



Medletter

> Ausgabe 2 / 2019
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Voreilige Fehldiagnose bei vorgeschädigter Patientin

Die Behandlung von Patienten mit multiplen Anlageleiden gehört zum Praxisalltag vieler Ärzte. Stellt sich dieses Patientenkollektiv mit einem akuten Schmerzsyndrom vor, so besteht die Gefahr einer vorschnellen Fehldiagnose, an der dann bis zum „bösen Erwachen“ festgehalten wird, weil die geschilderten Beschwerden problemlos den anamnestischen Vorerkrankungen zugeordnet werden können.

Sachverhalt

Die Patientin stellte sich an einem Wochenende in der belegärztlich geführten chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses mit starken Schmerzen im Rücken sowie vom linken Knie bis zur Hüfte vor. Anamnestisch wurden zudem chronische Schmerzen angegeben. Schon vor der notfallmäßigen Vorstellung im Krankenhaus litt die adipöse Patientin an arterieller Hypertonie, Harninkontinenz und einer Schilddrüsenunterfunktion. Zudem wurde sie bereits im Jahr 2000 mit einer Umstellungsosteotomie am linken Knie sowie 2002 mit einem künstlichen Hüftgelenk links versorgt. Zwei Jahre nach dem in Streit stehenden Behandlungsgeschehen wurde bei der Patientin eine Knie-TEP links erforderlich.

Der diensthabende Belegarzt veranlasste eine stationäre Aufnahme. Unter der Verdachtsdiagnose einer akuten Lumboischialgie erfolgten eine Röntgenaufnahme des linken Beins sowie eine Computertomografie der Wirbelsäule. Zudem wurde eine Laboruntersuchung des Blutes beauftragt. Diese zeigte eine sehr deutliche Vermehrung der Leukozyten sowie eine starke Erhöhung des CRP-Werts. Die Auswertung der routinemäßig in Auftrag gegebenen Laborwerte sollte entsprechend den Vereinbarungen der Belegärzte durch den diensthabenden Arzt der darauffolgenden Visite erfolgen.

Aus nicht mehr nachvollziehbaren Gründen wurden die Laborergebnisse von allen Ärzten jedoch erst fünf Tage später zur Kenntnis genommen, nachdem sich der Gesundheitszustand der Patientin massiv verschlechtert hatte. Aus den durchgeführten bildgebenden Untersuchungen ergaben sich eine Vorwölbung der Bandscheibe im Segment L2/L3 sowie links laterale Bandscheibenvorfälle mit teilweisem Kontakt zur Wurzel. Eine MRT-Untersuchung des Knies zeigte keinen Hinweis auf einen eitrigen Kniegelenkserguss.

Unter Beachtung dieser zum Vorerkrankungsbild passenden Befunde wurde die Patientin in der Folge ausschließlich mit verschiedenen Schmerztherapien und intrakutanen Infiltrationen behandelt. Am sechsten stationären Tag zeigte sich dann ein septisches Krankheitsbild, wodurch die Verlegung auf die anästhesiologische Intensivstation der Uniklinik erforderlich wurde.

In der Zusammenschau erkrankte die Patientin letztlich an einer schwer verlaufenden Staphylococcus-aureus-Infektion (Spondylodiszitis), die zu einer Sepsis mit Erregeraussaat in Haut- und Weichteile führte. Als Dauerschädigung infolge der Sepsis wurde eine Tetraplegie durch Polyneuropathie und Myopathie (Critical Illness Polyneuropathy) diagnostiziert. Die Behandlung gestaltete sich komplikationsreich über Monate. Im Anschluss an die stationären Behandlungen beantragte die Patientin erstmals Leistungen der Pflegeversicherung und bekam unter Einbeziehung aller gesundheitlichen Dauerbeeinträchtigungen einen Pflegegrad zuerkannt.

Rechtliche Würdigung

Der Sachverständige kommt zu dem Ergebnis, dass bei bereits bestehenden deutlichen Entzündungszeichen in Verbindung mit Schmerzen im Rücken und Beinbereich unmittelbar an ein infektiöses Geschehnis, insbesondere an eine bakterielle Spondylodiszitis gedacht werden muss. Die Nichtzurkenntnisnahme und Nichtberücksichtigung der pathologischen Laborwerte der Blutuntersuchung während des stationären Behandlungsverlaufs sei zudem als grob fehlerhaft zu werten.

