

Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)

Was bedeutet das für die zahnärztliche Behandlung?

(Teil 3)

Informationen und Praxistipps von RAin Sandra Linnemann und Angelika Enderle

Am 26.02.2013 ist das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ (Patientenrechtegesetz) in Kraft getreten. Im dritten Teil unserer Beitragsserie stehen die Dokumentation und Einsichtnahme in die Patientenakte sowie die Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler im Mittelpunkt.

§ 630 f BGB: Dokumentation der Behandlung

Die Führung von Behandlungsunterlagen ist für den Zahnarzt nicht mehr nur eine berufsrechtliche Pflicht (§ 12 Abs. 1 Satz 1 Musterberufsordnung für Zahnärzte), sie wird durch die Aufnahme in das BGB nun auch als zivilrechtliche Norm fixiert:

- (1) Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. Berichtigungen und Änderungen von Eintragungen in der Patientenakte sind nur zulässig, wenn der ursprüngliche Inhalt erkennbar bleibt.
- (2) Der Behandelnde ist 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. Arztbriefe sind in die Patientenakte aufzunehmen.
- (3) Der Behandelnde hat die Patientenakte für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen Vorschriften andere Aufbewahrungsfristen bestehen.

Zeitpunkt der Dokumentation

Neu ist die Verpflichtung, die Patientenakte „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang“ mit der Behandlung zu führen, wenn auch keine genaue Zeitspanne genannt ist. Hat die Rechtsprechung vor dem Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes Zeitspannen von zwei bis 14 Tagen als zulässig angesehen, ist damit zu rechnen, dass die zulässigen Zeiträume zur Maßnahme künftig kürzer sein werden. Bis zu einer weiteren gerichtlichen Klärung ist davon auszugehen, dass zwischen Behandlung und Dokumentation nicht mehrere Tage oder Wochen liegen dürfen.

Um sicherzustellen, dass zum Zeitpunkt der Eintragung der Behandlungsablauf noch sicher erinnert werden kann, sollte die Dokumentation am besten parallel oder direkt im Anschluss an die Behandlungssitzung oder jedenfalls am jeweiligen Behandlungstag erfolgen.

Methoden der Dokumentation

Die Behandlungsakte kann in Papierform (Karteikarte etc.) oder in elektronischer Form geführt werden. Auch Audiodokumentationen (z.B. von Aufklärungsgesprächen) oder Videodokumentationen sind zulässig.

Zu beachten ist, dass die in § 630f Abs. 1 Satz 2 BGB geforderte Erkennbarkeit von Änderungen in der Dokumentation explizit auch für die elektronisch geführte Patientenakte gilt. Es empfiehlt sich, eine Software zu verwenden, die alle Eintragungen (auch Änderungen) mit dem Zeitpunkt der Eintragung dokumentiert, wobei sich diese Erkennbarkeit sowohl aus dem elektronischen Datenstream als auch auf entsprechenden Ausdrucken ergeben muss.

Nach bisheriger Rechtsprechung genügt eine Aufzeichnung in Stichworten. Es können medizinische Fachausdrücke, fachspezifische Abkürzungen, Symbole oder zeichnerische Darstellungen

verwendet werden, wenn diese für einen Fachmann (Mit- oder Nachbehandler, Gutachter) verständlich sind (OLG Frankfurt, VersR 1987, 1118).

Achtung: Das bloße Eintragen der entsprechenden Abrechnungsziffer (BEMA/GOZ) in die Dokumentation reicht keinesfalls aus (vgl. Urteile LG Köln, 05.03.2008, Az.: 25 S 6/06; SG Marburg, 21.11.2012, Az.: S 12 KA 8/12).

Die Eintragungen müssen nicht vom Zahnarzt selbst vorgenommen werden, er kann sich dazu auch des medizinischen Hilfspersonals bedienen. Wichtig ist, dass aus den Aufzeichnungen hervorgeht, welche Person die Dokumentation vorgenommen hat. Zudem ist der Zahnarzt verpflichtet, die Richtigkeit und Vollständigkeit zu überwachen.

