



Prof. Dr. Thomas Ratajczak
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Fachanwalt für Sozialrecht
Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB
Rechtsanwälte
Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg i. Br. ·
Köln · Meißen · München · Sindelfingen

Posener Straße 1
71063 Sindelfingen
Tel.: +49 7031 9505-27
E-Mail: syr@rpmed.de
(Sybill Ratajczak)
Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
www.rpmed.de

INHALT

- Rechtzeitigkeit der Aufklärung
- Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. SGB V
- Zulassungsentziehung aus gesundheitlichen Gründen
- Abtretungsverbot im Behandlungsvertrag

Serie

Neues aus dem Recht für Zahnärzte (Teil 5)

Rechtzeitigkeit der Aufklärung

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat am 20.12.2022 – VI ZR 375/21 – eine in den gerichtlichen Auseinandersetzungen immer wichtiger werdende Frage geklärt: Wie viel Zeit muss dem Patienten vor der Durchführung der Behandlung gegeben werden, sich die Dinge zu überlegen.

§ 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB enthält hinsichtlich der Anforderungen der Aufklärung als Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung des Patienten in eine Behandlung eine unglückliche Formulierung. Danach muss die Aufklärung „so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann.“

Wann eine Entscheidung „wohlüberlegt“ ist, ist weder definiert noch auch nur annähernd von Person zu Person gleich zu beantworten. Es gibt Menschen, die zu spontanen Entscheidungen fähig sind, und solche, die Entscheidungen eigentlich nicht treffen können oder nicht treffen wollen. Es gibt auch keine allgemein anerkannte Definition dessen, was wohlüberlegt überhaupt ist.

Es bot sich prozessual aber an, wenn die Aufklärung ansonsten nicht zu beanstanden war, dann zu rügen, dass man dem Patienten nicht genügend Zeit für eine „wohlüberlegte“ Entscheidung gelassen habe.

Mit einem solchen Fall hatte sich der BGH zu befassen. Es geht um eine Voroperation zu einer geplanten Mastoidektomie. Der Patient litt unter chronisch rezidivie-

renden Ohrenentzündungen und Paukenergüssen. In einem ersten Schritt sollte die Operation der Nasen-Septum-Plastik zur Optimierung der Nasenluftpassage sowie in zeitlichem Abstand von 6-8 Wochen die Mastoidektomie durchgeführt werden. Intraoperativ kam es bei der ersten Operation am 04.11.2013 zu einer Duraverletzung, der Verletzung der vorderen Hirnschlagader und zu einer Durchtrennung des Riechnervs links. Der Patient musste mehrfach nachoperiert werden. Behandlungsfehler des Operateurs ließen sich nicht nachweisen. Der Patient wurde über die Risiken auch zutreffend aufgeklärt. Unmittelbar nach der Aufklärung unterschrieb der Patient das Aufklärungsformular.

Das Landgericht Bremen als erstinstanzliches Gericht wies deshalb die Klage mit Urteil vom 02.12.2020 – 1 O 1708/17 – ab.

Das zweitinstanzlich befassende Oberlandesgericht Bremen gab dagegen der Berufung mit Urteil vom 25.11.2021 – 5 U 63/20 – statt und bemängelte, dass eine Einwilligung, die durch Unterzeichnung des Aufklärungsformulars unmittelbar nach dem Ende des Aufklärungsgesprächs erfolge, im Regelfall unwirksam sei, weil dieser zeitliche Ablauf dem Patienten nicht die Möglichkeit eröffne, den Inhalt des Aufklärungsgesprächs so zu verarbeiten, dass er sich wohlüberlegt entscheiden könne.