Liegt ein grober Behandlungsfehler vor, so geht die Beweislast hinsichtlich des Ursachenzusammenhangs zwischen dem Behandlungsfehler und dem eingetretenen Schaden vom Patienten auf den Arzt über. Zu seiner Entlastung müsste dieser dann nachweisen, dass der eingetretene Gesundheitsschaden des Patienten auch bei einem rechtmäßigen ärztlichen Vorgehen eingetreten wäre. Ein solcher Nachweis kann nur in seltenen Fällen erbracht werden. Dies gilt auch für die Beurteilung der Fragestellung, ob und in welchem Umfang sich der Behandlungsfehler auf den vorgeschädigten Gesamtzustand ausgewirkt und diesen verschlechtert hat.

Im vorliegenden Fall konnte der Beweis nicht gelingen, dass der Krankheitsverlauf auch bei rechtzeitiger Antibiose eingetreten wäre. Lediglich der Behauptung, die zwei Jahre nach der Fehlbehandlung erforderliche Knie-TEP sei ebenfalls Folge des septischen Geschehens, konnte erfolgreich entgegengetreten werden, weil hier der insoweit eindeutige MRT-Befund des linken Knies den Gegenbeweis ermöglichte.

Regulierung

Im Ergebnis waren sämtliche im Zusammenhang mit dem septischen Verlauf stehenden Ansprüche der Patientin zu regulieren.

Schwierig gestaltete sich indes die Zukunftsbetrachtung bei der doch deutlich vorgeschädigten Patientin. Hier stellte sich die Frage, in welchem Umfang die bestehenden vermehrten Bedürfnisse der Patientin auf den Behandlungsfehler bzw. die Folgen der Sepsis zurückgeführt werden müssen oder aber den umfangreichen Vorschäden zuzurechnen sind.

Vorliegend wurde ein Pflegegrad erstmals nach der Sepsis beantragt und bewilligt. Während nun seitens der Pflegekasse der Pflegebedarf auf die erworbene Critical Illness Polyneuropathy zurückgeführt wurde, spricht die allgemeine Lebenserfahrung wegen der bestehenden erheblichen Anlegeleiden für eine zumindest künftige Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Patientin. Aber auch dieser entlastende hypothetische Ursachenzusammenhang ist von dem Behandler nachzuweisen. Der Beweis für den Eintritt einer sogenannten überholenden Kausalität der Anlegeleiden verlangt wiederum eindeutige Anhaltspunkte und ist naturgemäß nur schwer zu erbringen. Auf dieser Diskussionsgrundlage konnten sowohl mit der Patientin als auch mit dem Kranken- und Pflegeversicherer Vergleiche geschlossen werden. Die Regulierung aller Ansprüche belief sich im sechsstelligen Bereich.

Fazit

Die Beachtung eingegangener Befunde im laufenden Behandlungszeitraum ist unverzichtbar. Dies gilt für Arztbriefe anderer Behandler, insbesondere aber für die selbst in Auftrag gegebenen Untersuchungen. Wird dieser Standard nicht gewährleistet und kommt es in der Folge zu einer Gesundheitsverschlechterung beim Patienten, ist regelmäßig von einem groben Behandlungsfehler des Arztes auszugehen. Im Falle der Zusammenarbeit mehrerer Ärzte ist zur Vermeidung dieser Organisationsfehler die konsequente Einhaltung getroffener Absprachen und Verantwortlichkeiten von entscheidender Bedeutung.

Bei stark vorgeschädigten Patienten können Behandlungsfehler Gesundheitsverschlechterungen herbeiführen, die erstmalig eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit mit erheblichen materiellen Aufwendungen auslösen. Die Abgrenzung und der Beweis, ab wann diese vermehrten Bedürfnisse nur noch dem Anlegeleiden des Patienten zuzuordnen sind, gelingen nur schwer. Es besteht damit immer die Gefahr, dass der Behandlungsfehler „das Fass zum Überlaufen“ bringt und der Gesamtschaden ungeachtet der Vorschädigungen auszugleichen ist. Der Differenzialdiagnostik kommt demnach bei vorgeschädigten Patienten eine besondere Bedeutung zu.



