

I Krankenhausspezifische Rechtsgrundlagen

Jörg Heberer

Die Behandlung des Patienten kann entweder ambulant oder stationär erfolgen. Dies zieht jeweils unterschiedliche Vertragsgestaltungen nach sich.

1 Die ambulante Krankenbehandlung

Die Behandlung des Kassen- wie auch des Privatpatienten ist im Rahmen der Krankenhausambulanz in der vertraglichen Grundlage gleich. Sie ist an den normalen Arztvertrag angelehnt.

Wenn der Krankenhausträger die Ambulanz selbst betreibt, kommen vertragliche Beziehungen unmittelbar zwischen dem Patienten und dem Klinikträger zustande.

Anders kann es sich darstellen, wenn der Chefarzt die Erlaubnis erhalten hat, im Rahmen seiner Nebentätigkeit die Ambulanz zu betreiben. Der Behandlung des Kassenpatienten wird zwar regelmäßig eine Überweisung vorausgehen, mit Aufnahme zur Behandlung kommt jedoch ein Behandlungsvertrag zwischen Patient und Chefarzt zustande. Denn über seine Mitgliedschaft bei der Kassenärztlichen Vereinigung ist der Chefarzt durch den öffentlich-rechtlichen Gesamtvertrag mit der Krankenkasse des sozial-

versicherten Kranken vertraglich verbunden. Es wird also nicht das Krankenhaus als Institution, sondern der Chefarzt der Ambulanz vertraglich verpflichtet.

Die vorgenannten Grundsätze gelten auch für den Privatpatienten. Wenn dieser ambulant im Krankenhaus behandeln lässt, tritt er bei einer Chefarztambulanz in vertragliche Beziehungen zu diesem. Sollte es sich um eine Institutsambulanz handeln, dann sind wiederum vertragliche Beziehungen zum Krankenhausträger gegeben.

2 Die stationäre Krankenhausbehandlung

Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, stehen verschiedene Vertragstypen im Raum. Man unterscheidet dabei drei Formen des Krankenhausvertrages; den totalen Krankenhausaufnahmevertrag, den aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag und den Arztzusatzvertrag mit totalem Krankenhausaufnahmevertrag.

2.1 Der totale Krankenhausaufnahmevertrag

Der totale Krankenhausaufnahmevertrag ist wohl die am einfachsten strukturierte vertragliche Grundlage des stationären Krankenhausaufenthaltes. Da das Krankenhaus allein unter Berücksichtigung seiner Leistungsfähigkeit und seines Versorgungsauftrages sämtliche Leistungen am und für den Patienten zu erbringen hat, ist es alleiniger Vertragspartner des Patienten. Der Chefarzt tritt daher beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag in keinerlei eigene vertragliche Beziehungen zum Patienten. Dies gilt jedoch nur dann, wenn keine Zusatzvereinbarungen bei der Aufnahme getroffen wurden (vgl. unten I. 2.3).

Zusammenfassend schuldet daher der Krankenhausträger sämtliche Leistungen „total“ und erwirbt im Gegenzug dazu einen eigenen Honoraranspruch nach § 611 Abs. 1 BGB gegen den Patienten.

2.2 Der gespaltene Krankenhausaufnahmevertrag

Bei diesem Vertragstypus lässt sich der Inhalt der vertraglichen Beziehungen weniger klar bestimmen, da diese hier doppelt bestehen. Zum einen schuldet der Krankenhausträger dem Patienten die Krankenhausversorgung, sodass insoweit kein Unterschied zum totalen Krankenhausaufnahmevertrag besteht. Zum anderen verpflichtet sich auf ausdrücklichen

