

Das neue Patientenrechtegesetz

Was die Regelungen für die Praxis bedeuten – Teil 1

Das am 29. November 2012 vom Deutschen Bundestag verabschiedete und bis zuletzt heftig umstrittene „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (hier Patientenrechtegesetz genannt) hat am 1. Februar 2013 trotz aller Kritik auch den Bundesrat passiert. Das Gesetz wurde am 20. Februar 2013 ausgefertigt und ist am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt, also am 26. Februar 2013, in Kraft getreten.

Das Patientenrechtegesetz hat die Zielsetzung, Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bestehenden umfangreichen Patientenrechte herzustellen. Ferner will es die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte verbessern und die Patienten stärker unterstützen. Zu diesem Zweck soll das vor allem richterrechtlich, also durch Fortentwicklungen des Gesetzesrechts durch Urteile geprägte Behandlungs- und Arzthaftungsrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) kodifiziert werden, um die Rechte gegenüber den Leistungsträgern wie auch die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern zu stärken. Durch das Gesetz – so die amtliche Begründung weiter – sollen ebenso die Patienteninformation und -beteiligung eine Stärkung erfahren, darüber hinaus soll eine Fehlervermeidungskultur gefördert werden.

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche wesentlichen Inhalte das Gesetz aufweist und inwieweit es der vollmundig umschriebenen Zielsetzung gerecht wird. Dabei sollen vor allem praxisrelevante Aspekte hervorgehoben werden. Der Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages ist auf den beiden Internetseiten von Bayerischer Landeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Bayerns mit den für Zahnärzte wesentlichen Bestimmungen zur Information eingestellt (siehe Kasten auf Seite 13).

Struktur des Patientenrechtegesetzes

Das Patientenrechtegesetz enthält im Wesentlichen neue Bestimmungen für das BGB sowie Neuerungen und Änderungen im Bereich des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).



Fotos: Initiative proDente e.V.

Aufklärung und Dokumentation sind auch nach dem Patientenrechtegesetz besonders wichtig.

Neuregelungen im BGB

Neu ins BGB eingefügt werden acht Paragraphen über den „Behandlungsvertrag“. (Nachfolgend genannte Paragraphen ohne Gesetzesangabe sind solche des BGB.) Soweit im Folgenden unmittelbar auf den neuen Gesetzestext des BGB Bezug genommen wird, ist dies aus Gründen der Übersichtlichkeit kursiviert wiedergegeben.

Der Behandlungsvertrag als spezieller Dienstvertrag (§§ 630a, 630b)

Nach §§ 630a, 630b wird der Behandlungsvertrag weiterhin als ein bestimmter Fall des Dienstvertrags angesehen, für den allerdings zunächst die neu ins BGB eingefügten §§ 630a bis 630h gelten, ergänzend greifen die Bestimmungen über den Dienstvertrag.

Unter die Bestimmungen des Behandlungsvertrags fällt dabei nicht nur die mit therapeutischer Zielsetzung vorgenommene Behandlung eines Menschen, sondern auch die medizinisch nicht indizierte, namentlich zu sogenannten kosmetischen Zwecken vorgenommene Behandlung. Abweichend von der gesetzlichen Regelung können die Parteien des Vertrags auch vereinbaren, dass keine Dienstleistung geschuldet ist, wie dies für den Behandlungsvertrag typisch ist, sondern ein bestimmter Behandlungserfolg. Dann greifen jedoch werkvertragsrechtliche Regelungen ein, die gegebenenfalls

durch einzelne Bestimmungen des Rechts über den Behandlungsvertrag ergänzt werden.

§ 630a Abs. 2 bestimmt, dass die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen hat, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Maßgeblich ist der zahnmedizinische Standard im betreffenden Behandlungsfall. Der jeweilige Standard ergibt sich dabei insbesondere aus Behandlungsleitlinien der Fachgesellschaften sowie den Behandlungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (Letztere im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung). Es ist auch zu beachten, dass sich Zusatzqualifikationen wie zum Beispiel Fachzahnarztbezeichnungen oder postgraduale akademische Abschlüsse, aber auch sich selbst zugeschriebene Bezeichnungen wie die Angabe von Tätigkeitsschwerpunkten auf den jeweils anzuwendenden Standard auswirken können.

Von dem zahnmedizinischen Standard können die Parteien durch Vereinbarung abweichen. Dies ergibt insbesondere seinen guten Sinn im Hinblick auf neue Behandlungsmethoden, die sich noch nicht als medizinischer Standard durchgesetzt haben, aber auch im Hinblick auf Fälle, in denen eine Vorgehensweise nach dem medizinischen Standard aus besonders gelagerten Umständen heraus nicht indiziert ist. Derartige Vereinbarungen sollten insbesondere zum Selbstschutz des Zahnarztes sorgfältig dokumentiert werden, insbesondere auch, warum im konkreten Fall eine Behandlung nach dem zahnmedizinischen Standard nicht erfolgt, und dass der Patient über alle damit verbundenen Umstände, speziell über Alternativen und mit den einzelnen Vorgehensweisen verbundene spezifische Vor- und Nachteile sowie Risiken aufgeklärt wurde. Hinsichtlich des hier angesprochenen Themas von Information und Aufklärung sei auf die nachfolgenden Ausführungen hierzu innerhalb dieses Artikels verwiesen.

