



Dr. Karl-Heinz Möller ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht in Düsseldorf und Lehrbeauftragter der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.



Dr. Kyrill Makoski ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht in Düsseldorf.

Der Arztbrief – Rechtliche Rahmen- bedingungen

Dr. Karl-Heinz Möller und Dr. Kyrill Makoski, Düsseldorf

Aus der ärztlichen Praxis ist der Arztbrief nicht wegzudenken. Allerdings bestehen immer wieder Unsicherheiten über die rechtliche Bedeutung des Arztbriefes. Insbesondere bei der Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen sind die Ärzte verpflichtet, einander in schriftlicher Form zu informieren; diese Informationspflicht besteht aber grundsätzlich bei der Tätigkeit verschiedener Ärzte für einen Patienten. In diesem Beitrag werden die Rahmenbedingungen, Fragen der Haftung und Vergütung und der jeweiligen Verantwortung dargestellt. In der Zukunft soll der Informationsaustausch zwischen den Ärzten auf elektronischem Weg erfolgen.

I. Definition, Rechtstatsachen

Der Arztbrief – auch als „ärztlicher Entlassungsbericht“, „Arztbericht“ oder „Epikrise“ bezeichnet¹ – dient der Kommunikation zwischen Ärzten in Bezug auf einen einzelnen Patienten. Mit ihm teilt ein Arzt einem anderen Arzt die von ihm und/oder Dritten erhobenen Befunde, erstellten Diagnosen sowie die für die weiterführende Diagnostik oder Weiterbehandlung erforderlichen Informationen mit. Der Austausch von patientenbezogenen Informationen erfolgt innerhalb der Sektoren, also unter ambulant tätigen Ärzten oder unter Krankenhäusern, aber auch – besonders relevant – sektorenübergreifend zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich.

Dem Arztbrief als Kommunikationsinstrument gerade an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung kommt, insbesondere im Rahmen des Entlassmanagements, eine erhebliche Bedeutung für die Gesundheit der Patienten zu. Es liegt auf der Hand, dass ein Krankenhaus über größere diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt als eine Hausarztpraxis. Von daher ist es besonders wichtig, dass die während eines stationären Aufenthalts gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterbehandlung im ambulanten Bereich genutzt werden können.

Nach einer in 2015 veröffentlichten Umfrage unter 516 Hausärzten² beklagten viele Befragte den verspäteten Zugang des Arztbriefes und sahen hierin eine Gefährdung der nahtlosen

Patientenversorgung.³ Kritisiert wurden ferner fehlende Begründungen für die Änderung einer Medikation sowie das Fehlen der Angabe des Wirkstoffnamens. Zwei Drittel der Befragten vermissen pharmazeutische Hinweise etwa zur Therapiedauer, zu den Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder zum Risiko von Nebenwirkungen.

Die in dieser Veröffentlichung aufgezeigten Schwächen decken sich mit kritischen Verlautbarungen in der jüngeren – ärztlichen – Literatur.⁴ Es wird kritisiert, dass dem Thema „Arztbrief“ im Verhältnis zu dessen Bedeutung ein zu geringer Stellenwert in der ärztlichen Fachwelt sowie in Aus-, Weiter- und Fortbildung beigemessen werde.

II. Gesetzliche Grundlagen

1. BGB

§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB verpflichtet den Behandelnden, dem Patienten unter anderem „die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen“ in verständlicher Weise zu erläutern. Auch schon vor dem Inkrafttreten des PatRG war diese spezielle Informationspflicht – als Hauptpflicht aus dem Behandlungsvertrag⁵ –

³ Die meisten Ärzte wünschten eine Übermittlung des Arztbriefes per Telefax – und nicht via Internet.

⁴ Unnewehr/Schaaf/Friederichs, Die Kommunikation optimieren, DÄBl. 2013, A 1672; Erdogan-Griese, Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht, Rheinisches Ärzteblatt 12/2010, 23: „Auf die lange Bank geschoben, delegiert, lückenhaft: Der Arztbrief [...] fristet in Kliniken und Praxen oft ein tristes Dasein. Dabei gehört er zu den wichtigsten Werkzeugen von Ärztinnen und Ärzten – und hat für Patienten und nachbehandelnde Kollegen mitunter schicksalhafte Bedeutung.“

⁵ Hart, Patientensicherheit nach dem Patientenrechtegesetz, MedR 2013, 159 (161); so wohl auch Mansel, in: Jauernig, BGB, 15. Aufl. 2014, § 630c BGB Rn. 5 f.

¹ Nach Unnewehr/Schaaf/Friederichs, Die Kommunikation optimieren, DÄBl. 2013, A 1672 werden die Begriffe „Arztbrief“, „ärztlicher Entlassungsbericht“ und „Arztbericht“ synonym verwendet.

² Adam/Niebling/Schott, Die Informationen zur Arzneimitteltherapie im Arztbrief: Was erwarten Hausärzte?, DMW 2015, 140 (8); e74-e79. Von den angeschriebenen Hausärzten beantworteten 117 den Fragebogen.

in Rechtsprechung⁶ und Literatur⁷ unter den Begriffen „therapeutische Aufklärung“ oder „Sicherheitsaufklärung“ in Rechtsprechung und Literatur anerkannt.

Der Patient als medizinischer Laie wird häufig insbesondere nach einer Krankenhausentlassung nicht in der Lage sein, die für die Weiterbehandlung relevanten komplexen medizinischen und/oder pharmakologischen Zusammenhänge zu verstehen. Dies entbindet den Arzt nicht davon, den Patienten in möglichst verständlicher Form zu informieren. Ergänzend hierzu ist die Einbindung des mit- oder nachbehandelnden Arztes unabdingbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie. Die mittelbare Aufklärung des Patienten durch Information z. B. des Hausarztes – oder sogar des Patienten selbst – mittels eines Arztbriefs wird man deshalb ebenfalls als eine Hauptpflicht aus dem Behandlungsvertrag ansehen können. So hat das OLG Frankfurt⁸ zutreffend entschieden, dass die Pflicht des Behandlers, auf die Durchführung engmaschiger Kontrolluntersuchungen zu dringen, mündlich gegenüber dem Patienten und darüber hinaus schriftlich im Arztbrief gegenüber dem Hausarzt zu erfüllen ist.

Eine ausdrückliche Definition des Arztbriefs findet sich in den Regelungen des Behandlungsvertrages (§§ 630a ff. BGB) nicht. Erwähnt wird der Arztbrief nur in § 630f Abs. 2 S. 2 BGB, wo vorgeschrieben wird, dass Arztbriefe zur Patientenakte zu nehmen sind. In der amtlichen Begründung zum Patientenrechtegesetz werden Arztbriefe als „*Transferdokumente, die der Kommunikation zwischen zwei Ärzten dienen und Auskunft über den Gesundheitszustand des Patienten geben*“ beschrieben.⁹ Vorgaben zum Inhalt der Arztbriefe hat der Gesetzgeber nicht gemacht.

2. Berufsrecht

Hilfreicher sind die Regelungen in der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte.¹⁰ Dort sieht § 7 Abs. 7 vor:

„Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.“

Adressat des berufsrechtlichen Übermittlungs- und Informationsgebots ist – mangels Satzungsunterworfenheit – nicht der Krankenhaussträger, sondern der im Krankenhaus tätige Arzt.¹¹ Dieser ist darauf angewiesen, dass ihm der Krankenhaussträger die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung stellt und auch die Zeit einräumt, diese Pflicht zu erfüllen.¹²

Eine Einschränkung ist von besonderer Bedeutung: Die Information des überweisenden oder eines sonstigen Arztes soll

nur erfolgen, wenn der Patient hiermit einverstanden ist oder der Arzt von einem Einverständnis ausgehen darf (siehe auch § 9 Abs. 4 MBO).

