Patientenrechtegesetz

Kommentar zu §§ 630a bis 630h BGB

Bearbeitet von
Lothar Jaeger

1. Auflage 2013. Buch. 224 S. Kartoniert
ISBN 978 3 89952 749 0
Format (B x L): 12,0 x 17,0 cm
Gewicht: 220 g

Recht > Öffentliches Recht > Medizinrecht, Gesundheitsrecht > Arztrecht, Patientenrecht, Arzthaftungsrecht, Behandlungsvertrag

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

A. Einleitung

I. Stimmen zum Gesetz vor der Verabschiedung

Der Vorsitzende eines Arzthaftungssenats fasste zusammen, dass das Patientenrechtegesetz eine riesige Enttäuschung sei. Es sei eine Ansammlung von Allgemeinplätzen und Banalitäten, es fasse wesentliche, keineswegs alle Grundsätze zusammen, die die Rechtsprechung und die Rechtswissenschaft in Jahrzehnten entwickelt hätten, verändere dabei nichts, nehme nichts zurück, füge (so gut wie) nichts hinzu, stärke die Rechte der Patientinnen und Patienten (im Folgenden stets nur noch: Patienten) nicht, helfe weder der Rechtsprechung noch den mit Arzthaftungsfällen befassten Rechtsanwälten, es enttäusche die damit verbundenen Erwartungen und es verschenke die Chance, etwas zu bewegen. Auch wenn Bundesgesundheitsminister *Daniel Bahr* das Gesetz als klare Verbesserung der Patientenrechte bezeichnet habe (Rede bei der 1. Beratung des Gesetzentwurfs, www.bmg.bund.de/ministerium/presse/reden/patientenrechtegesetz.html), sei dies nicht akzeptabel. Das Gesetz sei kein Heilmittel zur Verbesserung der Patientenrechte, es schade zwar nicht, es helfe aber auch nicht, es sei ein Placebo. 1

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, *Wolfgang Zöller*, vermag zur Verbesserung der Patientenrechte darauf hinzuweisen, dass die gesetzlichen Kran- 2

kenkassen den Patienten mehr Unterstützung leisten sollen. Der von ihm favorisierte Härtefallfonds scheiterte, weil nichts, aber auch gar nichts zu seiner Einführung so vorbereitet war, dass eine Entscheidung spruchreif gewesen wäre (Zöller in PMG-Presse-Monitor-GmbH Merck Serono Presseservice 5.12.2012).

II. Begründung des Gesetzes

3 In der Begründung des Regierungsentwurfs (PatRG-RegE) heißt es, lückenhafte Regelungen, auch die Komplexität der Medizin und die Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten verlangten nach einem gesetzlichen Rahmen, der Patienten und Behandelnde „auf Augenhöhe bringe". Richtig verstandener Patientenschutz setze nicht auf rechtliche Bevormundung, sondern orientiere sich am „Leitbild des mündigen Patienten". Verlässliche Informationen sollten Orientierung im Gesundheitswesen verschaffen. Sie seien die Voraussetzung dafür, dass Patienten „eigenverantwortlich und selbstbestimmt im Rahmen der Behandlung entscheiden können". Das Gesetz ziele auf mehr Transparenz und Rechtssicherheit hinsichtlich der bestehenden Rechte, auf eine bessere Rechtsdurchsetzung und verbesserte Gesundheitsversorgung. Welche Rechte Patienten hätten, wüssten oftmals weder sie selbst noch die Behandelnden. Transparente gesetzliche Regeln würden deshalb beiden Seiten die nötige Sicherheit geben. Verlässliche Informationen würden Orientierung schaffen.

Diese Informationen seien nicht Selbstzweck, sondern die Voraussetzung dafür, dass die Patienten eigenverantwortlich und selbstbestimmt im Rahmen der Behandlung entscheiden könnten. (PatRG-RegE Begr. S. 1, 11). Übersehen wird dabei, dass das Gesetz nur vertragliche Ansprüche der Patienten regelt, während die Ansprüche aus Delikt, die neben den vertraglichen Ansprüchen bestehen bleiben, dem Patienten aber nicht „zum Nachlesen im Gesetz" angeboten werden. 4

