

# Das neue Patientenrechtegesetz

## Höhere Anforderungen an Aufklärung und Dokumentation

Philip Schelling

**Ende Februar 2013 ist das viel diskutierte Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Was früher also Rechtsprechung war, ist heute Gesetz. Dies gilt auch für die im Arzthaftungsprozess wichtigen Themen Aufklärung und Dokumentation. Die Patientenrechte sind in diesem Zusammenhang nicht nur gestärkt, sondern partiell sogar ausgeweitet worden. Welche Pflichten sich in der Praxis daraus ergeben, erläutert dieser Beitrag.**

Bislang war das Arzthaftungsrecht überwiegend von gerichtlichen Entscheidungen geprägt, welche die Pflichten der Behandlerseite konkretisierten. Mit dem am 26. Februar 2013 in Kraft getretenen Patientenrechtegesetz soll nach dem Willen des Gesetzgebers die Position des Patienten gestärkt werden, indem die bisherige Rechtslage in speziellen, im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) eingefügten Vorschriften kodifiziert und damit „Gesetz wird“. So soll jeder Patient mit einem Blick in das BGB erkennen können, welche Rechte er und welche Pflichten sein Arzt hat.

Urteile, in denen Gerichte das noch junge Gesetz angewandt haben, sind derzeit noch nicht bekannt. Und bis sich der Bundesgerichtshof damit befasst, wird noch geraume Zeit vergehen. Dies ändert jedoch nichts daran, dass das Patientenrechtegesetz seit Anfang 2013 „gilt“ und Ärzte aus Gründen der Haftungsprävention gut beraten sind, die Vorgaben des Patientenrechtegesetzes umzusetzen.

Zunächst die gute Nachricht: In weiten Teilen des Arzthaftungsrechts bleibt alles beim Alten ohne gravierende Verschärfungen für den Arzt (1). So schuldet dieser weiterhin lediglich eine korrekte Behandlung nach Facharztstandard, nicht aber einen Heilerfolg. Auch daran, dass der Patient einen Behandlungsfehler nachweisen muss und sich die Be-

weislast nur im Falle eines sogenannten groben Behandlungsfehlers umkehrt, ändert sich nichts.

Die schlechte Nachricht: Betrachtet man die gesetzlichen Regelungen genauer, wird rasch deutlich, dass die neuen Vorschriften auch einige juristische Fußangeln bergen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Aufklärung und Dokumentation. Vier neue Vorschriften, deren Auswirkungen auf den Praxisalltag besonders weitreichend sind, sollen im Folgenden genauer erläutert werden:

### **Patientenaufklärung: Worüber ist zu informieren? Wie ist zu dokumentieren?**

Die gesetzliche Neuregelung in § 630 e Abs. 1 BGB legt den Inhalt der Aufklärungspflicht nun präzise fest. Danach hat der Behandelnde „den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären“, wozu ausdrücklich „Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder Therapie“ gehören.

Was damit gemeint ist, zeigt sich, wenn man die bisherige Rechtsprechung durchmustert: Nach Auffassung des OLG Düsseldorf (2) muss etwa der Hinweis erfolgen, dass der mit einer

Hysterektomie bezweckte Erfolg (hier: Beseitigung bzw. Verbesserung eines Beckenbodendefekts) nicht sicher ist und sich die bisherigen Beschwerden (hier: Symptomatik im Genitalbereich) sogar verschlimmern können. Nach einer Entscheidung des OLG Köln (3) soll die Patientin auch erfahren, dass die Lösung von Verwachsungen und Abtragung von Endometrioseherden ohne nennenswerte Beschwerden nur relativ indiziert ist und zudem das Risiko einer Harnleiterverletzung birgt – und deswegen der Eingriff unter Inkaufnahme eines Karzinomrisikos (hier: unter 1 %) auch verzichtbar ist.

Explizit muss auch auf Alternativen hingewiesen werden, „wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können“. Stellt etwa eine Laparotomie im Hinblick auf bestehende Verwachsungen eine solche echte Alternative zur geplanten Laparoskopie dar, muss der Gynäkologe hierauf hinweisen, damit die Patientin selbst zwischen den beiden Verfahren entscheiden kann. Es genügt dann jedenfalls nicht, dass der Gynäkologe nur im Notfall auf eine Laparotomie „umstellen“ will (4).