Der BGH korrigierte diese Auffassung. Mit seiner Beurteilung überspanne das Berufungsgericht den Wortlaut des § 630e Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 BGB und stelle über-

zogene Anforderungen an die der Behandlungsseite obliegenden Pflichten zur Einholung einer Einwilligung des Patienten. Die Bestimmung enthalte kein Erfordernis, wonach zwischen Aufklärung und Einwilligung ein bestimmter Zeitraum liegen müsse, sondern kodifiziere die bisherige Rechtsprechung, derzufolge der Patient vor dem beabsichtigten Eingriff so rechtzeitig aufgeklärt werden müsse, dass er durch hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe seine Entscheidungsfreiheit und damit sein Selbstbestimmungsrecht in angemessener Weise wahrnehmen könne. Die Aufklärung müsse zu einem Zeitpunkt erfolgen, in dem der Patient noch im vollen Besitz seiner Erkenntnis- und Entscheidungsfreiheit sei und nicht unter dem Einfluss von Medikamenten stehe; sie dürfe nicht erst so kurz vor dem Eingriff erfolgen, dass der Patient wegen der in der Klinik bereits getroffenen Operationsvorbereitungen unter einen unzumutbaren psychischen Druck gerate oder unter dem Eindruck stehe, sich nicht mehr aus einem bereits in Gang gesetzten Geschehensablauf lösen zu können. Entscheidend sei, ob der Patient unter den jeweils gegebenen Umständen ausreichend Gelegenheit habe, innerlich frei darüber zu entscheiden, ob er sich der beabsichtigten medizinischen Maßnahme unterziehen wolle oder nicht.

Zu welchem konkreten Zeitpunkt ein Patient nach ordnungsgemäßer – insbesondere rechtzeitiger – Aufklärung seine Entscheidung über die Erteilung oder Versagung seiner Einwilligung trifft, sei seine Sache. Sehe er sich bereits nach dem Aufklärungsgespräch zu einer wohlüberlegten Entscheidung in der Lage, sei es sein gutes Recht, die Einwilligung sofort zu erteilen. Wünsche er dagegen noch eine Bedenkzeit, so könne von ihm grundsätzlich erwartet werden, dass er dies gegenüber dem Arzt zum Ausdruck bringt und von der Erteilung einer – etwa im Anschluss an das Gespräch erbetenen – Einwilligung zunächst absieht. Dass ihn dies – beispielsweise, weil er bereits in

Operationsplanungen einbezogen sei und sich einem "Apparat" gegenübersehe, den er möglichst nicht stören möchte – eine gewisse Überwindung kosten möge, sei seiner Selbstbestimmung zuzuordnen. Der – zum Zwecke einer sinnvollen Wahrnehmung seines Selbstbestimmungsrechts – ordnungsgemäß aufgeklärte Patient sei nicht passives Objekt ärztlicher Fürsorge; er sei vielmehr grundsätzlich dazu berufen, von seinem Selbstbestimmungsrecht aktiv Gebrauch zu machen und an der Behandlungsentscheidung mitzuwirken. Tue er dies nicht, so könne der Arzt grundsätzlich davon ausgehen, dass er keine weitere Überlegungszeit benötige.

Eine andere Beurteilung sei allerdings – sofern medizinisch vertretbar – dann geboten, wenn für den Arzt erkennbare konkrete Anhaltspunkte dafür gegeben seien, dass der Patient noch Zeit für seine Entscheidung benötige. Solche Anhaltspunkte können beispielsweise in einer besonders eingeschränkten Entschlusskraft des Patienten liegen. Gleiches gelte, wenn dem Patienten nicht die Möglichkeit gegeben werde, weitere Überlegungszeit in Anspruch zu nehmen. Das sei etwa – von medizinisch dringenden Behandlungsmaßnahmen abgesehen – dann anzunehmen, wenn der Patient zu einer Entscheidung gedrängt oder "überfahren" werde.

Im Ergebnis sieht es der BGH als entscheidend an, dass der Patient „zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem Eingriff eine wirksame Einwilligung erklärt und diese nicht widerrufen hat“.

Das ist eine wichtige Klarstellung, gerade auch für Zahnarztpraxen, in denen Aufklärung und meist daran sofort anschließender Eingriff die Regel sind.

Normale Zahnarztpatienten können behandelt werden, wenn sie zur Behandlung „ja“ gesagt haben. Bei den psychisch auffälligen Patienten lohnt es ohnehin, stets genauer hinzuschauen, ob der Pa-

tient nicht besser in einer Zahnklinik aufgehoben ist. Hier stellt sich am ehesten die Frage, ob die oft eingeschränkte „Entschlusskraft“ dieser Patienten mit einer sofortigen Behandlung vereinbar ist und damit mit den Gegebenheiten, unter denen das tagtägliche Praxisgeschäft zurecht kommen muss. Zeit für philosophische Betrachtungen zur Wohlüberlegtheit besteht hier nicht.

