

Gunnar Duttge*

Fehler im Patientenrechtegesetz Juristische und ethische Probleme der Neuregelung

„Mehr und mehr schiebt der moderne Mensch zwischen sich und die Natur eine abstrakte und komplizierte Maschine, die ihn in die Einsamkeit stößt. Aus Papier, Büro und Beamten ist eine Welt errichtet worden, aus der menschliche Wärme entflohen ist, und wo keiner zum anderen gelangen kann [...].“

(Albert Camus, *La crise de l'homme*, 1946/47. In: *Bibliothèque de la Pléiade, Oeuvres complètes*, Bd. II: 1944-1948, S. 737-748)

1. „Behandlungsfehler“ – ärztliche und rechtliche

„Fehler passieren – so auch in der Medizin!“¹ Mit diesen betont beschwichtigenden Worten kommentierte der Vorsitzende der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichterstellen die kürzlich veröffentlichte Behandlungsfehler-Statistik des Jahres 2012. In der Tat macht die (mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems) statistisch erfasste Zahl von 2.280 erwiesenen Fällen an Behandlungs- und Aufklärungsfehlern² einen verschwindend geringen Bruchteil am Gesamt aller stationären und ambulanten ärztlichen Behandlungen aus. Dabei wird das Schlichtungsverfahren von Patienten offenbar als ein zufriedenstellender Weg angesehen, im Nachhinein die Vorgänge doch noch aufklären zu lassen – ggf. mit einem zu ihren Gunsten ausfallenden Resultat. Man sollte sich freilich nicht täuschen: Die Statistik lässt mitnichten auf die Häufigkeit aller tatsächlich vorkommenden ärztlichen Behandlungsfehler schließen, sondern erfasst alleine jene Fälle, in denen Patienten erstens über die Möglichkeit eines Schlichtungsverfahrens überhaupt rechtzeitig informiert wa-

* Der Verfasser ist Gründungs- und derzeitiger Stellvertretender Direktor des Zentrums für Medizinrecht an der Georg-August-Universität Göttingen. Der Beitrag geht auf einen Vortrag zurück, den er am 11. Ethiktag der Professur für Ethik in der Medizin und des Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen am 27.10.2012 präsentiert hat.

1 Cruzius, zitiert nach Pressemitteilung der Bundesärztekammer vom 17.06.2013.

2 Statistische Erhebung der Bundesärztekammer (2012), S. 5.

ren – viele wissen davon gar nicht – und zweitens noch die Kraft aufbrachten, diesen mühsamen Weg zu beschreiten, der mitunter einen langen Atem erfordert.³ Die neue Statistik wie auch jene der MDK-Gemeinschaft⁴ zeigt immerhin, dass etwa $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ der Vorwürfe offenbar berechtigt sind; um welche Dimension es sich freilich im Ganzen handelt, ist wegen Fehlens eines allgemeinen Behandlungsfehlerregisters bislang unbekannt. Das Dunkelfeld wird jedoch allgemein als beachtlich eingeschätzt; exorbitant gestiegene Aufwendungen der Betriebshaftpflichtversicherer von Krankenhäusern sprechen für sich. Das Bundesministerium für Gesundheit nennt ein Spektrum von jährlich 40.000 bis 170.000 Fällen;⁵ nach Schätzung des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“ soll die Zahl an Patienten, die durch ein vermeidbares Ereignis im Rahmen einer medizinischen Behandlung versterben, schon bei 17.000 pro Jahr liegen.⁶

Nun impliziert risikoträchtiges Handeln und Entscheiden wie etwa die meist unter Zeitdruck erfolgende Intervention bei kranken Menschen notwendig die Gefahr des Scheiterns. Der Begriff des Behandlungsfehlers meint jedoch nicht etwa, dass am Ende der „Kampf mit dem Tod“ verlorengegangen ist, sondern ein „nach dem Stand der Medizin unsachgemäßes Verhalten des behandelnden Arztes“,⁷ mithin eine ärztliche Pflichtwidrigkeit. Sofern die Pflichtenstellung eines Arztes nichts Unmögliches verlangt, sollte man eigentlich erwarten können, dass falsche Diagnosen und Befunde, unsorgfältige Operationen oder Nachsorgemaßnahmen, lückenhafte Aufklärung und Dokumentation vermieden werden. Soweit das nicht der Fall ist, besteht dringender Anlass, evtl. strukturelle – d.h. personenunabhängige – Fehlerquellen aufzuspüren und selbige abzustellen. Fehlsteuerungen können selbstredend auch durch das Recht verursacht sein; schon seit längerem geht dabei insbesondere die Furcht vor einem Überhandnehmen der sog. „Defensivmedizin“ um, dass also „die ständige Sorge um gerichtliche Folgen, das Schielen nach dem Richter, bei jeder Maßnahme das ärztliche Handeln bestimmt“⁸ (das u.U. gerade dadurch – paradoxerweise – pflichtwidrig wird). Umso gespannter durfte man auf das öffent-

3 Goetz (2013).

4 Vgl. http://www.mdk.de/media/pdf/8_-_Bericht_BHF-Begutachtung_2012_final.pdf: 3.932 Behandlungsfehler bestätigt. (11.07.2013).

5 <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/behandlungsfehler.html> (11.07.2013); siehe auch Weidinger (2004), S. 289: zwischen 30.000 und 400.000 Fällen.

6 Agenda Patientensicherheit 2007, S. 7 f., http://www.aps-ev.de/fileadmin/fuerRedakteur/PDFs/Agenda_Patientensicherheit/Agenda_2007_mit_Titelblatt.pdf (11.07.2013).

7 Katzenmeier (2009), Kap. X, Rn 3.

8 Schreiber (1980/2013), S. 377.

lichkeitswirksam angekündigte neue Patientenrechtegesetz⁹ sein, das nach amtlicher Überzeugung des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten nichts weniger bewirken soll, als eben die Fälle von Behandlungsfehlern zu reduzieren.¹⁰ Eine nähere Betrachtung der konkreten Vorschriften bestätigt jedoch eher die Weisheit dessen, was schon der berühmte Rechtsgelehrte *Carl Friedrich von Savigny* zu Anfang des 19. Jahrhunderts wusste: dass nicht jeder amtlich berufene Gesetzgeber zur Gesetzgebung auch tatsächlich „berufen“ ist, zumal dann, wenn er ernstlich glaubt, dass „jedes Übel nur auf ein abhelfendes Gesetz warte, um dann auf der Stelle zu verschwinden“.¹¹ Auch das Recht kennt somit auf seine Art „Behandlungsfehler“, und deren Folgen sind meist nicht minder gravierend!