Bei Arztbriefen kann die § 25 S. 1 MBO entsprechende Norm des Satzungsrechts relevant sein. So sieht § 25 S. 1 MBO vor, dass ärztliche Gutachten und Zeugnisse mit der notwendigen Sorgfalt innerhalb einer angemessenen Frist zu erstellen sind.¹³ Die Erstellung eines Befundberichts ist wegen der im Regelfall fehlenden wissenschaftlichen Schlussfolgerung kaum als Gutachten zu qualifizieren.¹⁴ Bei komplexeren Arztbriefen, in denen die Behandlungsmethoden ausführlicher erklärt oder Fachliteratur zitiert wird, kann die Wertung indes anders ausfallen. Was den Zeitpunkt der Information des nachbehandelnden Arztes betrifft, verlangt § 7 Abs. 7 MBOÄ eine „rechtzeitige“ Übermittlung.¹⁵

3. SGB V und untergeordnete Normen

Das SGB V enthält keine Vorgaben zum Arztbrief. Allerdings gibt es inzwischen immer mehr Regelungen, die die Zusammenarbeit der Ärzte über die Sektorengrenzen hinweg, d. h. vom Vertragsarzt zum Krankenhaus, vom Krankenhaus zum Vertragsarzt oder vom Krankenhaus zur Reha-Klinik, verbessern sollen.

Beispielsweise enthält § 5 Krankenhauseinweisungs-Richtlinie¹⁶ folgende Vorgabe für den Vertragsarzt, der einen Patienten in ein Krankenhaus einweist:

„Zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen und zur Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung hat die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung der Patientin oder des Patienten bedeutsame Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihr oder ihm vorliegen.“

§ 24 Abs. 6 S. 1 BMV-Ä sieht vor, dass ein Vertragsarzt einen auf Überweisung handelnden Vertragsarzt über die bisher erhobenen Befunde und/oder getroffene Behandlungsmaßnahmen zu informieren hat, soweit dies für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist. Grundsätzlich sind mitzuteilen Diagnose, Verdachtsdiagnose und eventuelle Befunde (§ 24 Abs. 7 S. 1 BMV-Ä). Umgekehrt hat der auf Überweisung tätige Arzt den Erstbehandler über die erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, soweit dies für die Weiterbehandlung erforderlich ist (§ 24 Abs. 6 S. 2 BMV-Ä). Wenn der Patient direkt einen Facharzt aufsucht, hat dieser den Hausarzt zu informieren, wenn der Patient dem zustimmt (§ 24 Abs. 6 S. 3 BMV-Ä). Der Informationsfluss dient einer effektiven und möglichst kostensparenden Weiterbehandlung, indem z. B. Doppeluntersuchungen vermieden werden.¹⁷

Auch der Vertrag über ambulante Operationen gemäß § 115b SGB V verpflichtet den Operateur in § 8, den weiterbehandelnden Arzt mindestens im Wege einer Kurzinformation über Di-

6 Umfangreiche Nachweise bei Pauge, *Arzthaftungsrecht*, 13. Aufl. 2015, Rn. 378 ff.

7 Vgl. Wenzel, in: Wenzel (Hrsg.), *Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht*, 3. Aufl. 2013, Kap. 4 Rn. 289; Nachweise bei Rehborn/Gescher, in: Erman, *Bürgerliches Gesetzbuch*, 14. Aufl. 2014, § 630c Rn. 16 ff.

8 OLG Frankfurt, Urt. v. 11.3.2004 – 3 U 89/03, NJW-RR 2004, 1333 (1334).
9 BT-Drs. 17/10488, S. 39.

10 Soweit ersichtlich haben alle Ärztekammern diesen Vorschlag inhaltsgleich in ihre Satzungen übernommen.

11 Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 24.

12 Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 24; zur Haftung des Krankenhaussträgers und seiner Organe siehe unten XI.4.

13 Hierzu Scholz, in: Spickhoff, *Medizinrecht*, 2. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 21.

14 Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), *Fachanwaltskommentar Medizinrecht*, 3. Aufl. 2014, § 25 MBO Rn. 2; zur Abgrenzung Lippert, in: Ratzel/Lippert, *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*, 6. Aufl. 2015, § 25 Rn. 2.

15 Siehe XI.3.

16 Neufassung v. 22.1.2015, veröffentlicht in BAnz AT B 2 v. 29.4.2015.

17 Steinhilper, in: Schiller (Hrsg.), *Bundesmantelvertrag-Ärzte*, 2014, § 24 Rn. 14.

agnose, Therapie, angezeigte Rehabilitationsmaßnahmen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu übermitteln.¹⁸

III. Inhalt des Arztbriefs

Der Inhalt und der Umfang des Arztbriefs hängen von den Umständen ab, d. h. von den individuellen Gegebenheiten der Erstellung und den jeweiligen Teilen der Behandlung, die der Verfasser übernommen hat. Gerade für den stationären Bereich sind nach dem medizinischen Standard folgende Punkte aufzuführen:¹⁹

- Anamnese
- Befunde (u. a. Labor, bildgebende Verfahren, Histologie)
- Diagnose (Haupt- und Nebendiagnosen sowie Verdachtsdiagnosen)
- Therapie, insbesondere operative Eingriffe
- Klinischer Verlauf, insbesondere mit späteren Befunden
- Besonderheiten und Komplikationen
- Entlassungsuntersuchung
- Therapieverschlagn einschließlich Medikationen (mit Dosierungen)
- Erforderliche nachstationäre Untersuchungen oder Weiterbehandlungen.

Auf spezifische, mit dem Entlassungsbefund verbundene medizinische Schwierigkeiten muss gesondert hingewiesen werden.²⁰

Bei der Anamnese sind neben Alter und Geschlecht des Patienten Angaben zum Allgemein- und Ernährungszustand, biometrischen Merkmalen, Bewusstseinslage, Orientierung, Vitalzeichen, Inspektion der Haut, Auskultationsbefunde des Herzens, der Lungen sowie der Darmgeräusche, Palpations- und Perkussionsbefunde von Leber, Nieren und Milz, Lokalisation von Schmerzen, festgestellte Ödeme, Pulsstatus und Reflexstatus sowie Beweglichkeit der Extremitäten aufzuführen, soweit dies für die Behandlung von Bedeutung ist.

Bei der Auflistung der Medikamente müssen Wirkstoffbezeichnungen angegeben werden und nicht Produktnamen (siehe § 115c Abs. 1 S. 1 SGB V).

Soweit Untersuchungen geplant waren, aber – aus welchem Grund auch immer – nicht durchgeführt wurden, ist dies ebenfalls zu vermerken. Am besten sollte dazu angegeben werden, ob diese Untersuchungen immer noch für erforderlich erachtet werden.²¹

Weitere Vorgaben ergeben sich aus einzelgesetzlichen Vorschriften, wie z. B. § 16 Abs. 1 TFG bei unerwünschten Ereignissen im Zusammenhang mit Blutprodukten.

Dem nachbehandelnden Arzt müssen sämtlich zur Sicherung des Therapieerfolges wesentliche Informationen erteilt werden.²² Es ist nicht nur über das Ergebnis des Überweisungsauftrages, sondern über eventuelle bei Gelegenheit der Auftrags-

durchführung gestellte Verdachtsdiagnosen zu informieren.²³ Auf spezifische, mit dem Entlassungsbefund verbundene medizinische Konsequenzen – etwa mögliche Nebenwirkungen – muss gesondert und gegebenenfalls in hervorgehobener Form hingewiesen werden.²⁴ Auch besteht die Notwendigkeit, im Entlassungsbericht die Notwendigkeit engmaschiger Kontrolluntersuchungen zu verdeutlichen.²⁵ Besondere Situationen verlangen adäquate und mithin oftmals gesteigerte Sorgfaltspflichten.²⁶

IV. Rechtsqualität

Neben seiner Bedeutung als beweisereheblicher Bestandteil der Patientendokumentation kommt dem Arztbrief auch eine eigene rechtliche Qualität zu.