Da die Beweislast für eine ordnungsgemäße Aufklärung wie bisher beim Arzt liegt (§ 630 h Abs. 2 BGB), ist die Dokumentation des Aufklärungsgesprächs von zentraler Bedeutung: Werden standardisierte Aufklärungsbögen (*Perimed, Diomed, proCompliance*) verwendet (was ratsam ist), müssen diese durch handschriftliche Eintragungen individualisiert werden. Denn nur dann ist der erforderliche Beweis dafür erbracht, dass tatsächlich ein persönliches Aufklärungsgespräch mit dem Patienten geführt

worden ist. Mit Blick auf die vom Gesetz (§ 630 e Abs. 1 BGB) geforderte Aufklärung über die „Dringlichkeit“ oder „Notwendigkeit“ sind etwa Hinweise auf die individuelle Situation des Patienten angezeigt und im Aufklärungsbogen ergänzend zu dokumentieren.

**Fazit:** Künftig besteht insofern ein erhöhtes Haftungsrisiko, als es Patienten und ihren Anwälten leicht möglich ist, die im Gesetz katalogisierten Aufklärungsinhalte durch einen einfachen Abgleich mit der Aufklärungsdokumentation Punkt für Punkt abzuarbeiten und genau zu prüfen, ob jene Inhalte abgebildet sind.

### **Aufklärungsdokumentation: Wie ist sie auszuhändigen?**

Häufig wird danach gefragt, wie die neue Vorschrift des § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB umzusetzen ist, wonach „dem Patienten (...) Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen (sind)“.

Erkennbarer Zweck der Neuregelung ist, den Patienten davor zu schützen, dass der Arzt seine Aufklärungsdokumentation im Nachhinein – etwa im Vorfeld eines Haftungsprozesses – unerkannt manipulieren und sich so einen beweisrechtlichen Vorteil verschaffen kann.

#### ■ **Durchschlagsystem**

Verlage, die standardisierte Aufklärungsbögen herausgeben, haben auf die neuen Anforderungen mittlerweile reagiert, indem sie Aufklärungsbögen mit Durchschreibesatz anbieten. Deren Verwendung dürfte der Königsweg zur Umsetzung der Vorschrift sein, weil man damit ihrem Wortlaut („Abschrift“) am nächsten kommt. Kehrseite der Medaille sind höhere Anschaffungskosten.

#### ■ **Fotokopien**

Das Anfertigen von Abschriften in Form von Fotokopien ist sicherlich

mit einem vergleichsweise hohen Verwaltungsaufwand (z. B. Anschaffung eines leistungsfähigen Kopiergeräts, Kopierkosten, Archivierung) verbunden. Diese Variante stößt deshalb bei vielen Ärzten und Krankenhausverwaltungen auf Vorbehalte.

#### ■ **Verzicht des Patienten**

Freilich kann der Patient von sich aus auf die Aushändigung von Abschriften der Aufklärungsdokumentation verzichten. Wichtig ist dabei, dass ein solcher Verzicht in den Krankenunterlagen dokumentiert wird. Dass der Arzt seinerseits einen Verzicht vorschlägt, wird hingegen als „unangemessene Benachteiligung“ des Patienten angesehen.

Rechtlich noch bedenklicher wäre es, den Patienten zum Verzicht zu bewegen mit dem Hinweis darauf, dass die Herausgabe der Kopien nur gegen Erstattung entsprechender (womöglich auch noch überhöhter) Kopierkosten erfolgt. Denn § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB räumt dem Arzt gerade nicht die Möglichkeit ein, dem Patienten Kopierkosten in Rechnung zu stellen. Vielmehr ist es eine (Neben-)Pflicht aus dem Behandlungsvertrag, dem Patienten die Abschrift bzw. die Kopien ohne Weiteres herauszugeben.

Gegen die Verzichtslösung dürfte insgesamt sprechen, dass der Vorschlag des Arztes beim Patienten regelmäßig Misstrauen und Argwohn schafft, denn wer verzichtet schon gern ohne Not auf seine Rechte?

#### ■ **Scan-Dokument**

Eine weitere Möglichkeit der Umsetzung könnte darin bestehen, dass der Arzt

- von den individualisierten und unterzeichneten (!) Original-Aufklärungsbögen ein Farb-Scan-Dokument anfertigt,
- diese in der elektronischen Form und damit veränderungssicher abspeichert (vgl. § 10 Abs. 5 Berufsordnung) und
- das Original sodann an den Patienten aushändigt.

