

Telematik im Gesundheitswesen: Der Gesundheitspass

Das Bundesministerium für Gesundheit und die Verbände und Organisationen auf Spitzenebene sprechen sich für einen verstärkten Einsatz von Telematik-Anwendungen im Gesundheitswesen aus.

Sie stimmen darin überein, dass damit die gemeinsamen Zielsetzungen erreicht werden können:

- Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, u. a. der Arzneimittelsicherheit
- Verbesserung patientenorientierter Dienstleistungen
- Stärkung der Eigenverantwortung, Mitwirkungsbereitschaft und -initiativen der Patienten
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen
- Optimierung von Arbeitsprozessen und Bereitstellung von aktuellen Steuerungsinformationen

Um diese Zielsetzung zu erlangen, soll eine neue Telematikinfrastruktur die elektronische Kommunikation verbessern (eRezept, eArztbrief) und die Krankenversichertenkarte zusätzlich als Gesundheitskarte angeboten werden.

Es besteht Einigkeit, dass die mit dem Ausbau zur Gesundheitskarte verbundene Speicherung und Verarbeitung der Gesundheitsdaten als freiwilliges Angebot an die Versicherten zu gestalten ist, insbesondere:

- dass die Datenhoheit der Patienten und der Grundsatz der Freiwilligkeit der Speicherung von Gesundheitsdaten bewahrt wird,
- dass Patienten entscheiden können, welche ihrer Gesundheitsdaten aufgenommen und welche gelöscht werden,
- dass Patienten entscheiden können, ob und welche Daten sie einem Leistungserbringer zu-

gänglich machen,

- dass keine zentral gespeicherten Datensammlungen über Patientinnen und Patienten entstehen,
- dass Patienten und Versicherte das Recht haben, über sie gespeicherte Daten vollständig zu lesen,
- dass die Verwendung der gespeicherten Patientendaten selbstverständlich nur innerhalb des gesetzlichen Rahmens unter Wahrung des bestehenden Schutzniveaus (z. B. Beschlagnahmeschutz in der Arztpraxis) erlaubt ist.

Als Einstieg in die elektronische Patientenakte soll das eRezept, der eArztbrief und die Arzneidokumentation auf der Grundlage einer geeigneten Telematikplattform eingeführt werden.

Quelle: Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit und der Spitzenorganisationen zum Einsatz von Telematik im Gesundheitswesen (03.05.2002), vollständiger Text unter www.bmggesund.de

Das elektronische Rezept

Bislang erhielt ein Patient sein Medikament über ein Papierrezept, ein kostspieliges Verfahren. Schätzungen gehen davon aus, dass alle Verfahrensschritte bei der Herstellung, Bearbeitung und sicheren Vernichtung der Rezepte ca. 1 Milliarde Euro pro Jahr kosten. Ein Teil der Kosten entsteht, weil die Informationen mehrfach vom Computer auf Papier und wieder in den Computer übertragen werden.

Eine Lösung des Problems wird nun in der Einführung eines elektronischen Rezeptes gesehen. Der Patient erhält eine Chipkarte. In der Arztpraxis werden dort die notwendigen Medikamenteninformationen gespeichert. In der Apotheke wird die Karte in ein

Lesegerät gegeben, das Medikament ausgehändigt und die notwendigen Daten werden direkt an das entsprechende Rechenzentrum weitergeleitet.

Eine zweite Lösungsmöglichkeit besteht darin, dass der Arzt die Informationen über das verordnete Medikament mit einem Identifikationsschlüssel in ein Datennetz einstellt. Der Patient erhält auf seiner Versichertenkarte diesen Schlüssel und kann damit zur Apotheke seiner Wahl gehen. Der Apotheker greift mittels des Schlüssels auf das Datennetz zu und erhält die Informationen über die Verordnung.

Es gibt allerdings auch Skepsis gegenüber dem eRezept. Ärzte befürchten, dass die Daten dazu verwendet werden könnten, individuelle Profile ihrer Verordnungen zu erstellen. Patienten wollen die Kontrolle über ihre Gesundheitsdaten nicht aus der Hand geben. Außerdem wird die Finanzierung hinterfragt. Die Umstellung von Papier auf Chipkarte würde die Einsparungen mindestens aufbrauchen. So wurde von der Beratungsgesellschaft Debold & Lux in einem Gutachten für die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände ABDA und den Verband der Angestellten – Krankenkassen (VdAK) errechnet, dass sich das eRezept wirtschaftlich vor allem in Verbindung mit dem Gesundheitspass trägt.