Informationspflichten nach § 630c

§ 630c Abs. 2 S. 1 verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und – soweit erforderlich – in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

Der Gesetzgeber wollte hiermit die sogenannte therapeutische Aufklärung (auch Sicherungsaufklärung genannt), die der Sicherung der Behand-

lung und ihres Erfolgs dienen soll, regeln. Sprachlich ist dies jedoch nicht recht gelungen, wenn man vergleichend den Wortlaut des § 630e Abs. 1 betrachtet, der die sogenannte Selbstbestimmungsaufklärung regelt. Letztere ist für eine ordnungsgemäße Einwilligung in die Untersuchung und Behandlung erforderlich. Die Regelungen sind inhaltlich zu ähnlich, um hinreichend unterschieden werden zu können. Gleichwohl bleibt zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber bezüglich therapeutischer Aufklärung und Selbstbestimmungsaufklärung keine neuen Grundsätze einführen wollte. Festzuhalten bleibt, dass die bisher sogenannte therapeutische Aufklärung den Bestimmungen über die Informationspflichten in § 630c zugeschlagen wird, während die Bestimmungen über die bis dato sogenannte Selbstbestimmungsaufklärung in den Vorschriften des § 630e über Aufklärungspflichten enthalten sind. Verstöße gegen die therapeutische Aufklärungspflicht stellen weiterhin einen Behandlungsfehler dar, Verstöße gegen die Pflicht zur Selbstbestimmungsaufklärung hindern weiterhin eine wirksame Einwilligung des Patienten in die konkrete Untersuchung oder Behandlung im Rahmen des Behandlungsvertrags.

Als weitere Informationspflicht ist in § 630c Abs. 2 S. 2 nun vorgesehen, dass der Behandelnde den Patienten auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren über Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, zu informieren hat, wenn solche Umstände für den Behandelnden erkennbar sind. Informationspflichten des Behandelnden über für ihn erkennbare wesentliche Umstände zum Zweck der Abwendung gesundheitlicher Gefahren gab es auch schon nach der bisherigen Rechtsprechung. Mit der jetzt geschaffenen Vorschrift wird gleichwohl eine – zumindest bezüglich der Bezichtigung der eigenen Person oder anderer Behandelnder in Fällen mangelnder Gesundheitsgefährdung – neue Kategorie geschaffen, die jedoch für den zahnärztlichen Bereich keinesfalls überbewertet werden sollte.

Für die getroffene Regelung ist zunächst wesentlich, dass gerade nicht darauf abgestellt wird, ob für den Behandelnden Behandlungsfehler (von ihm oder anderen Behandelnden) erkennbar sind. Abgestellt wird lediglich darauf, ob dem Behandelnden Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen. Lediglich über diese Umstände ist nach dem Gesetz auf Nachfrage – oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren auch ungefragt – zu informieren.



Die Aufklärung hat mündlich zu erfolgen. Sie kann durch Aufklärungsbögen unterstützt werden.

Jeder Behandelnde sollte sich also davor hüten, sich selbst oder einen anderen der fehlerhaften Behandlung zu bezichtigen, da genau dies das Gesetz nicht vorsieht. Bei der Art der Äußerung wird insbesondere das Kollegialitätsgebot nach § 8 Abs. 1 der Berufsordnung zu berücksichtigen sein.

Ob für den Behandelnden Umstände erkennbar sind oder waren, die gerade die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, wird in der Praxis oft schwierig zu beantworten sein. Nicht jedes nicht wunschgerecht ausgefallene Behandlungsergebnis lässt automatisch auch gleich einen Behandlungsfehler annehmen. Zurückhaltung ist also geboten. Voreilige Bewertungen verbieten sich von selbst.

In Ergänzung zu der getroffenen Regelung sieht das Gesetz vor, dass die an den Patienten gerichtete Information des Behandelnden über Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden oder gegen einen zeugnisverweigerungsberechtigten Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit Zustimmung des Behandelnden verwendet werden darf (§ 630c Abs. 2 S. 3).

Bei aller rechtsstaatlichen Berechtigung dieses Nachsatzes offenbart dieser dennoch ein grundsätzliches Problem der Gesamtsregelung: Ist ein Straf- oder Bußgeldverfahren aufgrund der Selbst-

bezichtigung erst einmal initiiert, nützt dem Behandelnden oder seinem Angehörigen das Beweisverwertungsverbot bezüglich der betreffenden Äußerung im Ergebnis herzlich wenig, da der Sachverhalt regelmäßig auch anderweitig ermittelt werden kann. Ob die getroffene Regelung damit im Hinblick auf den Grundsatz des fairen Verfahrens verfassungsmäßig ist, muss bezweifelt werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass berufsrechtliche oder disziplinarrechtliche Maßnahmen von dem Beweisverwertungsverbot der Vorschrift nicht ausdrücklich umfasst sind.

Einen Aspekt der bisher auch schon in Grenzen anerkannten sogenannten wirtschaftlichen Aufklärungspflicht regelt nun Abs. 3 des § 630c. Die Vorschrift enthält eine in Teilen gegenüber der bisherigen Rechtsprechung neue Regelung. Nach dieser muss der Behandelnde den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform schon dann informieren, wenn sich nach den Umständen hinreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, und erst recht, wenn er dies sicher weiß.

Obwohl nach der Bestimmung eine Informationspflicht bereits dann ausgelöst werden soll, wenn sich nach den Umständen hinreichende Anhalts-

punkte dafür ergeben, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, darf der Anwendungsbereich der Vorschrift keinesfalls überdehnt werden. Es muss zumindest eine gewisse, auf Tatsachen des Einzelfalls gegründete Wahrscheinlichkeit für einen Selbstbehalt des Patienten bestehen. Keinesfalls muss sich der Behandelnde über die Erstattungsmodalitäten eines privat versicherten Patienten erkundigen oder kann verlangt werden, dass Zahnärzte die mannigfachen Tarifbedingungen von privaten Krankenversicherungen kennen müssen. Die Regelung wird daher im Ergebnis weit überwiegend nur im GKV-Behandlungsbereich Relevanz besitzen, jedoch kaum bei Privatversicherten, sieht man einmal von zahnmedizinisch nicht notwendigen Leistungen ab.