Für den Fall, dass der Patient später mit dem Hinweis auf eine angeblich unzulängliche Aufklärung Klage erheben sollte, kann der Arzt das Scan-Dokument bei Gericht vorlegen.

Es ist an dieser Stelle zwar zu bedenken, dass ein Scan-Dokument – anders als das Original – keine Urkunde im rechtlichen Sinn darstellt und deswegen rein formal weniger Beweiskraft hat. Andererseits lässt der Gesetzgeber gemäß § 630 f Abs. 1 Satz 1 BGB dem Arzt die Wahl zwischen der Patientenakte „in Papierform oder elektronisch“, sofern bei der elektronischen Dokumentation Veränderungsschutz besteht (vgl. § 630 f, Abs. 1, S. 2 BGB und § 10 Abs. 5 Berufsordnung für Ärzte).

Außerdem zeigen die bisherigen forensischen Erfahrungen, dass die Gerichte Scan-Dokumenten bzw. -Ausdrucken in guter Qualität nicht per se weniger Beweiswert beimessen als Originaldokumenten. Etwas anderes würde freilich dann gelten, wenn ein Abgleich zwischen der vom Patienten vorgelegten Originaldokumentation und dem Scan-Dokument Unstimmigkeiten ergibt. Diese Variante hat daneben den Vorteil, dass sie einen weiteren Schritt in Richtung papierlose Patientenakte darstellt.

**Fazit:** Forensisch auf der sicheren Seite ist, wer Aufklärungsbögen mit Durchschlagsystem verwendet. Der Nachteil besteht hier in den höheren Anschaffungskosten, der Vorteil in der Zeitersparnis gegenüber den anderen Alternativen, bei denen ein zusätzlicher Arbeitsschritt (Kopieren oder Scannen) erforderlich wird.

Für welche Variante man sich auch entscheidet: Wichtig ist, dass die erfolgte Herausgabe der Aufklärungsdokumentation an den Patienten zu Beweis Zwecken stets dokumentiert wird. Denn wie sonst will man in einem späteren Prozess nachweisen, dass man seiner gesetzlichen Pflicht nachgekommen ist?

## Delegation der Patientenaufklärung: Ist das (noch) möglich?

Die neue Vorschrift des § 630 e Abs. 2 Nr. 1 BGB, wonach die Aufklärung „mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgt, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“, stiftet viel Verwirrung und Unsicherheit.

### ■ Delegation der Aufklärung an Assistenzärzte

Bereits an dieser Stelle soll Entwarnung gegeben werden: Die gelegentlich in Fachzeitschriften publizierte Einschätzung, wonach seit Inkrafttreten des Patientenrechtegesetzes nun auch vom aufklärenden Arzt Facharztstandard zu verlangen sei und demzufolge eine Delegation der Aufklärung an Weiterbildungsassistenten grundsätzlich ausscheide (5), ist unzutreffend:

**Bisherige Rechtslage:** Die Rechtsprechung hat stets klargestellt, dass die Aufklärung nicht zwingend durch denjenigen Arzt zu erfolgen hat, der die Maßnahmen auch durchführt (z. B. den Operateur), sondern auch an einen Kollegen delegiert werden darf, und zwar auch an einen Arzt in Aus- bzw. Weiterbildung. Dieser muss allerdings aufgrund seines Ausbildungsstandes in der Lage sein, die erforderliche Behandlung und ihre Risiken zu beurteilen. Diese Voraussetzung hat z. B. das OLG Dresden (6) bei einem Assistenzarzt nach 20-monatiger Weiterbildungszeit für die Aufklärung vor der operativen Versorgung eines Ganglions (als „eher leichteren Eingriff“) bejaht.

**Neue Rechtslage:** Was der Gesetzgeber nun unter einer Person verstanden haben will, „die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt“, zeigt die Entstehungsgeschichte der Formulierung. Zunächst sollte die aufklärende Person an der Behandlung „beteiligt“, danach zur Durchführung der

Maßnahme sogar „befähigt“ sein. Schließlich sollte es ausreichen, wenn der Arzt die für die Aufklärung erforderliche „Ausbildung“ aufweist (7). Damit ist klargestellt, dass die Aufklärung auch durch einen Arzt erfolgen darf, „der möglicherweise noch nicht das Maß an praktischer Erfahrung aufweist, das für die eigenständige Durchführung der Maßnahme selbst unverzichtbar ist“ (8).