Der – zumindest ausgedruckte – Arztbrief erfüllt bis auf das Merkmal der Beweisbestimmtheit alle Voraussetzungen einer Urkunde im Sinne des § 267 StGB.²⁷ Diese, auch nachträglich mögliche Bestimmung zu Beweis Zwecken (sog. Zufallsurkunden²⁸) erhält der Arztbrief spätestens bei zivil- oder strafrechtlichen Auseinandersetzungen, etwa anlässlich von Behandlungsfehlern oder Abrechnungsfragen. Eine Urkundsqualität kommt dem Arztbrief allerdings nicht zu, wenn er lediglich elektronisch per E-Mail versandt wird.²⁹ Hier kommt indes der Schutz durch § 269 StGB in Betracht.

Der Arztbrief kann zudem Gesundheitszeugnis im Sinne der §§ 277 f. StGB sein. Unerheblich ist dabei, dass er lediglich einen Teil des Gesundheitszustandes des Menschen abbildet. Wesentlich für einen Schutz durch §§ 277 f. StGB ist, dass der Arztbrief zur Vorlage an eine Behörde – hierzu zählen auch die Sozialversicherungsträger und Berufsgenossenschaften³⁰ – oder eine Versicherungsgesellschaft ausgestellt sein muss.

V. Einzelne Bereiche

Die Bedeutung des Arztbriefs unterscheidet sich zwischen den jeweiligen Versorgungsbereichen.

1. Stationärer Bereich

Im Bereich der stationären Versorgung sind Arztbriefe primär an drei Stellen von Bedeutung: Wenn der Patient in das Krankenhaus eingewiesen wird, wenn er aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung entlassen wird und wenn er nach der stationären Behandlung in die Rehabilitation verlegt wird.³¹

23 Frahm/Nixdorf/Walter, Arzthaftungsrecht, 2013, Rn. 110 unter Hinweis auf BGH, Urt. v. 5.10.1993 – VI ZR 237/92, NJW 1994, 797.

24 KreBe/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (397).

25 OLG Frankfurt, Urt. v. 11.3.2004 – 3 U 89/03, NJW-RR 2004, 1333 (1334).

26 Vgl. Wenzel, in: Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl. 2013, Rn. 294.

27 Vgl. BÄK, Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, DÄBl. 2014, A 963 (966).

28 BGH, Urt. v. 3.7.1952 – 5 StR 151/52, BGHSt 3, 82 (86); BGH, Urt. v. 1.7.1959 – 2 StR 191/59, BGHSt 13, 235 (238); BGH, Urt. v. 22.12.1959 – 1 StR 591/59, BGHSt 13, 382 (385 f.); BGH, Urt. v. 5.6.1962 – 5 StR 143/62, BGHSt 17, 297 (299).

29 Terbille, in: Terbille, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 2. Aufl. 2013, § 1 Rn. 703.

30 Radtke, in: Münchener Kommentar StGB, Band 1, 2. Aufl. 2011, § 11 StGB, Rn. 126 m.w.N. Teilweise werden Sozialversicherungsträger als „Versicherungsgesellschaften“ betrachtet, was im Ergebnis jedoch ohne Belang ist.

31 Scholz, in: Spickhoff, Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 7.

18 Lippert, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 6. Aufl. 2015, § 7 Rn. 72.

19 Hart, Schnittstellenprobleme: Arzthaftungsrechtliche Grundlagen, ZMGR 2007, 59 (63); zu weiteren Anforderungen aus der Praxis siehe Erdogan-Griese, Arztbrief: mehr als eine ungeliebte Pflicht, Rheinisches Ärzteblatt 12/2010, 23.

20 KreBe/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (397).

21 KreBe/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (397).

22 Vgl. Wenzel, in: Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts Medizinrecht, 3. Aufl. 2013, Kap. 4 Rn. 292 m.w.N.

Für die Einweisung gilt die Vorgabe des § 5 Krankenhausinweisungs-Richtlinie, wonach der Vertragsarzt die für die Krankenhausbehandlung relevanten Informationen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und bisheriger Therapie dem Krankenhaus überlassen muss. Diese Informationen sind schon deswegen erforderlich, damit der Krankenhausarzt prüfen kann, ob er den Patienten überhaupt untersuchen darf, um die stationäre Behandlungsbedürftigkeit festzustellen.³²

Wird der Patient aus dem Krankenhaus entlassen, muss der weiterbehandelnde Arzt nicht nur wissen, was im Krankenhaus geschehen ist, sondern auch, in welchen Bereichen besondere Aufmerksamkeit erforderlich ist (z. B. bei der Versorgung von Wunden oder im Zusammenhang mit der Umstellung der Medikation). Hierzu hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass die Krankenhäuser ein Entlassmanagement einzurichten haben (§ 39 Abs. 1 S. 4 SGB V), welches nicht nur die reine Informationsweitergabe umfasst, sondern z. B. auch die Organisation eines häuslichen Pflegedienstes.³³

Arztbriefe sind auch beim Übergang in die Rehabilitationsbehandlung wichtig. Anders als der Vertragsarzt, der im Regelfall den Patienten schon vor der Krankenhausbehandlung betreut hat, liegen in der Reha-Klinik keine Angaben zum Patienten vor. Zugleich ist die Reha-Klinik auf die vollständigen Angaben zum durchgeführten Eingriff angewiesen, um die Rehabilitationsbehandlung entsprechend ausrichten zu können.³⁴ Hierzu existieren teilweise Regelungen zur Datenübermittlung in den Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 5 SGB V.

2. Ambulanter Bereich

Im Rahmen der ambulanten Versorgung besteht ein erhebliches Kommunikationsbedürfnis zwischen Hausärzten und Fachärzten, d. h. der Hausarzt muss bei der Überweisung an den Facharzt die wesentlichen Informationen mitteilen und der Facharzt muss anschließend den Hausarzt umfassend informieren.³⁵ Während aber der Diagnoseauftrag meist nur sehr kurz gehalten wird, sind Arztbriefe bzw. schriftliche Befundberichte des Facharztes teilweise sogar Pflichtbestandteil der Leistung (z. B. bei bildgebenden Verfahren). Hier muss der Radiologe einen Befund erstellen, der dann an den Arzt übermittelt wird, von dem die Überweisung gekommen ist. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Arzt, der die Aufnahme angefordert hat, eine verständliche Erläuterung des Befundes erhält, da er alleine mit den Aufnahmen wenig anfangen kann. Der Facharzt muss den Hausarzt nicht nur über die stattgehabte Behandlung informieren, sondern auch über die in diesem Rahmen angefallenen Befunde, Diagnosen, den eventuellen Therapieversuch und eine durchgeführte Therapie, festgestellte Besonderheiten und insbesondere über Abweichungen gegenüber einer möglicherweise vom Hausarzt gestellten Verdachtsdiagnose.³⁶

Zur Verbesserung der ambulanten Versorgung soll nunmehr auch in diesen Behandlungssektor ein Versorgungsmanage-

ment (§ 11 Abs. 4 SGB V) eingeführt werden, um diese Schnittstellenproblematik zu verbessern.

VI. Absender

Grundsätzlich ist der Arztbrief – wie der Name schon sagt – von dem Arzt zu verfassen, der den Patienten bisher behandelt hat.

1. Verfasser

Gerade in Krankenhäusern gibt es aufgrund der arbeitsteiligen Vorgehensweise die Notwendigkeit, mehrere Ärzte einzubinden.³⁷ Meist wird der Arztbrief von einem Assistenzarzt verfasst und dann vom Oberarzt oder Chefarzt noch einmal geprüft³⁸ oder zumindest mitunterzeichnet.

2. Einbindung Dritter

Die Verantwortung für den Arztbrief liegt beim behandelnden Arzt. Dies bedeutet aber nicht, dass er sich nicht helfen lassen darf. Es kann teilweise sinnvoll sein, wenn die Vorbereitung des Arztbriefs auf (ärztliche) Assistenten delegiert wird, die z. B. die einzelnen Befunde aus Labor und Bildgebung zusammentragen und damit den berichtenden Teil des Arztbriefes erstellen.