Die Information über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung hat der Behandelnde „in Textform“ zu geben. Dies bedeutet laut BGB, dass die Information in Papierform der Regelfall sein wird. Bezüglich der rein formalen Ausgestaltung der Erklärung schreibt das BGB zum einen vor, dass die Person des Erklärenden (in der Regel also der Zahnarzt) genannt werden muss und zum anderen dieser durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar gemacht werden muss. Dies bedeutet, dass eine Unterschrift nicht erforderlich ist, aber eine Namenswiedergabe des Erklärenden als Erklärungsabschluss zweckmäßig ist. Für ausreichend wird auch ein Abschluss der Erklärung mit einer Grußformel gehalten.

Die gesetzliche Bestimmung lässt ausdrücklich weitergehende Formanforderungen an die Erklärung, die sich aus anderen Vorschriften, etwa des Vertragszahnarztrechts, ergeben, unberührt.

Zum Abschluss der Bestimmungen des § 630c über Informationspflichten enthält Abs. 4 die Regelung, dass es der Information des Patienten nicht bedarf, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet hat.

Diese Bestimmung bezieht sich nach der amtlichen Begründung zum Gesetzentwurf sowohl auf die Pflicht zur therapeutischen Aufklärung als auch auf die Auskunftspflicht bezüglich Umständen, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, und letztlich auch auf die Information über die Kosten der Behandlung bei hinreichenden Anhaltspunkten für einen Selbstbehalt. Bemerkenswert dabei ist, dass der Patient nach dieser Be-

stimmung sogar auf die therapeutische Aufklärung verzichten kann, was auch durch die amtliche Begründung zu dieser Bestimmung belegt ist. Ein solcher Verzicht des Patienten bezüglich der therapeutischen Aufklärung dürfte jedoch regelmäßig nicht hingenommen werden können, da an die Wirksamkeit eines solchen Verzichts strenge Anforderungen gestellt werden. So muss der Patient den Verzicht deutlich, klar und unmissverständlich geäußert haben und die Erforderlichkeit der Behandlung sowie deren Chancen und Risiken zutreffend erkannt haben. Diese Umstände werden im Regelfall nicht vorliegen. Auf jeden Fall sollte zum Selbstschutz des Behandelnden ein Verzicht des Patienten auf Informationen genau dokumentiert werden; soweit es um die therapeutische Aufklärung geht, auch die Tatsache der umfassenden Kenntnis des Patienten. Dies gilt insbesondere auch bei der Behandlung von Kollegen.

Aufklärungspflichten nach § 630e

In Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtslage beschreibt § 630e Abs. 1 die oben bereits angesprochene, üblicherweise so bezeichnete „Selbstbestimmungsaufklärung“. *Danach ist der Behandelnde verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören – so die Bestimmung weiter – insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie. Das Gesetz bestimmt weiter, dass bei der Aufklärung auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen ist, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.*

Über die so beschriebenen Inhalte der Aufklärungspflicht hinaus enthält Abs. 2 des § 630e nähere Bestimmungen bezüglich der Art der Aufklärung. *So muss die Aufklärung mündlich erfolgen.* Dies bedeutet eine Aufklärung im persönlichen Gespräch. Die amtliche Begründung gesteht jedoch zu, dass die Aufklärung in Einklang mit der Rechtsprechung in einfach gelagerten Fällen auch fernmündlich erfolgen kann. Eine Aufklärung lediglich in Gestalt von Aufklärungsbögen kommt, wie nach bisheriger Rechtsprechung auch, nicht in Betracht. Es ist jedoch sehr empfehlenswert, ergänzend zur mündlichen Aufklärung Aufklärungsbögen zu verwenden, auf die Bezug genommen werden kann. Dies lässt die gesetzliche Regelung auch ausdrücklich

zu. Die Aufklärungsbögen sollten neben den Aufklärungsinhalten insbesondere so gestaltet sein, dass der Patient mit seiner Unterschrift bestätigt, von den Inhalten des Bogens Kenntnis genommen zu haben, darüber hinaus mündlich aufgeklärt worden zu sein und keine Fragen mehr zu haben.

Bezüglich der die Aufklärung durchführenden Person sieht das Gesetz in Abs. 2 des § 630e den Behandelnden oder eine Person vor, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt. Nachdem die gesetzliche Regelung das Thema der zulässigen Delegation der Leistung oder einzelner Leistungsinhalte auf nichtärztliches beziehungsweise nichtzahnärztliches Personal nicht eigens anspricht, ist zu empfehlen, dass trotz des Wortlauts der Vorschrift auch im Bereich delegierbarer Leistungen die Aufklärung allein durch den Zahnarzt selbst durchgeführt wird.

Das Gesetz bestimmt weiter, dass die Aufklärung so rechtzeitig erfolgen muss, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohl überlegt treffen kann und die Aufklärung für den Patienten verständlich sein muss. Bei größeren zahnärztlichen Eingriffen wird somit regelmäßig eine Aufklärung am Vortag des Eingriffs erforderlich sein, aber auch ausreichen.

Grundlegend neu und von wesentlicher Bedeutung ist die Bestimmung des § 630e Abs. 2 Satz 2, dass dem Patienten Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen sind. Die Regelung stellt gerade nicht darauf ab, dass diese Unterlagen dem Patienten nur auf sein Verlangen zur Verfügung zu stellen wären. Sie sind daher – so muss man die Vorschrift verstehen – dem Patienten auch ungefragt beziehungsweise unverlangt auszuhändigen. Dem Wortlaut nach ist dies allerdings ausdrücklich beschränkt auf diejenigen Unterlagen, die der Patient unterzeichnet hat.

§ 630e Abs. 3 regelt dann – im Gleichlauf mit den Ausnahmen zu Informationspflichten nach § 630c – diejenigen Fälle, in denen auf eine Selbstbestimmungsaufklärung verzichtet werden kann. Insofern gelten die im dortigen Kontext gemachten Ausführungen an dieser Stelle entsprechend.

