



Das „neue“ Patientenrechtegesetz Änderung der Rechtslage?

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Patientenrechtegesetz ist am 26.02.2013 in Kraft getreten. Ziele des Gesetzgebers sind, „Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bereits heute bestehenden umfangreichen Rechte der Patientinnen und Patienten herzustellen, die tatsächliche Durchsetzung dieser Rechte zu verbessern, zugleich Patientinnen und Patienten im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung zu schützen und insbesondere im Fall eines Behandlungsfehlers stärker zu unterstützen“.

Hierzu wurden u.a. in §§ 630a BGB ff. erstmals Regelungen über die vertragstypischen Pflichten beim Behandlungsvertrag, anwendbare

Vorschriften, Mitwirkungsobliegenheiten, Informationspflichten, Einwilligung, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten, Einsichtnahme in die Patientenakte sowie die Beweislast für Behandlungsfehler und Aufklärungsfehler kodifiziert. In unserem Leitartikel möchten wir Ihnen die wesentlichen Regelungen erläutern. Für Rückfragen stehen wir Ihnen wie gewohnt gerne zur Verfügung.

Mit den besten Grüßen

Hans-Peter Ries · Dr. Karl-Heinz Schnieder · Dr. Ralf Großbölting · Björn Papendorf, LL.M.

Das „neue“ Patientenrechtegesetz

§ Sowohl Bundestag als auch Bundesrat haben jüngst dem „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ zugestimmt. Relevanz hat dieses vor allem im Bereich des Arzthaftungsrechts. Erstmals werden die wichtigsten Regelungen im Bürgerlichen Gesetzbuch kodifiziert. Aber hat sich hierdurch die Rechtslage geändert?

Normierter Behandlungsvertrag

Nach § 630a Abs. 1 BGB wird durch den Behandlungsvertrag derjenige, welcher die medizinische Behandlung eines Patienten zusagt (Behandelnder), zur Leistung der versprochenen Behandlung, der andere Teil (Patient) zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet, soweit nicht ein Dritter zur Zahlung verpflichtet ist. Nach § 630a Abs. 2 BGB hat die Behandlung nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.

Eine Neuregelung ergibt sich hieraus nicht, denn auch in der Vergangenheit war von der Rechtsprechung anerkannt, dass es sich bei einem Behandlungsvertrag um einen Dienstvertrag handelt. Der Behandelnde schuldet regelmäßig nur die sachgerechte Behandlung des Patienten, nicht hingegen den gewünschten Erfolg. Auch der Haftungsmaßstab im Falle eines Aufklärungs- oder Behandlungsfehlers des Arztes bleibt dabei gleich. Dieser ist nunmehr lediglich in § 630a Abs. 2 BGB mit dem Begriff des „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ festgeschrieben.

§ 630c Abs. 1 BGB normiert die für den Patienten bestehenden Mitwirkungsobliegenheiten, um einen bestmöglichen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Auf diese muss der Behandelnde im Rahmen der therapeutischen Sicherheitsaufklärung hinweisen. Ein Behandlungsfehler scheidet aus, wenn eine Mitwirkung des Patienten bei erfolgter therapeutischer Aufklärung unterbleibt und dies kausal für einen eingetretenen Schaden wird.

Wirksame Einwilligung nach vorheriger Aufklärung

§ 630d BGB kodifiziert die bereits bestehende Verpflichtung des Behandelnden, vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme die Einwilligung des Patienten zu dieser einzuholen. Einer Aufklärung bedarf

es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, § 630d Abs. 1 S. 4 BGB. Beispiele sind eine Notfallversorgung oder ein ausdrücklicher, schriftlicher Verzicht des Patienten. Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten in verständlicher Weise über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Ausdrücklich normiert ist nun die Aufklärungspflicht bezüglich Art, Umfang, Durchführung, zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihrer Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie, § 630e Abs. 1 S. 2 BGB. Wie zuvor ist bei der Aufklärung gemäß § 630e Abs. 1 S. 3 BGB auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