Quelle: Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen ATG und der Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung GVG: Management-Papier – Elektronisches Rezept. Mai 2001, vollständiger Text unter www.gvg-koeln.de

Der elektronische Arztbrief

Zur Zeit wird der Arztbrief vom behandelnden Arzt verfasst und an den weiterbehandelnden Kol-

BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER PATIENTINNEN-STELLEN (BAGP)

c/o Gesundheitsladen
München
Auenstr. 31
80469 München
TELEFON
089 / 76 75 51 31
FAX 089 / 725 04 74

http:
patientenstellen.de
email: mail@patientenstellen.de

Sprechzeiten:
Mo - Do 13 - 14 h

Inhalt:
Chipkarte im Gesundheitswesen A-C
Broschüre C
Veranstaltung Chip C
Neue Verjährungsfristen D



BAGP - Mitglieder/ Kontaktadressen und Öffnungszeiten: (www. patientenstellen.de)

PatientenInitiative Hamburg e.V.

22301 Hamburg,
Moorfurthweg 9 e
Tel: 040/2796465,
Fax: 040/27877718
hamburg@
patientenstellen.de
Mi 13– 15 h
(persönlich n.V.)

PatientInnenstelle Bremen

28205 Bremen,
Braunschweigerstr. 53b
Tel+Fax: 0421/493521
bremen@
patientenstellen.de
Mo und Mi 10 – 13 h
Do 16 – 19 h

Pro PatientIn e.V.

32423 Minden,
Simeonstr. 20
Tel: 0571/398 2541,
Fax: 0571/8297 6826
minden@
patientenstellen.de
Di 10 – 12 h
Mi 10 – 12; 14 – 16 h

Patientenstelle Bielefeld

33602 Bielefeld,
August-Bebel-Str. 16
Tel: 0521/133561,
Fax: 0521/176106
bielefeld@
patientenstellen.de
Di und Do 10 – 12 h
Mi 15 – 19 h u.n.V.
Do 15 - 17 h (Psychia-
triebeschwerde)

PatientInnenstelle Göttingen

37073 Göttingen,
Albanikirchhof 4-5
Tel: 0551/486760,
Fax: 0551/42759
goettingen@
patientenstellen.de
Mo und Do 10 – 13 h
Di und Do 15 – 18 h

PatientInnenstelle Osnabrück

49080 Osnabrück,
Koksche Str. 18
Tel: 0541/84264,
Fax: 0541/6003517
osnabrueck@
patientenstellen.de
Di 18 – 20; Mi 9 – 12 h
Do 10 – 14 h

legen geleitet. Über Struktur, Inhalt und Tiefe der Informationen im Arztbrief gibt es keinerlei Konventionen. Die fehlende Standardisierung von Arztbriefen hat zur Folge, dass für die Weiterbehandlung hilfreiche oder gar notwendige Informationen nicht oder nur unvollständig übermittelt werden.

Unvollständige Informationen verursachen Verzögerungen in der Weiterbehandlung und unnötige Kosten. Der eArztbrief hingegen ermöglicht eine schnelle, sichere und weitergehende Übermittlung qualitativ aussagekräftiger Informationen bis hin zu bewegten Bildsequenzen. Allerdings müssen Inhalte und Strukturen des Briefes standardisiert werden. Durch verminderte Porto- und Personalkosten zur Erstellung, Versendung und Weiterverarbeitung von Arztbriefen wird mit Einsparungen von ca. 200 Mio. € gerechnet.

Diesen genannten Vorteilen stehen allerdings auch klare Risiken gegenüber. Es besteht die Gefahr, dass Ärzte, da sie nicht mehr zur Auswahl von Informationen gezwungen sind, sämtliche elektronisch erfassten Informationen zu einem Patienten an den weiterbehandelnden Arzt weiterleiten und den Empfänger mit „Datenmüll“ überschütten.

Darüber hinaus ist zu befürchten, dass Patienten überhaupt keinen Einblick und keinen Einfluss darauf haben, welche Informationen an wen weitergeleitet werden.