Wunsch des Patienten der (Beleg-)Arzt zur Erbringung der ärztlichen Leistung, während eine derartige Wahl des behandelnden Arztes im Rahmen des totalen Krankenhausaufnahmevertrages grundsätzlich nicht stattfindet. Probleme bereitet dabei die Abgrenzung der einzelnen Leistungsinhalte und somit vertraglichen Verpflichtungen. Als Leistungen des Belegarztes werden in § 18 Abs. 1 KHEntgG (bis zum 31.12.2004 § 23 Abs. 1 Satz 2 BPflV) dessen persönliche Leistungen klassifiziert. Hierzu zählen auch der ärztliche Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten, die von dem Belegarzt veranlassten Leistungen nachgeordneter Ärzte des Krankenhauses und die Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Alle anderen Bereiche, wie im Wesentlichen die räumlichen und medizinischen Voraussetzungen für die Belegarztztätigkeit, pflegerische und medizinische Betreuung außerhalb der Belegarztleistung, Bereitstellung ärztlichen und nicht ärztlichen Personals, Unterkunft, Verköstigung etc. sind die alleinige vertragliche Aufgabe des Krankenhauses. Im Rahmen des aufgespaltenen Arzt-/Krankenhausvertrages wird der selbst liquidierende Arzt bei reinen Behandlungstätigkeiten auch nicht als Vertreter oder als Verrichtungsgehilfe des Krankenhausträgers tätig. Die Pflichtenkreise und Verantwortungsbereiche sind vielmehr strikt voneinander zu trennen. So liegen im Ergebnis zwei Vertragsverhältnisse vor, deren praktische Trennung jedoch im Bereich der Pflege des Patienten fließend ist.

2.3 Der totale Krankenhausaufnahmevertrag mit Arzt-Zusatzvertrag

Als dritte Möglichkeit der Vertragsgestaltung bietet ein Großteil der Kliniken dem Selbstzahler an, ärztliche Leistungen durch Ärzte wählen zu können, denen ein Liquidationsrecht der wahlärztlichen Leistungen zusteht und die über die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung unmittelbar die erbrachte Teilbehandlung liquidieren können. Auf den ersten Blick unterscheidet sich daher der Krankenhausvertrag mit einem Zusatzvertrag rechtlich nicht vom gespaltenen Krankenhausvertrag. Tatsächlich ist hier die Grenzziehung schwierig.

Es kommt auf die Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten an, ob der selbst liquidierende Arzt selbstständiger Vertragspartner des Patienten wird und es sich um den vorbezeichneten gespaltenen Krankenhausvertrag handelt, oder ob er dem Krankenhausvertrag, bei dem sich bereits der Krankenhausträger zur Gewährung der ärztlichen Leistungen verpflichtet hat, beitrifft. Man spricht bei der letztgenannten Konstellation vom Krankenhausvertrag mit Arzt-Zusatzvertrag. Zwar können zur Beurteilung des Vertragswerkes insbesondere die Aufnahmebedingungen

und die Krankenhaussatzung zurate gezogen werden. Die Rechtsprechung geht jedoch jenseits dieser Möglichkeit regelmäßig davon aus, dass es sich beim Krankenhausvertrag mit Arzt-Zusatzvertrag um die zwischen den Parteien gewollte Vereinbarung handelt. Begründet wird dies damit, dass der Patient den Krankenhausträger durch den Abschluss eines Wahlleistungsvertrages keinesfalls aus den vertraglichen Pflichten entlassen will; vielmehr muss man davon ausgehen, dass sich der Patient mit dem Wahlleistungsvertrag einen weiteren Schuldner verschaffen möchte (vgl. BGH, NJW 1985, 2189).

Bei diesem Vertragsmodell kommen also zwei voneinander getrennte Verträge zustande. Der wesentliche Unterschied zum gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag besteht jedoch darin, dass sowohl zwischen dem Patienten und dem Krankenhausträger, als auch zwischen dem Patienten und dem selbst liquidationsberechtigten Arzt (der seinerseits wiederum im Krankenhaus angestellt ist) jeweils vertragliche Beziehungen betreffend die ärztliche Behandlung bestehen. So besteht also weitestgehend eine Übereinstimmung der Zuständigkeitsbereiche sowohl des behandelnden Arztes, als auch des Krankenhauses.