Adressat der Aufklärung ist grundsätzlich der Patient selbst. Nur im Fall eines heranwachsenden oder psychisch kranken Patienten, hat die Aufklärung gegenüber dem zur Erteilung der Einwilligung Berechtigten zu erfolgen, § 630e Abs. 4 i.V.m. § 630d Abs. 1 S. 2 BGB. Die Aufklärung muss dabei in einem mündlichen Gespräch durch den Behandelnden oder eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt, § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB. Eine Delegation der Aufklärung ist mithin möglich, jedoch ausschließlich auf ärztliches Personal. Unterlagen, wie Aufklärungsbögen, können lediglich ergänzend herangezogen werden. Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

Grundsätzlich hat die Aufklärung dabei so rechtzeitig zu erfolgen, dass der Patient die Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann (§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB). Dies bedeutet, je umfangreicher und risikobehafteter ein ärztlicher Eingriff ist, umso mehr Zeit muss zwischen der Aufklärung und dem Eingriff liegen. Hier sollte sich weiterhin an der bestehenden Rechtsprechung orientiert werden, die bei stationärer Behandlung eine Aufklärung spätestens am Vortag der Maßnahme verlangt. Im ambulanten Bereich kann eine Aufklärung am selben Tag genügen.

Erwähnenswert ist die bislang umstrittene Verpflichtung des Arztes, auf Nachfrage des Patienten oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren, diesen gemäß § 630c Abs. 2 S. 2 BGB über Behandlungsfehler zu

informieren, sofern für den Behandelnden Umstände erkennbar sind, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen.

Beweislast

Grundsätzlich gilt, dass der Patient Behandlungsfehler, Schaden, Kausalität und Verschulden darlegen und ggf. beweisen muss. Die Ausnahmen hiervon sind nunmehr grob in § 630h BGB normiert. So wird ein Fehler des Behandelnden nach § 630h Abs. 1 BGB vermutet, wenn sich ein allgemeines Behandlungsrisiko verwirklicht hat, das für den Behandelnden voll beherrschbar war und das zur Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten geführt hat. Im Hinblick auf die Einholung einer Einwilligung nach § 630d BGB und einer wirksamen Aufklärung nach § 630e BGB bleibt es bei der Beweislastpflicht des Behandelnden, § 630h Abs. 2 BGB. Sofern der Behandelnde für die vorgenommene Behandlung nicht geeignet war (Anfängeroperation, § 630h Abs. 4 BGB), ein grober Behandlungsfehler (§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB) oder eine unterlassene Befunderhebung (§ 630h Abs. 5 S. 2 BGB) vorliegt, wird widerlegbar vermutet, dass ein Behandlungsfehler für die eingetretene Verletzung ursächlich geworden ist. Dokumentationsmängel, d.h. eine fehlende Dokumentation bzw. eine fehlende Patientenakte, gehen ebenfalls zu Lasten des Behandelnden, § 630h Abs. 3 BGB. Denn sofern die erforderliche Dokumentation einer Behandlungsmaßnahme unterbleibt oder die Patientenakte nicht aufbewahrt worden ist, wird widerlegbar vermutet, dass diese Maßnahme nicht durchgeführt wurde.

Dokumentation der Behandlung

Aus diesem Grund gilt schon immer die dringende Empfehlung, eine umfassende Dokumentation der Behandlung zu führen. Nur so ist eine bestmögliche Entlastung im Haftungsfall möglich.

Die Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Dokumentation sind nunmehr in § 630f BGB niedergelegt. Der Behandelnde ist danach verpflichtet, die Patientenakte in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung in Papierform oder elektronisch zu führen, § 630h Abs. 1 BGB. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen sind dabei nur zulässig, wenn neben dem ursprünglichen Inhalt erkennbar bleibt, wann sie vorgenommen worden sind. Nach § 630h Abs. 2 BGB ist der Behandelnde verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Auch Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen, § 630h Abs. 2 S. 2 BGB. In Übereinstimmung mit der Berufsordnung ist nun auch normiert, dass die jeweilige Patientenakte für zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren ist.