Der Gesetzgeber macht hier also Zugeständnisse an die praktischen Bedürfnisse des Klinikalltags, so dass die Aufklärung weiterhin auch an einen Arzt in Weiterbildung bzw. einen Assistenzarzt delegiert werden darf, der den Eingriff (noch) nicht eigenständig durchgeführt hat. Voraussetzung ist allerdings, dass er bereits über die erforderlichen Kenntnisse verfügt, um dem Patienten den Verlauf des Eingriffs und seine typischen Risiken korrekt darzustellen. Hat etwa der aufklärende Assistenzarzt diese Kenntnisse mit Blick auf eine geplante Hysterektomie – was im Haftungsprozess im Rahmen der Beweisaufnahme und Anhörung eines Gutachters zu prüfen wäre –, ist die Aufklärung durch ihn nicht zu beanstanden (9).

Um Missverständnisse zu vermeiden: die Möglichkeit einer Delegation der Aufklärung an nichtärztliches Fachpersonal (Pflegepersonal, Krankenschwester, PJ'ler u.a.) hat der Gesetzgeber freilich nicht eröffnet, auch wenn der sogenannte „Arztvorbehalt“ im Gesetz nicht ausdrücklich verankert ist.

### ■ Delegation der Aufklärung an fachfremde Ärzte

Ob die Aufklärung über einen gynäkologischen Eingriff an einen fachfremden Kollegen delegiert werden darf, hängt nach dem gerade Gesagten ebenfalls von dessen Kenntnisstand ab. Entsprechendes gilt auch für den umgekehrten Fall, dass ein Gynäkologe die Aufklärung über einen für ihn fachfremden Eingriff übernimmt. Die Aufklärung über den Ver-

lauf und die Risiken einer PDA durch einen Gynäkologen etwa ist (nur) dann unbedenklich, wenn er die hierfür erforderlichen fachanästhesiologischen Kenntnisse hat.

Ob bei kleineren und relativ unproblematischen Eingriffen wie etwa der Koloskopie oder Gastroskopie argumentiert werden kann, alleine die mit dem Medizinstudium abgeschlossene Ausbildung und im Rahmen der beruflichen Tätigkeit gesammelte fachübergreifende Erfahrung qualifiziere auch einen Gynäkologen für eine entsprechende Aufklärung, bleibt abzuwarten und hängt sicher auch von seinem individuellen Ausbildungsstand ab. Bei hochspeziellen Eingriffen mit weitreichenden Risiken, wie etwa der endoskopischen retrograden Cholangiopankreatikographie (ERCP) würde der Gynäkologe hingegen nicht nur an seine Grenzen stoßen, sondern diese auch überschreiten. Letztlich ist aber auch dies eine medizinische, im Haftungsprozess erforderlichenfalls durch einen Sachverständigen zu klärende Frage.

**Fazit:** Generell dürfte einer fachfremden Aufklärung eher mit Skepsis zu begegnen sein. Dies gilt insbesondere für problematische Eingriffe mit weitreichenden Risiken. Hier dürften bereits Rückfragen des Patienten zur Indikation, Dringlichkeit und zu Behandlungsalternativen durch einen fachfremden Arzt nur schwer kompetent zu beantworten sein. Von einer fachfremden Aufklärung über derartig problematische Eingriffe ist daher abzuraten.

Vor diesem Hintergrund gehen nun gelegentlich Ärzte – vermutlich auf Initiative der Kliniken – dazu über, das aufgrund ihrer Fachfremdheit fehlende, aber für das Aufklärungsgespräch erforderliche Wissen dadurch zu erwerben, dass sie sich von den Kollegen aus dem eingriffsdurchführenden Fachgebiet speziell zur Durchführung des Aufklärungsgesprächs „schulen“ lassen (und die Schulung zu Beweis Zwecken auch dokumentie-



ren). Zugegeben, einfallsreich ist ein solches Vorgehen. Ob es auch forensisch sicher ist, werden erst künftige Gerichtsentscheidungen zeigen.