Allein für den Fall, dass es sich ausdrücklich aus dem Vertragswerk ergibt, kommt ein gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag zustande. Dies muss jedoch regelmäßig mit einer teilweisen Entlassung des Krankenhausträgers aus seiner Verantwortung einhergehen. Sollte eine entsprechende Vereinbarung fehlen, so ist regelmäßig vom Krankenhausvertrag mit Wahlleistungsabrede auszugehen (vgl. BGH, NJW 1985, 2189).



Praxistipp:

Es empfiehlt sich daher beim Vertrag über die Gewährung von Wahlleistungen zwischen Klinikträger und Patient, einen ausdrücklichen Hinweis mit aufzunehmen, dass der Träger der Klinik lediglich Vertragspartner für die Unterbringung, Verpflegung und pflegerische Betreuung wird und Vertragspartner für die ärztlichen Leistungen nur die liquidationsberechtigten Ärzte sind. Darüber hinaus sollte ein ausdrücklicher Haftungsausschluss für Fehler des privat liquidierenden Arztes mit aufgenommen werden.

Derartige Regelungen werden vielfach in Krankenhausaufnahmebedingungen mit aufgenommen. Da diese der Kontrolle durch die Regelungen der Allgemeinen Geschäftsbedingungen unterliegen, kann davor nur gewarnt werden. Bei einem solchen Haftungsausschluss kann es sich um

einen Verstoß gegen das Überraschungsverbot nach § 305 c Abs. 1 BGB handeln. Die Zusatzvereinbarung muss daher eine (hand-)schriftliche individuelle Zusatzvereinbarung sein.

2.4 Wahlarztkette

Bei der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen möchte der Patient sicherstellen, dass ein besonders qualifizierter und erfahrener Arzt die Leistungen erbringt. Bei der Inanspruchnahme einer solchen wahlärztlichen Leistung kann die Wahl allerdings nicht auf einzelne liquidationsberechtigte Ärztinnen oder Ärzte eines Klinikums beschränkt werden. Vielmehr ist im Krankenhausentgeltgesetz die sog. Wahlarztkette festgelegt, wonach sich die Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle liquidationsberechtigten Ärzte erstreckt.



§ 17 Abs. 3 KHEntgG:

Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115 a des 5. Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen (...).

Im Rahmen dieser Wahlarztkette kann neben den Krankenhausärzten auch der vom Krankenhaus oder vom Chefarzt hinzugezogene, niedergelassene Konsiliararzt in die Wahlarztkette einbezogen werden. Etwas anderes gilt nur dann, wenn die eigene Liquidationsberechtigung des Konsiliararztes vertraglich ausgeschlossen wurde (s. u. I. 2.5).

Von der Wahlarztkette zu unterscheiden sind die ständigen ärztlichen Vertreter der liquidationsberechtigten Ärzte im Sinne des § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ. Diese sind dem Patienten vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung zu benennen und sind berechtigt, den Patienten im Rahmen der wahlärztlichen Leistung vertretungsweise zu behandeln. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass es sich nur um einen oder max. zwei ständige Vertreter handelt, die Nennung einer Vielzahl weiterer Ärzte oder gar sämtlicher Oberärzte dürfte mit dem Sinn und Zweck der Wahlleistungsverein-

barung nicht vereinbar sein. Nur für den Fall der unvorhergesehenen Verhinderung des liquidationsberechtigten Arztes und seines Vertreters z. B. wegen Krankheit ist nach vorheriger Einwilligung des Patienten die Vertretung durch einen weiteren Arzt zulässig.