Soweit der Patient selbst nicht einwilligungsfähig ist, ist wie bisher auch diejenige Person, die die Einwilligung zu erteilen hat, nach Maßgabe der geltenden Bestimmungen aufzuklären, § 630e Abs. 4. Ausdrücklich geregelt und inhaltlich teilweise neu ist in diesem Zusammenhang, dass einem einwilligungsunfähigen Patienten die wesentlichen Aufklärungsinhalte entsprechend

dem Verständnis des Patienten zu erläutern sind, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft, § 630e Abs. 5.

Die Bestimmungen in § 630d über die *Einwilligung des Patienten* können hier ausgeklammert werden, da sie im Wesentlichen die bisherigen Gegebenheiten nachzeichnen.

Michael Pangratz
Justitiar der BLZK

Dr. Christian Freund
Justitiar der KZVB

Internet

Der Beitrag wird in den nächsten beiden Ausgaben des BZB fortgesetzt. In voller Länge ist er bereits jetzt unter www.blzk.de im Bereich „Nachrichten“ und unter www.kzvb.de im Bereich „Zahnarztpraxis“ zu finden.

Anzeige

Bayerischer Implantologietag



Frühjahrssymposium DGI Bayern

27.04.2013

Theater Regensburg/Neuhaussaal



Veranstalter:

LV Bayern im DGI e.V.



Tagungsleitung:

Dr. Ulrich Zimmermann (2. Vorsitzender)
Dr. Daniel Ebenbeck (Schriftführer)
Dr. Friedemann Petschelt (1. Vorsitzender)



Referenten:

Dr. Joachim Hoffmann
Dr. Paul Weigl
Dr. Bertil Friberg
Prof. Dr. Dr. Torsten Reichert



Verbindliche Anmeldung Frühjahrssymposium des LV Bayern im DGI e.V.:

Online: www.dginet.de/event/regensburg
Fax: +49 (89) 55 05 209-2

Veranstaltungsort:

Theater Regensburg/Neuhaussaal
Bismarkplatz 7
93047 Regensburg
Tiefgarage Bismarkplatz · Tiefgarage Arnulfplatz

Hauptsponsoren:



In Kooperation mit:

DGZMK DGMMKG BDIZ DGZI BDO DGOI LVMK
(Bayern) (Bayern)

Das neue Patientenrechtegesetz

Was die Regelungen für die Praxis bedeuten – Teil 2

Das am 29. November 2012 vom Deutschen Bundestag verabschiedete und bis zuletzt heftig umstrittene „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (hier Patientenrechtegesetz genannt) hat am 1. Februar 2013 trotz aller Kritik auch den Bundesrat passiert. Das Gesetz ist am Tag nach der Verkündung im Bundesgesetzblatt, also am 26. Februar 2013, in Kraft getreten.

Der erste Teil des Beitrags befasste sich mit den §§ 630a bis 630e BGB. In diesem Beitrag werden die §§ 630f bis 630h BGB vorgestellt. Der dritte und letzte Teil des Beitrags behandelt die Regeln im Vertragszahnarztrecht und zieht ein Fazit zum Patientenrechtegesetz. Alle drei Teile sind bereits jetzt im Internet unter www.blzk.de und www.kzvb.de zu finden.

Neuregelungen im BGB

Neu ins BGB eingefügt wurden acht Paragraphen über den „Behandlungsvertrag“. (Nachfolgend genannte Paragraphen ohne Gesetzesangabe sind solche des BGB.) Soweit im Folgenden unmittelbar auf den neuen Gesetzestext des BGB Bezug genommen wird, ist dies aus Gründen der Übersichtlichkeit kurzisiert wiedergegeben.

Dokumentation der Behandlung nach § 630f

Von den Regelungen des Patientenrechtegesetzes haben die Bestimmungen über die Behandlungsdokumentation eine besonders herausgehobene praktische Bedeutung, sodass auf sorgfältige Dokumentation im Sinne dieser Regelungen stets größter Wert gelegt werden sollte. Dies liegt nicht nur im Interesse des Patienten, sondern gleichermaßen im Eigeninteresse des Behandlenden, da sonst Rechtsnachteile drohen.

Die Behandlungsdokumentation dient zunächst der Therapiesicherung. Das heißt, der Behandelnde selbst sowie jeder Mit- oder Nachbehandelnde muss anhand der Dokumentation jederzeit imstande sein, sich über sämtliche wesentlichen Behandlungsumstände und -vorgänge zu informieren, um den Patienten fachgerecht behandeln zu



Foto: Initiative proBente e.V.

Auch digitale Aufnahmen gehören zur Behandlungsdokumentation.

können. Dabei soll die Dokumentation den Patienten auch dabei unterstützen, gegebenenfalls eine andere Meinung bei einem Kollegen des Behandelnden einzuholen.

Weiter wird die Behandlungsdokumentation auch als Ausdruck der Pflicht zur Rechenschaftslegung gegenüber dem Patienten angesehen, da der Patient in der Regel nicht über hinreichende Sachkunde verfügt und sich gegebenenfalls trotz ordnungsgemäßer Aufklärung kein richtiges Bild darüber machen kann, wie die Behandlung im Einzelnen durchgeführt wurde. Diese Funktion der Behandlungsdokumentation korrespondiert mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten.

Nicht zuletzt dient die Behandlungsdokumentation zumindest faktisch, aber auch in bestimmter rechtlicher Hinsicht der „Beweissicherung“ für den Behandelnden und hat daher auch in dessen eigenem Interesse große praktische Bedeutung.

Hinsichtlich des Inhalts der Dokumentationspflicht bestimmt § 630f Abs. 2, dass der Behandelnde verpflichtet ist, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Hinsicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen und Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und

ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Arztbriefe, so das Gesetz weiter, sind in die Patientenakte aufzunehmen.