Der Arzt kann sich bei der Erstellung des Arztbriefs von einem (nichtärztlichen) Dokumentationsassistenten unterstützen lassen. Dieser Beruf ist ein Ausbildungsberuf und in den jeweiligen landesrechtlichen Ausbildungsvorgaben geregelt.³⁹

3. Versandweg

Üblich ist der Versand der Arztbriefe per Post. Einige Ärzte versenden Arztbriefe auch per Telefax; dies ist insbesondere dann wichtig, wenn die Information schnell übermittelt werden muss.⁴⁰ Bei Entlassungen aus dem Krankenhaus oder der Verlegung in eine Reha-Einrichtung sollte dem Patienten zumindest ein Kurzbericht mitgegeben werden. Da mit dessen Erstellung zusätzlicher Aufwand verbunden ist, wird in der medizinischen Literatur empfohlen, den Arztbrief weitestgehend vor der geplanten Entlassung zu erstellen und dem Patienten mit einem Vorläufigkeitshinweis zum Zwecke der Weiterleitung an den Hausarzt auszuhändigen.⁴¹ Zu den Bestrebungen, einen elektronischen Arztbrief einzuführen, wird auf die Ausführungen unter XII. verwiesen.

VII. Kreis der Empfänger

1. Bestimmungsrecht des Patienten

§ 7 Abs. 7 MBO stellt speziell die Versendung des Arztbriefs an einen anderen Arzt oder eine ärztlich geleitete Einrichtung unter den Vorbehalt, dass hierzu das Einverständnis des Patienten vorliegt oder dieses anzunehmen ist. § 9 Abs. 4 MBO enthält eine ent-

32 Vgl. BSG, Urt. v. 14. 10. 2014 – B 1 KR 28/13 R, KrV 2014, 262.

33 München, Gesetzliche Ansprüche der Versicherten auf Versorgungs-, Entlassmanagement, PÄR 2012, 211; Ossege, Aspekte des Entlassmanagements nach § 39 SGB V, GesR 2012, 204.

34 Vollmöller, Die Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation, ZMGR 2007, 70 (74).

35 Hart, Schnittstellenprobleme: Arzthaftungsrechtliche Grundlagen, ZMGR 2007, 59 (61).

36 OLG Celle, Urt. v. 11. 8. 1997 – 1 U 92/95, VersR 1998, 1419.

37 Hart, Schnittstellenprobleme: Arzthaftungsrechtliche Grundlagen, ZMGR 2007, 59 (62).

38 Unnewehr/Schaaf/Friederichs, Die Kommunikation optimieren, DÄBl. 2013, A 1672.

39 Siehe https://de.wikipedia.org/wiki/Medizinischer_Dokumentationsassistent, zuletzt abgerufen am 10. 9. 2015.

40 Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 20.

41 Unnewehr/Schaaf/Friederichs, Die Kommunikation optimieren, DÄBl. 2013, A 1672 (1673).

sprechende Vorgabe für die Mitteilung sonstiger Informationen. Dabei setzt die Weiterleitung eines Arztbriefs an den Hausarzt das widerrufliche schriftliche Einverständnis des Patienten voraus;⁴² hiermit soll den Anforderungen des Datenschutzes in besonderem Maße Rechnung getragen werden.⁴³

Im Regelfall wird der Arzt annehmen dürfen, dass der Patient die Information des einweisenden Arztes nicht nur billigt, sondern im Interesse einer sachgerechten Weiterbehandlung geradezu wünscht.⁴⁴ Für die Information des einweisenden Notarztes besteht regelmäßig keine Rechtfertigung.⁴⁵ Benennt der Patient auf Befragen den überweisenden Arzt und/oder einen Hausarzt, ist regelmäßig davon auszugehen, dass der Patient mit der Versendung des Arztbriefs an diesen einverstanden ist.⁴⁶ Weigert sich der Patient aber, der Information der weiteren behandelnden Ärzte zuzustimmen, ist dies sein gutes Recht. Allerdings muss er dann auch die Konsequenzen tragen, sofern der Erstbehandler den Patienten entsprechend aufgeklärt hat. Werden die im Arztbrief enthaltenen Gesundheitsdaten allerdings nicht für die weitere Behandlung benötigt, ist das ausdrückliche Einverständnis des Patienten zur routinemäßigen Weitergabe einzuholen.⁴⁷

Im GKV-Bereich ist zudem § 73 Abs. 1b SGB V zu beachten; durch diese Regelung soll die „Lotsenfunktion“ des Hausarztes gestärkt werden.⁴⁸

2. Mitbehandler

Weitere typische Adressaten sind Mitbehandler. Wenn mehrere Ärzte den Patienten parallel betreuen, ist es zwingend notwendig, dass jeder von ihnen weiß, wie die anderen Ärzte behandeln – und welche Befunde sie schon erhoben haben.⁴⁹

3. Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften

Wenn der Arztbrief an eine Berufsausübungsgemeinschaft adressiert ist, sollte der Patient so genau identifizierbar sein, dass die medizinischen Informationen zielgenau den Arzt erreichen, der den Patienten maßgeblich behandelt. Allerdings trifft im Zweifel jeden Gesellschafter einer Berufsausübungsgemeinschaft die Verpflichtung, eingehende Arztbriefe auf umgehenden Reaktionsbedarf zu überprüfen.

4. Sonstige Dritte z. B. Abrechnungsstelle

Manchmal werden Arztbriefe auch an Abrechnungsstellen geschickt, damit diese auf ihrer Grundlage die Abrechnung erstellen können. Dies setzt voraus, dass der Patient der Einschaltung der Abrechnungsstelle zugestimmt hat. Allerdings reicht der Arztbrief

alleine nicht zur Erstellung der Abrechnung aus; hierfür wird regelmäßig die vollständige Patientenakte benötigt.

5. Patient

Der Patient hat ein Recht auf Einsicht in die Behandlungsunterlagen (§ 630g Abs. 1 BGB) und auch auf eine Ausfertigung des Arztbriefs. In vielen Fällen ist es sinnvoll, auch dem Patienten unaufgefordert ein Exemplar des Arztbriefes zu übergeben, schon um die Einbindung des Patienten in seine Behandlung zu verbessern. Durch die Angabe des Verteilers weiß der Patient auch, welcher Arzt den Arztbrief erhalten hat.

6. Private Krankenversicherung (PKV)

Die PKV hat kein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen und damit auch keinen Anspruch auf den Arztbrief. Nur wenn der Patient den Arzt von der Schweigepflicht gegenüber der Versicherung entbindet, darf der Arzt der Versicherung den Arztbrief übersenden. Die von einigen PKV in ihren Versicherungsbedingungen enthaltene Schweigepflichtentbindung ist kritisch zu betrachten, da sie schon aufgrund ihrer Allgemeinheit unwirksam sein dürfte.⁵⁰

VIII. Schicksal des Arztbriefs

Mit dem Erstellen des Arztbriefs ist es nicht getan. Wichtiger ist vielmehr, was mit ihm geschieht.

1. Bestandteil der Patientenakte

Nach § 630f Abs. 2 S. 2 BGB sind Arztbriefe zur Patientenakte zu nehmen. Dies gilt sowohl für den ambulanten Bereich als auch für Krankenhausakten. Zu verwahren sind sowohl abgesandte als auch erhaltene Arztbriefe.

Damit unterfällt ein Arztbrief auch dem Recht des Patienten auf Einsicht in die Patientenakte gemäß § 630g Abs. 1 BGB. Der Urheber des Arztbriefs kann grundsätzlich nicht verhindern, dass einmal versandte Arztbriefe dem Patienten zugänglich gemacht werden.

2. Einscannen / Elektronische Dokumentation

Auf Seiten des Erstellers reicht es grundsätzlich aus, wenn der Arztbrief nur in elektronischer Form Bestandteil der Patientenakte wird; eine zusätzliche Papierkopie ist nicht zu verwahren.