2. Stärkung der Patientenrechte – Anspruch und Wirklichkeit

2.1. Zielsetzung des Patientenrechtegesetzes

Grundmotiv des Gesetzgebers¹² war die Einsicht, dass wesentliche Aspekte des ärztlichen Behandlungs- und Haftungsrechts „nur“ Ausprägung von Richterrecht und nicht in die Form von gesetztem Recht gegossen war. Dies habe es allen Beteiligten im Gesundheitswesen erheblich erschwert, die jeweils bestehenden Rechte und Pflichten überhaupt zu kennen, geschweige denn sie – vor allem auf Seiten der Patientinnen und Patienten – im Konfliktfall auch einzufordern. Ein gesetzlicher Rahmen schaffe die nötige Transparenz und Rechtssicherheit, die es Patienten und Behandler ermögliche, sich „auf Augenhöhe“ begegnen zu können. Dadurch sollen sich die bestehenden Defizite bei der Durchsetzung der Patientenrechte beseitigen lassen, etwa „die Nichtbeachtung persönlicher Behandlungswünsche, zeitraubende Bewilligungsverfahren für Leistungen durch die Krankenkassen, die Versagung des Einblicks in die ärztliche Dokumentation bis hin zu Fehlern in der Behandlung“.¹³ Die hierzu vom Gesetzgeber gewählten Instrumente sind zum einen Regelungen zur Stärkung der Rechte gegenüber den Krankenkassen (§§ 13 Abs. 3a, 66 SGB V) sowie

9 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl. I, 277).

10 So die Pressemitteilung des Patientenbeauftragten v. 5.9.2012, die mit dem programmatischen Titel überschrieben ist: „Patientenrechtegesetz reduziert Behandlungsfehlerzahl“, http://www.patientenbeauftragter.de/upload/bilder/presse/2012/Pressemitteilung_Patientenrechtegesetz_reduziert_Behandlungsfehlerzahl_PM.pdf (11.07.2013).

11 Savigny (1814), S. 47.

12 Zum Folgenden siehe die Erwägungen in BR-Drucks. 312/12, S. 1 ff.

13 BR-Drucks. 312/12, S. 9.

zum anderen eine rahmenartige Kodifizierung des gesamten Behandlungs- und Arzthaftungsrechts (§§ 630a-630h BGB).

Gewiss wird man dem Leitgedanken, der alledem zugrunde liegt, nicht von vornherein jede Berechtigung absprechen können: „Verlässliche Informationen schaffen für [...] Patienten Orientierung“, und diese Informationen sind „die Voraussetzung dafür, dass die Patienten eigenverantwortlich und selbstbestimmt im Rahmen der Behandlung entscheiden können“.¹⁴ Allerdings ruht die Annahme, dass die gewählten Instrumente in diesem Sinne geeignet sind, um die postulierte „Mündigkeit“ der Patienten in der klinischen Praxis Wirklichkeit werden zu lassen, auf einer dreifachen Hypothese: Erstens, dass die beklagten Defizite bei der Durchsetzung der Patientenrechte in der Vergangenheit gerade oder jedenfalls nicht unwesentlich auch durch deren Unkenntnis bedingt waren; dass zweitens das zentrale Moment dieser Unkenntnis in der fehlenden Vergegenständlichung lag und schließlich drittens die jetzt implementierte Rahmenkodifizierung die erstrebte Transparenz und Verlässlichkeit schaffe. Den Grundgedanken des Gesetzeswerkes auf diese Weise in seine tragenden Bestandteile zerlegt, zeigt sich jedoch unschwer die arg simplifizierende Sichtweise, die ihm inhärent ist; denn hinter allen drei Prämissen lassen sich mit Fug und Recht große Fragezeichen setzen: So hat die mangelnde Realisierung des Idealbildes einer echten „therapeutischen Partnerschaft“ doch ihre Ursache keineswegs bloß in einem kognitiven Defizit, sondern nicht unwesentlich im asymmetrischen Machtverhältnis zwischen hilfeschuchendem Patienten und dem „Experten in Weiß“. Auch bei noch so exzellenter Rechtskenntnis kann es dem Patienten daher leicht widerfahren, dass seine Rechte keine Beachtung finden – weil er sich etwa in seiner existenziell unfreien, von vielfältigen Abhängigkeiten geprägten Lage von sich aus gar nicht getraut, sie einzufordern, oder aber an den interessegeleiteten Widerständen oder an den undurchschaubaren Organisationsstrukturen auf Behandlerseite scheitert. Dass Richterrecht aufgrund seiner Einzelfallbezogenheit besondere Verständnisschwierigkeiten aufwirft, liegt auf der Hand. Immerhin hat es aber den Vorzug der Konkret- und Differenziertheit, was einer notwendig abstrahierenden Rahmengesetzgebung abgeht. Zudem wird man kaum annehmen können, dass juristische Laien den Bedeutungsgehalt spezialgesetzlicher Regelungen durch einfache Lektüre per se besser verstehen als einzelfallbezogene Gerichtsentscheidungen.