Maßgeblich bezüglich des Inhalts der Dokumentation ist angesichts der – ihrer Formulierung nach – weit gespannten Regelung das anhand der drei oben genannten Zwecke der Behandlungsdokumentation Erforderliche. Nachlässigkeiten sind schädlich und können sich gegen den Behandelnden wenden, Anlass zu besorgter „Vielschreiberei“ besteht dennoch nicht.

Hervorzuheben ist bezüglich des gesetzlich bestimmten Umfangs der Dokumentation, dass hier auch (Selbstbestimmungs-)Aufklärungen und Einwilligungen ausdrücklich zum Inhalt der Dokumentationspflicht gemacht werden. Dass in der beispielhaften Aufzählung, die § 630f Abs. 2 bezüglich der Dokumentationsinhalte bietet, mit dem Wort „Aufklärungen“ die bislang sogenannte „Selbstbestimmungsaufklärung“ gemeint ist, ergibt sich daraus, dass die Selbstbestimmungsaufklärung in den neu ins BGB eingefügten Paragraphen lediglich mit dem Begriff der Aufklärung verquickt wird, während die bislang so bezeichnete therapeutische Aufklärung unter die Informationspflichten fällt. Die Selbstbestimmungsaufklärung ist maßgeblich für die ordnungsgemäße Einwilligung des Patienten. Gleichwohl gehören sicherlich auch Maßnahmen der sogenannten therapeutischen Aufklärung zum Inhalt der Dokumentation im Sinne des § 630f Abs. 2.

Die Regelung über den Inhalt der Dokumentation bewegt sich im Großen und Ganzen im Rahmen dessen, was richterrechtlich bereits zu den Dokumentationsinhalten festgelegt war.

Art der Dokumentation

§ 630f Abs. 1 regelt die Art der Behandlungsdokumentation. Danach ist der Behandelnde verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder in elektronischer Form zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in die Patientenakte, so das Gesetz weiter, sind nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Das Gesetz bestimmt weiter, dass dies auch für elektronisch geführte Patientenakten sicherzustellen ist.

Die Regelungen über die Maßgaben für Berichtigungen und Änderungen der Dokumentation sind ein Novum. Der amtlichen Begründung hierzu ist zu entnehmen, dass man sich zum Ziel genommen

hat, eine fälschungssichere Organisation der Dokumentation in Anlehnung an die Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung, wie sie bereits im Handelsgesetzbuch sowie in der Abgabenordnung geregelt sind, sicherzustellen. Daraus wird in der amtlichen Begründung weiter der Schluss gezogen, dass im Falle einer elektronisch geführten Patientenakte die eingesetzte Softwarekonstruktion gewährleisten müsse, dass nachträgliche Änderungen erkennbar werden.

Diese Erwägungen lassen sich mit dem Normtext nicht in Einklang bringen. Dieser gibt keinen Hinweis darauf, dass die Software selbst so beschaffen sein müsste, dass im Sinne eines softwareinternen Automatismus Änderungen als solche erkennbar ausgewiesen und mit Datum versehen werden. Sind gesetzgeberische Intentionen jedoch vom Normtext – wie im vorliegenden Fall – eindeutig nicht gedeckt, können sie keine Geltung haben. Dass es keines Softwaredesigns bedarf, das Änderungen als solche automatisch ausweist, zeigt auch der Vergleich mit der nach wie vor zugelassenen Behandlungsdokumentation in Papierform. Auch bei der Dokumentation in Papierform sind nachträgliche Veränderungen, die als solche nicht ersichtlich sind, vorstellbar. Es kann daher also auch nicht richtig sein, dass eine elektronisch geführte Patientenakte strengeren Kriterien unterliegt als eine in Papierform geführte Akte. Hätte der Gesetzgeber dies gewollt, hätte dies im Normtext einen Niederschlag finden müssen. Auch die vom Gesetzgeber vergleichend herangezogenen Bestimmungen des Handelsgesetzbuchs und der Abgabenordnung über die Führung der Handelsbücher beziehungsweise über Buchungen und Aufzeichnungen sind bezüglich Änderungen von Eintragungen wesentlich anders gefasst.

Dem Gesetz kann daher nach Auffassung der Autoren dieses Beitrags keine Verpflichtung zur Einführung einer „fälschungssicheren Software“ entnommen werden. Es ist vielmehr ausreichend, durch manuelle Eingabe den ursprünglichen Eintrag als insoweit korrigierten Eintrag erkennbar zu lassen, den neuen Eintrag als nun maßgeblichen hinzuzufügen und die Änderung, Ergänzung beziehungsweise Berichtigung mit Datum zu versehen. Sollte dies in einzelnen Fällen technisch nicht durchführbar sein, etwa wegen zu kleiner Eingabefenster, können sicherlich innerhalb der elektronischen Behandlungsdokumentation patientenbezogen gesonderte Änderungsprotokolle angelegt werden, die entsprechende Ausweisungen im Sinne



Foto: Initiative proDente e.V.

Ordnungsgemäße Aufklärung ist Voraussetzung für eine wirksame Einwilligung.

der gesetzlichen Bestimmung enthalten. Eine Software, die Änderungen im geforderten Sinn automatisch ausweist, wird allerdings beweisrechtlich vorteilhafter sein.

Interessanterweise wird vom Gesetz nicht vorgeschrieben, dass erkennbar sein muss, wer die Änderung vorgenommen hat. Angesichts der Bedeutung von Änderungen der Behandlungsdokumentation wird sich jedoch insofern ein Zusatz empfehlen.

Die Behandlungsdokumentation ist nach § 630f Abs. 3 für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Auch diese Bestimmung ist ein Novum. Sie steht allerdings im Einklang mit den in den Berufsordnungen der Kammern üblichen Bestimmungen über eine im Grundsatz zehnjährige Aufbewahrungsfrist. Da nach den Verjährungsbestimmungen des BGB im ungünstigsten Fall bezüglich Schadensersatzansprüchen des Patienten gegen den Behandelnden eine Verjährungsfrist von 30 Jahren besteht, kann es ratsam sein, in Fällen, die für kritisch erachtet werden, die Unterlagen länger als zehn Jahre nach Behandlungsabschluss aufzubewahren.