Der Empfänger darf den Arztbrief ebenfalls einscannen und in seine elektronische Dokumentation einfügen.⁵¹ Ob das Original aufbewahrt werden soll, ist streitig. Der einzige Vorteil beim Aufbewahren des Originals ist, dass im Streitfall die Unterschrift auf Echtheit geprüft werden könnte; da aber die Urheberschaft und der Inhalt des Arztbriefs in den allermeisten Fällen unstreitig sind, ist dies nicht zwingend erforderlich.⁵² Voraussetzung für die

42 Kritisch Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 21 f.

43 Schuler-Harms, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2015, § 73 SGB V Rn. 11.

44 Scholz, in: Spickhoff (Hrsg.), Medizinrecht, 2. Aufl. 2014, § 9 MBO Rn. 4; OLG Düsseldorf, Urt. v. 11.12.2008 – I-15 U 170/07, GesR 2008, 587 (588); OLG München, Urt. v. 17.9.1992 – 1 U 6307/91.

45 Zutreffend Lippert, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 6. Aufl. 2015, § 9 Rn. 34.

46 Zutreffend und mit weiteren kritischen Anmerkungen Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 22.

47 Kreß/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (398).

48 Klückmann, in: Kasseler Kommentar, Stand Mai 2013, § 73 Rn. 18.

49 Kritisch Lippert, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 6. Aufl. 2015, § 9 Rn. 35.

50 BVerfG, Beschl. v. 17.7.2013 – 1 BvR 3167/08, NJW 2013, 3086; Borchert, Zur Unwirksamkeit der Schweigepflichtentbindungserklärung in Versicherungsanträgen, NVersZ 2001, 1; Weichert, Die Krux mit der ärztlichen Schweigepflichtentbindung für Versicherungen, NJW 2004, 1695.

51 BÄK, Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, DÄBl. 2014, A 963 (966).

52 Vorsichtiger ist die BÄK, Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, DÄBl. 2014, A 963 (966).

Vernichtung des Originals ist aber in jedem Fall, dass das Einscannen entsprechend der technischen Richtlinie BSI-TR-03138 RE-SISCAN⁵³ erfolgt und die elektronische Dokumentation selbst den Anforderungen des § 630f Abs. 1 BGB genügt, insbesondere zur Nachvollziehbarkeit von Änderungen.⁵⁴

3. Aufbewahrungspflicht

Der Arztbrief ist als Bestandteil der Patientenakte aufzubewahren. Die Aufbewahrungsdauer beträgt nach § 630f Abs. 3 BGB 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Die Pflicht zur Aufbewahrung trifft den Behandler. Sollte er vor Ablauf der Aufbewahrungsfrist seine ärztliche Tätigkeit beenden, ändert dies nichts an der Aufbewahrungspflicht.

IX. Einsichtsrecht

1. Patient

Der Patient hat nach § 630g Abs. 1 BGB das Recht, in die Patientenakte – und damit auch in die Arztbriefe als Bestandteil der Patientenakte – Einsicht zu nehmen und – gegen Kostenerstattung – die Herausgabe von Kopien zu verlangen.

Die Grenze des Einsichtsrechts sind die Rechte Dritter. Solche, etwa die Rechte von Eltern bei minderjährigen Patienten,⁵⁵ sind jedoch selten. Insbesondere sind damit nicht die Rechte desjenigen gemeint, der den Arztbrief verfasst hat. Mit dem Einfügen des Arztbriefs in die „fremde“ Patientenakte verliert der Urheber die Kontrollhoheit über den Arztbrief. Hierfür spricht auch, dass der Arztbrief gerade dazu konzipiert ist, fremden Interessen zu dienen – nämlich denen des Patienten und des nachbehandelnden Arztes.

2. Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung hat der MDK das Recht, Arztbriefe ebenso wie andere Unterlagen anzufordern (§ 276 Abs. 2 S. 1 SGB V i.V.m. § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 7 SGB V).⁵⁶

Die Krankenkassen selbst haben kein eigenständiges Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen und damit auch in den Arztbrief. Sie sind darauf verwiesen, den MDK einzuschalten und durch diesen insbesondere die Abrechnung prüfen zu lassen. Auch können sie den Patienten auffordern, sein Einsichtsrecht auszuüben und sich auf diesem Wege Ablichtungen der Patientenakte beschaffen.

3. PKV

Die PKV hat kein eigenes Recht, Einblick in Behandlungsunterlagen zu nehmen. Vielmehr bedarf es einer im Einzelfall erteilten Entbindung von der Schweigepflicht durch den Patienten. Die in einigen Versicherungsbedingungen enthaltene allgemeine Schweigepflichtentbindung ist hingegen alleine nicht ausreichend.

4. Herausgabe an Strafverfolgungsbehörden

Eine Herausgabe von Arztbriefen – ebenso wie alle anderen medizinischen Informationen – an Strafverfolgungsbehörden darf grundsätzlich nur mit dem Einverständnis des Patienten erfolgen. Ansonsten darf der Arzt nicht nur die Angaben verweigern (§ 53 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 StPO), er ist sogar wegen der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB) hierzu verpflichtet. Anders ist es nur dann, wenn sich im Wege der Abwägung nach § 34 StGB eine Herausgabe rechtfertigen lässt. Hat allerdings der Patient Strafantrag wegen eines Behandlungsfehlers gestellt, darf der Arzt davon ausgehen, dass der Patient mit Herausgabe der Unterlagen einverstanden ist.

5. Beschlagnahme

Arztbriefe sind wie alle anderen Bestandteile der Patientendokumentation auch grundsätzlich vor Beschlagnahme geschützt (§ 97 Abs. 1 StPO). Dies gilt jedenfalls, solange sich die Unterlagen beim Arzt oder Krankenhaus befinden (§ 97 Abs. 2 S. 1 f. StPO). Allerdings dürfen Arztbriefe beschlagnahmt werden, wenn der Verdacht besteht, dass der Arzt an der Tat beteiligt ist (§ 97 Abs. 2 S. 3 StPO), z. B. wenn gegen ihn wegen des Verdachts der fahrlässigen Körperverletzung ermittelt wird.

6. Prozessuales Einsichtsrecht

Die Krankenkassen haben außergerichtlich kein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen. Wenn aber ein Gerichtsverfahren anhängig ist, ist der Krankenkasse Einblick in die vom Sozialgericht beigelegten Behandlungsunterlagen zu gewähren.

X. Vergütung

1. Gebührenordnung für Ärzte

Die Befundmitteilung oder der einfache Befundbericht sind mit der Gebühr für die zugrundeliegende Leistung abgegolten.⁵⁷

Ein vorläufiger Entlassungsbericht nach stationärer Behandlung kann analog Ziffer 70 GOÄ abgerechnet werden.⁵⁸

Ziffer 75 GOÄ kommt in Betracht für einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht (einschließlich Angaben zur Anamnese, zu dem(n) Befund(en), zur epikritischen Bewertung und gegebenenfalls zur Therapie).⁵⁹ Ein ausführlicher Krankenhaus-Entlassungsbericht zur Weiterbetreuung des Patienten durch den niedergelassenen Arzt erfüllt regelmäßig die Voraussetzungen der Leistungslegende.⁶⁰

57 Klakow-Frank (Hrsg.), Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Loseblattsammlung, 3. Aufl., 28. EL, Stand 1.11.2014, Ziffer 75 GOÄ, Rn. 2.

58 So das Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer; zu den Voraussetzungen einer Analogbewertung Klakow-Frank (Hrsg.), Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Loseblattsammlung, 3. Aufl., 28. EL, Stand 1.11.2014, § 6 GOÄ, Rn. 5.

59 Klakow-Frank, Arztbriefe: Befundberichte nach Nummer 75, DÄBl. 2002, A 3356.

60 Klakow-Frank (Hrsg.), Kommentar zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Loseblattsammlung, 3. Aufl., 28. EL, Stand 1.11.2014, Ziffer 75 GOÄ, Rn. 4.