Änderung der Dokumentation

Es dürfen keine Löschungen oder Schwärzungen vorgenommen werden. Nachträgliche Berichtigungen sind erlaubt, der ursprüngliche Wortlaut muss jedoch lesbar bleiben. Zudem muss bei Änderungen erkennbar sein, wann diese vorgenommen wurden. Dies ist von besonderer Bedeutung bei der elektronisch geführten Patientenakte, für die diese Grundsätze ebenfalls gelten.

Umfang der Dokumentationspflicht

Die Formulierung in § 630 f Abs. 2 BGB ist einerseits sehr weit gefasst, andererseits ist sie auf „wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse“ beschränkt und benennt lediglich Beispiele, die **mindestens** in die Dokumentation aufzunehmen sind. Dabei bezieht sich die Verpflichtung nicht nur auf die Dinge, die im Moment für die Behandlung wesentlich sind, sondern auch diejenigen, die für eine künftige Behandlung (auch für den Nachbehandler) wesentlich erscheinen. Ergeben sich also über die in § 630f Absatz 2 BGB genannten Maßnahmen weitere Ergebnisse oder Ereignisse im Rahmen der Behandlung, so sind diese ebenfalls zu dokumentieren.

Achtung: Die Qualität der Behandlungsdokumentation entscheidet ganz maßgeblich über den Prozesserfolg des Zahnarztes. Nach ständiger Rechtsprechung des BGH soll ein Gericht einer ordnungsgemäßen, vertrauenswürdigen Dokumentation Glauben schenken (Indizwirkung).

Die Dokumentation ist in der chronologischen Reihenfolge vorzunehmen, aus der sich auch die Behandlungstermine und der zeitliche Ablauf der Behandlung ergeben:

- Anamnese (auch die Eigenanamnese) und daraus sich ergebende Besonderheiten,
- klinische Befunde, Funktionsbefunde;
- medizinisch-technische Untersuchungen und Laborbefunde;

- Patientenaufklärung (Kosten, Folgen der Nichtbehandlung, Risiken, Behandlungsalternativen);
- Röntgenaufnahmen und ausführliche rechtfertigende Indikation;
- Diagnosen;
- Diagnostische und therapeutische Behandlungsmaßnahmen mit zeitlichem Ablauf/Dauer der Behandlung, Abweichungen von Standardbehandlung (Komplikationen etc.);
- Operationsberichte, ggf. Narkoseprotokoll, evtl. Zwischenfälle während der Operation;
- verwendete Materialien;
- verordnete Medikamente sowie dazu erteilte ärztliche Hinweise;
- Aufzeichnungen über das Aufklärungsgespräch und die Einwilligung des Patienten inklusive einer Erläuterung, warum die Einwilligungsfähigkeit des jugendlichen Patienten angenommen wurde;
- Kontrolle der Mitarbeiter.

Routinemaßnahmen

Medizinische „Selbstverständlichkeiten“ wie Routinemaßnahmen und Kontrolluntersuchungen, die ohne positiven Befund geblieben sind, müssen nicht dokumentiert werden (vgl. BGH, Urteil vom 29.01.1984, Az.: VI ZR 203/82 und Urteil vom 23.03.1993, Az.: VI ZR 26/92). Eine Ausnahme davon besteht aber dann, wenn es im Rahmen dieser Routinemaßnahmen zu abweichenden Äußerungen des Patienten kommt (bspw. Patient klagt über Temperaturempfindlichkeit bei einem neu überkronten Zahn).

Folgen einer unzureichenden Dokumentation

Aus § 630 f BGB resultiert für den Zahnarzt die Pflicht, alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren. Aus Mängeln in der Dokumentation folgt gemäß § 630 h Abs. 3 BGB die Vermutung, dass die (zahn-)medizinische Maßnahme, die nicht dokumentiert bzw. nicht aufbewahrt wurde, tatsächlich auch nicht durchgeführt wurde. In diesem Fall trägt der Zahnarzt die Beweislast.