Die ordnungsgemäße Behandlungsdokumentation steht in untrennbarem Zusammenhang mit zwei der im Weiteren thematisierten Beweislastregelungen des § 630h, sodass auch unter diesem

Aspekt auf sorgfältige Dokumentation besonderer Wert zu legen ist.

Einsichtnahme in die Patientenakte nach § 630g

Nach dem neuen § 630g Abs. 1 ist dem Patienten auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die vollständige, ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Entgegen der bisher herrschenden Ansicht können aufgrund der Fassung dieser Vorschrift rein persönliche Bemerkungen oder subjektive Eindrücke des Behandelnden dem Patienten gegenüber nun nicht mehr vorenthalten werden. Auch die amtliche Begründung betont, dass Derartiges dem Patienten grundsätzlich offenzulegen ist. Ein begründetes Interesse des Behandelnden an der Nichtoffenbarung solcher Aufzeichnungen sei in Abwägungen zu dem Persönlichkeitsrecht des Patienten im Regelfall nicht gegeben. Es komme jedoch auf die Umstände im Einzelfall an.

Das Merkmal der „Unverzüglichkeit“ der Einsichtnahme bedeutet, dass dem Patienten „ohne schuldhaftes Zögern“ die Einsichtnahme ermöglicht werden muss. Dies ist nicht mit „sofort“ gleichzusetzen; selbstverständlich kann und soll der Behan-

delnde die Patientenunterlagen vor der Einsichtnahme durchsehen und zum Beispiel auf Vollständigkeit hin überprüfen.

§ 630g Abs. 2 bestimmt, dass der Patient auch elektronische Abschriften von der Patientenakte verlangen kann. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.

Die Vorschrift ist etwas missraten, weil der Eindruck entsteht, der Patient dürfe entweder die Patientenakte einsehen oder er sei speziell auf eine elektronische Abschrift der Patientenakte verwiesen. Dies ist jedoch mit dieser Bestimmung nicht gemeint. Die Intention der Bestimmung ist vielmehr, dass der Patient neben einer schriftlichen Abschrift (zum Beispiel Fotokopie) auch eine elektronische Abschrift von der Patientenakte verlangen kann. Das Recht auf eine elektronische Abschrift wird freilich auf diejenigen Fälle beschränkt sein, in denen die Patientenakte in elektronischer Form geführt wird. Für Fotokopien erscheinen entsprechend den Regelungen bei Rechtsanwälten 50 Cent pro Blatt für die ersten 50 abzurechnenden Seiten, darüber jeweils 15 Cent angemessen.

§ 630g Abs. 3 befasst sich mit der Einsichtnahme in die Patientenakte nach dem Tod des Patienten. Insofern ist bestimmt, dass im Fall des Todes des Patienten die entsprechende Einsichtnahme in die Patientenakte zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen den Erben des Patienten zusteht. Dies gilt nach dem Gesetz auch für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die betreffenden Rechte der Erben beziehungsweise der Angehörigen sind jedoch ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Die Regelungen stehen im Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung. Zu den vermögensrechtlichen Interessen der Erben zählt insbesondere die Geltendmachung von möglichen Schadensersatzansprüchen, die auf die Erben übergegangen sind. Dass Angehörige immaterielle Interessen geltend machen, wird es eher im ärztlichen als im zahnärztlichen Bereich geben.

Gesetzliche Vermutungen und Beweislastregelungen für Prozesse nach § 630h

Die Überschrift des § 630h ist nach ihrer Betitelung verfehlt. Entgegen der Überschrift geht es nicht um Regelungen bei der Haftung des Behandelnden, sondern um prozessuale Beweisregeln für bestimmte



Foto: pixello.de

Die Behandlungsdokumentation dient Zahnarzt und Patient.

Fälle, in denen eine Haftung des Behandelnden geltend gemacht wird. Grundsätzlich bleibt es dabei, dass der Patient einen Behandlungsfehler und dessen Ursächlichkeit für den Schaden zu beweisen hat. Eine generelle Umkehr der Beweislast, wie sie insbesondere von Patientenorganisationen gefordert worden war, hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Analog zur bisherigen Rechtsprechung ist allerdings in § 630h Abs. 5 unter anderem geregelt, dass bei erwiesenem Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers, der als solcher grundsätzlich geeignet ist, eine Gesundheitsbeschädigung der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, vermutet wird, dass der Behandlungsfehler für die Gesundheitsbeschädigung ursächlich war. Der Behandelnde kann hier allerdings Tatsachen vortragen, die die Vermutungswirkung beseitigen, und muss diese gegebenenfalls auch beweisen.

Die Regelungen der Abs. 1 und 5 des § 630h sind für die alltägliche Berufsausübung von geringerer Relevanz, da es hier um aus der Rechtsprechung übernommene Beweisregeln zulasten des Behandelnden geht, denen in der alltäglichen Praxis nicht entgegengewirkt werden kann. Diese Regelungen werden daher nicht weiter thematisiert.

Einen schon stärkeren Bezug zur täglichen Behandlungspraxis hat im Verhältnis zu den vorgenannten Bestimmungen die Regelung des Abs. 4 des § 630h. Demnach wird dann, wenn ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt war, vermutet, dass die mangelnde Behandlung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

Ausgangspunkt der Regelung ist, dass eine Person, die für die in Aussicht genommene Maßnahme nicht hinreichend befähigt ist, diese nicht durchführen darf. Wurde eine solche Maßnahme gleichwohl von einer im Prozess erwiesenermaßen nicht hinreichend befähigten Person durchgeführt und hat sich im Zuge der Behandlung eine Verletzung der genannten Rechtsgüter des Patienten ergeben, so muss der Patient beziehungsweise müssen dessen Erben im Prozess zunächst nicht beweisen, dass gerade die mangelnde Befähigung die Ursache für die Gesundheitsschädigung war. Vielmehr wird die Ursächlichkeit gleichsam automatisch vermutet. Der Behandelnde hat dann allerdings seinerseits die Möglichkeit darzulegen und zu beweisen, dass nicht die mangelnde Qualifikation die Ursache für die Schädigung des Patienten war, um gegebenenfalls auf diese Weise den geltend gemachten Haftungsanspruch zu Fall zu bringen.