Dies gilt umso mehr, als eine Rahmengesetzgebung unvermeidlich zu abstrakten Begrifflichkeiten greifen muss. Blickt man etwa auf die konkreten Regelungen des neuen Patientenrechtegesetzes, so ist in verschiedenerlei Zusammenhängen von der allseits gepriesenen „Verlässlichkeit“ und Gemeinverständ-

14 Ebd.

lichkeit nicht mehr allzu viel zu erkennen – nur zur Veranschaulichung des Problems einer mehr oder minder weitreichenden Unbestimmtheit sei etwa beispielhaft angeführt, dass

- die Behandlung zur Vermeidung eines Behandlungsfehlers nach „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ zu erfolgen hat (§ 630a Abs. 2 BGB),¹⁵
- der Behandler zu Beginn und ggf. im weiteren Verlauf der Behandlung dem Patienten „sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände“ zu erläutern hat (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB),¹⁶
- die zur Legitimation des Eingriffs erforderliche Einwilligung im Falle der „Einwilligungsunfähigkeit“ von einem „hierzu Berechtigten“ eingeholt werden muss (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB),¹⁷
- die ärztliche Aufklärung so „rechtzeitig“ zu erfolgen hat, dass der Patient seine Entscheidung „wohlüberlegt“ treffen kann (§ 630e Abs. 2 Nr. 2 BGB),
- die Dokumentationspflicht sich auf „sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse“ bezieht (§ 630f Abs. 2 BGB),
- die Einsichtnahme in die Patientenakte verweigert werden darf, sofern dieser „erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen“ (§ 630g Abs. 1 BGB),
- die Ursächlichkeit des Fehlers für die eingetretene Schädigung vermutet wird, wenn es sich um einen „groben Behandlungsfehler“ handelt

15 Die zentrale Frage, inwieweit und mit welcher Geltungskraft Leitlinien dabei Bedeutung gewinnen, ist ebenso wenig angesprochen (zuletzt BGH BeckRS (2008), 07852; NJW 2011, 3442 f.) wie die weitere, unter welchen Bedingungen sog. Neuland- und Außen-seitermethoden zulässig sind; krit. etwa Katzenmeier (2013), S. 817 ff., der darin eine Bedrohung der ärztlichen Therapiefreiheit wie auch des Selbstbestimmungsrechts sieht.

16 Das Gesetz nennt zwar beispielhaft einzelne Gesichtspunkte zwecks näherer Verdeutlichung des Gemeinten, doch ist diese Aufzählung nicht abschließend („insbesondere“)!

17 Geradezu unverständlich ist, warum der Gesetzgeber nicht die unklare Rechtslage zur Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen sowie zur Problematik eines evtl. Dissenses mit Blick auf die Sorgeberechtigten geklärt hat; siehe dazu zuletzt Coester-Waltjen (2012), S. 553, 557 ff. und Duttge (2013), S. 77 ff. – Ebensowenig lässt sich nachvollziehen, warum im Kontext der Einwilligungsunfähigkeit zwar auf die Patientenverfügung nach § 1901a Abs. 1 BGB verwiesen wird, bei Erwähnung des „mutmaßlichen Willens“ (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB) nicht hingegen auf die in § 1901a Abs. 2 BGB enthaltene Legaldefinition.

und dieser „grundsätzlich geeignet“ ist, einen Schaden solcherart herbeizuführen (§ 630h Abs. 5 S. 1 BGB),¹⁸

- dasselbe gelten soll, „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“ (§ 630h Abs. 5 S. 2 BGB).

Man sollte die Augen nicht vor der Realität verschließen: Diese und eine Reihe weiterer Regelungen des neuen Gesetzes sind für juristische Laien (Patienten wie Ärzteschaft) um keinen Deut verständlicher als andere Rechtsvorschriften in diversen Spezialgebieten, deren Bedeutungsgehalt sich ebenfalls nur mit Hilfe juristischer Expertise erschließen lässt. Anzunehmen, dass eine überblicksartige Zusammenstellung der bisherigen höchstrichterlichen Rechtsprechung – und um mehr handelt es sich bei dem neuen Patientenrechtegesetz im Wesentlichen nicht¹⁹ – dem juristischen Laien die geltende Rechtslage hinreichend zu verdeutlichen vermag, ist sowohl lebensweltlich wie rechtsmethodologisch bemerkenswert naiv. Denn nach den Einsichten der juristischen Hermeneutik lässt sich die niemals eindeutige Sprache einer abstrakt-generalisierenden Norm stets nur im Lichte ihres Sinnzusammenhangs und potenziellen Anwendungskontextes verstehen, in den berühmten Worten des Rechtsphilosophen *Karl Engisch* erst durch ein „Hin- und Herwandern des Blickes zwischen Rechtsnorm und Lebenssachverhalt“.²⁰ Daher ist ein Normtext wie überhaupt jeder in Sprachzeichen gesetzte Text notwendig interpretationsbedürftig,²¹ und zwar mit dem Instrumentarium der juristischen Methodik (Auslegungscanones), der sich in dem betreffenden Teilrechtsgebiet durch rechtswissenschaftliche Arbeit herausgebildeten rechtsdogmatischen Aussagen sowie mit Blick auf die bisherige Rechtsprechung im Fallvergleich: Die Hoffnung, ein Nichtjurist könnte diese Aufgabe auch nur ansatzweise leisten, ist ebenso realistisch wie das Zutrauen in eine gelungene Operation durch einen Nicht-Arzt. Und da sich Recht mit seinem „Steuerungsanspruch“ notwendig auf die jeweils bestehende Gesellschaft

18 Kritisch z.B. Thurn (2013), S. 153 ff., weil zentrale Rechtsbegriffe nicht definiert worden sind.

19 Durchaus vom Gesetzgeber eingeräumt, vgl. BR-Drucks. 312/12, S. 10: „Schließlich sichert die Bezugnahme auf die Grundsätze der bisherigen Rechtsprechung Kontinuität und Verlässlichkeit.“

20 Engisch (1963), S. 15. Zum „dialektischen Prozess“ der sog. Rechtsanwendung siehe statt vieler nur Larenz (1991), S. 211 ff.

21 Siehe hierzu nur stellvertretend für die Rechtslinguistik Busse (2004), S. 7, 10 ff.

mit ihren komplexen Strukturen und Dynamiken bezieht, sind der Verständlichkeit der Rechtsordnung für den Bürger zwangsläufig enge Grenzen gesetzt.²²