Der Zahnarzt kann zwar das sachgerechte Vorgehen durch Zeugen oder durch ein Röntgenbild nachträglich belegen, der Nachweis ist jedoch weit schwieriger zu führen, als durch eine lückenlose Dokumentation.

Je atypischer und schwieriger die entsprechende Patienten- /Behandlungssituation ist, umso ausführlicher muss die Dokumentation ausfallen!

Aufbewahrungsfristen

§ 630f Abs. 3 BGB sieht vor, dass die Patientenakte im Regelfall für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren ist. Im Einzelfall sind andere Vorschriften und längere

Aufbewahrungsfristen zu beachten, beispielsweise in § 28 Abs. 3 Satz 1 RöntgenVO oder § 42 Abs. 1 der StrlSchV.

Im Vertragsarztrecht (Bundesmantelvertrag sowie Ersatzkassenvertrag) ist für die Aufbewahrung der Behandlungsdokumentation nur ein Zeitraum von 4 Jahren vorgeschrieben. Einzig hierauf gestützt, könnte grundsätzlich die Behandlungsdokumentation über einen gesetzlich Krankenversicherten bereits nach 4 Jahren vernichtet werden.

Die MBO-Z jedoch schreibt eine „Mindestaufbewahrungsfrist“ von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung vor. Da das zahnärztliche Berufsrecht jedoch sowohl für vertrags- wie auch privat Zahnärztliche Tätigkeit gilt und zudem auch die Rechtsprechung der oberinstanzlichen Gerichte für den Regelfall von einer Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren ausgeht (OLG Hamm VersR 2005, 412 f.), ist insgesamt zu einer Aufbewahrung über zehn Jahre hinweg zu raten, um nicht gegen das Berufsrecht zu verstoßen.

Achtung: Abweichend von den gesetzlichen Regelungen kann wegen der Verjährungsfrist für Schadensersatzansprüche bei Körper-/Gesundheitsverletzung (vgl. § 199 Abs. 2 BGB) für besonders haftungsträchtige Behandlungsfälle eine 30-jährige Aufbewahrung geboten sein.

§ 630 g BGB: Einsichtnahme in die Patientenakte

Das Patientenrechtegesetz normiert auch das bisher schon anerkannte Einsichtsrecht des Patienten in seine Patientenunterlagen:

- (1) Dem Patienten ist auf Verlangen unverzüglich Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen. § 811 ist entsprechend anzuwenden.
- (2) Der Patient kann Abschriften von der Patientenakte verlangen. Er hat dem Behandelnden die entstandenen Kosten zu erstatten.
- (3) Im Fall des Todes des Patienten stehen die Rechte aus den Absätzen 1 und 2 zur Wahrnehmung der vermögensrechtlichen Interessen seinen Erben zu. Gleiches gilt für die nächsten Angehörigen des Patienten, soweit sie immaterielle Interessen geltend machen. Die Rechte sind ausgeschlossen, soweit der Einsichtnahme der ausdrückliche oder mutmaßliche Wille des Patienten entgegensteht.

Organisation der Einsichtnahme

Das Einsichtsrecht besteht, ohne dass der Patient einen Grund für die Einsichtnahme angeben muss und bezieht sich auf den gesamten Inhalt der Patientenakte. Gemäß § 811 Abs. 1 BGB ist in den Fällen des § 810 BGB der „Vorlegungsort“ derjenige, an dem sich die Unterlagen befinden, damit also die Praxis.

„Unverzügliche Einsicht“ willigt dem Patienten zwar das Recht auf eine „zeitnahe“ Einsichtnahme zu (also ohne schuldhaftes Zögern), aber nur in dem Maße, wie Sprechzeiten oder der individuelle Praxisablauf dies gestatten.

Auch die Art der Einsichtnahme bestimmt der Behandler selbst. Bestehen beispielsweise aus Datenschutzgründen berechtigte Bedenken, einem Patienten die Einsicht unmittelbar am Praxis-PC zu gewähren, so kann der Patient auf einen Ausdruck oder eine zu fertigende CD verwiesen werden.

USB-Sticks, CDs und andere (Wechsel-) Datenträger, die der Patient mitbringt, um darauf seine Patientenakte zu speichern, bergen immer ein Sicherheitsrisiko für die Praxis!