Schließlich besteht ein großes finanzielles Risiko: Die erheblichen Kosten der Einführung des elektronischen Arztbriefes könnten die Einsparungen bei weitem übersteigen.

Quelle: Aktionsforum Telematik im Gesundheitswesen ATG und der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung GVG: Management-Papier – Elektronisches Rezept. Mai 2001, vollständiger Text unter www.vvg-koeln.de

Kosten – Nutzen – Analyse

Seit mehreren Jahren wird die

Einführung des eRezeptes diskutiert. Es wird die These aufgestellt, der Nutzen des eRezeptes wäre hinreichend, um die Infrastruktur für eine Telematikplattform des Gesundheitswesens zu finanzieren. Parallel wurde eine Debatte über die Modernisierung der Geschäftsprozesse um die Versichertenkarte geführt.

Die Befreiung von Zuzahlungen wird nicht über die Versichertenkarte nachgewiesen und zur Zeit mit einer extrem hohen Fehlerquote gemanagt. Den Krankenkassen entgehen dadurch jährlich ca. 260 Millionen €. Der Mangel kann behoben werden, in dem die Befreiung von der Zuzahlung über die Versichertenkarte nachgewiesen wird.

In einer Modellrechnung für Deutschland wurde ermittelt, dass allein die Vermeidung von Krankenhausfällen, die durch eine bessere Information bei der Medikation erreicht werden kann, Einsparungen von mehr als 1/2 Mrd. € eröffnen würden. Die Kosten durch unnötige Krankenhausaufenthalte können vermieden werden, in dem das eRezept - verbunden mit einer patientenbezogenen Dokumentation der Medikation und persönlicher Arzneimittelrisiken - eingeführt wird.

Für eine flächendeckende Implementation der neuen Technologien in Deutschland wurde ein Investitionsbedarf von 560 Millionen € ermittelt. Insgesamt ergeben sich durch diese Investition Einsparungen von 452 Millionen € jährlich. Allerdings zeigt die Verteilung von Kosten und Nutzen unter den Beteiligten im Gesundheitswesen starke Verschiebungen der Gleichgewichte.

- Die Ärzteschaft hat die höchsten Investitionen und Betriebskosten, erzielt aber nur geringe Einsparungen.
- Die Kostenträger investieren weniger als die Ärzteschaft; ihre jährlichen Einsparungen liegen aber fast doppelt so hoch wie

ihre Investitionen.

- Die Apotheken investieren geringfügig mehr als sie jährlich einsparen.

Der volkswirtschaftliche Nutzen der mit der Kombination von Versichertenkarte und eRezept nachgewiesen wurde, kann nicht ohne Konsens der Kostenträger und Gesundheitsberufe realisiert werden.

Quelle: Debold & Lux: Kommunikationsplattform im Gesundheitswesen. Kosten-Nutzen-Analyse, Neue Versichertenkarte und Elektronisches Rezept, Zusammenfassung des Endberichts, 12.07.2001, vollständiger Text unter www.debold-lux.com

Kritische Überlegungen zum Gesundheits-Pass

Die bisherigen Überlegungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und ihrer Institute betonen den rein volkswirtschaftlichen Nutzen aller Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Die Frage, inwieweit der Gesundheits-Pass auch einen Nutzen für den Versicherten darstellt, bleibt offen. So kann die Einführung des Gesundheitspasses zu einer Transparenz und zu einer verbesserten Kommunikation im Gesundheitswesen führen, wovon auch der Versicherte profitiert. Er käme vielleicht in den Besitz eines validen Instrumentes zur Kommunikation im Gesundheitswesen. Der Gesundheits-Pass soll eine schnelle Verfügbarkeit aller medizinischer Daten sichern, die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern und eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten zulassen. Die Einführung des eRezeptes könnte eine verbesserte Qualität der Medikamentenversorgung sicherstellen.

Neben den hier beschriebenen Vorteilen zieht die Einführung des Gesundheitspasses auch Risiken nach sich.