Die Rechtsprechung erkennt eine Dokumentationspflicht, wenn hierfür eine medizinische Erforderlichkeit besteht. Als Korrektiv kann sich der Behandelnde selbst fragen, ob man selbst oder ein Nachbehandelnder Kenntnis von der jeweiligen Behandlungsmaßnahme haben muss, um eine fachgerechte Weiterbehandlung gewährleisten zu können. Eine Ausnahme hiervon bildet die Dokumentierung der erfolgten Aufklärung und Einwilligung, welche unabhängig von vorbenanntem Kriterium immer durchzuführen ist, § 630f Abs. 1 BGB.

Einsichtnahme in die Patientenakte


Nach der Regelung des § 630g BGB darf der Patient jederzeit unverzüglich Einsicht in seine Patientenakte verlangen, soweit dem nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Da es sich bei Behandlungsunterlagen um Eigentum des Behandelnden handelt, kann eine Herausgabe der Originale nicht gefordert werden. Der Patient kann lediglich die Einsichtnahme am Ort der Belegenheit der Unterlagen oder die Herausgabe von Kopien gegen Kostenerstattung fordern.

Ergebnis

Die meisten Regelungen des neuen Patientenrechtegesetzes gehen lediglich auf die ständige Rechtsprechung zurück, sodass im Ergebnis kaum Neuerungen in der Praxis zu erwarten sind. Es lässt sich daher trefflich darüber streiten, ob eine gesetzliche Normierung hier erforderlich war. Denn unumstritten stellt das bundesdeutsche, maßgeblich von der Rechtsprechung entwickelte Arzthaftungsrecht ein im internationalen Vergleich Führendes dar. Überdies ließ die Ausfüllung des bestehenden gesetzlichen Rahmens durch die Rechtsprechung eine interessengerechte und dem jeweiligen Entwicklungsstand angepasste Weiterentwicklung zu, die durch eine starre Normierung nun jedenfalls gebremst werden könnte. Allerdings muss man dem Gesetz zugestehen, eine mittlerweile selten gewordene Klarheit und Kürze zu besitzen. Freilich kann jedoch mit den wenigen Paragrafen nicht die Gesamtheit der teils stark ausdifferenzierten Rechtsprechungsdogmatik wiedergegeben werden. Diese Grundsätze beanspruchen aber trotz des Gesetzes weiterhin Geltung. Mithin bleibt davon abzuraten, einen Haftungsstreit ohne die Haftpflichtversicherung und/oder einen spezialisierten Rechtsanwalt abwickeln zu wollen.

Dr. Ralf Großbölting/Dr. Daniela Schröder

Zahnarzt obsiegt gegen KZV vor BSG im Streit über die Rückforderung von Honoraren nach über 6 Jahren

 Berliner Zahnärzte, die gegen den Honorarberichtigungs- und rückforderungsbescheid aus dem Jahr 2006 betreffend das Honorar für das Quartal I/2000 Widerspruch bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin (KZV) eingelegt haben, können sich freuen: Sie erhalten das zurückgeforderte Honorar zurück bzw. müssen es nicht zahlen.

Die KZV erließ im Juli 2007 einen Honorarberichtigungs- und -rückforderungsbescheid gegenüber einem Vertragszahnarzt in Bezug auf das vertragsärztliche Honorar für das Quartal I/2000. Den diesbezüglichen Honorarbescheid hatte die beklagte KZV mit einer Reihe von Vorbehalten versehen, die sich jedoch nicht explizit auf einen Sachverhalt bezogen, der den Vorbehalt im Einzelnen beschreibt. Daneben hatte die KZV bis Ende 2001 auf den Vorbehalt in Rundschreiben und Mitteilungsblättern hingewiesen, aber hierzu auch keine konkreten Ausführungen gemacht. In jedem Honorarbescheid hatte sie den zunächst 10%igen Sicherungseinbehalt als Merkposten verbucht, jedoch auch hier weitere Ausführungen unterlassen.