Kostenersatz

Nach Ansicht des Landgerichtes Dortmund (Beschluss vom 07.04.2000, Az.: 17 T 31/00) handelt es sich bei der Anforderung von Kopien seitens des Patienten um eine Holschuld. Somit besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Zusendung der Patientenakte.

Der Patient hat jedoch ein Recht darauf, dass die Unterlagen in der Praxis bereitgehalten bzw. kostenpflichtige Kopien an ihn abgegeben werden. Die damit verbundene Aufwandentschädigung kann die Praxis nach Zeitaufwand und Sachkosten in Rechnung stellen, die gemäß § 630g Abs. 2 S. 2 BGB der Patient zu tragen hat. Dabei ist nach Auffassung des LG München I (Urt. v. 19.11.2008, Az.: 9 O 5324/08) für die Kopie eine Vergütung von EUR 0,50 je DIN A 4-Seite nicht unangemessen.

Nach aktueller Rechtsprechung muss die Behandlerseite nicht reagieren, wenn der Patient lediglich die Zusendung von Kopien verlangt, ohne eine Kostenerstattung anzubieten (OLG Frankfurt, Urteil vom 09.05.2011, Az.: 8 W 20/11).

Es empfiehlt sich, grundsätzlich auf Patientenfragen betreffs Einsicht in die Behandlungsunterlagen zu reagieren und bei Übersendung die Kopier- und Porto-kosten ggf. Vorkasse zu verlangen.

Grenzen des Einsichtsrechts

Das Recht auf Einsichtnahme in die „ihn betreffende Patientenakte“ hat ausschließlich der Patient selbst. Insoweit haben Eltern kein Recht darauf, die Unterlagen ihrer volljährigen Kinder einzusehen. Ist der Jugendliche noch nicht volljährig, gehört jedoch zum Kreis der so genannten Einwilligungsfähigen (i.d.R. mit dem 14. Lebensjahr), haben Eltern ebenfalls keinerlei Recht, die Unterlagen einzusehen.

Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen

Verstorbener

Falls der Patient verstorben ist, steht das Einsichtsrecht auch den Erben oder den nahen Angehörigen zu. Voraussetzung dafür ist, dass die Erben das notwendige vermögensrechtliche Interesse an der Einsichtnahme nachweisen und der geäußerte oder mutmaßliche Wille des Verstorbenen dem nicht widerspricht.

§ 630 h BGB: Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler

Nach der bisherigen Rechtsprechung galt die allgemeine Beweislastregel, dass ein Patient im Regelfall das Vorliegen eines schuldhaft begangenen Behandlungsfehlers, den Schaden sowie eine diesbezügliche Kausalität beweisen muss. Daran hat der Gesetzgeber auch mit Einführung des § 630 h BGB nichts geändert. Allerdings hat er im Rahmen dieser Vorschrift die Fallkonstellationen zusammengefasst, bei denen die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zu Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr zugunsten der Patienten angenommen werden. Grundsätzlich unberührt bleibt hierbei die Haftung nach den deliktischen Vorschriften der §§ 823 ff.

- (1) Ein Fehler des Behandelnden wird 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.
- (2) Der Behandelnde hat zu beweisen, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e aufgeklärt hat. Genügt die Aufklärung nicht den Anforderungen des § 630e, kann der Behandelnde sich darauf berufen, dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte.
- (3) Hat der Behandelnde eine medizinisch gebotene wesentliche Maßnahme und ihr Ergebnis entgegen § 630f Absatz 1 oder Absatz 2 nicht in der Patientenakte aufgezeichnet oder hat er die Patientenakte entgegen § 630f Absatz 3 nicht aufbewahrt, wird vermutet, dass er diese Maßnahme nicht getroffen hat.

(4) War ein Behandelnder für die von ihm vorgenommene Behandlung nicht befähigt, wird vermutet, dass die mangelnde Befähigung für den Eintritt der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit ursächlich war.