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. SGB V

Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V erfreute sich lange großer Beliebtheit unter Privat(zahn)ärzten. Die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V wird wegen der kurzen Bearbeitungsfristen des § 13 Abs. 3a SGB V gerne genutzt, um nicht im Leistungskatalog der GKV enthaltene Leistungen (z. B. Liposuktion) zu Lasten der Krankenkasse bezahlt zu bekommen.

§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V kennt zwei Voraussetzungen für die Kostenerstattung im Einzelfall:

- Unaufschiebbare Leistung, welche die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt.).
- Zu Unrecht durch die Krankenkasse abgelehnte Leistung (2. Alt.).

Eine Leistung ist nach der Rechtsprechung unaufschiebbar im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alt. SGB V, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischen Gründen keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand, wobei auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung unaufschiebbar werden kann, wenn mit der Ausführung so lange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreichbar ist (BSG, 08.09.2015 – B 1 KR 14/14 R–).

Unaufschiebbar kann z. B. die Abszessinzision in der Privatpraxis sein, wenn der Zustand des Patienten schon so bedroh-



© Masterlevsha/Shutterstock.com

cherte die Krankenkasse auf diese zeitliche Dringlichkeit hinweist. Macht er das nicht, bekommt er keine Kostenerstattung.

Es lassen sich in der Zahnheilkunde eine Vielzahl von Situationen denken, in denen das relevant werden kann.

Zulassungsentziehung aus gesundheitlichen Gründen

Es gibt Entscheidungen, die Unbehagen auslösen, und zwar nicht wegen des Entscheidungsinhalts, sondern wegen des der Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalts. Ein solcher Fall ist die nachstehend vorgestellte Entscheidung des Landessozialgerichts Schleswig-Holstein vom 21.11.2022 – L 4 KA 105/22 ER B –.

Es ging um einen 1941 geborenen und seit 1977 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden praktischen Arzt.

Nach Kenntnisnahme von Berichten über von diesem Arzt ohne Anamnese und Untersuchung ausgestellte Impfbefreiungen und staatsanwaltliche Ermittlungen bat der Zulassungsausschuss den Arzt am 14.03.2022 um Stellungnahme und fügte bereits „vorsorglich“ eine Erklärung über den Verzicht auf seine Zulassung bei. Der Arzt reagierte darauf zunächst nicht.

Die KV nahm nach Berechnung und Festsetzung des Honoraranspruchs des Arztes für das Quartal I/2022 mit Bescheid vom 12.07.2022 eine sachlich-rechnerische Korrektur in Höhe von 139.878,38 Euro vor. Die Korrektur erfolgte, weil der Arzt im Quartal I/2022 von insgesamt 6.028 abgerechneten Versicherten einen für sei-

ne Praxis ungewöhnlich hohen Anteil von 4.741 Patienten als Neupatienten gekennzeichnet habe, von denen 4.413 Patienten mit der gesicherten Diagnose F 41.1 (generalisierte Angststörung) kodiert worden seien. Darüber hinaus sei die KV durch einen Presseartikel (Reporter F) für jedenfalls einen Fall darauf aufmerksam geworden, dass ohne Anamnese oder Untersuchung ein Attest zur Befreiung von der Impfpflicht übergeben worden sei, das bereits beim Betreten des Arztzimmers ausgedruckt und unterschrieben gewesen sei. Ein Attest, das eine Kontraindikation für eine Coronaimpfung bescheinige, sei keine im Anhang 1 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM) genannte Leistung und keine kurative Tätigkeit. Die Versichertenpauschale sei daher nicht abrechenbar gewesen und zu streichen. Angesichts der hohen Anzahl an Neupatienten in den Quartalen IV/2021 und I/2022 sei davon auszugehen, dass diese auf die Ausstellung von Attesten zur Befreiung von der Impfpflicht zurückzuführen sei, so dass die Leistungen dieser Fallgruppe unrechtmäßig über sie – die KV – abgerechnet worden seien. In der Zusammenschau sei festzustellen, dass der Arzt regelhaft Patienten ohne die notwendige Anamnese und entsprechendes Verlangen durch den behandelnden Arzt oder die Krankenkasse Atteste ausgestellt habe.