2.2. Stärkung der Patientenrechte?

Schon ausweislich der Betitelung des Gesetzeswerkes ist es das zentrale Anliegen gewesen, die Rechte der Patienten zu stärken. Zugleich soll sich das Gesetz aber nicht gegen die Ärzteschaft richten, sondern ganz im Gegenteil ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis befördern.²³ Vor dem Hintergrund des Bestrebens, die Position von Patienten von Gesetzes wegen in ein „Gleichgewicht“ („auf Augenhöhe“) mit den behandelnden Ärzten zu bringen, orientiert am „Leitbild des mündigen Patienten“²⁴, muss dieses Selbstverständnis einigermaßen verwundern. Denn niemand anderes als der behandelnde Arzt (bzw. die betreffende Klinik) kann doch Adressat und damit Verpflichteter von Patientenrechten sein, gleichgültig, ob es um Informations-, Dokumentations- oder Einsichtsrechte geht. Dass dieser Zusammenhang nicht offen in den Blick genommen wurde, ist aber nicht etwa nur Ausdruck eines harmlosen „political marketing“, sondern ein gravierendes Versäumnis in der Sache: Denn wer die Rechte von Patienten ernsthaft stärken will, darf sich nicht auf das Dekretieren von Verhaltensgeboten beschränken, sondern muss sich auch um deren Erfüllbarkeit in der klinischen Praxis kümmern. Da der Klinikalltag schon bislang in erheblichem Maße bürokratisiert und darüber hinaus mit zahlreichen weiteren Zwängen – aufgrund von Personalknappheit, fortschreitender Ökonomisierung und „Industrialisierung“ der Medizin²⁵ – belastet ist, erscheint die Strategie des Gesetzgebers mindestens als leichtfertig, die Augen vor den Fragen einer Realisierbarkeit des rechtlichen Pflichtenkanons zu verschließen. Man denke etwa nur an die jetzt in § 630f Abs. 1 BGB geradezu apodiktisch anmutende Pflicht, die erforderliche Dokumentation „in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung“ des Patienten zu erstellen. Gewiss ist die bislang richterrechtlich anerkannte Dokumentationspflicht in der Vergangenheit mitunter sträflich vernachlässigt worden, was die fatale Gefahr mit sich brachte, dass wichtige Informationen verloren gehen konnten. Wenn jetzt aber eine fortlau-

22 Rüthers (2008), Rn 213 ff.: „Die Kompliziertheit des Rechts ist ein Spiegel der Komplexität der Gesellschaft des modernen Staates.“

23 So der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten anlässlich des Kabinettsbeschlusses in einer Pressemitteilung vom 23.05.2012, vgl. www.bmj.de. Auch die Begründung des Gesetzentwurfs vermeidet es auffallend, die Ärzteschaft als „Verpflichtete“ oder gar „Gegner“ von Patientenrechten zu nennen.

24 BR-Drucks. 312/12, S. 9.

25 Dazu näher Kühn (1998), S. 34 ff.

fende Dokumentation im unmittelbaren Anschluss an die jeweilige Behandlung (z.B. nach jeder einzelnen Operation, nach jeder einzelnen Blutentnahme?) verlangt ist, wird dies bei strenger Auslegung des Gesetzes²⁶ die Abläufe innerhalb der Kliniken absehbar behindern²⁷ – und dies wohlgemerkt u.U. zum Nachteil der Patienten – oder aber einfach (weiterhin) nicht beachtet werden (und die Rechtstreue weiter unterminieren).

In anderen Kontexten hat der Gesetzgeber hingegen die Belange der Ärzteschaft sehr wohl berücksichtigt und gleichsam kompromisshaft Ausnahmen von den hehren Grundsätzen implementiert. Hier ist nun allerdings fraglich, ob das Gesetz die Rechte der Patienten insoweit tatsächlich gestärkt hat oder nicht eher in längst überwunden geglaubte Zeiten des ärztlichen Paternalismus²⁸ zurückgefallen ist. Dies betrifft insbesondere die Befugnis des behandelnden Arztes, die verlangte Einsichtnahme in die Patientenakte unter Verweis auf „erhebliche therapeutische Gründe“ zu verweigern (§ 630g Abs. 1 BGB). Die Gesetzesbegründung nimmt für sich in Anspruch, die einschlägige Rechtsprechung des BVerfG aufzugreifen und in Gesetzesform zu gießen. Das BVerfG hat jedoch in seinem Beschluss vom 9.1.2006²⁹ nachdrücklich betont, dass dem „erheblichen verfassungsrechtlichen Gewicht“ des patientenseitigen Informationsinteresses ein „therapeutischer Vorbehalt“ nur (noch) entgegengesetzt werden kann, wenn es für dahingehende Befürchtungen eine „ausreichende Wahrscheinlichkeit“ aufgrund „konkreter, substantieller Anhaltspunkte“ gibt: „Allgemein gehaltene Befürchtungen, die [...] pauschal werten [...], genügen den grundrechtlichen Anforderungen nicht.“ Man mag dem Gesetzgeber zugutehalten, dass dahingehende Erwägungen in der Gesetzesbegründung tatsächlich aufscheinen.³⁰ Maßgeblich ist jedoch allein dasjenige, was Eingang in das Gesetz selbst gefunden hat. Hier wird aber allein eine gewisse „Erheblichkeit“ der besorgten Schadensdimension, nicht aber deren Konkretheit und Wahrscheinlichkeit verlangt. Infolgedessen droht das Einsichtsrecht des Patienten auch weiterhin de facto hintertrieben zu werden, nun mit dem beflissenen Hinweis auf „therapeutische Gründe“, über die zu befinden selbstredend allein der jeweils behandelnde Arzt berufen ist. Die durch § 630g Abs. 1 S. 2 BGB auferlegte Begründungspflicht dürfte das absehbar nicht verhindern, weil an diese nicht dieselben Anforderungen gestellt werden können, damit hierdurch

26 Die Gesetzesmaterialien enthalten keinerlei Hinweis, wie streng das Gesetz ausgelegt werden soll, vgl. BR-Drucks. 312/12, S. 37.

27 Deutliche Kritik bei Montgomery et al. (2013), S. 149 ff.

28 Zum „paternalistischen Modell“ als eines von vier Modellen der Arzt-Patienten-Beziehung siehe etwa Emanuel/Emanuel (1992), S. 2221 ff.