Der Gesundheits-Pass kann zum „gläsernen Menschen“ führen, da künftig den Krankenkassen Informationen generell versichertenbezogen übermittelt



werden. Das Patientengeheimnis wird ausgehöhlt. Diesbezüglich ist zu befürchten, dass durch den Gesundheits-Pass sowohl Leistungserbringer als auch Versicherte kontrolliert und beeinflusst werden. Die statistische Auswertung dieser medizinischen Datensätze soll dazu benutzt werden, nicht standardgemäße Behandlungen herauszufiltern. Standard ist dann entweder der Durchschnitt oder die von Kassen und Verbänden festgelegten Richtlinien.

Die Dokumentation des Gesundheits-Passes beinhaltet eine Standardisierung und Normierung der Sprache. Das bedeutet eine Umstellung von individuellen zu „objektiven“ maschinenverwertbaren Daten. Individuelle Einschätzungen, die nicht ins Raster gehören, fallen weg. Es findet lediglich eine Interpretation elektronisch nackter

Daten ohne Kontext statt. Das Anamnesegespräch könnte durch objektive Dokumentationsdaten ersetzt werden. Hier liegen Gefahren für die Selbstbestimmung des Patienten.

Der Gesundheits-Pass könnte von den Krankenkassen als Bonusheft für gesunde Lebensweisen benutzt werden. Gesundheits-schädigendes Verhalten wird dann bestraft. Versichert wird nur, wer eine selbstverantwortliche gesunde Lebensführung auf seiner Gesundheitskarte nachweisen kann. Im Sinne einer Verhaltensprävention wird die Eigenverantwortung für Gesundheit an den Patienten abgeben. Doch wer bestimmt, was gesund ist? Hier liegt die Gefahr, von strukturellen Risikofaktoren abzulenken. Der freiwillige Gesundheits-Pass würde schnell einen Zwangscharakter bekommen und sowohl die Entmündigung

des Patienten als auch die Gefahr der gesellschaftlichen Diskriminierung (siehe Bluterkartei und AIDS) nachsichziehen.

Vor der Einführung des Gesundheits-Passes müssen noch völlig ungeklärte Fragen beantwortet werden. So ist noch nicht geklärt, wie die Befugnisse zum Schreiben und Speichern von Daten und der Zugriff auf diese Gesundheitsdaten geordnet werden soll. Wie sehr ist der Arzt verpflichtet, alle Daten einzulesen und wie sieht die rechtliche Situation aus, wenn der Patient die Einsicht in bestimmte Teile der Krankenakte verweigert. Wer ist für einen späteren Behandlungsfehler verantwortlich?

Angesichts all dieser hier beschriebenen Probleme ist es notwendig, über die Einführung des Gesundheits-Passes zu diskutieren und über mögliche Alternativen nachzudenken.

AutorInnenteam

**PatientInnenstelle
Barnstorf**

49406 Barnstorf,
Kampstr. 19
Tel: 05442/803670,
Fax: 05442/991984
barnstorf@
patientenstellen.de
Di und Mi 9 – 11 h
Fr 15 – 16.30 h

PatientInnenstelle Köln

50677 Köln, Vondelstr. 9
Tel: 0221/328724,
Fax: 0221/2762961
koeln@
patientenstellen.de
Mo, Di, Fr 10 – 12 h
Mi und Do 16 – 19 h

**Unabhängige Patienten-
information FFM**

60389 Frankfurt/Main,
Rohrbachstr. 29
Tel: 069/94548964,
Fax: 069/94548965
frankfurt@
patientenstellen.de
Di - Do 10 – 13 h
Mo 16 – 19 Uhr

**PatientInnenstelle
München**

80469 München,
Auenstr. 31
Tel: 089/772565,
Fax: 089/7250474
muenchen@
patientenstellen.de
Mo 17 – 20 h
Do und Fr 10 – 13 h

**PatientInnenstelle
Nürnberg**

90402 Nürnberg,
Ludwigstr. 67
Tel: 0911/2427172,
Fax: 0911/2427174
nuernberg@
patientenstellen.de
Di 11 – 13; 18 – 20 h
Do 10 – 13 h
Fr 13.30 – 15.30 h

**Verbraucher-Zentrale
Hamburg e.V.**

(assoziiert)
Fachabteilung Gesund-
heitsdienstleistungen
20099 Hamburg,
Kirchenallee 22
Tel: 040/24823 230,
Fax: 040/24823 290
patientenschutz@
verbraucherzentrale
hamburg.de
Telefon: Di 10-18 h,
Mi 10-14 Uhr
Persönlich: Do 10-18 h



**»Gläserne Patienten«
oder
»Gläsernes Gesundheitswesen«**

Gesundheits-Pass
Patienten-Pass
Medikamenten-Pass
oder Lauf-Pass



**Einladung zur Tagung
am 7. Juni 2002 in Bielefeld**

Kooperationsveranstaltung
der Gesundheits-Akademie e.V. mit dem
PatientInnennetzwerk NRW,
der BAG Hilfe für Behinderte
und der BAG PatientInnenstellen.