Direkten Bezug zur täglichen Arbeit des Behandelnden haben die sehr praxisrelevanten Bestimmungen der Absätze 2 und 3 des § 630h.

Nach Absatz 2 Satz 1 des § 630h hat der Behandelnde zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat.

Entgegen den allgemeinen Beweislastregeln muss aufgrund der mit der bisherigen Rechtsprechung in Einklang stehenden neuen Vorschrift nicht der Patient den Beweis erbringen, dass keine Einwilligung erteilt oder nicht ordnungsgemäß aufgeklärt wurde. Vielmehr liegt die Beweislast im Prozess beim Behandelnden: Er muss darlegen und bei Bestreiten seitens des Patienten auch beweisen, dass insoweit alles ordnungsgemäß verlaufen ist. Diese Beweislastregelung unterstreicht also, wie bedeutsam die ordnungsgemäße Behandlungsdokumentation gerade auch in Bezug auf Aufklärung und Einwilligung ist. Es wird dem Behandelnden jedoch wie nach bisheriger Rechtslage mit gewissen Einschränkungen auch dann noch möglich sein, eine ordnungsgemäße Aufklärung und Einwilligung zu beweisen, wenn dies in der Patientenakte nicht oder nicht richtig vermerkt ist. Die Beweisführung wird dann jedoch für den Behandelnden deutlich erschwert und ist gegebenenfalls sogar unmöglich.

Abs. 2 S. 2 bestimmt in Anknüpfung an die bisherige Rechtsprechung, dass dann, wenn die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e genügt, der Behandelnde sich darauf berufen kann, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.

Der Patient hat hierbei dann allerdings im Prozess die Möglichkeit, plausible Gründe dafür darzulegen, dass er sich im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt darüber befunden hätte, ob die Maßnahme durchgeführt werden soll. Gelingt ihm dies, so ist die Behandlung definitiv nicht von einer Einwilligung gedeckt.

Abs. 3 des § 630h enthält eine an die bisherige Rechtsprechung anknüpfende gesetzliche Vermutungsregel für den Prozess, die ebenso von großer Bedeutung für die tägliche Führung der Patientenakte ist. Wenn der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Abs. 1 oder 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet hat oder er die Patientenakte entgegen § 630f Abs. 3 nicht aufbewahrt hat, wird vermutet, dass der Behandelnde die betreffende Maßnahme nicht getroffen hat.

Auch hier hat der Behandelnde im Prozess die Möglichkeit, darzulegen und zu beweisen, dass die Maßnahme dennoch durchgeführt wurde. Dieser Beweis ist allerdings schwer zu erbringen, so dass einer ordnungsgemäßen Behandlungsdokumentation gerade auch im Hinblick auf die Beweislast große Bedeutung zukommt.

Michael Pangratz
Justitiar der BLZK

Dr. Christian Freund
Justitiar der KZVB

Internet

Der Beitrag wird in der nächsten Ausgabe des BZB fortgesetzt. In voller Länge ist er bereits jetzt unter www.blzk.de im Bereich „Nachrichten“ und unter www.kzvb.de im Bereich „Zahnarztpraxis“ zu finden.

Anzeige



Helfen auch Sie mit!

Nähere Informationen:
Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.
Fallstraße 34, 81369 München
Telefon: 089 72480-106, Fax:
089 72480-444
E-Mail: hzbayern@blzk.de

Zur zahnmedizinischen Betreuung von Randgruppen der Gesellschaft wurde im Juni 2011 das Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V. (HZB) unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Landes Zahnärztekammer gegründet.

In Zusammenarbeit mit der Malteser Migranten Medizin (MMM) ist es seit Dezember 2011 möglich, Nichtversicherten im Ballungsgebiet München eine kostenlose zahnmedizinische Sprechstunde (zunächst zweimal wöchentlich) anzubieten. Die Sprechstunde wird ausschließlich von ehrenamtlich tätigen Zahnärzten und Helferinnen betreut.

Die Nachfrage steigt. Deshalb werden Zahnärztinnen und Zahnärzte, zahnmedizinische Assistentinnen bzw. Assistenten gesucht, die entweder in eigener Praxis nicht versicherte Patienten betreuen oder in der Praxis des HZB aktiv mitarbeiten.

Schirmherrschaft:



Bayerische
Landes Zahnärztekammer

Das neue Patientenrechtegesetz

Was die Regelungen für die Praxis bedeuten – Teil 3

Das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (hier Patientenrechtegesetz genannt) ist am 26. Februar 2013 in Kraft getreten. Im dritten und letzten Teil der BZB-Artikelreihe sind die Neuregelungen im SGB V Schwerpunktthema.

Neuregelungen im SGB V

In Artikel 2 des Patientenrechtegesetzes wurden zahlreiche Bestimmungen im 5. Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geändert. Zunächst wurde in § 13 SGB V, der das Kostenerstattungsverfahren regelt, ein neuer Absatz 3a eingefügt. Danach hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen, hier zum Beispiel einen Heil- und Kostenplan für zahnprothetische Leistungen, zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. In den Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eingeholt wird, verlängert sich die Entscheidungsfrist auf fünf Wochen nach Antragseingang bei der Krankenkasse. Speziell für den vertragszahnärztlichen Bereich wurde in Abs. 3a Satz 4 Folgendes geregelt: „Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung.“

Kann eine Krankenkasse die vorstehenden Fristen nicht einhalten, muss sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitteilen, so das Gesetz weiter. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Hintergrund dieser Regelung ist erkennbar die Beschleunigung von Entscheidungen über Leistungsanträge. Erfreulich ist, dass der Gesetzgeber in § 13 Abs. 3a SGB V explizit eine Sonderregelung für das vertragszahnärztliche Begutachtungsverfahren ge-



Foto: Robert Kneschke/fotolia.com

Künftig müssen Gutachter innerhalb von vier Wochen Stellung nehmen, die Krankenkasse hat ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden.

schaffen hat und insoweit ausdrücklich zwischen Stellungnahmen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem vertragszahnärztlichen Begutachtungsverfahren differenziert.