29 BVerfG NJW 2006, 1116 ff.; siehe dazu auch Duttge (2007), S. 24.

30 BR-Drucks. 312/12, S. 38.

nicht jene Umstände am Ende doch offengelegt werden, um derentwillen das Einsichtsrecht überhaupt beschränkt wurde.³¹

Dieselbe Problematik stellt sich mit Blick auf § 630c Abs. 4 und § 630e Abs. 3 BGB: Hiernach bedarf es der sonst so hoch gewichteten „Information“ bzw. „Aufklärung“ des Patienten³² über „sämtliche für die Behandlung wesentlichen [...]“ Aspekte dann nicht, wenn „besondere Umstände“ entgegenstehen, „insbesondere [...] die Behandlung unaufschiebbar ist oder der Patient [...] ausdrücklich verzichtet hat“. Den Gesetzesmaterialien lässt sich deutlich entnehmen, dass diese Aufzählung nicht abschließend sein und gleichsam als ungeschriebener Fall einer Durchbrechung des Informationsanspruchs aufs neue die Geltendmachung „erheblicher therapeutischer Gründe“ gelten soll.³³ Dies fand sich im ursprünglichen Referentenentwurf der beiden zuständigen Bundesministerien noch ausdrücklich geregelt (vgl. § 630c Abs. 4 Nr. 2 und § 630e Abs. 3 Nr. 2 BGB a.F.),³⁴ ist hernach jedoch aufgrund der hiergegen vorgebrachten Kritik aus dem Gesetzestext gestrichen worden – um gleichsam heimlich „durch die Hintertüre“ wieder Eingang zu finden! Es liegt auf der Hand, dass einer solchen Handhabung gerade das Gegenteil der postulierten „Transparenz“ auf die Stirn geschrieben steht! Zudem hat es der Gesetzgeber versäumt, anlässlich des ebenfalls hier geregelten „Aufklärungsverzichts“ die dafür geltenden Anforderungen klarzustellen. Wiederum findet sich hierzu lediglich in den Materialien der Hinweis, dass der Verzicht „deutlich, klar und unmissverständlich geäußert“ worden ist und der Patient dabei „die Erforderlichkeit der Behandlung sowie deren Chancen und Risiken zutreffend erkannt haben“ müsse.³⁵ Wollte man mit dieser „Metaaufklärung“ jedoch ernst machen, so würde die Verzichtbarkeit und damit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten de facto weitgehend leerlaufen.

Die Aufklärungspflicht als solche findet sich in einer Weise geregelt, die im Wesentlichen dem bisherigen Stand der höchstrichterlichen Rechtsprechung entspricht. Dennoch sind an der neuen Vorschrift des § 630e BGB mehrere Aspekte kritikwürdig: So hat der Gesetzgeber erstens nicht deutlich gemacht,

31 Dazu näher Spickhoff (2013), S. 267 ff.

32 Kritisch zur bislang unbekannten Differenzierung zwischen ärztlicher Informations- und Aufklärungspflicht, entweder schon dem Grunde nach oder jedenfalls mit Blick auf die nicht überlappungsfreie Abgrenzung Katzenmeier (2013), S. 817 ff., Spickhoff (2012), S. 65 ff. und Thurn (2013), S. 153 ff.

33 BR-Drucks. 312/12, S. 32 und 36.

34 Abrufbar unter:
www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/pdfs/RefE_Gesetz_zur_Verbesserung_der_Rechte_von_Patientinnen_und_Patienten.pdf?__blob=publicationFile
(11.07.2013).

35 BR-Drucks. 312/12, S. 32.

dass Inhalt, Umfang und Zeitpunkt der Aufklärung in Abhängigkeit von der Intensität und Dringlichkeit des Eingriffs variieren.³⁶ Zum zweiten ist die Frage unbeantwortet geblieben, ob der Behandler auch eine Qualitäts-, Organisations- und Leistungsaufklärung (d.h. über evtl. bessere, jedoch innerhalb der GKV nicht getragene Therapiemöglichkeiten) schuldet.³⁷ Drittens befremdet aus Patientenperspektive, dass die aufklärende Person zu der betreffenden Behandlungsmaßnahme nicht „befähigt“ sein, sondern lediglich über die dazu vorgesehene „Ausbildung“ verfügen muss (§ 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB, abweichend vom Regierungsentwurf): Schon der gesunde Menschenverstand sollte eigentlich keinen Zweifel daran lassen, dass erst die „Feuerprobe“ praktischer Erfahrung eine kompetente Aufklärung ermöglicht.³⁸ Viertens hat der Gesetzgeber den zeitlichen Rahmen der geschuldeten Aufklärung trotz bekannter Unsicherheiten in der Praxis nicht konkretisiert und fünftens trotz dahingehender Empfehlungen keine Regelung getroffen, dass bei fremdsprachigen Patienten (samt Kostenübernahme) ggf. ein Dolmetscher beigezogen werden muss.³⁹ Sechstens ist die Vorschrift zur Beweislast bei Aufklärungspflichtverletzungen (vgl. § 630h Abs. 2 BGB) gründlich misslungen, weil die richterrechtlich etablierte Rechtsfigur der „hypothetischen Einwilligung“ hier nur unvollständig wiedergegeben ist: In Wahrheit bildet der Einwand des beklagten Arztes, „dass der Patient auch im Fall einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die Maßnahme eingewilligt hätte“, nur die erste Stufe der Beweislastverteilung.⁴⁰ Was der Gesetzgeber offensichtlich vergessen hat: Der Patient kann hiergegen einwenden, dass er sich in einem „ernstlichen Entscheidungskonflikt“ befunden hätte, was er lediglich plausibel machen muss:⁴¹ Dann fällt die volle Beweislast wieder ganz auf die Seite des behandelnden Arztes. Da die neue Gesetzesvorschrift den zweiten – für die Belange des Patienten zentralen – Teil der bisherigen Judikatur weggelassen hat, steht zu befürchten, dass damit die ärztliche Aufklärungspflicht de facto weitreichend ausgehöhlt wird.⁴²

Dem ersten Anschein nach ganz patientenfreundlich mutet hingegen die in § 630c Abs. 2 S. 2 BGB nun explizit aufgegebene Verpflichtung des Arztes an,

36 Näher Katzenmeier (2012), S. 576 ff.

37 Vgl. Hart (2013), S. 159 ff.

38 Zutreffend krit. Dillschneider et al. (2012), S. 661 ff., mit Recht Kontrollen fordernd.

39 Vgl. Katzenmeier (2012), S. 576 ff. und Spickhoff (2013), S. 267 ff.

40 An ein solches Vorbringen sind nach bisheriger Rechtsprechung „strenge“ bzw. „strengste“ Anforderungen zu stellen: BGH NJW 1980, 1333 (1334); 1984, 1397, 1399; 1992, 2351 (2353); 1994, 2414 (2415); 1998, 2734.

