

# Bringt das Patientenrechtegesetz wirklich Neues?

## Viel Wind um wenig

**M**it dem Patientenrechtegesetz werden von der Rechtsprechung entwickelte und seit langem in Arztpraxen praktizierte Verhaltensweisen gesetzlich festgeschrieben. Bevor das Gesetz am 20.02.2013 in Kraft trat, wurde lange um den Inhalt gerungen.

### Der Behandlungsvertrag

Zwischen Arzt und Patient bestand schon immer ein zivilrechtliches Vertragsverhältnis als Dienstvertrag. Mit dem Patientenrechtegesetz wurde nun § 630 a BGB eingeführt, der den Vertragstyp „Behandlungsvertrag“ regelt. Die Vorschriften über das Dienstverhältnis (§ 611 BGB) sind über § 630 b BGB weiter ergänzend anwendbar. Hierunter fällt z.B. die persönliche Leistungspflicht des Arztes nach § 613 BGB. Der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung bedeutet, dass, unabhängig von der fachlichen Befähigung, eine Delegation an Medizinische Fachangestellte nur erfolgen darf, wenn der Patient hierzu im Vorhinein sein Einverständnis erklärt hat.

Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist. Allgemein anerkannt ist ein Standard, wenn er dem von der großen Mehrheit der Fachärzte akzeptierten Kenntnisstand entspricht. Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass der Gesetzgeber auch eine ordnungsgemäße Organisation dem einzuhaltenden medizinischen Standard zuordnet. Nicht klar geregelt ist, wann eine standardunterschreitende Behandlung vereinbart werden kann. Der Gesetzgeber hat hier in der Begründung Neulandmethoden, klinische Prüfungen sowie eine beson-

dere Disposition des Patienten im Blick gehabt.

### Informationspflichten

In § 630 c Abs. 1 BGB wird die einzige echte Patientenpflicht festgelegt. Der Patient muss alle für die Behandlung relevanten Informationen offenlegen, um die medizinischen Maßnahmen vorzubereiten und zu unterstützen. Das Kernstück von § 630 c BGB ist die Regelung in Abs. 2 Satz 1. Hier wird die von der Rechtsprechung bisher als „therapeutische Aufklärung“ entwickelte Pflicht des Arztes festgeschrieben, den Patienten zu Beginn der Behandlung und ggf. in deren Verlauf in verständlicher Weise über sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu informieren. Danach sollen die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie selbst und die zu und nach ihr zu ergreifenden Maßnahmen erläutert werden.

Eine wirkliche Neuerung bringt nur § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB. Hier wird die bislang noch nicht zuerkannte Offenbarungspflicht des Arztes über eigenes und fremdes fehlerhaftes Verhalten normiert. Wenn Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, muss der Patient hierüber informiert werden. Nach § 630 c Abs. 2 Satz 3 BGB darf die Information nur mit Zustimmung des Arztes in einem gegen ihn oder seine Angehörigen geführten Straf- oder Bußgeldverfahren zu Beweis Zwecken verwendet werden. Dieses Beweisverwertungsverbot gilt nicht außerhalb des Strafrechts, also im Berufsrecht, Arbeitsrecht oder wenn Schmerzensgeldansprüche geltend gemacht werden. Richtig verstanden, verpflichtet die Neuerung zur Mitteilung des Schadens (Ergebnis des Behandlungsfehlers),

nicht aber zur Offenlegung der Art und Weise des Fehlers oder der Verantwortlichkeiten.

### Achtung schriftlicher Kostenvoranschlag

§ 630 c Abs. 3 BGB verpflichtet den Arzt, vor Beginn der Behandlung seinen Patienten schriftlich über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung zu informieren, wenn die vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Kostenträger nicht gesichert ist. Die Schriftform sollte unbedingt eingehalten werden, da zu befürchten ist, dass Behandlungsverträge von Gerichten als unwirksam beurteilt werden, wenn die voraussichtlichen Kosten der Behandlung nur mündlich mitgeteilt werden. Ggf. muss bei späterer Ausdehnung der Therapie eine erneute schriftliche Information gegeben werden. Die Information ist ausnahmsweise entbehrlich, wenn der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet (§ 630 c Abs. 4 BGB). Den Verzicht sollte sich jeder Arzt schriftlich vom Patienten bestätigen lassen.

### Wirtschaftliche Aufklärung

Die Normen bieten nichts wesentlich Neues, da es nach der Rechtsprechung dem Arzt bisher schon oblag, über evtl. Kostenerstattungsprobleme aufzuklären (sog. wirtschaftliche Aufklärung). Anders als bei der Risiko aufklärung, muss diese Aufklärung durch den Arzt nicht persönlich und auch nicht mündlich erfolgen (Schlussfolgerung aus § 630 e Abs. 1 und Abs. 2 BGB). Die Aufklärung durch Helferinnen ist deshalb ausreichend. Eine Patientenbestätigung über die erfolgte wirtschaftliche Aufklärung im Behandlungsvertrag erscheint rechtlich möglich. Es sollte je-



doch darauf geachtet werden, dass die Übersichtlichkeit und Verständlichkeit des Gesamtformulars gewährleistet ist. Wegen der Betonung des Verbraucherschutzes kann von Gerichten schnell eine Unwirksamkeit des Formulars angenommen werden.