53 https://www.bsi.bund.de/DE/Publikationen/TechnischeRichtlinien/tr03138/index_htm.html, zuletzt abgerufen am 10.9.2015.

54 BÄK, Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis, DÄBl. 2014, A 963 (966, 970).

55 BT-Drs. 17/10488, 27.

56 Siehe BSG, Urt. v. 22.4.2009 – B 3 KR 24/07 R, NZS 2010, 387 (392).

2. Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Grundsätzlich sind Arztbriefe mit den entsprechenden Grund- oder Konsiliarpauschalen abgegolten.⁶¹ Ausnahmen regelt der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) im Kapitel 1.6, d.h. bei den Ziffern 01600 bis 01623. Dabei gilt, dass Zweitschriften der Arztbriefe (z. B. an weitere mitbehandelnde Ärzte) nicht gesondert berechnet werden können (Vorbemerkung 2 zu Kapitel 1.6);⁶² eine Ausnahme gilt für die Kopie des Arztbriefes für den Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V, die mit der Ziffer 01602 abgerechnet werden kann.⁶³ Eine gesonderte Berechnung der Befundberichte bei Probenuntersuchungen ohne Arzt-Patienten-Kontakt (z. B. Labor oder Pathologie) ist ebenfalls ausgeschlossen (Vorbemerkung 4 zu Kapitel 1.6).

Sonstige schriftliche Äußerungen, z. B. Berichte für Krankenkassen, können dann gesondert abgerechnet werden, wenn dies ausdrücklich vereinbart wurde; entsprechende Hinweise finden sich auf den Vordrucken und in den Ziffern 01610 bis 01623.⁶⁴

3. Stationäre Behandlung

Die stationäre Behandlung wird mit Fallpauschalen vergütet, mit denen sämtliche Kosten der Behandlung abgegolten werden (§ 17b Abs. 1 S. 3 KHG).⁶⁵ Eine gesonderte Berechnung von Arztbriefen oder Versandkosten ist nicht vorgesehen.

Im Rahmen der Abrechnungsprüfungen zieht der MDK regelmäßig den Arztbrief heran.⁶⁶ Daher haben die Krankenhäuser ein erhebliches Eigeninteresse daran, dass die Arztbriefe die für die Abrechnung wesentlichen Informationen enthalten.

4. Auslagen

Die Versandkosten für den Arztbrief darf der Arzt als Auslagen gesondert in Rechnung stellen (§ 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 GOÄ).

Bei gesetzlich krankenversicherten Patienten sind die Versandkosten nach Maßgabe der Ziffern 40120 ff. abrechenbar, wobei auch die Kosten für die Übersendung von Kopien abgerechnet werden können (Vorbemerkung 3 zu Kapitel 1.6).

Wird der Arztbrief zulässigerweise an mehrere Ärzte übersandt, können die Versandkosten auch mehrfach in Rechnung gestellt werden.

XI. Haftung

1. Grundsätzliches

Der Arztbrief hat im Haftungsrecht immer dann eine besondere Bedeutung, wenn die Behandlung über mehrere Sektoren hinweg erfolgt. Die Schnittstellen verlangen vor allem eine Organisation der Kommunikation.⁶⁷ Die Einbindung mehrerer Ärzte im Rahmen einer horizontal arbeitsteilig durchgeführten Maßnahme darf

zwecks Vermeidung einer Gefährdung des Patienten nicht dazu führen, dass medizinisch gebotene Informationen verloren gehen.⁶⁸

Im Übrigen gilt bei der horizontalen Arbeitsteilung der Vertrauensgrundsatz.⁶⁹ Dies bedeutet, dass jeder Behandler grundsätzlich davon ausgehen darf, dass die anderen Behandler im Rahmen ihrer Tätigkeit den Patienten ordnungsgemäß entsprechend dem jeweiligen Facharztstandard untersuchen und behandeln und die Indikation für weitergehende Maßnahmen zutreffend stellen. Etwas anderes gilt bei offensichtlichen Fehlleistungen oder bei ernsthaften Zweifeln an der Qualifikation des Vorbehandlers oder an der Diagnose oder Behandlung. Eine grundsätzliche gegenseitige Überwachungspflicht unter Behandlern besteht nicht und würde das Ende jeglicher Arbeitsteilung bedeuten.⁷⁰ Die Arbeitsteilung darf indes nicht dazu führen, dass eine Behandlerseite „blind“ wird und sich keine Gedanken über die Plausibilität im Rahmen weitergehender Diagnostik erhobener Befunde macht.⁷¹

Grundsätzlich kann der Krankenhausarzt davon ausgehen, dass der Patient/Nachbehandler seine Anweisungen/Empfehlungen befolgt.

Umgekehrt kann auch der Hausarzt, sofern nicht besondere Umstände vorliegen, auf die Richtigkeit des Inhalts des Arztbriefes eines Krankenhauses vertrauen.⁷² Im Regelfall darf er sich darauf verlassen, dass der Behandler den Patienten entsprechend dem Inhalt des Arztbriefes informiert hat und es für ihn nicht erforderlich ist, den Patienten erneut aufzuklären.⁷³

2. Inhaltliche Fehler

Der Arztbrief muss dem Facharztstandard genügen.⁷⁴ Inhaltliche Fehler des Arztbriefes können zur Haftung des Verfassers bzw. des Krankenhauses führen, soweit dem Patienten ein Schaden entstanden ist.⁷⁵

Ein inzwischen häufigerer Fehler ergibt sich bei automatisierter Erstellung der Arztbriefe durch die Praxis- oder Krankenhaus-EDV. Dabei werden existierende Befunde im Wege des Textbausteins eingefügt.⁷⁶ Zudem wird mit dem Anlegen des Arztbriefes sehr früh begonnen, so dass spätere Entwicklungen meist nur unzureichend berücksichtigt werden. Zusammen mit dem bestehenden Zeitdruck führt dies dazu, dass eine kritische Überprüfung des gesamten Briefes nicht mehr erfolgt.⁷⁷

68 Rehborn, in: Prütting (Hrsg.), Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl. 2014, § 7 MBO Rn. 20.

69 Ausführlich mit umfangreichen Nachweisen zu Rechtsprechung und Literatur Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. A 253 ff.

70 Frahm/Nixdorf/Walter, Arzthaftungsrecht, 2013, Rn. 108.

71 Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. A 260 unter Hinweis auf OLG Jena, Urt. v. 15.8.2007 – 4 U 437/05, OLG 2007, 988 (991).

72 Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. A 310 m.w.N. zur aktuellen Rspr.; nach Laufs/Kern, Arztrecht, 4. Aufl. 2010, § 100 Rn. 11 soll der Hausarzt von einer besseren Sachkunde und größeren Erfahrung der Klinikärzte ausgehen dürfen, was in dieser Allgemeinheit indes kaum zutreffen dürfte.

73 OLG Hamm, Urt. v. 21.5.2013 – 26 U 140/12, ZMGR 2013, 404 (406) = juris Rn. 37.

74 Unnewehr/Schaaf/Friederichs, Die Kommunikation optimieren, DÄBl. 2013, A 1672.

75 BGH, Urt. v. 6.5.2003 – VI ZR 259/02, NJW 2003, 2311 (2314).

76 Kritisch zu sich perpetuierenden Fehlern Lippert, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 6. Aufl. 2015, § 7 Rn. 71.

77 Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (400).

61 Wezel/Liebold, EBM, 39. EL Juli 2014, Teil 9 S. 1-76.

62 Wezel/Liebold, EBM, 39. EL Juli 2014, Teil 9 S. 1-77.

63 Wezel-Liebold, EBM, 39. EL Juli 2014, Teil 9 S. 1-82 f.

64 Siehe die Übersicht bei Wezel/Liebold, EBM, 39. EL Juli 2014, Teil 9 S. 1-65 ff.

65 Vollmöller, in: Dettling/Gerlach (Hrsg.), Krankenhausrecht, 2014, § 17b KHG Rn. 6.

66 Rapp, Medizinischer Dienst: Der Arztbrief als Basis für Gutachten, DÄBl. 2004, A 2861.

67 Hart, Schnittstellenprobleme: Arzthaftungsrechtliche Grundlagen, ZMGR 2007, 59; Lippert, in: Ratzel/Lippert, Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO), 6. Aufl. 2015, § 7 Rn. 71.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Nutzung von Spracherkennungssoftware. Auch wenn die Programme immer besser werden, gibt es immer noch Probleme, gerade bei medizinischen Fachbegriffen. Daher sind die Ärzte bei der Korrektur zu besonderer Sorgfalt verpflichtet.