(5) Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war. Dies gilt auch dann, wenn es der Behandelnde unterlassen hat, einen medizinisch gebotenen Befund rechtzeitig zu erheben oder zu sichern, soweit der Befund mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein Ergebnis erbracht hätte, das Anlass zu weiteren Maßnahmen gegeben hätte, und wenn das Unterlassen solcher Maßnahmen grob fehlerhaft gewesen wäre.

Vollbeherrschbares Risiko

§ 630h Abs. 1 BGB erfasst die sogenannten „vollbeherrschbaren Risiken“. Gemeint sind damit Risiken, die nicht primär aus den Eigenheiten des menschlichen Organismus resultieren, sondern aus einem Bereich, dessen Gefahren von Seiten des Zahnarztes und seines Personals objektiv voll beherrscht und ausgeschlossen werden können und müssen (z.B. Verstoß gegen die Hygienestandards, Einsatz medizinisch-technischer Geräte, Lagerungsfehler bei OP). Ein vollbeherrschbares Risiko wird also gerade von Seiten der Praxis gesetzt, wobei dessen Verwirklichung außerhalb der Einflussmöglichkeiten des Patienten liegt.

Erleidet ein Patient also beispielsweise durch die Verwirklichung eines Behandlungsrisikos, welches für den Zahnarzt objektiv voll beherrschbar gewesen ist, eine Verletzung seines Körpers, so hat der Behandler seine Verschuldensfreiheit zu beweisen. Dieser Rechtsgedanke kam allerdings auch bisher unter Berücksichtigung von § 280 Abs. 1 BGB zum Tragen:

„Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.“

Damit die Vermutung des Absatzes 1 tatsächlich zugunsten des Patienten greift, hat dieser zunächst darzulegen und gegebenenfalls zu beweisen, dass die Verletzung eines der in dieser Norm aufgelisteten Rechtsgutes dadurch verursacht wurde, dass sich ein für den Behandelnden voll beherrschbares Behandlungsrisiko verwirklicht hat.

Einwilligung und Aufklärung

§ 630 h Abs. 2 BGB stellt klar, dass den Behandler die Beweislast im Hinblick auf Einwilligung und Aufklärung des Patienten trifft, d.h., er muss beweisen, dass er den Patienten oder den zur Einwilligung gemäß § 630d Abs. 1 S. 2 BGB Berechtigten ordnungsgemäß unter Berücksichtigung des § 630e BGB über sämtliche maßgeblichen Umstände einer Maßnahme aufgeklärt sowie eine wirksame Einwilligung eingeholt hat. Hintergrund dieser Beweislastverteilung ist dabei insbesondere der Umstand, dass es dem Patienten im Regelfall nicht gelingen wird, den Beweis für negative Tatsachen (= Beweis für eine nicht ordnungsgemäße Aufklärung oder für eine nicht erfolgte Einwilligung) zu erbringen. Demgegenüber ist es für einen Behandler unproblematisch, Aufzeichnungen über den Inhalt einer erfolgten Aufklärung und Einwilligung zu erstellen und diese zur Dokumentation in die Patientenakte aufzunehmen.

Entspricht die Aufklärung **nicht** den Anforderungen des § 630e BGB, so hat der Behandelnde gemäß § 630 h Abs. 2 S. 2 BGB die Möglichkeit, sich auf eine „hypothetische Einwilligung“ des Patienten zu berufen. Auch dies ist nicht neu, sondern entspricht der ständigen Rechtsprechung. Dabei gilt, dass es an dem für die Schadensersatzhaftung notwendigen Ursachenzusammenhang zwischen unterbliebener/unzureichender Aufklärung und dem eingetretenen Schaden fehlt, wenn der Patient den Eingriff ohnehin hätte vornehmen lassen.

Der Beweis der hypothetischen Einwilligung ist von Seiten des behandelnden Zahnarztes allerdings nicht geführt und damit die Durchführung der (zahn)ärztlichen Leistung als pflichtwidrig i.S.d. § 280 Abs. 1 BGB einzustufen, wenn der Patient plausible Gründe dafür darlegen kann, dass er sich auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung in einem ernsthaften Entscheidungskonflikt über die Vornahme der Maßnahme befunden hätte (BGH VersR 1998, 766 f.). Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass ein verständiger oder durchschnittlicher Patient die Einwilligung erteilt hätte oder dass die Maßnahme aus Sicht des Behandlers erforderlich war. Entscheidend sind einzig der jeweilige Patient und dessen Wille im Einzelfall.