Autorin

Assessor jur. Daniela Lubberich, HDI Versicherung AG Köln

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadensfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Medletter

> Ausgabe 2 / 2019
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Freunde fürs Leben – Teil II

In der berühmten Arztserie „Freunde fürs Leben“ haben die Ärzte eine klassische Gemeinschaftspraxis geführt. Wenn es ein TV-Comeback in der heutigen Zeit geben würde, dann würden die damaligen Protagonisten vielleicht eine Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartmbB) gründen oder sich als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zulassen. Für die Betreuung von adipösen Kindern hätte Dr. Holbein (Kinderarzt) mit einem befreundeten Kinder- und Jugendlichen-Psychiater eine Teilberufsausübungsgemeinschaft (TBAG) gegründet. Der Internist Dr. Junginger wäre der Tourneearzt von Helene Fischer.

Die entsprechenden spezifischen Fragen beantworten wir wieder in Form eines Interviews zwischen den Gründern und unserem Fachbereich.

Interview

Senior-Partner:

Unser Steuerberater hat uns die Umwandlung in eine Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung empfohlen. Was müssen wir dabei beachten?

Fachbereich:

Die Partnerschaftsgesellschaft mit beschränkter Berufshaftung (PartmbB oder auch PartGmbH) ist eine Sonderform der Partnerschaftsgesellschaft und kann aktuell für Ärzte nur in den Bundesländern Bayern und in Nordrhein-Westfalen gegründet werden. Sie erfolgt durch Eintragung in das Partnerschaftsregister. Bei Gründung ist der Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung für die Gesellschaft erforderlich, wobei die Mindestversicherungssumme von 5.000.000 Euro mit der Zahl der Partner vervielfacht wird, die Jahreshöchstleistung muss sich jedoch mindestens auf den vierfachen Betrag der Mindestversicherungssumme belaufen.

Die Einführung der PartmbB ermöglicht den Gesellschaftern einer Partnerschaftsgesellschaft, die Haftung für berufliche Fehler auf das Gesellschaftsvermögen zu beschränken. Die Haftungsbeschränkung erfasst dabei jedoch nur Fehler aus der Berufsausübung. Für sonstige Verbindlichkeiten der Partnerschaftsgesellschaft (z. B. Arbeits- oder Mietverträge, die nicht im direkten Kontext mit der Berufsausübung stehen) bzw. für höchstpersönliche Verbindlichkeiten des einzelnen Partners, die er im eigenen Namen eingeht, gelten weiterhin die allgemeinen Haftungsregelungen. Dies gilt auch für gegen ihn gerichtete deliktische Ansprüche. Dieser Punkt ist für den Umfang der Berufshaftpflicht elementar.

HDI versichert deswegen – zur Vermeidung einer Deckungslücke – neben den Haftpflichtansprüchen gegen die PartmbB auch direkte deliktische Haftpflichtansprüche (gem. § 823 BGB) gegen die Partner der PartmbB.

Es wird ein Berufshaftpflichtvertrag für die gesamte PartmbB abgeschlossen. Ob die Partner ihre bisherige Berufshaftpflichtversicherung zusätzlich noch fortführen, hängt davon ab, ob neben der Tätigkeit in der PartmbB noch weitergehende Tätigkeiten in eigenem Namen erbracht werden.

Junior-Partner:

Alternativ haben wir über die Umwandlung der Gemeinschaftspraxis in ein Medizinisches Versorgungszentrum nachgedacht. Kann dann jeder Arzt seine Berufshaftpflichtversicherung beibehalten?