2.5 Konsiliararztvertrag

Der Krankenhausträger kann mit niedergelassenen Ärzten Verträge zur Behandlung stationär aufgenommenen Patienten abschließen, wobei der externe Leistungserbringer hier im Auftrag des Krankenhausträgers tätig wird und nicht etwa die Leistung selbst übernimmt, wie bei der Mit- oder Weiterbehandlung. Der Konsiliararzt ist hierbei *Erfüllungsgehilfe* im Sinne des § 278 BGB des Krankenhausträgers (vgl. II, 2.3). Ein eigenes Vertragsverhältnis zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten kommt hierbei nicht zustande.

Bei der Durchführung wahlärztlicher Leistungen durch den Konsiliararzt im Auftrag des Krankenhausträgers oder des Chefarztes sollte jedoch ausdrücklich vereinbart werden, ob der Konsiliarius ein eigenes Liquidationsrecht erhält oder nicht. Hiervon hängt es nämlich ab, ob zwischen dem Konsiliararzt und dem Patienten eine eigene vertragliche Rechtsbeziehung besteht.

Für den Fall, dass ein Belegarzt einen externen Leistungserbringer hinzuzieht, sind die Leistungen des Konsiliarius gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 4 KH-EntgG jedoch dem Belegarzt als von ihm veranlasst zuzurechnen, der Krankenhausträger hat hierbei keine Vertragsbeziehung zum Konsiliararzt.

In der Konstellation des sog. „unechten Konsiliararztvertrages“ hat der Krankenhausträger mit dem niedergelassenen Arzt einen (Dauer-)Vertrag dahingehend abgeschlossen, dass dieser bestimmte Leistungen, wie z. B. eine bestimmte Operationsmethode regelmäßig bei stationären Patienten durchführt. Hierdurch kann die Klinik einen eigenen angestellten Operateur einsparen und gewährleistet den Patienten dennoch ein breiteres Leistungsspektrum. Das Honorar ist mit dem niedergelassenen Arzt auszuhandeln, im Hinblick auf die eingesparten Personalkosten kann hier durchaus ein für den beauftragten Arzt reizvolles Honorar gewährt werden.


Durch solche Verträge wird natürlich das Leistungsspektrum gewissermaßen künstlich ausgeweitet, wodurch die Inanspruchnahme entsprechender DRGs bewirkt wird, ohne über derartiges eigenes Personal zu verfügen. Solche Verträge werden deshalb von einigen Krankenkassen für unzulässig gehalten.

Praxistipp:

Bei Abschluss derartiger „unechter Konsiliararztverträge“ sind die Regelungen der einzelnen Landeskrankenhausgesetze zu beachten, da diese die Inanspruchnahme externer Leistungen teilweise auf ergänzende Untersuchungen und Behandlungen beschränken, sodass die Durchführung der operativen Hauptleistung durch den Konsiliarius unzulässig sein könnte.

2.6 Allgemeine Krankenhausaufnahmebedingungen

Wie bereits ausgeführt, benutzen Kliniken Krankenhausaufnahmebedingungen, um die vertraglichen Pflichten und Rechte einheitlich festzuschreiben. Hierfür hat u. a. die Deutsche Krankenhausgesellschaft ein Muster allgemeiner Vertragsbedingungen vorgelegt. Bei der Verwendung derartiger vorformulierter Aufnahmebedingungen ist jedoch Vorsicht geboten. Denn sie unterliegen der Kontrolle durch die Regelungen der Allgemeinen Geschäftsbedingungen. So empfiehlt es sich nicht, Haftungsausschlüsse in Allgemeine Krankenhausaufnahmebedingungen mit aufzunehmen. Diese müssen vielmehr individualvertraglich ausgehandelt werden. Unwirksam sind nach der Rechtsprechung etwa die Regelungen in AVB's, dass Pflegesätze rückwirkend erhöht werden können oder etwa die Haftungsfreistellung bei Entlassung gegen ärztlichen Rat. Unwirksam ist auch eine allgemeine Regelung der Zulässigkeit der inneren Leichenschau, wenn ein wirtschaftliches Interesse besteht. Ein Problem der Praxis ist insbesondere die fehlende Allgemeinverständlichkeit, was nach § 305c Abs. 3 BGB dann zu Lasten des Verwenders der AVB geht, wenn Zweifel bei der Auslegung verbleiben. Bei der Verwendung von AVB's ist daher äußerste Vorsicht geboten.