Der in einem Musterprozess von kwm rechtsanwälte vertretene Zahnarzt obsiegte in allen Instanzen, nun auch vor dem Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 12.12.2012, B 6 KA 35/12 R). Das BSG urteilte, dass einer Korrektur des Honorarbescheides für das Quartal I/2000 der Ablauf der vierjährigen Ausschlussfrist entgegensteht. Die Frist war nicht für die Dauer der Rechtsstreitigkeiten, die die Honorarverteilung in den Vorjahren betrafen, gehemmt. Eine solche Hemmung kann allenfalls dann angenommen werden, wenn die Mitglieder umfassend und zeitnah über die Gründe und die voraussichtliche Dauer des Zuwartens informiert werden. Daran fehlte es hier. Der schlichte Hinweis auf ein gerichtliches Verfahren reicht ebenso wenig wie das einfache Fortschreiben eines Honorareinbehalts in Folgebescheiden. Die Entscheidung hat grundsätzliche Bedeutung für alle Honorarrückforderungen.

Dr. Christoff Jenschke, LL.M.

BSG fällt Entscheidungen zu Regelleistungsvolumina und Jobsharing-Obergrenzen

Die Neuordnung der ärztlichen Vergütung ab dem Jahr 2009 hat bei vielen Vertragsärzten zu erheblichen Honorareinbußen und vor diesem Hintergrund auch zu einer Vielzahl von Widerspruchs- und Gerichtsverfahren gegen die Zuweisungs- und Abrechnungsbescheide der Kassenärztlichen Vereinigungen geführt. Das Bundessozialgericht (BSG) befasst sich mit der Vergütungsproblematik nunmehr in zwei aktuellen Entscheidungen, die für zahlreiche der von der kwm betreuten Widerspruchs- und Gerichtsverfahren bedeutsam sind.

Zunächst handelt es sich um ein Urteil des BSG vom 15.08.2012 (Az.: B 6 KA 38/11 R), in dem das Gericht klarstellt, dass Bescheide über die Zuweisung von Regelleistungsvolumina (RLV) lediglich gerichtlich angefochten werden können, soweit die jeweiligen Quartalshonorarbescheide desselben Quartals noch nicht bestandskräftig sind. Umgekehrt kann in einem Rechtsstreit über einen Abrechnungsbescheid die Rechtswidrigkeit des zu Grunde liegenden Zuweisungsbescheids nur geltend gemacht werden, soweit dieser seinerseits noch nicht bestandskräftig ist. Zur Begründung verweist das BSG auf die gesonderte Anfechtbarkeit der Zuweisungs- und Abrechnungsbescheide, deren logische Folge es ist, dass die Rechtmäßigkeit nicht angefochtener und damit bestandskräftig gewordener Bescheide grundsätzlich feststeht und im Rahmen einer gerichtlichen Prüfung eines anderen Bescheides nicht überprüft werden kann.

Im Ergebnis bestätigt das dargestellte BSG-Urteil die durchgehende Empfehlung der kwm an betroffene

Mandanten, bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit grundsätzlich gegen sämtliche Zuweisungs-, Berichtigungs- und Abrechnungsbescheide eines Quartals Rechtsmittel einzulegen.

In bestimmten Konstellationen sieht jedoch auch das BSG unter Vertrauensschutzgesichtspunkten eine Anfechtung von Zuweisungsbescheiden trotz Bestandskraft der korrespondierenden Abrechnungsbescheide als zulässig an. Dies betrifft Fälle, in denen die Bestandskraft des Abrechnungsbescheids vor Veröffentlichung der zitierten Entscheidung eingetreten ist. Zur Begründung verweist das BSG auf seine frühere uneinheitliche Rechtsprechung, die zu Rechtsunsicherheit geführt haben könnte.