Fachbereich:

Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) wird der Behandlungsvertrag nicht mit dem einzelnen Arzt, sondern mit dem MVZ geschlossen. Die Liquidation erfolgt hier ausschließlich durch

das MVZ. Daher ist es erforderlich, die Gesamtgesellschaft einheitlich und mit allen im MVZ tätigen Ärzten (Teilhabern und angestellten Ärzten) sowie eventuellen Heilnebenberufen über einen separaten Vertrag abzusichern. Dabei werden die verschiedenen Fachgebiete und der Tätigkeitsumfang der einzelnen Ärzte (ambulante oder stationäre Tätigkeit) sowie auch Teilzeitbeschäftigungsgrade bei der Einstufung berücksichtigt. Kaufmännisches Personal/ Geschäftsführer ohne ärztliche Tätigkeit sind bei HDI prämienfrei. Insbesondere für junge Ärzte ist die Anstellung in einem Unternehmen zunächst oft attraktiver als die Investition und der Einstieg als Teilhaber. Die Anstellung in einem MVZ ist dabei eine favorisierte Option.

Senior-Partner:

Und was passiert, wenn ich plane, meinen KV-Sitz an das MVZ abzutreten und mich im MVZ noch für ein paar Jahre anstellen zu lassen?

Fachbereich:

Die eigene Berufshaftpflichtversicherung wird dann reduziert auf das Risiko der dienstlichen Tätigkeit als angestellter Arzt bzw. auf eine freiberufliche Nebentätigkeit oder die „gelegentliche außerdienstliche Tätigkeit“, je nach gewünschtem Umfang. Wenn gar keine Tätigkeiten mehr neben dem Umfang im MVZ erbracht werden, kommt auch die Aufhebung wegen Risikofortfall infrage, je nach Umfang der Absicherung über den Arbeitgeber, das MVZ. HDI sichert sowohl die dienstliche Tätigkeit (einfache und grobe Fahrlässigkeit) als auch subsidiär das sogenannte „Ärztliche Restrisiko“ (Erste-Hilfe-Leistungen bei Unglücksfällen, Behandlungen von Notfällen sowie Freundschaftsdienste im Bekannten- und Verwandtenkreis) der angestellten Ärzte über den MVZ-Vertrag ab.

Werden jedoch weiterhin freiberuflich Nebentätigkeiten erbracht, wie z. B. Gutachtenerstellung oder eine notärztliche Tätigkeit in eigenem Namen, ist dieses Spektrum weiterhin eigenständig abzusichern.

Junior-Partner:

Ein befreundeter Kollege hat mir die Gründung einer Teilberufsausübungsgemeinschaft vorgeschlagen. Was hat es damit auf sich und wie bin ich dafür abgesichert?

Fachbereich:

In einer Teilberufsausübungsgemeinschaft schließen sich Kollegen unterschiedlicher Fachgebiete zusammen, um eine bestimmte Behandlungsform, die die fachübergreifende Behandlung erfordert, anzubieten, wie z. B. ein Kinder- und ein Augenarzt zur Befundung und Behandlung der frühkindlichen Retinopathie. In dem Fall wird der Behandlungsvertrag mit der Teilberufsausübungsgemeinschaft (TBAG) geschlossen und die TBAG wird in eigener Rechtsform neben der eigentlichen Praxis geführt. Damit entsteht eine gesamtschuldnerische Haftung aller an der TBAG beteiligten Ärzte, also auch für Tätigkeiten aus dem anderen Fachgebiet.

HDI bietet für die TBAG eine eigene Absicherung für alle an der TBAG beteiligten und tätigen Personen an mit den Vorteilen, dass der bestehende Berufshaftpflichtvertrag für die eigene Praxis nicht mit Schäden der TBAG belastet wird, für die TBAG-eigene Deckungssummen zur Verfügung stehen und auch das Personal der TBAG korrekt und umfassend versichert ist. Das eingeschränkte Behandlungsspektrum sowie der verminderte zeitliche Einsatz werden von HDI bei der Kalkulation berücksichtigt.

Junior-Partner:

Ist das bei einer Apparategemeinschaft genauso?

Fachbereich:

Nein, eine Apparategemeinschaft schafft lediglich ein Gerät, z. B. ein teures MRT-Gerät gemeinsam an, die Nutzung erfolgt jedoch durch die einzelnen Gesellschafter im Rahmen ihrer Praxistätigkeit. Der Behandlungsvertrag wird nicht mit der Apparategemeinschaft geschlossen und es wird keine gesamtschuldnerische Haftung bei der Behandlung begründet.