 **Haftungsausschlüsse und Regelungen, die die Rechte des Patienten beschneiden, sollten stets individuell ausgearbeitet und besprochen werden, um die Gefahr der Unwirksamkeit zu umgehen.**

Das grundsätzliche Problem der Inhaltskontrolle kann nur dann umgangen werden, wenn spezielle patientenbezogene Verträge ausgehandelt werden.

II Patientenschaden im OP – Zivilrecht

Oliver Butzmann

! Jeder ärztliche Eingriff ist eine Körperverletzung, die nur bei einer für diesen Eingriff erfolgten Einwilligung des Patienten rechtmäßig ist.

Kommt es im Rahmen ärztlicher Behandlungsmaßnahmen zu einem Schaden beim Patienten, so sehen sich die am Behandlungsgeschehen Beteiligten mit möglichen Rechtsverstößen aus verschiedenen Rechtsgebieten konfrontiert:

- Der Geschädigte wird auf zivilrechtlichem Wege Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche geltend machen, wobei in der Regel auch die Erstattungspflicht bzgl. sämtlicher kausaler Zukunftsschäden gewünscht wird.
- Erlangt die Staatsanwaltschaft Kenntnis von dem eingetretenen Schaden, oft durch eine Strafanzeige, so hat sie ein Ermittlungsverfahren einzuleiten, welches der Feststellung eines hinreichenden Tatverdachts dient und das entweder mit der Einstellung des Verfahrens (ggf. mit Auflagen) oder der Erhebung einer Anklage beim Strafgericht endet. Im Falle der Verurteilung drohen Geld- oder Freiheitsstrafe (hierzu s. III).

Die strafrechtliche und zivilrechtliche Inanspruchnahme kann parallel oder nacheinander erfolgen. Da insbesondere die Beweisregelungen sich in beiden Bereichen erheblich unterscheiden und der jeweiligen Entscheidungsfindung dadurch eine unterschiedliche Sachverhaltsdarstellung zugrunde gelegt werden kann, kommt einer gerichtlichen Entscheidung in dem einen Bereich durchaus nicht zwingend präjudizielle, sprich vorentscheidende, Wirkung für den anderen Bereich zu. Gleichwohl werden die Erkenntnisse im Rahmen des jeweils anderen Verfahrens auch zur Entscheidungsfindung herangezogen.

1 Anspruchsgrundlagen

Die Verantwortlichkeit für eingetretene Schäden kann sich aus verschiedenen Anspruchsgrundlagen ergeben (s. Abb. 1).

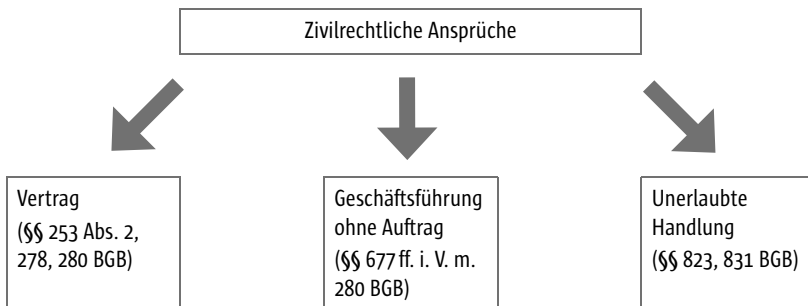


Abb. 1 Unterschiedliche Grundlagen bei zivilrechtlichen Ansprüchen

Die wichtigsten Normen im Überblick:



§ 280 Abs. 1 BGB:

Verletzt der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis, so kann der Gläubiger Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

§ 278 Satz 1 BGB:

Der Schuldner hat ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeiten bedient, in gleichem Umfang zu vertreten wie eigenes Verschulden.