41 Vgl. BGH NJW 1990, 2928 (2929); 1991, 1543 (1544); 1994, 799, 801.

42 Deutsch (1984), S. 1399 und 1400 hat dies bereits dadurch befürchtet, dass überhaupt der Nachweis rechtmäßigen Alternativverhaltens zugelassen wird.

„erkennbare Umstände“, welche „die Annahme eines Behandlungsfehlers begründen“, dem Patienten mitzuteilen. Dies soll freilich nur „auf Nachfrage“ des Patienten gelten sowie dann, wenn die Aufklärung hierüber „zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren“ erforderlich ist. So sehr es in beiden Fällen geradezu eine Selbstverständlichkeit sein sollte, bereits im Raume stehende Behandlungsfehler nicht zu verschweigen oder gar zu vertuschen, fragt sich aber, warum dies nur insoweit gelten, mithin die Aufklärung des Patienten über solche Umstände nicht generell zu einer „vertrauensvollen therapeutischen Partnerschaft“ zählen soll. Die Erwiderung des Gesetzgebers, dass den Behandelnden „lediglich die Pflicht zur gesundheitlichen Sorge“, nicht aber eine „umfassende Fürsorgepflicht“ treffe,⁴³ kann mit Blick auf die Relevanz einer solchen Information für das weitere Vertrauenkönnen des Patienten wohl kaum überzeugen, und noch weniger vor dem Hintergrund der allgemeinen Zielsetzung des Gesetzes. Mehr noch: Rechtlich versierten Patienten gibt der Gesetzgeber damit de facto auf, gleichsam auf Verdacht immerfort nach evtl. „Behandlungsfehlern“⁴⁴ zu fragen, weil erst auf diese Weise die Informationspflicht verlässlich aktiviert wird – einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung dürfte dies wohl kaum zugutekommen. Im Übrigen wäre mit einer Beachtung dieser Pflicht – allen Gesetzen menschlicher Psychologie zuwider⁴⁵ – allenfalls dann zu rechnen, wenn der Gesetzgeber wenigstens Vorsorge getragen hätte, dass den betreffenden Arzt keinerlei rechtliche Nachteile treffen. Das in § 630c Abs. 2 S. 3 BGB vorgesehene Verwertungsverbot betrifft jedoch allein (noch dazu: nur gegen den Behandelnden selbst und/oder seine Angehörigen, nicht aber gegen Dritte geführte)⁴⁶ Strafverfahren, nicht jedoch Haftpflichtprozesse und Disziplinarverfahren.⁴⁷ Im Übrigen sind die verfassungsrechtlichen Bedenken im Hinblick auf den nemo-tenetur-Grundsatz (Verbot des Zwanges zur Selbstbelastung)⁴⁸ auch deshalb noch keineswegs ausgeräumt, weil ein Verwertungsverbot die Einleitung eines Strafverfahrens und so die damit verbundene Belastung mit einem Straftatverdacht (vgl. § 152 StPO) keineswegs verhindert.⁴⁹

43 BR-Drucks. 312/12, S. 30.

44 Spickhoff (2013, S. 267 ff.) fragt zu Recht, warum nicht auch Aufklärungsfehler erfasst sind.

45 Mit Blick auf fehlende positive Anreize skeptisch Wagner (2012), S. 789 ff.

46 Kritisch daher Preis/Schneider (2013), S. 281 ff.

47 Deshalb für eine Erweiterung auf berufsrechtliche Verfahren plädierend Vavra (2012), die darüber hinaus mit Recht auf die Unklarheit aufmerksam macht, ob nur über die „Umstände“ oder aber zugleich über die Bewertung als „Behandlungsfehler“ informiert werden muss.

48 Vgl. Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG sowie BVerfGE 56, 37 ff.; BGHSt 38, 214 ff.

49 Siehe auch Katzenmeier (2012), S. 576 ff.

Schlussendlich vermögen auch die Gesetzesänderungen, welche die Rechtsstellung des Patienten im Verhältnis zu den Leistungserbringern stärken sollen, nicht recht zu überzeugen. Dies drängt sich im Falle des § 66 SGB V n.F. geradezu auf, wonach Krankenkassen ihre Versicherungsnehmer nunmehr bei Verdacht eines Behandlungs- oder Pflegefehlers nicht mehr nur unterstützen „können“, sondern unterstützen „sollen“. Die praktische Relevanz dieser „Sollens“-Vorgabe dürfte jedoch gering sein, denn es steht kaum zu erwarten, dass Versicherte im Falle evtl. Behandlungsfehler zunächst ihre Unterstützungserwartung gegenüber ihren Krankenkassen gerichtlich durchsetzen werden.⁵⁰ Die neue Vorschrift des § 13 Abs. 3a SGB V erweckt hingegen auf den ersten Blick den Anschein einer tatsächlichen Verbesserung der Situation von Patienten: Auf eine Bescheidung ihres Antrages auf Gewähr einer Leistungszusage sollen sie jetzt – grundsätzlich – nur noch drei Wochen (bei Notwendigkeit einer Begutachtung durch den MDK: fünf Wochen) warten müssen. Freilich können sich die Krankenkassen von diesem Zeitdruck auf recht einfache Weise befreien, indem sie ihrem jeweiligen Versicherungsnehmer innerhalb dieser Frist einen „hinreichenden Grund“ für die beanspruchte längere Bearbeitungsdauer mitteilen (§ 13 Abs. 3a S. 5, 6 SGB V). Welche Gründe hier als „hinreichend“ gelten können, ist jedoch gänzlich unklar. Selbst wenn sich die Mitteilung der Krankenkassen jedoch am Ende (im Konfliktfall erst nach Durchlaufen des sozialgerichtlichen Instanzenzuges?) als unzureichend erweisen sollte und deshalb die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt, ist der weitere Weg für den Leistungsberechtigten nicht ohne Fallstricke: Er darf sich jetzt zwar die Leistung – soweit „erforderlich“ – „selbst beschaffen“ und mit einer Kostenübernahme durch seine Versicherung rechnen: Diese ist jedoch nur zur Erstattung jener Kosten verpflichtet, die angefallen wären, wenn „die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt“ worden wäre.⁵¹ Sofern dies bedeuten sollte, dass bei der Bemessung der Kostenerstattung ihrer Höhe nach das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V Anwendung findet, ist der Patient am Ende unweigerlich dem Risiko ausgesetzt, auf einem Teil der Kosten sitzenzubleiben.⁵²