Es muss daher lediglich das Betriebsstätten- und Organisationsrisiko und ggf. in der Apparategemeinschaft angestelltes medizinisches Hilfspersonal separat abgesichert werden; das Behandlungsrisiko verbleibt bei den jeweiligen Ärzten. Bei dieser Form empfiehlt sich zusätzlich eine umfassende Elektronikversicherung zur Absicherung des Geräts.

Aussteigender Partner:

Ich bin Mannschaftsarzt des TTC Spiesen (Kreisliga) und der Junior-Partner wird die Betreuung jetzt übernehmen. Müssen wir das anmelden?

Fachbereich:

Die Betreuung von Profi- und Leistungssportlern, Bundesligavereinen, Nationalmannschaften sowie exklusive Betreuungsverhältnisse außerhalb der normalen Praxistätigkeit (z. B. die Tätigkeit als Mannschaftsarzt, Ringarzt, die Begleitung von Tourneen oder Film- bzw. Fernsehproduktionen, die ärztliche Betreuung bei Rennveranstaltungen etc.) zählen nicht zum „normalen“ Tätigkeitsbereich des niedergelassenen Arztes und stellen ein Zusatzrisiko dar, welches explizit zu versichern ist.

Im vorliegenden Fall ist aber keine Vertragserweiterung erforderlich, da es sich um eine Mannschaft aus dem Amateurbereich handelt.

Junior-Partner:

Ich werde zunächst nur einen halben KV-Sitz in der Praxis erhalten und daneben weiterhin ein Teilzeit-Anstellungsverhältnis als Oberarzt in der Klinik haben. Wie regele ich das?

Fachbereich:

Für die freiberufliche niedergelassene Tätigkeit muss Ihr Berufshaftpflichtvertrag zwingend angepasst werden, wobei der zeitlich eingeschränkte Rahmen prämientechnisch natürlich berücksichtigt wird. Je nach vorhandener Absicherung über den Arbeitgeber, das Klinikum, wird zusätzlich auch die dienstliche Tätigkeit in der Klinik abzusichern sein. Wenn der halbe KV-Sitz dann im späteren Verlauf in einen vollen umgewandelt wird, wird auch der Berufshaftpflichtvertrag entsprechend angepasst.

Senior-Partner:

Da unsere Praxis grenznah an Österreich liegt, würde ich gerne ein paar Tage im Jahr als Notarzt in Österreich tätig werden. Muss ich dabei etwas beachten?

Fachbereich:

In Österreich gibt es eine Pflichtversicherung für Ärzte mit vorgeschriebenen (separaten) Deckungssummen. Vor der Aufnahme einer Tätigkeit in Österreich ist der Nachweis einer Versicherung bei der Österreichischen Kammer vorzulegen. HDI kann hierzu Deckungsschutz bieten und sendet die notwendige Versicherungsbestätigung dann in der Folge an die Österreichische Kammer. Die ggf. notwendige Mehrprämie richtet sich nach Art und Umfang der Tätigkeit im Ausland im Einzelfall.

Lediglich wenn eine Zweitpraxis im Ausland eröffnet wird, bietet HDI keinen Deckungsschutz. In dem Fall empfiehlt sich der Abschluss einer ortsüblichen Deckung im jeweiligen Land.

Senior-Partner:

Unser Anwalt empfiehlt, dass wir unsere kosmetisch indizierten Behandlungen in eine separate GmbH outsourcen. Wie können wir das regeln?

Fachbereich:

In den Fachgebieten mit einem hohen Anteil kosmetisch indizierter Behandlungen (Dermatologie, Augenheilkunde, HNO) empfehlen die Steuerberater und Rechtsanwälte oftmals die klare Abgrenzung der kosmetisch indizierten Behandlungen in ein von der Praxis rechtlich selbstständiges Unternehmen, meist in Form einer GmbH. Dies hat den Hintergrund, den Verlust der Umsatzsteuerbefreiung nicht zu riskieren durch einen zu großen Anteil nicht medizinisch indizierter Behandlungen.