3. Verspätete Erstellung

§ 7 Abs. 7 MBO verlangt, dass die erhobenen Befunde bei Überweisung „rechtzeitig“ zu übermitteln sind. Feste zeitliche Vorgaben gibt es nicht und kann es auch nicht geben. Denn es hängt von den medizinischen Umständen ab, wie schnell die Information an den weiterbehandelnden Arzt gelangen muss. Gerade in Notfällen wird dem Patienten zumindest ein handschriftlicher Kurzbefund mitgegeben werden,⁷⁸ wobei so schnell wie möglich eine maschinenschriftliche Version nachgesandt werden sollte. Die Übersendung der vollständigen Fassung darf nach einer Entscheidung des OVG Münster im Einzelfall bis zu sechs Wochen brauchen.⁷⁹ In der sozialgerichtlichen Rechtsprechung wird in Ausnahmefällen ein Abstand von vier Wochen toleriert; im Regelfall sollte der Arztbrief aber deutlich schneller übersandt werden.⁸⁰

Erstellt der Erstbehandler den Arztbrief zu spät, ist zu prüfen, ob dem Patienten hierdurch ein Nachteil entstanden ist – z. B. durch eine Doppeluntersuchung oder durch die Verzögerung der weiteren Behandlung⁸¹ oder weil eine wichtige Entscheidung nicht rechtzeitig getroffen werden konnte.⁸² Ist dies nicht der Fall, scheidet eine Haftung schon aus Rechtsgründen aus. Aber auch in den anderen Fällen ist immer zunächst zu erörtern, ob der Erstbehandler tatsächlich zu spät den Arztbrief erstellt hat oder ob ihm die Bearbeitungszeit zugestehen ist und die Verzögerung eher dem Nachbehandler anzulasten ist (z. B. weil dieser nicht rechtzeitig die Angaben des Erstbehandlers nachgefragt hat). Eine Verzögerung der Erstellung und Versendung eines Arztberichts um nahezu einen Monat wird als so gravierender Verstoß gewertet, dass er einem groben Behandlungsfehler gleich zu stellen ist.⁸³

4. Verantwortlichkeit

Verantwortlich für die Erstellung ist „der Behandler“, d. h. zunächst der Arzt, der den Patienten behandelt hat. Im Krankenhausbereich hat der Träger darüber hinaus die Verantwortung dafür, dass die Ärzte ausreichend Zeit haben, um die Arztbriefe zu erstellen. Die Chefarzte müssen die nachgeordneten Ärzte hinreichend überwachen, um die korrekte und rechtzeitige Erstellung der Befunde sicherzustellen.⁸⁴ Ist die Personaldecke zu dünn, um alle Aufgaben einschließlich der Dokumentation erfüllen zu können, muss die Geschäftsführung die Zahl der Patienten reduzieren⁸⁵ oder die Zahl der Ärzte erhöhen. Die Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider, seien es ärztliche Direktoren oder Geschäftsführer von Krankenhäusern, rückt mit zunehmender Bedeutung in den Mittelpunkt zumindest der wissenschaftlichen

Diskussion von zivil- und strafrechtlicher Arzthaftung.⁸⁶ Letztere scheitert aber meist am nicht mit der notwendigen Sicherheit erbringbaren Kausalitätsnachweis.

Wird wegen Personalengpässen ein Befundbericht zu spät versandt, so dass damit z. B. ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr möglich ist, haftet der Krankenträger für dieses Versäumnis.⁸⁷ Wird der Arztbrief zu spät erstellt, schränkt dies seinen Beweiswert ein. Es ist nämlich eher unwahrscheinlich, dass sich der Arzt nach derart langer Zeit noch zuverlässig an die Einzelheiten der Behandlung erinnern kann. Jedoch hat der Arzt die Möglichkeit, unter Hinzuziehung der vollständigen Patientendokumentation nachzuweisen, dass der Arztbrief korrekt ist.

Mit der Unterschrift übernimmt der Arzt die Verantwortung für den Inhalt des Arztbriefs. In vielen Krankenhäusern werden die Arztbriefe nicht nur vom behandelnden Arzt unterzeichnet, sondern auch vom Oberarzt und Chefarzt.

Dabei ist es eine in vielen Krankenhäusern anzutreffende Unsitte, dass gerade leitende Abteilungsärzte Befunde/Arztbriefe mitunterzeichnen, obwohl sie die Untersuchung weder begleitet haben noch sich von deren ordnungsgemäßer Durchführung überzeugt haben. Nach außen soll auf diese Weise der Eindruck besonders kompetenter Betreuung vermittelt werden.

Die Unterzeichnenden sollten sich immer vor Augen führen, dass die Unterschrift keine Formalie ist, sondern sie mit der Unterzeichnung zumindest zivilrechtlich die Verantwortung für den Inhalt – und insbesondere die Therapieempfehlungen – übernehmen.

Ob die bloße Mitunterzeichnung eines von einem erfahrenen Oberarzt erstellten Befundes durch den Chefarzt strafrechtlich relevant ist, erscheint allerdings fraglich.

5. Grundsätzlich keine Pflicht zur Überprüfung des Zugangs

Normalerweise darf der Absender darauf vertrauen, dass sein Arztbrief beim Empfänger ankommt. Es kann ihm nicht zugemutet werden, sich bei jedem Arztbrief zu vergewissern, dass dieser erfolgreich übermittelt wurde. Nur dann, wenn ihm aus vorherigen Fällen z. B. bekannt ist, dass es bei einer Praxis Probleme mit der Postzustellung gibt, kann es eine derartige Pflicht geben. Alternativ sollte der Behandler auf eine andere Kommunikationsmethode umstellen, beispielsweise von Post auf Fax.

Allerdings gilt in dringenden Fällen, dass der Absender überprüfen muss, ob die Information beim Empfänger angekommen ist – z. B. bei hochpathologischen Befunden oder Befunden, die weitere, zeitkritische Behandlungsschritte erforderlich machen.⁸⁸ Umgekehrt hat derjenige, der eine externe Untersuchung veranlasst, jedenfalls bei einer verzögerten Rückmeldung eine Informationsobliegenheit; dies gilt vor allem dann, wenn es sich nur um Laborbefunde handelt, d. h. nicht der Patient selbst einen an-

78 Vgl. Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (398).

79 OVG Münster, Urt. v. 10.2.2005 – 6 A 2171/02, juris Rn. 6.

80 SG Stuttgart, Urt. v. 14.5.2003 – S 11 KA 2267/02, juris Rn. 22.

81 Vgl. Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (398) m.w.N.

82 OLG Saarbrücken, Urt. v. 30.6.2004 – 1 U 386/02.

83 OLG Saarbrücken, Urt. v. 30.6.2004 – 1 U 386/02, juris Rn. 58.

84 Vgl. Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (399).

85 Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (399).

86 Bruns, Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler? ArztlR 2003, 60; Haier/Bergmann, Rechtliche Verantwortlichkeit patientenferner Entscheider in Krankenhäusern, Teil I, das Krankenhaus, 2013, 828; Lindemann, Die strafrechtliche Haftung von Entscheidungsträgern im Krankenhaus, in: AG Medizinrecht im DAV/Institut für Rechtsfragen der Medizin (Hrsg.), Brennpunkte des Arztstrafrechts, 5. Düsseldorf Medizinstrafrechtstag, 2015; Bruns, Persönliche Haftung des Krankenhaus-Geschäftsführers für Organisationsfehler?, ArztlR 2003, 60; Kudlich/Schulte-Sasse, Täter hinter den Tätern in deutschen Krankenhäusern? – Strafbarkeit von „patientenfernen“ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisationsbedingten Patientenschäden, NSTZ 2011, 241.