2.3. Residuen

Da sich der Gesetzgeber im Wesentlichen darauf beschränkt hat, die bisherige höchstrichterliche Rechtsprechung festzuschreiben, ist die große Chance zu

50 Wie hier auch Preis/Schneider (2013), S. 281 ff.: bloße „Scheingesetzgebung“.

51 BR-Drucks. 312/12, S. 47.

52 Siehe auch Preis/Schneider (2013), S. 281 ff.

einer wirklich patientenfreundlichen Fortschreibung des Arztrechts verpasst worden. Die schon zuvor innerhalb der medizinrechtswissenschaftlichen Debatte wie auch während des Gesetzgebungsverfahrens formulierten Anregungen (wie z.B. die Erstreckung der Beweislastumkehr in § 630h Abs. 5 BGB auf einfache Behandlungsfehler) wurden nicht aufgegriffen. Deshalb ist mit Recht vielfach bezweifelt worden, ob überhaupt ein Regelungsbedarf bestand, wenn nicht mehr bezweckt war als bloße Symbolik.⁵³ Doch lässt sich nicht einmal von einer nur folgenlosen Gesetzgebung sprechen: Denn einer weiteren richterrechtlichen Fortbildung des Arzt(haftungs)rechts ist jetzt eine unübersteigbare Grenze gesetzt; dass der bisherige Stand erst durch schrittweise Entfaltung und Ausdifferenzierung „from case to case“ erreicht worden ist, muss dem Gesetzgeber offenbar gänzlich entgangen sein. Damit dürfte er den Rechten der Patienten einen Bärendienst geleistet haben.

Dabei wäre es geradezu überfällig gewesen, die derzeitige Rechtslage zur ärztlichen Aufklärungspflicht und das ihr zugrunde liegende Dogma vom „mündigen Patienten“ von Grund auf zu überdenken: Denn längst ist die Aufklärung zu einem „bürokratischen Selbstschutz“ der Ärzte geworden und verfehlt damit ihren Sinn wie letztlich auch den ärztlichen Auftrag zur Fürsorge. Schon vor mehr als drei Jahrzehnten hat der Altmeister des Medizinrechts *Hans-Ludwig Schreiber* mit großem Nachdruck betont, dass die „Aufklärungsrechtsprechung [...] eine ganz und gar irrealen Vorstellung vom Kranken hat“:⁵⁴

„Der Mensch wird als ein abstrakt-vernünftiges Wesen verstanden, nicht als konkret Leidender, als der er dem Arzt gegenübertritt. Eine erhebliche Krankheit mindert die Möglichkeiten seiner Selbstverfügung. [...] Die Überbetonung des abstrakten Selbstbestimmungsrechts geht über die wirkliche Abhängigkeit von der Krankheit und die Hilfsbedürftigkeit des Patienten hinweg. [...] Ein verständiger Patient will nicht alles wissen, nicht jede Gefahr eines Misserfolges oder einer Komplikation, sondern nur solche Umstände, die für seine höchstpersönliche Entscheidung [...] von Bedeutung sind.“

Die aktuelle Debatte zu sog. „Nocebophänomenen“ in der klinischen Praxis⁵⁵ sollte allen Beteiligten, nicht zuletzt auch den rechtspolitisch Verantwortlichen, ein ausreichender Impuls dafür sein, wie sehr die kommunikative Seite inzwischen zu einer „Schicksalsfrage des Arzt-Patienten-Verhältnisses“⁵⁶ geworden ist.

53 Z.B. Deutsch (2012), S. 2009 ff., Spickhoff (2013), S. 267 ff., Wagner (2012), S. 789 ff.

54 Zum Folgenden Schreiber (1980/2013), S. 371 ff.

55 Siehe dazu nur Häuser et al. (2012), S. A-459 ff.

56 Schreiber (1980/2013), S. 371.

3. Fazit

Eine wirkliche Stärkung der Patientenrechte muss dort ansetzen, wo sie Tag für Tag verletzt werden, und die eigentlichen Ursachen hierfür erforschen. Menschen handeln und entscheiden stets innerhalb von konkreten sozialen Rahmenbedingungen und nicht – jedenfalls nicht nur und nicht allein – nach den Vorgaben des Gesetzgebers. Ressourcenknappheit, ökonomischer Druck, Überforderung durch ausufernde Bürokratisierung und Formalisierung sind zentrale Faktoren, die es mitbedingen, dass der eigentliche Bezugspunkt aller ärztlichen Tätigkeit – der Patient – immer mehr in den Hintergrund rückt. Das Recht mit seinen Anforderungen kann nicht nur eine unverzichtbare Säule sein, um dem Schwachen beizustehen, sondern hat auch seine Schattenseite. Bei aller Notwendigkeit einer rechtlichen Kontrolle des Arzt-Patienten-Verhältnisses sollte nicht übersehen werden, dass das Recht auch von den wahren Aufgaben ablenken und interessengeleitet benutzt werden kann. Rechtliche Inverantwortungnahme verleitet zum Verschweigen oder gar Vertuschen, wo in Wahrheit menschliche Zuwendung das Gebot der Stunde wäre; der juristische Ausbau von Patientenrechten kann sich so leicht ins Gegenteil des Beabsichtigten verkehren. Wo allerdings das Recht nicht mehr zum dysfunktionalen Selbstschutz verleitet, öffnet sich der Raum für Wahrhaftigkeit und Transparenz. Dass auf freiwilliger Basis das Vorkommen von Behandlungsfehlern inzwischen systematisch erfasst und ausgewertet wird („Critical Incident Reporting System“), um aus Fehlern zu lernen, und dies auch noch (grundsätzlich) mit dem „Segen des Rechts“ (vgl. Art. 135a Abs. 3 SGB V),⁵⁷ ist daher ein Zeichen der Hoffnung.

57 Die Verwertbarkeit der Daten zur Verfolgung von Straftaten, die mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht sind, soll allerdings zulässig bleiben.