In dem Fall wird der Behandlungsvertrag für die kosmetisch indizierten Behandlungen nicht mehr mit der Praxis (meist GbR), sondern mit der GmbH geschlossen. Es besteht nicht automatisch Deckungsschutz für das rechtlich selbstständige zusätzliche Unternehmen. Hier ist eine individuelle Bewertung erforderlich, ob eine separate Absicherung der GmbH oder die Mitversicherung über eine bestehende Berufshaftpflicht Sinn macht. Dies ist unter anderem davon abhängig, ob Personenidentität vorliegt, welche Behandlungen in dem Unternehmen erbracht werden und durch welche Personen.

Fazit

Neben den „Klassikern“ sind im Laufe der Zeit – ermöglicht durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz oder aus praktischen steuerlichen Erwägungen – viele Gestaltungsspielarten entstanden. Unabhängig davon, welche Organisationsform unsere „Freunde“ letztendlich wählen, hätten sie – genau wie unsere realen Versicherungsnehmer – getreu dem Titelsong „you’ll never walk alone“ in HDI einen erfahrenen und kompetenten Ansprechpartner.

Bitte beachten: Die Antworten basieren auf dem Tarifstand 07/15 und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB/H 600:03) und den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für die Berufshaftpflichtversicherung von Ärzten, Zahnärzten und Ärzten in der Ausbildung (BBR/H 5002:09). In älteren Tarifen und Versionen der AHB bzw. BBR kann der Deckungsumfang abweichen.

Autoren
Dipl.-Betriebswirtin (BA) Annette Dörr, HDI, Saarbrücken Assessor jur. Stephan Euschen, HDI, Saarbrücken

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter



Medletter

> Ausgabe 2 / 2019
> Informationen für Ärzte und
medizinische Fachberufe

Reichweite und Grenzen des Einsichtsrechts von Patienten in Behandlungsunterlagen

Die Dokumentation der ärztlichen Behandlung ist eine der Kernpflichten jedes Arztes. Entsprechende Bestimmungen sind seit jeher Inhalt der ärztlichen Berufsordnungen, einschließlich der Bestimmungen zu den Aufbewahrungsfristen. Mit der Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013 wurde das Recht der Patienten zur Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation konkretisiert. Zuvor bestanden zwar auch schon einschlägige Regelungen - sowohl berufsrechtlich (§ 10 MBO-Ä) als auch zivilrechtlich (§ 810 BGB) - diese konnten in der Praxis jedoch nicht immer reibungslos durchgesetzt werden. Mit der Einführung des § 630g BGB wurde schließlich das Einsichtsrecht der Patienten gesetzlich konkret geregelt:

§ 630g BGB

(1) Dem Patienten ist 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. § 811 ist entsprechend anzuwenden.

(2) Der Patient kann auch elektronische 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.

Diese Regelung gewährt dem Patienten ein Einsichtsrecht in die ihn betreffende, vollständige Patientenakte. Einschränkungen sind nur bei einer besonderen Gefährdungslage für Dritte oder aus (erheblichen) therapeutischen Gründen zulässig. Vor dem Hintergrund des Selbstbestimmungsrechts der Patienten ist eine restriktive Handhabung dieser Ausnahmeregelungen geboten. Welche Dokumente von dem Begriff der Patientenakte erfasst werden, hat das OLG Karlsruhe nun in einem wegweisenden Urteil entschieden (OLG Karlsruhe, Urt. v. 16.08.2017, 7U 202/16).

Der Fall

In dem der Entscheidung zugrundeliegenden Fall hatte eine Patientin, bei der es nach einer Operation zu einer Entzündung gekommen war, auf Herausgabe von Dokumenten über die Aufarbeitung von Instrumenten der Sterilgutversorgung geklagt. Die Patientin vermutete Hygienemängel in der Klinik, infolgedessen es zu der Entzündung gekommen sei. Zur Vorbereitung eines Arzthaftungsprozesses begehrte sie daher die entsprechende Hygienesdokumentation. Dem erteilte das OLG Karlsruhe jedoch eine Absage.