Diese Annahme im Regierungsentwurf dürfte zudem ein Trugschluss sein. Auch vor Inkrafttreten des Gesetzes waren den Ärzten die ihnen obliegenden Pflichten weitgehend bekannt. Auch der Patient kannte seine wesentlichen Rechte. Er wusste z. B., dass er vor einer Operation aufgeklärt werden muss und dass er ohne Einwilligung nicht operiert werden darf. Unklar sind dagegen den Partnern des Behandlungsvertrages oft die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung und der Begriff der Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Schaden. Unbekannt sind ihnen oft auch die Verjährungsregeln, eine Ahnungslosigkeit, die durch das Gesetz nicht gemildert wird und nicht gemildert werden kann, weil die allgemeinen Regeln „vor der Klammer stehen". 5

III. Bewertung des Gesetzes

Die oben zitierten harschen Worte eines Richters beruhen unter anderem darauf, dass die vertraglichen Rechte 6

und Pflichten des Arztes und des Patienten sich im Wesentlichen aus der Rechtsprechung ergaben, die die allgemeinen Vorschriften des BGB beständig fortgeschrieben hat. Das Fehlen besonderer Rechtsnormen wurde in Fachkreisen kaum einmal als Missstand empfunden. Auch ohne ein Spezialgesetz hatte und hat Deutschland mit den bestehenden Patientenrechten mit erheblichem Vorsprung eine Spitzenstellung innerhalb der Europäischen Union innegehabt (vgl. Katzenmeier, Die Rahmenbedingungen der Patientenautonomie, MedR 2012, 576 unter Hinweis auf Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 6. Aufl. 2009).

7 Es fällt schwer, eine Rechtsmaterie zu finden, die derart konstant, statisch und in sich ruhend ist, wie diejenige der Arzthaftung. Die letzte wirklich fundamentale Weiterentwicklung des Arzthaftungsrechts betrifft die Grundsätze zum Befunderhebungsmangel. Die grundlegenden Entscheidungen dazu (BGH, Urteil vom 13.2.1996, VI ZR 402/94, BGHZ 132, 47 ff. = VersR 1996, 633-634 = NJW 1996, 1589 ff. = MedR 1996, 316 ff.; Urteil vom 13.1.1998, VI ZR 242/96 = VersR 1998, 457 = NJW 1998, 818; Urteil vom 6.10.1998, VI 239/97, NJW 1999, 860) liegen allerdings auch schon mehr als 15 Jahre zurück.

8 Die Kodifizierung der Patientenrechte wurde in den letzten Jahrzehnten immer wieder diskutiert. Obwohl der Deutsche Juristentag den Vorschlag einer Kodifizierung seinerzeit mit großer Mehrheit ablehnte, wurde diese von *Erwin Deutsch* und *Michael Geiger* in einem Gutachten

zum Arzt/Patienten-Verhältnis im BGB empfohlen und sie unterbreiteten einen in zwölf Paragraphen gegliederten Gesetzesvorschlag (Deutsch/Geiger, Medizinischer Behandlungsvertrag, in: Bundesministerium der Justiz, Gutachten und Vorschläge zur Überarbeitung des Schuldrechts, Bd. 2, 1981, S. 1049 ff.). Erst im Koalitionsvertrag vom 26.10.2009 haben sich CDU/CSU und FDP auf den Erlass eines „Patientenschutzgesetzes" verständigt. Die SPD–Fraktion stellte im Mai 2009 ein Eckpunktepapier vor und brachte am 3.3.2010 einen entsprechenden Antrag im Bundestag ein. Am 22.3.2011 stellte der Patientenbeauftragte der Bundesregierung *Wolfgang Zöller* das Grundlagenpapier „Patientenrechte in Deutschland" vor.

9 Obwohl sich das Bundesjustiz- und das Bundesgesundheitsministerium gegen eine Kodifikation der Patientenrechte entschieden hatten, präsentierten die Ministerien den Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten" (Patientenrechtegesetz, PatRG) und am 23.5. 2012 folgte der Regierungsentwurf.

10 Die Patientenrechte waren bei den Rechtsanwendern wahrlich angekommen und sie bestimmen den Arzthaftungsprozess des 21. Jahrhunderts. Alle anderen wesentlichen Weichenstellungen reichen weit zurück, meist in die siebziger und achtziger bis in die frühen neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts, teilweise – wie die Grundsätze zum groben Behandlungsfehler – sogar bis in die Zeiten des Reichsgerichts (RG, Urteil vom 9.7.1926, War-

neyer Rechtsprechung Nr. 155; Urteil vom 21.5.1937, HRR 1937 Nr. 1301; Urteil vom 17.5.1943, RGZ 171, 168 ff.). Ein Bedürfnis, seitens des Gesetzgebers Fehlentwicklungen gegenzusteuern, Rechtsprechungswildwuchs zurückzuschneiden und den Rechtsanwendern endlich klare und verlässliche Maßstäbe an die Hand zu geben, ist nicht erkennbar.