### Aufklärungspflicht

Der Arzt hat nach § 630 e BGB über die geplante Behandlung aufzuklären. Die Aufklärung ist zwingende Voraussetzung für die Einwilligung des Patienten bzw. seines Vertreters und muss durch einen Arzt erfolgen. Das Aufklärungsgespräch muss rechtzeitig vor der geplanten Maßnahme sein, um dem Patienten die Möglichkeit einer sorgfältigen Abwägung aller Umstände zu ermöglichen. Weil der Gesetzgeber auf Fristen verzichtete, gilt die Rechtsprechung, wonach bei nicht eiligen Eingriffen eine Bedenkzeit von mindestens einem Tag zu gewährleisten sei.

Die Aufklärung hat mündlich zu erfolgen, um Nachfragen des Patienten zu ermöglichen. Auf ausgehändigte Unterlagen darf lediglich ergänzend Bezug genommen werden. Selbstverständlich hat die Aufklärung in für den Patienten verständlicher Art und Weise zu erfolgen. Unterzeichnete Dokumente sind dem Patienten in Kopie oder als Durchschrift zur Verfügung zu stellen.

### Einsichtsrecht – Alter Wein in neuen Schläuchen

§ 630 g BGB normiert das Recht des Patienten und seiner Erben auf Einsicht in seine vollständigen Behandlungsunterlagen. Eine entsprechende Regelung findet sich bisher eher unbeachtet in § 810 BGB – übrigens bereits seit dem Inkrafttreten des BGB am 01.01.1900! § 630 g BGB geht jedoch häufig über die Regelungen der Berufsordnungen hinaus. Er sieht das Einsichtsrecht auch in subjektive Vermerke des Arztes vor, so dass ein Schwärzen ausscheidet. Eine Einsichtnahme kann in der Regel nur wegen

erheblicher therapeutischer Gründe oder erheblicher Rechte Dritter verweigert werden. Die Verweigerung der Akteneinsicht muss substantiiert begründet werden. Kopier- und Versandkosten trägt der Patient. ◀

Dr. jur.  
Frank A. Stebner  
(Salzgitter)  
Fachanwalt für  
Medizinrecht  
www.drstebner.de



### Der Kommentar

## „Mehr statt weniger Kosten – so arbeitet die AXA Krankenversicherung“

### Borniertheit schadet Versicherten und dem Image der Gesellschaft

**M**ehr oder weniger lautstark werden reflexartig Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beklagt. Kritische Betrachter wundern sich, werden doch alle Dienstleistungen und Sachen permanent teurer. Zweifelsfrei leiden auch die Privaten Krankenversicherungen unter Ausgabendruck, denn anders als in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird die Prämienzahlung nicht durch staatliche Subventionierung reduziert. Dass in den Leistungsabteilungen die Voraussetzungen der Kostenerstattung genau geprüft werden, liegt deshalb im Interesse der Versichertengemeinschaft. Die Bemühungen bei der AXA treiben da seltsame Blüten.

Was ist passiert? Werden besondere homöopathische Arzneimittel, wie Fortakehl, Sankombi, Sanuvis, Citrokehl, Mucokehl, Nigersan, Quentakehl und Albicansan von SANUM-Kehlbeck verordnet, wird von manchen Sachbearbeitern mit einer abenteuerlichen, auf den ersten Blick rechtswidrigen Begründung eine Kostenerstattung abgelehnt. Für die AXA wird dann ein ausführlicher, aufwändiger außergerichtlicher Schriftwechsel geführt. Erheben die Versicherten Klage vor dem Amtsgericht, lenkt die AXA sofort ein, so beispielsweise vor dem Amtsgericht Ravensburg am 27.03.2013, vor

dem Amtsgericht Hannover am 29.01.2013 und vor dem Amtsgericht Köln am 11.02.2013. Ging es um viel Geld? Wer mit den Kosten homöopathischer Behandlungen außerhalb der klassischen Variante vertraut ist, gerät schon bei dieser Frage ins Lächeln. Die Streitwerte betragen weniger als jeweils 150,- €.

Die AXA hatte zur Kostenerstattung die Gerichtskosten, Anwaltskosten und den hohen Verwaltungsaufwand zu tragen.

Sollte man Versicherten zur Klage raten? Vielleicht als wirksame Gegenstrategie zur unverständlichen Verhaltensweise der AXA, wiewohl eine Klage immer ultima ratio sein sollte. Es bleibt zu hoffen, dass die Versicherung sich bei der Prüfung der Kostenerstattung auf das konzentriert, was wirklich eine Kostenreduzierung bringen könnte. Es sei hier nur an die fragliche medizinische Notwendigkeit der Chemotherapie in manchen Behandlungsfällen erinnert. Jede Versicherung hat das Image, das sie verdient. Die Leistungsabteilung der AXA ist gerade mit besonderen Abbrucharbeiten beschäftigt, da helfen auch so rührige und seriöse Versicherungsagenten nicht. Man mag den Verantwortlichen der AXA zurufen: „Turn around!“ ◀

Dr. jur. Frank A. Stebner, Fachanwalt für Medizinrecht