Die KV korrigierte für 4467 Neupatienten die abgerechnete Versichertenpauschale nebst parallel abgerechneter und von Amts wegen zugesetzter EBM-Leistungen. Dagegen legte der Arzt am 23.07.2022 Widerspruch ein. Ihm sei die von dem Reporter vorgebrachte Symptomatik und ein Leidensdruck glaubhaft erschienen. Dass die Bescheinigung unter Vorspiegelung falscher Tatsachen nur erschlichen gewesen sei, sei ihm zu dem Zeitpunkt nicht ersichtlich gewesen.

Vor diesem Hintergrund beschloss der Zulassungsausschuss am 17.08.2022, von Amts wegen ein Verfahren auf Entziehung der Zulassung wegen gröblichen Pflicht-

lich erscheint, dass Korrespondenz der Krankenkasse statt sofortiger Behandlung fachlich keine Option darstellt. So krass liegen die Dinge aber selten.

Das Landessozialgericht Schleswig-Holstein hat in einer beachtenswerten Entscheidung vom 26.04.2022 – L 10 KR 82/20 – für die sog. unaufschiebbaren Behandlungen eine neue und im Gesetz nicht vorgesehene Schutzfunktion für die Krankenkassen eingebaut. Der Versicherte müsse alles nach den konkreten Umständen Erforderliche, Mögliche und Zumutbare getan haben, um die fragliche Leistung im Rahmen des GKV-Versorgungsweges – rechtzeitig – zu erhalten. Die den Versicherten insoweit treffende Obliegenheit erfordere im Falle einer – ggf. auch nur vermeintlich – besonders dringlichen Behandlung, dass der Versi-

tenverstoßes einzuleiten und darüber am 14.09.2022 zu verhandeln. Der Arzt ließ über seinen Prozessbevollmächtigten die Widerspruchsbegründung gegenüber der beigeladenen KV übermitteln. Der Reporter habe falsch berichtet. In der Vergangenheit habe er eine Praxis mit regelmäßig mehr als 3.000 Patienten betrieben, aus gesundheitlichen Gründen in den letzten Jahren jedoch weniger Patienten betreut.

Der Arzt erschien am 14.09.2022 zu der angesetzten Verhandlung ohne Begleitung seines Prozessbevollmächtigten. Im Anschluss beschloss der Zulassungsausschuss, dem Arzt mit sofortiger Wirkung die Zulassung als praktischer Arzt zu entziehen und ordnete den Sofortvollzug der Entscheidung an. In der Begründung schilderte der Zulassungsausschuss den Anlass der Sitzung und den Eindruck der ärztlichen Mitglieder des Zulassungsausschusses, dass der Arzt an Parkinson erkrankt sei, was dieser bestätigt habe. Darüber hinaus stehe für den Zulassungsausschuss fest, dass der Arzt bereits so schwer an Parkinson erkrankt sei, dass er sich freiwillig einer Fahrtauglichkeitsprüfung unterziehen solle und darüber hinaus den Belastungen einer hausärztlichen Tätigkeit nicht mehr gewachsen und zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit ungeeignet i.S. von § 21 Ärzte-ZV sei. Den in der Sitzung erkennbaren Erkrankungszustand könne der Zulassungsausschuss aufgrund der Besetzung des Gremiums mit Ärzten ohne die Einholung eines Sachverständigengutachtens einschätzen.

Der Zulassungsausschuss entzog die Zulassung und ordnete den Sofortvollzug an. Eine Untersuchung des Arztes hatte nicht stattgefunden. Der Zulassungsausschuss stützte sich für seine Entscheidung vielmehr allein an den Eindruck, den die drei ärztlichen Mitglieder in der Sitzung von dem Arzt gewonnen haben.

Das ist der Punkt, wo mein Unbehagen ansetzt.

