

# 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](http://www.blzk.de) und [www.kzvb.de](http://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 kurziviert 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 Behandelnden, 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 proDente 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 ureigenem 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: pixelio.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 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 Patientenakten 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](http://www.blzk.de) im Bereich „Nachrichten“ und unter [www.kzvb.de](http://www.kzvb.de) im Bereich „Zahnarztpraxis“ zu finden.

Anzeige

Den Armen Gerechtigkeit



**Brot für die Welt**  
www.brot-fuer-die-welt.de

Konto 500 500 500  
Postbank Köln  
BLZ 370 100 50