Info: bei der BAGP oder
Gesundheits-Akademie,
Tel. 0521-133562, Fax 0521-176106



**PatientInnenstellen-
Broschüre Nr. 2
„Patientenrechte bei ärztlichen
Honorarforderungen“**

Der Ärger mit Privatrechnungen von Ärzten und Zahnärzten gehört heutzutage zum alltäglichen Leid von Patienten. Mussten sich bislang vor allem Privatpatienten mit falschen, überhöhten oder sonstigen fehlerhaften Abrechnungen herumplagen, so flattern auch in zunehmendem Maße Kassenpatienten private Honorarforderungen ihrer Ärzte ins Haus. Ein großer Teil der Arztrechnungen weist jedoch Fehler auf, die den Patienten zur Zurückweisung der Rechnung berechtigen. Der vorliegende Ratgeber gibt jedem Patienten das nötige Wissen, um ärztliche Privatrechnungen auf eventuelle Fehler genau prüfen zu können und darüber, welche rechtlichen Schritte Sie dagegen unternehmen können.

**Zu beziehen bei jedem Mitglied der BAGP oder
bei der Geschäftsstelle gegen Schutzgebühr.**

Neues Verjährungsrecht: Ab 1.1.2002 gelten neue Verjährungsregeln

Die Änderungen in dem „Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts“ vom 26.11.2001 bedeuten gerade im Verjährungsrecht für den Bereich Arzthaftung/Behandlungsfehler entscheidende Neuerungen, die hier im Überblick dargestellt werden sollen.

Dreijährige Regelverjährung

Die wichtigste Neuerung ist, dass die „regelmäßige Verjährungsfrist“ des §195 BGB von 30 auf 3 Jahre gekürzt worden ist.

Diese Regelverjährung gilt grds. für alle Schadensersatzansprüche, und zwar für die aus Vertrag (vorher 30 Jahre) genauso wie die aus unerlaubter Handlung gem. §823 BGB.

Also gilt die 3-Jahres-Frist jetzt für Schadensersatz (aus Vertrag und aus unerlaubter Handlung) genauso wie für Schmerzensgeld.

§634a BGB hat in Abs.1 Nr.3 („...im Übrigen in der regelmäßigen Verjährungsfrist“) für Leistungen am menschlichen Körper, soweit Werkvertragsrecht gilt (u.U. bei Gebissanierung, Einfügen einer Prothese im Rahmen einer Operation), klargestellt, dass in diesen Fällen ebenfalls die dreijährige Regelverjährung gilt.

Fristbeginn

Nach §199 BGB beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist mit dem Schluss (also immer am 31.12.) des Jahres zu laufen, in dem der Anspruch entstanden ist und die Geschädigte Kenntnis davon erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen können.

Bei ärztlichen Behandlungsfehlern bedeutet das, dass die Verjährung erst dann beginnt, wenn die PatientInnen Kenntnis von solchen Tatsachen erlangen. Aus denen ergibt sich für sie als medizinische Laien, dass der Arzt von dem üblichen medizinischen Vorgehen abgewichen ist oder Maßnahmen nicht getroffen hat, die nach ärztlichem Standard erforderlich waren (BGH NJW 88, S.1516; 91, S.2350; 01, S.885).