Das Landessozialgericht sah die Dinge ebenso kritisch: Der Entzug einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aus gesundheitlichen Gründen sowie die Anordnung des Sofortvollzugs dieser Entscheidung setzten als Eingriff in die Berufsfreiheit voraus, dass der Gesundheitszustand des Vertragsarztes durch ärztliche Befund- und Behandlungsberichte dokumentiert oder ein Gutachten i.S. von § 21 Sätze 3 und 4 Ärzte-ZV festgestellt werde.

Einschätzungen der ärztlichen Mitglieder des Zulassungsgremiums reichten in der Regel nicht aus.

Man wollte den Kollegen ersichtlich loswerden und sah Parkinson als eine probate Begründung. Sich mit Feinheiten wie der daraus für die Arbeit als Arzt tatsächlich entstehenden Beeinträchtigungen auseinanderzusetzen, war offenbar inopportun. Selbstredend wurde dem Arzt auch nicht mitgeteilt, dass die drei ärztlichen Mitglieder des Zulassungsausschusses sein Verhalten in der Sitzung zum Anlass einer Ferndiagnose seiner Zulassungsfähigkeit nehmen würden.

Es ist nicht so, dass es früher solches Verhalten von Zulassungsausschüssen nie gegeben hätte. Aber heute?

Abtretungsverbot im Behandlungsvertrag

Das Oberlandesgericht Karlsruhe nahm in einem Urteil vom 17.08.2022 – 7 U 143/21 – zur Wirksamkeit eines Abtretungsverbots in einem Behandlungsvertrag Stellung.

Es ging um einen Regressprozess einer privaten Krankenversicherung (PKV) gegen den behandelnden Arzt. Die Versicherungsnehmerin (= Patientin) hatte sich vom 26.05.2015 bis 16.06.2015 und vom 10.11.2015 bis 27.11.2015 bei dem Arzt in Behandlung befunden. Am 12.05.2015 unterzeichnete die Versicherungsnehmerin entsprechende Behandlungsverträge, die u.a. folgenden Inhalt hatten:

„Mit Ihrer Unterschrift versichern Sie, Forderungen aus der Behandlungsrechnung nicht an Ihre Krankenversicherung/ Beihilfestelle abzugeben und das berechnete Honorar selbst zu tragen, soweit Ihre Versicherung oder Beihilfestelle dies nicht oder nicht in vollem Umfang erstattet.“

Die klagende PKV hat vorgetragen, die vom beklagten Arzt behauptete Gebührenvereinbarung mit der Versicherungsnehmerin sei unwirksam. Der Beklagte hätte in der Rechnung vom 16.06.2015 insgesamt 11.744,03 € zu viel angesetzt und dementsprechend – unter Berücksichtigung der 15%-igen Minderung des Betrages gem. § 6a Abs. 1 Satz 2 GOÄ – 9.982,43 € zu viel erhalten. Im Rahmen der Rechnung vom 27.11.2015 hätte er 11.743,23 € zu viel berechnet und dementsprechend – unter Berücksichtigung der 15%-igen Minderung gem. § 6a Abs. 1 Satz 2 GOÄ – 9.981,75 € zu viel erhalten. Unter Berücksichtigung des 30 %-Tarifs ihrer Versicherungsnehmerin stünde der Klägerin ein Rückforderungsbetrag in Höhe von insgesamt 5.989,25 € zu. Konkret hat die Klägerin hinsichtlich der Rechnung vom 16.06.2015 moniert, dass zahlreiche GOÄ-Ziffern nicht korrekt angesetzt worden seien. Unter anderem könne die Ziff. GOÄ 2287 nur einmal abgerechnet werden, auch wenn eine Behandlung mehrerer Wirbelsegmente erfolgt sei.

Die Klage hatte in erster Instanz in Höhe von 4.719,92 € Erfolg (Landgericht Heidelberg, 11.08.2021 – 4 O 130/19 –).

Das Oberlandesgericht Karlsruhe wies die Berufung des Arztes zurück. Die PKV sei aktivlegitimiert, dürfe also die Rechte ihrer Versicherungsnehmerin auf teilweise Rückzahlung des Honorars selbst wahrnehmen. Ihre Aktivlegitimation beruhe auf einem wirksamen gesetzlichen Forderungsübergang gem. §§ 194 Abs. 2, 86 Abs. 1 VVG.

