelt steigt in den einzelnen Entgeltgruppen spürbar an, und zwar in der

- EG I von 22,30 auf 25,00 Euro,
- EG II von 27,10 auf 29,00 Euro,
- EG III von 30,00 auf 31,50 Euro sowie in der
- EG IV von 32,00 auf 33,50 Euro.

Darüber hinaus wird erstmals ein separater Zuschlag für die Nachtstunden (21 Uhr bis 6 Uhr) in Höhe von 15 Prozent der vorbenannten Stundenentgelte innerhalb des Bereitschaftsdienstes eingeführt.

3. Leistungsorientierte Vergütung durch ergänzende Zielvereinbarung

Unabhängig von den dargestellten Tarifentgelten wird zusätzlich ein variables Vergütungssystem auf freiwilliger Basis eingeführt. Dabei sollen nach Vorstellung der Tarifver-

tragsparteien insbesondere in Bezug auf abteilungs- oder klinikspezifische Fort- oder Weiterbildungen Zielvereinbarungen abgeschlossen werden, die neben der Kostenübernahme auch zusätzliche Freistellungen unter Fortzahlung der Entgelte vorsehen. Dieses Instrument soll auch die Vereinbarung von leistungsorientierten Erfolgsprämien ermöglichen.

4. Maßregelungsklausel

Schließlich ist vereinbart worden, dass Arbeitgeber keine Maßregelungen (Abmahnungen, Entlassungen etc.) aus Anlass gewerkschaftlicher Arbeitskampfmaßnahmen vornehmen dürfen.

Leserforum

Einsichtsrecht des Patienten in Unterlagen: Wie weit reicht es?

Frage: „Immer wieder werden wir mit dem Wunsch von Patienten konfrontiert, in Unterlagen Einsicht zu nehmen. Wie weit reicht eigentlich das Einsichtsrecht? Kann ich die Einsicht verwehren?“

Antwort von RA Jens Buiting, LL.M. Medizinrecht, Buiting & Partner, Düsseldorf:

Sie sind grundsätzlich verpflichtet, dem Patienten die Einsichtnahme nach Rücksprache mit Ihrem Krankenhaussträger zu gewähren. Der Patient kann sich im Krankenhaus auf eigene Kosten auch Kopien anfertigen. Er hat jedoch kein Recht auf Mitnahme der Originalunterlagen.

Grundsätzlich umfasst das Recht zur Einsichtnahme die gesamten Krankenunterlagen einschließlich sämtlicher angefertigter Notizen zum Krankheitsbild des Patienten und

zur Person des Patienten selbst. Hierbei ist im Einzelfall eine Abwägung zwischen dem Recht des Patienten auf Selbstbestimmung und den Persönlichkeitsrechten des Arztes zu treffen, der ein Interesse daran hat, die Aufzeichnungen, die nur für ihn und nicht für den Patienten bestimmt sind, zu schwärzen.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 9. Januar 2006 dem Recht des Patienten ein erhebliches Gewicht zugesprochen, sodass der Einsichtnahme in sämtliche Aufzeichnungen nur im begründeten Ausnahmefall widersprochen werden kann (Az: 2 BvR 443/02). Problematisch wird es insbesondere immer dann, wenn das Einsichtsrecht auf Ihr ärztliches Bedenken stößt. Dies kann der Fall sein bei noch nicht bestätigten Diagnosen zu schweren Krankheiten. Auch in diesen Fällen besteht grundsätzlich das Recht auf Einsichtnahme.

Für den Fall, dass der Patient sein Einsichtsrecht an einen Dritten (Versicherungsgesellschaft, Rentenversicherer, behandelnder Arzt) vertraglich abtritt, gelten die obigen Ausführungen entsprechend. Sie sollten jedoch die Schweigepflichtentbindung des Patienten in jedem Fall sorgfältig überprüfen. Ihre Pflicht zur Verschwiegenheit gilt im Übrigen auch gegenüber der Polizei und der Staatsanwaltschaft. Auch hier gilt, dass die Herausgabe nur bei Vorliegen einer wirksamen Schweigepflichtentbindung verlangt werden kann. Andernfalls bedarf es eines Gerichtsbeschlusses, in dem der mutmaßliche Wille des Patienten festgestellt wird. Der Einsichtnahmewunsch der Erben eines Patienten ist ebenso zu behandeln wie die Einsichtnahme eines sonstigen Dritten.

Gesetzgebung

Aktuelle Beschlüsse der Ministerkonferenz

Um sich in Fragen der Gesundheitspolitik abzustimmen, treffen sich die Gesundheitsminister der Länder in der „Gesundheitsministerkonferenz“ – kurz GMK. Schon früher hat die GMK nachhaltige Anstöße für Veränderungen im Gesundheitswesen gegeben. Im Juli 2010 hat sich die GMK in Hannover getroffen. Die für Krankenhäuser wichtigen Beschlüsse im Kurzüberblick:

Rettenngsdienst als eigenständiges Leistungssegment

Der Rettungsdienst soll als eigenständiges Leistungssegment im SGB V geregelt werden, da er sich als ein eigenständiges, präklinisches Leistungssegment in der Gesundheitsversorgung entwickelt hat. Neben die ambulante, stationäre und die Reha-Behandlung tritt dann der Rettungsdienst als vierter Sektor.

MVZ nur in ärztlicher Trägerschaft?

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU und FDP auf Bundesebene steht es bereits: Künftig soll es MVZ nur noch in ärztlicher Trägerschaft geben. Die GMK ist in dieser Frage aber offenbar gespalten. Nur Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein sprechen sich ausdrücklich für MVZ in ärztlicher Trägerschaft aus.

Einführung einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung

Die aktuelle Krankenhausplanung der Länder soll durch eine sektorübergreifende Bedarfsplanung abgelöst werden, die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigt. Die Länder spüren, dass sie

durch die Konzentrationsprozesse der Krankenkassen und die Tendenz zu Selektivverträgen Gestaltungsmöglichkeiten verlieren. Sie wollen daher die Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte in einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung auf Länderebene zusammenführen.

Neuregelung Zulassungsverfahrens zur ambulanten Behandlung

Das Zulassungsverfahren gemäß § 116b SGB V für die ambulante Behandlung bei hochspezialisierten Leistungen und seltenen Erkrankungen soll überarbeitet werden. Im Kern geht es dabei um die Frage, ob wirklich ein (Verdrängungs-)Wettbewerb zwischen einzelnen niedergelassenen Fachärzten (insbesondere Onkologen) und Krankenhäusern gewünscht ist. Der gültige Gesetzestext sieht bislang eine Zulassung unter „Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung“ vor – jedoch ohne eine Bedarfsprüfung vorzunehmen. Diese unklare Formulierung hatte zu mehreren Rechtsstreitigkeiten geführt. Jetzt soll sich der Gesetzgeber offenbar konkreter festlegen: entweder Bedarfsplanung oder Wettbewerb.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: RAin Heike Mareck (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt des Contrast Forum ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Contrast Forum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.