Die Entscheidung

Der Anspruch auf Herausgabe von Abschriften der Patientenakte umfasse nur die vollständige Patientenakte, zu deren Führung der Arzt verpflichtet sei. Für den Umfang dessen, was zu dokumentieren sei, gelte § 630f Abs. 2 BGB. Danach seien die für die Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse, die aus der fachlichen Sicht des Arztes für die Sicherstellung der derzeitigen oder einer künftigen Behandlung wesentlich sind bzw. sein können, zu dokumentieren. Die hier von der Patientin herausverlang-

ten Unterlagen betreffen allerdings die allgemeine innere Organisation der Klinik. Diese hätten weder für die Behandlung der Patientin noch für die aus damaliger Sicht erforderlichen künftigen Behandlungen der Patientin eine Bedeutung. Sie betrafen vielmehr den gesamten Krankenhausbetrieb und damit faktisch sämtliche im fraglichen Zeitraum behandelten Patienten.

Das OLG Karlsruhe hat damit klargestellt, dass Unterlagen, die ausschließlich die innerbetriebliche Organisation und Abläufe betreffen und ohne dass sie einem bestimmten Patienten zugeordnet werden können, von dem Einsichtsrecht der Patienten nicht erfasst werden. Der Anspruch auf Einsichtnahme bezieht sich nur auf die individuelle Patienten dokumentation, deren Inhalt wiederum von § 630f Abs. 2 BGB bestimmt wird. Danach ist der Arzt 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.

Patienten haben daher ein umfassendes Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen, dieses darf ihnen nur in Ausnahmefällen verweigert werden. Doch die Reichweite des Einsichtsrechts ist nicht unbegrenzt. Interne, mit der Behandlung allenfalls mittelbar in Zusammenhang stehende Unterlagen müssen nicht vorgelegt werden.

Praxistipp

Verlangt ein Patient die Einsichtnahme in die Unterlagen nach § 630g BGB, sollte der Arzt dieser Bitte zeitnah nachkommen. Vorzulegen sind in jedem Falle die in § 630f Abs. 2 BGB benannten Aufzeichnungen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen. Grundsätzlich erfolgt die Einsichtnahme in die Originalunterlagen in den Räumen der Praxis bzw. des Klinikums, dem Patienten können auf Wunsch auch Kopien ausgehändigt werden. Die Herausgabe der Originalunterlagen an den Patienten sollte hingegen aus Gründen der Beweislast - und auch vor dem Hintergrund der ärztlichen Aufbewahrungspflichten - niemals geschehen. Bei Anfragen durch Dritte, insbesondere Rechtsbeistände, Angehörige oder Erben, ist vor der Gewährung der Einsichtnahme stets die Vorlage der entsprechenden Legitimation (Vollmacht nebst Schweigepflichtentbindung bzw. Erbschein) einzufordern.

Die Entscheidung des OLG Karlsruhe zeigt, dass nicht alles, was Patienten einfordern, auch geschuldet ist. In Zweifelsfällen sollte sich der betreffende Arzt daher rechtlich rückversichern und beraten lassen.

 **Autor**
Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht
Wienke & Becker - Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
awienke@kanzlei-wbk.de

Unser Tipp

Mit dem „MedLetter“ informiert HDI Sie regelmäßig über neue Entwicklungen der Rechtsprechung aus der beruflichen Tätigkeit in der ambulanten Medizin und in den Gesundheitsfachberufen.

Wir legen besonderen Wert darauf aktuelle, juristische Sachverhalte, wichtige Urteile und Entscheidungen allgemein-verständlich und damit insbesondere für Nichtjuristen aufzubereiten.

Gerade Themen wie Haftung, aktuelle Rechtsprechung, Schadenfälle, Riskmanagement und versicherungsrechtliche Fragen sind ständig in Bewegung und betreffen Sie unmittelbar. Mit dem MedLetter erhalten Sie wichtige Informationen und Hinweise für Ihre Berufspraxis und sind immer auf dem Laufenden.

Melden Sie sich am besten gleich an unter: www.hdi.de/medletter