Eine weitere im Zuge des vertragsärztlichen Vergütungsrechts relevante Entscheidung des BSG ist erst jüngst ergangen (Entscheidung vom 12.12.2012, Az.: B 6 KA 1/12 R) und betrifft die Absenkung von Jobsharing-Obergrenzen. Die Entscheidungsgründe sind zwar noch nicht veröffentlicht, aus dem betreffenden Terminbericht des BSG (Nr. 65/12) ergeben sich jedoch bereits die wesentlichen Entscheidungsinhalte. Danach hat das BSG insbesondere entschieden, dass eine rechtmäßige Obergrenzen-Absenkung einen ordnungsgemäßen Antrag der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung voraussetzt. Dieser muss auf die Neuberechnung bei individualisierten Praxen in Folge geänderter Berechnungsfaktoren gerichtet sein, wobei die Einführung neuer Honorarverteilungsregelungen insofern nicht ausreichend ist. Angesichts der vielfach erfolgten Absenkung von Jobsharing-Obergrenzen wegen der Einführung der neuen Vergütungssystematik zum Jahr 2009 wird die Veröffentlichung der ausführlichen Urteilsgründe derzeit von den betroffenen Vertragsärzten mit Spannung erwartet.

Björn Papendorf, LL.M./Dr. Bernadette Tuschak

Tätigkeitsbereiche Medizinrecht

- Gestaltung (zahn)ärztlicher Kooperationsformen
- Wirtschaftlichkeitsprüfung
- Neue Versorgungsformen (MVZ, überörtliche Sozietät etc.)
- Praxisübertragungen/-bewertungen
- Zulassungsrecht und Disziplinarverfahren
- Berufs- und Approbationsrecht
- Arzthaftpflichtrecht inkl. Strafverteidigung
- Honorarverteilung
- Krankenhausrecht einschließlich Chefarztrecht
- Krankenversicherungsrecht
- Recht der Psychotherapeuten
- Apothekenrecht
- Tierarztrecht
- Arzneimittel- und Medizinprodukterecht



rechtsanwälte
kanzlei für wirtschaft und medizin

Hans Peter Ries

Lehrbeauftragter an der SRH Fachhochschule Hamm

Dr. Karl-Heinz Schnieder

Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Lehrbeauftragter an der Universität Münster

Dr. Ralf Großbölting

Fachanwalt für Medizinrecht

Björn Papendorf LL.M.

Master of Laws (Medizinrecht)
Fachanwalt für Medizinrecht

Wilhelm Jackson

Dr. Sebastian Berg

Dennis Hampe LL.M.

Master of Laws (Medizinrecht)

Dr. Daniela Schröder

Dr. Christoff Jenschke LL.M.

Fachanwalt für Medizinrecht
Lehrbeauftragter an der Steinbeis-Hochschule Berlin

Dr. Bernadette Tuschak

Thomas Vaczi

Dr. Janet Lacher

Münster

PortAl 10 · Albersloher Weg 10 c
48155 Münster
Telefon 0251/5 35 99-0
Telefax 0251/5 35 99-10
muenster@kwm-rechtsanwalte.de

Berlin

Unter den Linden 24 /
Friedrichstraße 155-156
10117 Berlin
Telefon 030/20 61 43-3
Telefax 030/20 61 43-40
berlin@kwm-rechtsanwalte.de

Hamburg

Ballindamm 8
20095 Hamburg
Telefon 040/20 94 49-0
Telefax 040/20 94 49-10
hamburg@kwm-rechtsanwalte.de

Zweigstelle Bielefeld

Am Bach 18
33602 Bielefeld
Telefon 0521/9 67 47 21
Telefax 0521/9 67 47 29

kwm – rechtsanwälte –
kanzlei für wirtschaft und medizin

Ries · Dr. Schnieder ·
Dr. Großbölting · Papendorf

Partnerschaftsgesellschaft

Sitz: Münster
Niederlassungen in
überörtlicher Partnerschaft
Berlin, Hamburg

PR 1820, AG Essen

www.kwm-rechtsanwalte.de