

Berufsverband der Deutschen Urologen e.V.

Urologe 2013 · 52:1354
DOI 10.1007/s00120-013-3321-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Redaktion

W. Bühmann, Wenningstedt/Sylt

+++ URO-Telegramm +++

Urteil: Apotheker haftet wie Arzt für Verschreibungsfehler

Das Oberlandesgericht (OLG) Köln hat eine grundsätzliche Entscheidung zur Haftung von Apothekern getroffen: Gibt ein Apotheker ein vom Arzt falsch verschriebenes Medikament aus und der Patient erleidet gesundheitlichen Schaden, muss der Pharmazeut beweisen, dass daran nicht die Fehlmedikation schuld ist. Das hat das OLG in einem heute veröffentlichten Beschluss entschieden. (Aktenzeichen: 5 U 92/12) Damit wurde erstmals die schon bei Ärzten geltende Beweislast auch auf Apotheker übertragen und eine bislang ungeklärte Haftungsfrage entschieden. Der Zivilsenat ließ aber wegen der grundsätzlichen Bedeutung eine Revision beim Bundesgerichtshof zu.

Der Sachverhalt: Ein Arzt hatte einem Säugling mit Down-Syndrom, der vor einer Herzoperation stand, 2006 ein herzstärkendes Medikament versehentlich in achtfach überhöhter Dosierung verschrieben. Der Apotheker erkannte den Fehler nicht und gab das Arzneimittel aus. Wenige Tage nach der Einnahme erlitt das Baby einen Herzstillstand und musste über 50 Minuten reanimiert werden. Es erlitt eine Hirnschädigung, einen Darmschaden und trug erhebliche Entwicklungsstörungen davon. Die Eltern forderten von dem Arzt und dem Apotheker Schadenersatz und Schmerzensgeld in Höhe von mindestens 200.000 Euro. Nachdem das Kölner Landgericht der Klage überwiegend stattgegeben hatte, bestätigte jetzt das OLG die Verurteilung der Beklagten, ließ aber die Höhe des Schmerzensgeldes noch offen. Ein solcher Fehler dürfe einem Apotheker nicht unterlaufen, urteilte der Senat. Angesichts des hochgefährlichen Medikaments

hätte der Apotheker in besonderer Weise Sorgfalt walten lassen müssen. Es handle sich daher um einen großen Fehler. Die Überdosierung sei aus dem Alter des Patienten zu erschließen gewesen.

Bei Ärzten gilt schon seit langem: Liegt nur ein einfacher Behandlungsfehler vor, muss der Patient beweisen, dass ein Schaden auf fehlerhafter Behandlung beruht. Bei einem groben Behandlungsfehler wird dagegen angenommen, dass er die Ursache für den Schaden verursacht hat.

Der Kölner Senat hat dies nun übertragen: Arzt und Apotheker müssten beweisen, dass die Entwicklung des Kindes nicht auf die überhöhte Dosierung, sondern auf das Down-Syndrom zurückzuführen ist. Dies sei ihnen nicht gelungen.

© dpa/aerzteblatt.de



Krankenkassen begünstigen weiterhin Junge und Gesunde

Alte und kranke Menschen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder diskriminiert. Das geht aus dem jüngsten Tätigkeitsbericht des Bundesversicherungsamtes (BVA) hervor, den die Aufsichtsbehörde im Internet veröffentlicht hat. Danach benachteiligen die Kassen Versicherte mit hohem Kostenrisiko oft schon bei der Anwerbung. Daneben habe es aber auch Versuche gegeben, Ältere oder Kranke aus der Kasse heraus zu drängen, heißt es in dem Bericht. Nach Darstellung der Behörde hatten Mitarbeiter einer Krankenkasse kurzfristig sogar versucht, behinderte und chronisch kranke Menschen am Telefon zur Kündigung zu bewegen. „Die dargestellte Verfah-

rensweise verstößt gegen grundlegende Prinzipien des Sozialgesetzbuches und wird der Verantwortung der gesetzlichen Krankenkassen gerade auch bei der medizinischen Versorgung von behinderten und chronisch kranken Menschen nicht gerecht“, rügt das Bundesversicherungsamt.

Scharfe Kritik übt die Behörde auch an der systemischen Risikoselektion bei der Anwerbung von Versicherten. So habe eine Reihe von Krankenkassen mit ihrem Vertrieb Vereinbarungen mit dem Ziel abgeschlossen, vorrangig einkommensstarke und gesunde Versicherte zu akquirieren. „Oft zahlen die Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien für das Werben von einkommensschwachen oder kranken Versicherten oder verlangen Prämien zurück, wenn die Neumitglieder höhere Krankheitskosten verursachen als erwartet“, heißt es in dem Bericht. „Hierdurch verstoßen die Krankenkassen gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Solidaritätsprinzip“, so das BVA.

„Seit Jahren ist bekannt, dass für diese unhaltbare und diskriminierende Entwicklung unter anderem ein unzureichender Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen verantwortlich ist. Dieser muss endlich korrigiert werden“, erklärte die Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, Ulrike Mascher. Sonst würde der Wettbewerb zwischen den Kassen vor allem auf dem Rücken von älteren, chronisch kranken und pflegebedürftigen Versicherten ausgetragen.

„Schuld an der Risikoselektion sind nicht die Kassen, Schuld ist die Politik, die die Krankenkassen in den Wettbewerb gezwungen hat“, kommentierte Christoph Kranich von der Verbraucherzentrale Hamburg in der Frankfurter Rundschau die Vorwürfe des BVA.

Auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) werden ältere Versi-

cherte offenbar benachteiligt. Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) kritisierte in den Stuttgarter Nachrichten, dass es immer noch Versicherer gebe, die Älteren keine günstigeren Tarife anböten, obwohl das gesetzlich vorgeschrieben sei. Das seien aber „Ausreißer“, betonte Bahr.

Viele Rechtsmängel bei Selektivverträgen

Das BVA bemängelt in seinem Tätigkeitsbericht auch, dass viele Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung sowie zur integrierten Versorgung rechtlich nicht korrekt seien.

Seit Anfang 2012 sind die Krankenkassen verpflichtet, den BVA die Verträge vorzulegen. 2012 hat das BVA laut dem Bericht 516 Verträge geprüft, in diesem Jahr werden es rund 1.350 werden.

Gründe für eine Beanstandung von Verträgen sind laut dem BVA insbesondere die Einbindung von nicht zugelassenen Vertragspartnern, zum Beispiel Privatkliniken oder nicht zugelassenen Ärzten, nicht zugelassene Teilnahmebeschränkungen wie Mindestversicherungszeiten oder Altersbeschränkungen, das Fehlen eines integrativen Versorgungsansatzes, zum Beispiel reine OP-Leistung ohne Einbindung eines weiteren Sektors, und die Erhebung von Selbsthalten über die gesetzlichen Zuzahlungsregelungen hinaus. „Es bleibt jedoch festzustellen, dass die gesetzlichen Regelungen der Selektivverträge überarbeitungsbedürftig sind“, bemängelt das BVA. Es fehle die Verpflichtung, die Verträge zu veröffentlichen, außerdem sollte der Gesetzgeber die verschiedenen Vertragstypen vereinheitlichen, um das Verfahren zu entbürokratisieren.

© hil/aerzteblatt.de