Der Arzt hatte mit seinem Abtretungsverbot versucht, die Abtretbarkeit der Forderung nach § 399 BGB auszuschließen.

Ob ein solches Abtretungsverbot gem. § 412 BGB auch einen gesetzlichen Forderungsübergang hindert, ist rechtlich ungeklärt. Das Oberlandesgericht lässt diese Frage dahingestellt und hält das vertraglich vereinbarte Abtretungsverbot für eine überraschende und eine unangemessene Klausel in vorformulierten Vertragsbedingungen (AGB).

Überraschend sei ein Abtretungsverbot in einem Behandlungsvertrag, wenn es sich nicht allein auf die zuvor ausdrücklich im Behandlungsvertrag aufgeführten Leistungen beziehe, sondern auf alle Forderungen aus der letztlich zu stellenden Rechnung und damit auch auf weitergehende Leistungen, die ggf. kurzfristig oder anlassbezogen notwendig werden (etwa wegen Komplikationen im Rahmen einer Operation). Mit einem so umfassenden Abtretungsverbot müsse ein verständiger Patient nicht rechnen. Nachdem die Tragweite dieses Abtretungsverbots für einen durchschnittlich verständigen Patienten nicht ersichtlich sei und vorlie-

gend ein expliziter Hinweis auf diese nicht erfolgt sei, stellt sich die Klausel als überraschend dar.

Das Abtretungsverbot sei auch unangemessen.

In Bezug auf schwer nachvollziehbare und ggf. sogar unberechtigte Forderungen müsse ein Patient auf Basis des vorliegenden Abtretungsverbots die Kosten zumindest vorläufig selbst tragen, wenn er sich nicht dem Risiko einer (ggf. gerichtlichen) Auseinandersetzung mit dem abrechnenden Arzt aussetzen wolle, deren Ausgang er in der Regel schwer beurteilen könne. Er wäre zudem gegebenenfalls verpflichtet, einen Rückforderungsanspruch selbst gegen den Arzt geltend zu machen und den erstrittenen Ersatzbetrag an die private Krankenversicherung auszukehren. Dies widerspräche in erheblichem Maß dem Interesse des Patienten bzw. Versicherungsnehmers. Das Abtretungsverbot stellt sich deshalb als unangemessen benachteiligend i.S. des § 307 Abs. 1 BGB dar.

Quintessenz dieser Entscheidung ist, dass man – wenn man es nicht explizit wissen und die Dinge zum Bundesgerichtshof treiben will – von Abtretungsverboten Abstand nehmen sollte, auch wenn sich im Regressprozess PKV – (Zahn)Arzt nicht weniger ungleiche Kontrahenten gegenüberstehen wie im Honorarprozess Patient – (Zahn)Arzt, auf den das Oberlandesgericht abstellt. Der Patient kann im Honorarprozess seiner PKV den Streit verkünden und sie in den Prozess so mit auf seine Seite ziehen. Er kann auch – zumindest nach den neueren Versicherungstarifen – von seiner PKV nach § 192 Abs. 3 Nr. 3 VVG verlangen, ihn bei der „Abwehr unberechtigter Entgeltansprüche“ zu unterstützen.

Die vom Oberlandesgericht Karlsruhe ge-sehene Interessenlage des Patienten ist nicht so, dass der Patient auch nur ein bisschen in so einer Auseinandersetzung schutzlos wäre.

Man mutet dem Patienten in solchen Fällen nicht zu viel zu, wenn man ihn darauf hinweist, er sei grundsätzlich dazu berufen, von seinem Selbstbestimmungsrecht aktiv Gebrauch zu machen und an der Behandlungsentscheidung mitzuwirken (s. die einleitend besprochene Entscheidung des BGH vom 20.12.2022). Das erfordert auch zu lesen was man unterschreibt, und darüber nachzudenken, was das bedeutet. Wer Texte unterschreibt, die er nicht gelesen hat noch verstehen würde, bedarf nur dann des Schutzes des Rechts, wenn er in seiner Geschäftsfähigkeit eingeschränkt ist, nicht aber, wenn er zu bequem ist, für sich selbst zu sorgen.

(Der Beitrag wird fortgesetzt)