11 Da nichts substantiell Neues geschaffen wurde, bleibt das fragwürdige Argument, dass der Patient nun endlich einmal selbst seine Rechte soll nachlesen können (so ausdrücklich die Gesetzesbegründung, BT-Drs. 17/10488, S.9; vgl. auch Wagner, Kodifikation des Arzthaftungsrechts? VersR 2012, 790, 798). Welch eine schwache Rechtfertigung für ein neues Gesetz, das eher nicht die Rechte des Patienten aufzeigt, sondern zuvorderst Pflichten der Behandlungsseite als Kehrseite der Patientenrechte (Wagner, Kodifikation des Arzthaftungsrechts? VersR 2012, 790, 798; Spickhoff, Patientenrechte und Patientenpflichten, VersR 2013, 267, 271).

12 Hinzu kommt, dass die Rechte des Patienten in bestem Juristendeutsch „versteckt" und mit farblosen Formeln umschrieben werden. Spickhoff (Patientenrechte und Gesetzgebung, ZRP 2012, 65) hält die Aussage, dass der Patient künftig die „wichtigsten Rechte möglichst selbst im Gesetz (soll) nachlesen können", für ein wenig vollmundig. Die Regelungen zur Einwilligung und zur Aufklärung müssten zusammengefasst und umgangssprachlich erläutert werden, statt sie auf die §§ 630c, 630e zu vertei-

len und sich auf technische Definitionen zu beschränken (Wagner, Kodifikation des Arzthaftungsrechts? VersR 2012, 790, 799). Die fünf Absätze des § 630h könne nur verstehen, wer mit den Sachproblemen des Arzthaftungsprozesses und den Beweisregeln der ZPO vertraut sei, und selbst für diesen bleibe die Bestimmung komplex genug.

13 Nach allgemeiner schuldrechtlicher Terminologie sind Informations- und Aufklärungspflichten klassische Nebenpflichten eines Vertrages (sekundäre Leistungspflichten) und werden regelmäßig synonym gebraucht (vgl. insoweit etwa Palandt-Grüneberg, 72. Aufl. 2013, § 280 Rn. 30; § 311 Rn. 40 m.w.N. aus der Rspr.). Hier ist es anders. Die Wirksamkeit der Einwilligung in die Behandlung hängt von der ordnungsgemäßen Aufklärung ab, aber nur derjenigen nach § 630 e, wie § 630 d Abs.2 unmissverständlich anordnet. Nach der nicht zutreffenden Gesetzesbegründung soll es sich um nichts anderes handeln als die altbekannte Sicherungsaufklärung (BT-Drs. 17/10488, S. 21). Verstöße hiergegen werden aber gerade nicht als Aufklärungsmangel, sondern als Behandlungsfehler behandelt (vgl. etwa BGH, Urteil vom 15.3.2005, VI ZR 289/03, BGHZ 162, 320 ff. = VersR 2005, 834; Spickhoff, Patientenrechte und Patientenpflichten, VersR 2013, 267, 271), was aber nicht gemeint sein dürfte.

14 Weil vertragliche und deliktische Haftung nebeneinander stehen, stellt sich die Frage, ob die für die wirksame Einwilligung notwendige Aufklärung im Wege der Ausle-

gung gemäß § 630e nun enger zu verstehen sein soll als bisher. Das dürfte nicht richtig sein, weil es nicht im Sinne des Patienten liegt. Zudem ist die wirksame Einwilligung Rechtfertigungsgrund für den Eingriff des Arztes in die körperliche Unversehrtheit im Sinne der deliktischen Haftung. Hier besteht die Gefahr eines Auseinanderdriftens der bislang stets gleichlaufenden Haftung aus Vertrag und Delikt (BGH, Urteil vom 25.6.1985, VI ZR 270/83, VersR 1985, 1068 = NJW 1985, 2749; Urteil vom 20.9.1988, VI ZR 37/88, VersR 1988, 1273; Urteil vom 25.6.1991, VI ZR 320/90, VersR 1991, 1058 = NJW 1991, 2960; eingehend dazu Katzenmeier, Arzthaftung, S. 79 ff.). Es ist zu erwarten, dass die Rechtsprechung hier von Beginn an korrigierend eingreifen muss.