Unzureichende Dokumentation und Beweislast

Aus § 630 f BGB resultiert für den Zahnarzt die Pflicht, alle für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und Ergebnisse zu dokumentieren. § 630 h Abs. 3 normiert insoweit das spiegelbildliche Gegenstück, nämlich die Vermutung, dass medizinisch gebotene wesentliche Maßnahmen, welche nicht in der Patientenakte aufgezeichnet wurden, nicht getroffen wurden. Auch mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber kein Novum geschaffen, sondern knüpft schlicht an die bisherige Rechtsprechung an.

Achtung: In der Gesetzesbegründung ist klargestellt, dass auf Basis des § 630 h Abs. 3 BGB auch die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zu den sogenannten Anfängerfehlern im Bereich der Dokumentation fortgeführt werden soll. Dabei handelt es sich bei Behandlungen eines Berufsanfängers stets um wesentliche Maßnahmen im Sinne des Abs. 3, welche auch bei reinen Routineeingriffen genau dokumentiert werden müssen. Ein Verstoß gegen diese Dokumentationspflicht bei Behandlungen durch Berufsanfänger führt i.S.d. Patientenschutzes zu der Vermutung des Abs. 3.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Vernichtung der Dokumentation vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist des § 630 f Abs. 3 BGB mit einer unterlassenen Aufzeichnung gleichgestellt wird. Zudem muss die Vermutung des Abs. 3 erst recht gelten, wenn eine Dokumentation vollständig fehlt. Davon unabhängig gilt, dass es sich bei der „Vermutung“ des Abs. 3 um eine widerlegbare Vermutung handelt, d.h., der behandelnde Zahnarzt hat den Beweis des Gegenteils zu erbringen.

Fälle von Anfängerfehlern

§ 630 h Abs. 4 BGB stellt rein faktisch auf nicht hinreichend fachlich qualifizierte Berufsanfänger ab. Insoweit wird vermutet, dass das Fehlen der Befähigung i.S.v. § 630 a Abs. 2 BGB („Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“) für die Rechtsgutverletzung des Patienten ursächlich war. Die Tatsache, dass der Facharztstandard nicht gewährleistet war, muss dabei allerdings zunächst vom Patient bewiesen werden. Gelingt ihm dies, trifft den Zahnarzt wiederum die Darlegungs- und Beweislast, dass der Schaden nicht auf die fehlende Erfahrung und Übung des nicht ausreichend Befähigten zurückzuführen ist.

Achtung: Zum Teil wird die Ansicht vertreten, dass es an der Befähigung mangeln soll, wenn eine geistige und/oder körperliche Überforderung nachgewiesen wird. Dieser Einschätzung ist nicht zuzustimmen! So hatte der Gesetzgeber eine Ausweitung auf eine „fehlende Eignung“ zwar ursprünglich angedacht und in der Tat im Referentenentwurf (S. 38) folgendes ausgeführt:

„Eine mangelnde Eignung kann weiterhin in den Fällen der körperlichen und/oder geistigen Überforderung vorliegen, wenn ein Behandelnder etwa einen operativen Eingriff nach einer 78-Stunden-Schicht vornehmen soll.“

Im Ergebnis wurde der Wortlaut der Norm jedoch nur auf die Formulierung Befähigung beschränkt, welche wiederum im Rahmen der Gesetzesbegründung wie folgt definiert wurde (BT- Drs 17/10488 vom 15.08.2012, S. 30):

„An der erforderlichen Befähigung fehlt es dem Behandelnden, soweit er nicht über die notwendige fachliche Qualifikation verfügt. Dies kommt insbesondere bei Behandelnden in Betracht, die sich noch in der medizinischen Ausbildung befinden oder die als Berufsanfänger noch nicht über die notwendige Erfahrung verfügen.“

Grober Behandlungsfehler und unzureichende Befunderhebung

Absatz 5 des § 630 h BGB erfasst die Fälle des „groben Behandlungsfehlers“ (S. 1) und der „unzureichenden Befunderhebung“ (S. 2).