87 OLG Saarbrücken, Urt. v. 30.6.2004 – 1 U 386/02.

88 OLG Saarbrücken, Urt. v. 30.6.2004 – 1 U 386/02, juris Rn. 54.

deren Behandler aufsucht, sondern nur Untersuchungsmaterial befundet wird.⁸⁹

6. Beweislast

Der Arztbrief dient, wenn er auch nicht unmittelbar an den Patienten adressiert ist, der Sicherungsaufklärung als nachgelagerter Teil der therapeutischen Aufklärung. Diese ist Bestandteil der ärztlichen Behandlung. Eine Verletzung der Aufklärungspflicht ist wie ein Behandlungsfehler zu werten. Der Patient muss im Haftungsprozess darlegen und beweisen, dass die Aufklärung unterblieben ist oder unzureichend war und er hierdurch einen materiellen oder immateriellen Schaden erlitten hat.⁹⁰ Der materielle Schaden kann bei einem Privatpatienten z. B. in den Kosten einer nicht erforderlichen Doppeluntersuchung liegen.⁹¹

Eine besonders gravierende Verletzung der therapeutischen Aufklärungspflicht kann als grober Behandlungsfehler zu bewerten sein und zu einer Umkehr der Beweislast führen.⁹²

XII. Elektronischer Arztbrief

Eine neue Tendenz ist die Einführung eines elektronischen Arztbriefs. Dies meint nicht allein den elektronischen Versand des Arztbriefs per E-Mail (wovon aus Datenschutzgründen abzuraten ist), sondern die Übermittlung des Arztbriefs direkt zwischen Krankenhaus und Arztpraxis oder Arztpraxis und Arztpraxis mittels eines geschützten Netzwerkes und standardisierter Schnittstellen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung führt das Projekt „eArztbrief“ ein, mit dem die Kommunikation zwischen niedergelassenen Ärzten verbessert werden soll. Dabei wird der Arztbrief durch das geschützte Computernetzwerk „KV-connect“ übermittelt. Neben der Schnelligkeit soll die Übermittlung auch sicher sein, d.h. nicht von Dritten erfasst werden können.⁹³ Eine weitere Anwendung sieht die automatisierte Übermittlung von Labordaten vor.⁹⁴

Ein weiteres Projekt mit dem Namen „eEntlassbrief“ ermöglicht die direkte Kommunikation zwischen Krankenhaus und Einweiser, wobei eine standardisierte Schnittstelle zwischen dem Krankenhaus-Informationssystem und dem KV-Netz dafür sorgen soll, dass die Einführung so problemlos wie möglich erfolgen kann.⁹⁵ Im Rahmen des Entlassmanagements nach § 39 Abs. 4 SGB V wird inzwischen ein elektronischer Pflegebericht erprobt.⁹⁶

Der elektronische Arztbrief soll Bestandteil werden der geplanten „elektronischen Patientenakte“ gemäß § 291a Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V, wobei durch die Verknüpfung mit der elektronischen Gesundheitsakte sichergestellt werden soll, dass nur die Personen Zugriff auf die Informationen erhalten, denen der Patient dies gestattet hat. Die Umsetzung des Vorhabens „elektronische Patientenakte“ hat sich gegenüber den ersten Planungen des Gesetzgebers um Jahre verzögert. Dabei gibt es neben technischen Problemen auch Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes und der Erkennbarkeit des Ausstellers.⁹⁷

Der Gesetzgeber hat sich daher entschlossen, durch besondere Vergütungen bis Mitte 2018 einen Anreiz zur schnelleren Einführung des elektronischen Entlassbriefs zu schaffen: Mit dem E-Health-Gesetz⁹⁸ soll u. a. § 291f SGB V-E eingeführt werden, der diese Form der Kommunikation regelt; Inhalt des elektronischen Entlassbriefs sind Diagnosen, Befunde, Therapien, Medikation bei Entlassung, der Entlassgrund und empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen. Zugleich sollen die Partner der Selbstverwaltung bis Ende März 2016 die technischen Einzelheiten regeln (§ 291g SGB V-E). § 291h SGB V-E enthält Regelungen zur elektronischen Kommunikation innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung; dabei sollen Details von den Partnern der Selbstverwaltung festgelegt werden. Der Zuschlag soll finanziert werden durch den Wegfall der Versandkostenpauschalen.⁹⁹

XIII. Fazit

Rechtlich ist der Arztbrief nur rudimentär und verstreut im Sozial- und Berufsrecht geregelt, vom Bürgerlichen Recht wird er nur angedeutet. Die Verletzung des Facharztstandards ist geeignet zu einer Haftung des Verfassers zu führen. Die Verfasser sollten sich aber nicht zu sehr von einer möglichen Haftung verschrecken lassen, sondern die Chance sehen, durch gebotene Hinweise den Gesundheitsprozess des Patienten zu fördern.

Denn gerade medizinisch kommt dem Arztbrief erhebliche Bedeutung für den Behandlungserfolg zu. Ein zeitnah und fachgerecht verfasster Arztbrief dient dem Gesundheitsschutz des Patienten. Der Behandler darf die Erstellung des Arztbriefs keinesfalls als lästige Pflicht ansehen, sondern muss ihn als wesentlichen Bestandteil der Behandlung verstehen. Er dient zudem der Selbstkontrolle und ist damit der „Schlussstein“ insbesondere der Behandlung durch Spezialisten.

Wirtschaftlich hat der Arztbrief Bedeutung für die Abrechenbarkeit, insbesondere für stationäre Leistungen, ist er doch ein vorzügliches Dokumentationsmittel.

89 OLG Saarbrücken, Urt. v. 30.6.2009 – 1 U 386/02, juris Rn. 64.

90 Pauge, Arzthaftungsrecht, 13. Aufl. 2015, Rn 630 m.w.N. zur Rspr.; Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. A 600 f.

91 Soweit Kreße/Dinser, Anforderungen an Arztberichte – ein haftungsrechtlicher Ansatz, MedR 2010, 396 (398) davon ausgehen, dass der Zweituntersuchende keinen Vergütungsanspruch habe oder die Kostenträger nicht zur Vergütung verpflichtet seien, kann dies nur dann der Fall sein, wenn der Zweituntersuchende positive Kenntnis von der fehlenden Erforderlichkeit der Untersuchung hatte.

92 BGH, Urt. v. 16.11.2004 – VI ZR 328/03, NJW 2005, 427; Martis/Winkhart, Arzthaftungsrecht, Fallgruppenkommentar, 4. Aufl. 2014, Rn. G 133 ff.

93 Siehe <https://www.kv-telematik.de/aerzte-und-psychotherapeuten/kv-connect/anwendungen/earztbrief/>, zuletzt abgerufen am 10.9.2015.

94 Krüger-Brand, Datenkommunikation: eArztbrief und Labor im Fokus, DÄBl. 2015, A-503.

95 „Test bestanden: Erster Elektronischer Entlassbrief für Krankenhäuser“, [aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62512/Test-bestanden-Erster-Elektronischer-Entlassbrief-fuer-Krankenhaeuser) v. 17.4.2015, <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62512/Test-bestanden-Erster-Elektronischer-Entlassbrief-fuer-Krankenhaeuser>, zuletzt abgerufen am 10.9.2015.

96 Sellemann/Schulte/Hübner, Entlassungsmanagement: Auf dem Weg zum elektronischen Pflegebericht, DÄBl. 2015, Supplement Praxis 1/2015, 9.

97 Weswegen teilweise eine elektronische Signatur gefordert wird, siehe „E-Arztbrief – Experten sehen Defizite“, Ärztezeitung v. 10.7.2015.

98 BR-Drs. 257/15.

99 BR-Drs. 257/15, S. 64.