15 Recht vollmundig nimmt der Regierungsentwurf für sich in Anspruch, die Bürokratie auf das nötige Maß zu beschränken und Ausuferungen für die Behandlungsseite zu vermeiden. Man mag nach Normen suchen, die dem gerecht werden, finden wird man sie im Gesetz nicht. Im Gegenteil. Wird bei der mündlichen Aufklärung ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen, muss der Patient diese in Textform erhalten (§ 630e Abs. 2 Ziff. 1). Der Patient muss im Anschluss an die Aufklärung eine Fotokopie des Aufklärungsbogens mit den Ergänzungen durch den Arzt gegen Quittung erhalten. Dies deshalb, weil der Aufklärung im Arzthaftungsrecht eine zentrale Bedeutung zukommt und weil die Behandlungsseite den Beweis führen muss, dass sie die Aufklärungspflicht umfassend erfüllt hat.

Neu ist auch, dass Aufklärung und Einwilligung zwingend dokumentiert werden (§ 630f Abs. 2) müssen. 16

Eine Besserstellung des Patienten bewirkt das Gesetz dadurch, dass es die gesetzlichen Krankenkassen für einzelne Leistungen enger in die Pflicht nimmt. Die Forderung des Gesetzes, den Patienten in angemessener Zeit Leistungen durch ihre Krankenkassen zu verschaffen, gelingt aber nur teilweise. Gelegentlich muss nämlich die Leistung der Krankenkasse sofort bewilligt werden und nicht, wie vorgesehen, erst nach Ablauf von 3 Wochen, wenn zum Beispiel eine Antidekubitusmatratze angefordert wird. Solche Hilfsmittel müssen bevorratet werden und sofort zugewiesen werden können. Dies wird durch das Gesetz nicht sichergestellt. 17

Die Rechte der Patienten gegenüber Leistungserbringern sollen auch dadurch gestärkt werden, dass die Krankenkassen künftig gehalten sind, die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen aus vermuteten Behandlungsfehlern zu unterstützen. Bisher war die Unterstützung in das Ermessen der Leistungserbringer gestellt, nunmehr „sollen" – nicht „müssen" – sie die Versicherten unterstützen und nicht wie bisher nur „können" (Spickhoff, Patientenrechte und Patientenpflichten, VersR 2013, 267, 268). Erst die Praxis wird Antworten auf diese Fragen zu geben haben, insbesondere auch darauf, welche Rechtsfolgen (Schadensersatz der gesetzlich Versicherten gegen ihre Krankenkassen?) es auslöst, wenn die entsprechende Unterstützungspflicht nicht ein- 18

gelöst worden ist. Im Jahr 2011 wurden im Auftrag der Krankenkasse 12.700 Gutachten des MDK zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt (Wenner, Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern auf den MDK übertragen, MDK, Wissen und Standpunkte, 2012, S. 14). Die Folge dieser Regelung wird sein, dass die Krankenkassen noch mehr als bisher lediglich eine summarische Vorprüfung durch medizinische Gutachter des MDK vornehmen lassen. Umfassende Gutachten unter Beteiligung des Arztes sind für die Leistungserbringer viel zu aufwändig und zu teuer. Ist das Ergebnis dieser Vorprüfung für den Patienten negativ, wird seine weitere Unterstützung durch den Leistungserbringer wohl ausbleiben.

19 Die Anerkennung eines Gutachtens des MDK durch Patienten und Ärzte ist schon bisher wesentlich geringer als die Anerkennung einer Entscheidung durch die Gutachterkommissionen für ärztliche Behandlungsfehler bei den Ärztekammern. Beantragt der Patient im Anschluss an eine für ihn ungünstige Entscheidung des MDK eine Entscheidung der Gutachterkommission, wird die Behandlungsseite sich jetzt mehr als bisher nicht beteiligen wollen. Auffallend ist, dass in den letzten beiden Jahren die Zahl der Ärzte erheblich zugenommen hat, die sich auf Weisung des Haftpflichtversicherers an einem Verfahren vor der Gutachterkommission nicht beteiligen (dürfen). Die Gutachterkommission Nordrhein versucht gegenzusteuern, indem sie das Verfahren auch dann durchführt, wenn der Arzt nicht zustimmt. Die Ergebnisse dieser Verfahren weichen bezüglich der festgestellten Behand-

lungsfehler nicht signifikant von den Ergebnissen der Verfahren mit Beteiligung der Ärzte ab. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Inanspruchnahme der Gutachterkommissionen künftig entwickeln wird. Wichtiger ist die „Signalwirkung", die von den neuen Normen ausgehen wird. Allein ihre Existenz wird die Nachfrage nach Haftungsansprüchen gegen Ärzte und Krankenhäuser steigern.