Das Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers hat zunächst der Patient zu beweisen. Erst wenn er diesen Beweis führen konnte, erfolgt eine Beweislastumkehr im Zusammenhang mit der haftungsbegründenden Kausalität zu Gunsten des Patienten und zum Nachteil des Behandelnden. Auch hier hat der Gesetzgeber im Rahmen seiner Gesetzesbegründung jedoch klargestellt, dass sich die Bestimmung an die bisherige Rechtsprechung anschließt:

„Gleichwohl soll dem Behandelnden in Übereinstimmung mit der bisherigen Rechtsprechung die Möglichkeit verbleiben, dieser Beweislastumkehr entgegen zu wirken. Dies ist etwa möglich, indem der Behandelnde beweist, dass der Behandlungsfehler nicht generell geeignet war, einen Gesundheitsschaden der eingetretenen Art herbeizuführen. Die Beweislastumkehr kommt ferner dann nicht in Betracht, wenn der Behandelnde beweist, dass jeglicher Ursachenzusammenhang zwischen dem groben Behandlungsfehler und der Rechtsgutsverletzung aufgrund der besonderen Umstände des Einzelfalls „äußerst unwahrscheinlich“ ist (BGH VersR 2011, 1148).“

Absatz 5 Satz 2 des § 630h regelt demgegenüber die Fallkonstellation, dass ein einfacher Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler gegeben ist, welcher wiederum zu der Annahme führt, dass sich bei Vornahme der gebotenen Abklärung der Symptome mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ein so offensichtlicher und elementarer Befund ergeben hätte, dass eine mangelnde Erkennung oder eine Verkennung als grob fehlerhaft zu qualifizieren gewesen wäre. Erbringt der Patient den Beweis für einen derartigen Befunderhebungs- oder Befundsicherungsfehler, so greift auch in diesem Fall die zuvor beschriebene Beweislastumkehr.

Die Beweislastumkehr des § 630 h Abs. 5 erstreckt sich grundsätzlich nicht auf die Ursächlichkeit des Behandlungsfehlers für weitere (Folge-)Schäden. Macht ein Patient in dieser Hinsicht Ansprüche geltend, so trifft ihn die Beweislast.



Angelika Enderle

Inhaberin Firma
abrechnungspartner, Stuttgart

Angelika Enderle ist gelernte Zahn-technikerin. Sie arbeitete lange Zeit im Bereich der Verwaltung zahnärztlicher Praxen und leitete bei einem Abrechnungsspezialisten für Leistungserbringer im Gesundheitswesen den Bereich Erstattungsservice. Zurzeit freiberufliche Tätigkeit für das zahnärztliche Abrechnungswesen, Chefredakteurin des Internetportals Juradent sowie Autorin für verschiedene zahnärztliche Fachmagazine.

Kontakt:

info@abrechnungspartner.de



Sandra C. Linnemann

Rechtsanwältin

- 2007: Zulassung zur Rechtsanwaltschaft
- 2007- 2012: mehrjährige Tätigkeit bei einer renommierten, ausschließlich auf den Gesundheitssektor spezialisierten Kanzlei
- 2008- 2012: Leitung der Abteilung Recht/ Erstattungsservice bei einem Abrechnungsspezialisten für Leistungserbringer im Gesundheitswesen sowie Übernahme des Amtes der Datenschutzkoordinatorin
- 2012 Gründung der Rechtsanwaltskanzlei Linnemann
- 2012: Juristische Beraterin bei Juradent

Referententätigkeit sowie Autorin diverser Fachpublikationen
Mitglied im MedEconRuhr e.V., dem Netzwerk der Gesundheitswirtschaft an der Ruhr, sowie im Unternehmensverband LifeSciences Bremen e.V.

Kontakt

www.medizinrecht-linnemann.de