### **Behandlungsfehler: Wie weit geht die Offenbarungspflicht?**

Seit einigen Jahren werden Fehlermeldesysteme (Critical Incident Reporting-Systeme – CIRS) eingerichtet, die Ärzte zum offenen und lernenden Umgang mit Behandlungsfehlern im Sinne einer Fehlervermeidungskultur ermutigen sollen. Mit dem Patientenrechtegesetz wird hingegen auch eine Fehlerinformationskultur propagiert, wenn es in § 630 c Abs. 2 Satz 2 BGB heißt: „Sind für den Behandelnden Umstände erkennbar, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, hat er den Patienten über diese auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren zu informieren.“

Welchen Zweck soll eine solche Informationspflicht erfüllen?

#### ■ **Therapeutischer Ansatz**

Stellt sich nach einer Krebsoperation die Diagnose und demnach der Therapieansatz als falsch heraus, muss nicht nur die Chemotherapie oder Bestrahlung abgesetzt werden, sondern die Patientin über die Fehldiagnose informiert werden, damit sie ohne Krebsangst weiterleben kann (10). Wird bei einer OP ein Fremdkörper „zurückgelassen“, schuldet der Arzt dem Patienten Aufklärung (11), allein schon um seine Einwilligung für die erforderliche Nachbehandlung einzuholen. Wird bei einer Tumoroperation fehlerhaft das Karzinom nicht vollständig entfernt, muss der Patient auch das erfahren.

Entsprechendes gilt, wenn sich bei der Kontrolle zeigt, dass eine laparoskopische Tubensterilisation aufgrund eines unsachgemäßen Vorgehens fehlgeschlagen ist, damit die betroffene Patientin reagieren und entweder für eine entsprechende Verhütung

sorgen oder sich für einen Revisions-eingriff entscheiden kann (12). Diesem seit jeher bestehenden therapeutischen Informationsbedürfnis trägt der Gesetzgeber in § 630 c Abs. 2 Satz 2 Alternative 2 BGB ausdrücklich Rechnung, wenn er dort fordert, dass der Patient ungefragt (!) über erkennbare Umstände informiert werden muss, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, sofern dies zur Abwehr gesundheitlicher Gefahren erforderlich ist.

#### ■ **Wirtschaftlicher Ansatz**

Das Informationsinteresse des Patienten kann aber auch wirtschaftlich begründet sein, weil ihm erst die Kenntnis eines Behandlungsfehlers erlaubt, Schadensersatzansprüche gegenüber Arzt oder Klinik anzumelden oder Strafanzeige zu erstatten. Dies kommt zum Ausdruck, wenn § 630 c Abs. 2 Satz 2 Alternative 1 BGB den Behandelnden nun neuerdings verpflichtet, den Patienten „auf Nachfrage“ über erkennbare Umstände aufzuklären, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen.

#### ■ **Umsetzung in der Praxis**

Ganz gleich, welchem Informationsbedürfnis Rechnung getragen wird, es gilt: In den gerade genannten Beispielen mögen die Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen, leicht erkennbar sein. Weitaus schwieriger zu beantworten ist die Frage der Erkennbarkeit in anderen Fällen – etwa wenn in Betracht kommt, dass dem Arzt nicht ein Fehler unterlaufen ist, sondern sich lediglich das typische Risiko des Eingriffs verwirklicht hat. So wird wohl z. B. auf den ersten Blick kaum zu differenzieren sein, ob sich mit der Läsion des Harnleiters das eingriffsspezifische, selbst bei Einhaltung größter Sorgfalt nicht sicher vermeidbare Risiko einer Hysterektomie realisiert hat (13) oder ob die Läsion auf einen Behandlungsfehler zurückgeht, etwa weil auch Ureterwandgefäße von einer Klemme erfasst oder der Harnleiter blind in die Umstechung mit- einbezogen wurde (14).

Desweiteren besteht keine Verpflichtung des Arztes, sein Handeln oder das seines Kollegen rechtlich als „Behandlungsfehler“ – im Sinne eines Verstoßes gegen den Facharztstandard – zu bewerten oder darauf hinzuweisen, dass der Zwischenfall bei korrektem Verhalten vermeidbar gewesen wäre (beides ist versicherungsrechtlich zwar nicht mehr verboten, kann aber gleichwohl problematisch sein).

Geschuldet ist nach dem Wortlaut der Regelung lediglich die Information „über Umstände, die die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“. Der Patient muss also in tatsächlicher Hinsicht nur erfahren, dass und inwiefern die Behandlung „misslungen“ ist, wenngleich mit dem Hinweis auf die iatrogene Ursache der Rückschluss auf eine Sorgfaltspflichtverletzung naheliegt.