An entsprechende Gründe zur Verlängerung der Genehmigungsfristen wird man in der Praxis sicherlich keine allzu hohen Anforderungen stellen können. Eine Erkrankung des Gutachters oder eine Verhinderung des Patienten oder auch besonders schwierig gelagerte Behandlungsfälle werden regelmäßig für eine Fristverlängerung ausreichend sein. Eine deutliche Beschleunigung der Begutachtungsverfahren wird aber eine absehbare Folge der Neuregelung in § 13 Abs. 3a SGB V sein.

In § 66 SGB V, der die Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern regelt, wurde eine „Kann-Regelung“ durch eine „Soll-Bestimmung“ ersetzt. Danach sollen die Krankenkassen die Versicherten nunmehr bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden und nicht nach anderen Rechtsvorschriften auf die Krankenkassen übergegangen sind, unterstützen. Hier bleibt abzuwarten, wie und in welchem Umfang die Krankenkassen von dieser Bestimmung Gebrauch machen werden. Regelmäßig wird eine entsprechende Unterstützungsleis-

tung wohl darin bestehen, dass zum Beispiel über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung entsprechende Fachgutachten zu der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegen könnte, angefertigt werden. Im Gesetzgebungsverfahren haben die zahnärztlichen Organisationen und Berufsverbände einstimmig darauf hingewiesen, dass diese Aufgabenstellung eigentlich nicht den Krankenkassen obliegen kann.

In den §§ 73c und 140a SGB V, die für den vertragszahnärztlichen Bereich jedoch von eher geringer Bedeutung sind, wurden für die Versicherten Widerrufsfristen nach erklärter Teilnahme an entsprechenden Vorhaben geregelt.

Fazit zum Patientenrechtegesetz

Zusammenfassend betrachtet lässt sich festhalten, dass es das Patientenrechtegesetz hinsichtlich der neu ins BGB eingefügten Vorschriften überwiegend bei einer Übernahme bisherigen Richterrechts belassen hat. Vereinzelt wurden im Vergleich zur bisherigen Rechtslage Verschärfungen zulasten des Behandelnden vorgenommen.

Von einer Kodifizierung des gesamten Behandlungsrechts kann man entgegen zahlreicher Verlautbarungen keinesfalls ausgehen. Zentrale Elemente der Rechtsprechung zum Recht des Behandlungsverhältnisses sind allerdings in der Tat ins BGB eingefügt worden. Es wäre jedoch eine Illusion anzunehmen, dass mit der Einfügung von lediglich acht Paragraphen ins Bürgerliche Gesetzbuch das Recht des Behandlungsverhältnisses kodifiziert worden wäre. Weiter ist zu berücksichtigen, dass das vorgenommene Umgießen von Richterrecht in Gesetzesrecht das Risiko birgt, weitere Entwicklungen des Richterrechts zu behindern. Andererseits werden mit der Transformierung von Richterrecht in Gesetzesrecht weitere, neue Auslegungsfragen geschaffen.

Dass mit den Neuregelungen im BGB den Patienten und vielleicht auch den Behandelnden eine Art Lesebuch über Rechte und Pflichten aus dem Behandlungsvertrag an die Hand gegeben würde, ist sicher fernab jeder Realität. Patienten und Behandelnde können allerdings sehr wohl ein paar zentrale Standards nachlesen, aber selbst hierzu ist in bestimmten Teilen im Grunde juristisches Vorwissen erforderlich.

Grundsätzlich positiv zu bewerten ist die Änderung in § 13 Abs. 3a SGB V, die zu einer Beschleunigung von Genehmigungsverfahren im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Den



Foto: Gina Sanders/fotolia.com

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen Versicherte bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen unterstützen.

Besonderheiten der vertragszahnärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber durch die explizite Regelung in § 13 Abs. 3a Satz 4 SGB V Rechnung getragen.

Die Patienten haben in Deutschland eine gute Rechtsposition, welche in einzelnen Punkten durch das Patientenrechtegesetz weiter ausgebaut wurde. Für darüber hinausgehende gesetzgeberische Maßnahmen bestand kein Anlass. Zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang, dass entgegen mancher Forderung eine generelle Beweislastumkehr bezüglich der Behandlungsfehlerhaftigkeit bei aufgetretenen Schäden nicht Eingang in das Gesetz gefunden hat. Eine damit verbundene „Zufallshaftung“ kann sicher ebenso wenig ein Regelungsziel sein, wie die mit einer solchen Regelung sicherlich eintretende „Defensivmedizin“.

Insgesamt bietet das Gesetz zur Verbesserung der Patientenrechte aus Sicht der Autoren dieses Beitrags wenig wirklich Neues, wobei bislang Gesichertes nun Auslegungsfragen begegnet. Im Ergebnis besteht daher wohl kein Anlass zur Freude über dieses Gesetz, es ist aber auch kein Anlass zur Sorge gegeben.

Michael Pangratz
Justitiar der BLZK

Dr. Christian Freund
Justitiar der KZVB

Internet

Alle drei Teile des Beitrags können unter www.blzk.de im Bereich „Nachrichten“ und unter www.kzvb.de im Bereich „Zahnarztpraxis“ heruntergeladen werden.