Literatur

- Bundesärztekammer (2012): Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2012, www.bundesaerztekammer.de/downloads/Erhebung_StaeKo_mit_Zahlen_2012_komplett.pdf.
- Bundesärztekammer (2013): Pressemitteilung vom 17.06.2013, www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.11025.11324.11339.
- Busse, D. (2004): Verstehen und Auslegen von Rechtstexten – institutionelle Bedingungen. In: Lerch K. D. (2004), S. 7-20.
- Coester-Waltjen, D. (2012): Reichweite und Grenzen der Patientenautonomie von Jungen und Alten – Ein Vergleich. In: *Medizinrecht* 30, 9 (2012), S. 553-560.
- Deutsch, E. (1984): Urteilsanmerkung zu: BGH v. 07.02.1984 – VI ZR 174/82. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 37, 24 (1984), S. 1399-1400.
- Deutsch, E. (2012): Deutsche Sonderwege zur Arzthaftung. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 65, 28 (2012), S. 2009-2014.
- Dillschneider, J./Theuer, D./Mieth, M./Büchler, M. W. (2012): Zum neuen Patientenrechtegesetz. In: *Der Chirurg* 83, 7 (2012), S. 661-666.
- Duttge, G. (2007): Aktuelle Rechtslage zum Einsichtsrecht von Psychiatriepatienten in ihre Krankenakten. In: *Niedersächsisches Ärzteblatt* 80, 9 (2007), S. 24-25.
- Duttge, G. (2013): Patientenautonomie und Einwilligungsfähigkeit. In: *Wiesemann/Simon* (2013), S. 77-90.
- Emanuel, J. E./Emanuel, L. L. (1992): Four Models of the Physician-Patient Relationship. In: *The Journal of the American Medical Association* 267, 16 (1992), S. 2221-2226.
- Engisch, K. (1963): *Logische Studien zur Gesetzesanwendung*. 3. Auflage. Tübingen.
- Goetz, E. (2013): Statement zur Pressekonferenz der Bundesärztekammer am 17.06.2013, www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=2.59.5301.11336.11337.
- Häuser, W./Hansen, E./Enck, P. (2012): Nocebophänomene in der Medizin – Bedeutung im klinischen Alltag. In: *Deutsches Ärzteblatt* 109, 26 (2012), S. A-459-465.
- Hart, D. (2013): Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz. In: *Medizinrecht* 31, 3 (2013), S. 159-165.
- Katzenmeier, C. (2009): Arztfehler und Haftpflicht. In: *Laufs et al.* (2009), Kap. X.

- Katzenmeier, C. (2012): Die Rahmenbedingungen der Patientenautonomie – Eine kritische Betrachtung des Patientenrechtegesetz-Regierungsentwurfs. In: *Medizinrecht* 30, 9 (2012), S. 576-583.
- Katzenmeier, C. (2013): Der Behandlungsvertrag – Neuer Vertragstypus im BGB. In: *Neue Juristische Wochenschrift* 66, 12 (2013), S. 817-824.
- Kühn, H. (1998): Industrialisierung der Medizin? Zum politisch-ökonomischen Kontext der Standardisierungstendenzen. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 29 (1998), S. 34-52.
- Larenz, K. (1991): *Methodenlehre der Rechtswissenschaft*. 6. Auflage. Berlin, Heidelberg u.a.
- Laufs, A./Katzenmeier, C./Lipp, V. (2009): *Arztrecht*. 6. Auflage. München.
- Lerch, K. D. (2004): *Recht verstehen. Verständlichkeit, Missverständlichkeit und Unverständlichkeit von Recht*. Berlin, New York.
- Lilie, H./Rosenau, H. (Hrsg.) (2013): Hans-Ludwig Schreiber. *Schriften zur Rechtsphilosophie, zum Strafrecht und zum Medizin- und Biorecht*. Frankfurt/M. u.a.
- Montgomery, F. U./Brauer, D./Hübner, M./Seeböhm, A. (2013): Das Patientenrechtegesetz aus Sicht der Ärzteschaft. In: *Medizinrecht* 31, 3 (2013), S. 149-153.
- Preis, U./Schneider, A. (2013): Das Patientenrechtegesetz – eine gelungene Kodifikation? In: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 22, 8 (2013), S. 281-288.
- Rüthers, B. (2008): *Rechtstheorie*. 4. Auflage. München.
- Savigny, C. F. von (1814): *Vom Beruf unsrer Zeit für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft*. Heidelberg.
- Schreiber, H.-L. (1980/2013): Der unheilvolle Weg in die defensive Medizin. Der rechtliche Selbstschutz des Arztes und die Fürsorge für den Kranken. In: *F.A.Z.* v. 3.10.1980, S. 10 sowie nachgedruckt in: Lilie/Rosenau (2013), S. 371-378.
- Spickhoff, A. (2012): Patientenrechte und Gesetzgebung. Rechtspolitische Anmerkungen zum geplanten Patientenrechtegesetz. In: *Zeitschrift für Rechtspolitik* 45, 3 (2012), S. 65-70.
- Spickhoff, A. (2013): Patientenrechte und Patientenpflichten – Die medizinische Behandlung als kodifizierter Vertragstypus. In: *Versicherungsrecht* 64, 7 (2013), S. 267-282.
- Thurn, P. (2013): Das Patientenrechtegesetz – Sicht der Rechtsprechung. In: *Medizinrecht* 31, 3 (2013), S. 153-157.
- Vavra, M. (2012): Stellungnahme zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes anlässlich der öffentlichen Anhörung des Rechts- und Gesundheitsausschusses am 22.10.2012,

- www.bundestag.de/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/Archiv/z_Patientenrechte/Stellungnahmen/17_14_0326_21_ESV_Vavra.pdf.
- Wagner, G. (2012): Kodifikation des Arzthaftungsrechts? Zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes. In: *Versicherungsrecht* 63, 19 (2012), S. 789-802.
- Weidinger, P. (2004): Aus der Praxis eines Heilwesenversicherers: Aktuelle Entwicklungen in der Arzt- und Krankenhaushaftpflicht. In: *Medizinrecht* 22, 6 (2005), S. 289-295.
- Wiesemann, C./Simon, A. (Hrsg.) (2013): *Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen*. Münster.