#### ■ **Schutz vor Selbstbeziehung**

So sehr das Interesse des Patienten an einem offenen Umgang mit Fehlern anzuerkennen ist, so wenig darf das Interesse des Arztes am Schutz vor Selbstbelastung aus den Augen verloren werden. Dies scheint auch der Gesetzgeber erkannt zu haben, wenn er in § 630 c Abs. 2 Satz 3 BGB fordert, dass die Informationen des Arztes „zu Beweis Zwecken in einem gegen den Behandelnden geführten Straf- oder Bußgeldverfahren nur mit dessen Zustimmung verwendet werden dürfen“. Ob ein solches Beweisverwertungsverbot den Arzt ausreichend schützt, ist allerdings mehr als fraglich, zumal es sich nach dem Wortlaut nicht auf berufs-, approbations- oder disziplinarrechtliche Verfahren bezieht, welche aber ähnliche existenzbedrohende Ausmaße annehmen können wie ein Strafverfahren.

**Fazit:** Die neue Regelung wird möglicherweise die „Angst“ vor Behandlungsfehlern und deren Folgen – und damit indirekt das Phänomen der „Defensivmedizin“ – weiter verstärken. Die Sorge, dass die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsfehler

der Kollegen zu einem Klima des Denunziantentums in der Ärzteschaft führt, dürfte allerdings überzogen sein.

### Zusammenfassung und Ausblick

Das Patientenrechtegesetz bringt für den Alltag des Gynäkologen zwar keine umwälzenden Änderungen mit sich, allerdings ist speziell im Bereich der Aufklärung tendenziell von gesteigerten Anforderungen auszugehen. Mit der Pflicht zur „Offenbarung von Behandlungsfehlern“ wurde partiell sogar ein neuer Aufklärungstatbestand geschaffen.

Eine sorgfältige Aufklärung des Patienten ohne die entsprechende Dokumentation ist im Arzthaftungsprozess regelmäßig nichts wert. Wenn die Aufklärung des Patienten zukünftig aber noch umfassender dokumentiert werden muss, so steigt spiegel-

bildlich auch die Belastung durch die Dokumentationsanforderungen.

Schon heute steht damit fest, dass die Neuregelungen zu einer weiteren Zunahme des Verwaltungsaufwands in Kliniken und Praxen führen. Angesichts der oft ohnehin schon dünnen Personalsituation bleibt damit letztlich noch weniger Zeit für die eigentliche Therapie und die Patientenzuwendung. Dass also im Ergebnis für den Patienten mit dem beachteten Mehr an Rechten („Patientenrechtegesetz“) zwangsläufig ein Weniger an ärztlicher Qualität verbunden ist, klingt grotesk, ist aber traurige Realität.

### Literatur

1. Biermann/Weis, Das Patientenrechtegesetz: „Risiken und Nebenwirkungen?!“, *Anästh Intensivmed* 2013; 54: 32–37.
2. vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 29.01.2004.
3. vgl. OLG Köln, Urteil vom 29.01.2007.
4. OLG Koblenz, Urteil vom 12.10.2006.
5. z. B. Link-Eichhorn, *Medical Tribune/Oncologie – Hämatologie*. 8. Jg. Nr. 2 April 2013.
6. vgl. OLG Dresden, Urteil vom 11.07.2002.
7. Ulsenheimer, *Sondernewsletter zum Patientenrechtegesetz*, Thieme Compliance.
8. BT-Drucksache 17/11 710, S. 38/39.
9. vgl. OLG Saarbrücken, Urteil vom 16.02.2000.
10. OLG Karlsruhe, *VersR* 1988, S. 1134.
11. LG Köln, *VersR* 1964, S. 392; OLG Stuttgart, *VersR* 1989, S. 632.
12. vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 09.07.1992, *VersR* 1993, S. 883 f.
13. vgl. OLG Dresden, Urteil vom 06.01.2000.
14. vgl. OLG Düsseldorf, Urteil vom 12.07.1995.

### Autor



**Dr. jur. Philip Schelling**  
 Fachanwalt für Medizinrecht  
 Kanzlei Ulsenheimer Friederich  
 München  
 schelling@uls-frie.de