Neu ist, dass die Verjährung nicht nur bei Kenntniserlangung beginnt, sondern auch, wenn eine sog. „grob fahrlässige Unkenntnis“ vorliegt. Grob fahrlässig handelt jemand, wenn seine Unkenntnis auf einer besonders schweren Vernachlässigung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt beruht. Das ist der Fall, wenn jemand die Augen vor einer sich aufdrängenden Kenntnis verschließt. Grobe Fahrlässigkeit kann allerdings auch schon zu

bejahen sein, wenn die Patientin bei einem sich aufdrängendem Verdacht eines ärztlichen Kunstfehlers von der Möglichkeit keinen Gebrauch macht, die Krankenhausunterlagen einzusehen. Voraussetzung ist aber, dass die Geschädigte längere Zeit zugewartet hat und die Einsicht die notwendige Aufklärung erbracht hätte (s. BGH NJW 89, S. 2323).

Ob dies zu einer tatsächlichen Schlechterstellung der PatientInnen führt, wird die kommende Rechtsprechung zeigen. Bislang wurde der „Treu und Glauben“-Paragraph 242 BGB eingesetzt, um unter dem Begriff „Rechtsmissbrauch“ solche Sachverhalte zu beurteilen.

Rechenbeispiel: Nach einer fehlerhaften OP am 25.11.2002 fordert die Patientin die Behandlungunterlagen an, die sie am 20.1.2003 erhält. Mit dem Schluss des Jahres 2003 (am 20.1.2003 hat die Patientin erst Kenntnis erlangt) beginnt die dreijährige Verjährungsfrist zu laufen und endet am 31.12.2006.

Höchstfristen

Neu ist auch, dass es Höchstfristen bei der Verjährung von Ansprüchen gibt:

§199 Abs. 2 und 3 BGB regelt, dass unabhängig von der eben genannten Kenntnis (grob fahrlässigen Unkenntnis) Ansprüche nach 10 Jahren verjähren, Schadensersatzansprüche wegen Lebens-/ Körper-/ Gesundheitsverletzungen nach 30 Jahren. (Bsp.: Bei einer fehlerhaften OP am 3.10.2002 ohne Kenntnis oder grob fahrlässiger Unkenntnis vom ärztlichen Fehlverhalten verjähren die Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld am 3.10. 2032, bei einer OP am 3.10. 1978 dementsprechend am 3.10. 2008).

Zeitliche Geltung der Verjährungsregelung

Die Neuregelung der dreijährigen Verjährungsfrist gilt zunächst für alle Schadensfälle, die sich nach dem 1.1. 2002 ereignen. Sie gilt aber auch für alle Schadensersatzansprüche, die vor

dem 1.1. 2002 bestanden haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht verjährt gewesen sind. Der 31.12.2004 wird damit ein wichtiger Stichtag sein.

Für alle Ansprüche gilt die Regel, dass es keine Verlängerung der Verjährungsfristen durch die Neuregelung gibt, wenn nach dem alten Verjährungsrecht vor dem 31.12. 2004 die Verjährung eintreten würde. Es gelten dann die alten Verjährungsfristen. Bsp.: Ein vertraglicher Schadensersatzanspruch wegen eines Behandlungsfehlers aus dem Jahre 1973 verjährt – nach 30 Jahren – im Jahr 2003 und nicht erst am 31.12. 2004.

Hemmung

Für die Hemmung und den Neubeginn der Verjährung geben die §§203 ff BGB folgende Neuerungen: Verhandlungen zwischen den Anspruchsgegnern führen jetzt bei allen Ansprüchen zur Hemmung der Verjährung (bislang war das nur für deliktische Ansprüche vorgesehen in §852 Abs.2 a.F. BGB). Hemmung bedeutet, dass während der Zeit der Verhandlungen die Verjährung angehalten, die bis dahin abgelaufene Zeit aber berücksichtigt wird.

Ebenso hemmt die Rechtsverfolgung durch Klage und gleichgestellte Maßnahmen die Verjährung.

Solange also mit der Berufspflicht des Arztes oder der Klinik korrespondiert wird, bleibt die Verjährung gehemmt, ebenso während eines Verfahrens vor der Gutachterkommission und natürlich bei einem Rechtsstreit.

Einen Neubeginn der Verjährung verursacht nur noch Schuldanerkenntnis oder Beantragung/Vornahme einer Vollstreckungshandlung (§212 BGB).

Sabine Düver, Barnstorf

Quellen:

Palandt, Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts, Ergänzungsband zu Palandt, BGB, 61. Aufl. Aufsatz von Dr. Roland Uphoff, „Achtung, neues Verjährungsrecht“ in „Weiterleben“ AKG, März 2002

