

I. Teil: Erstes Ausbildungsjahr

Lerneinheit I.29: Die Pflegebedürftigen aufnehmen, verlegen und entlassen - Vertragsrecht -

- **Zeitdauer: 3 Std.** -

Lernziele:

Den Kursteilnehmern sollen vermittelt werden:

- Grundlagen des Vertragsrechts,
- Abschluss des Krankenhausaufnahmevertrages, des ärztlichen und pflegerischen Vertrages,
- Beendigung der Verträge

A. Grundlagen des Vertragsschlusses: Rechts- und Parteifähigkeit

A. Rechts- und Parteifähigkeit

I. Beginn, Inhalt und Ende der Rechtsfähigkeit

Bereits im Kreissaal verändert sich der rechtliche Status des Neugeborenen. Denn es wird unmittelbar nach der Geburt zu einer eigenen Rechtspersönlichkeit.

Eine von mehreren Rechtsfolgen der Geburt ist die Fähigkeit des Neugeborenen, am Rechtsverkehr teilnehmen zu können.



Definition:

Unter der **Rechtsfähigkeit** wird die Fähigkeit verstanden, Träger von Rechten und Pflichten sein zu können. Träger von Rechten können natürliche Personen und juristische Personen sein. Natürliche Personen sind alle Menschen; zu juristischen Personen zählen Firmen und Vereine.



Beginn:

Nach § 1 BGB **beginnt** die **Rechtsfähigkeit** mit der Vollendung der Geburt. Dies ist der Fall, wenn das lebende Kind (Nachweis der sicheren Lebensfunktion) den Mutterleib vollständig verlassen hat. Die Nabelschnur muß aber noch nicht durchtrennt sein.



Inhalt:

Das Neugeborene ist somit rechtsfähig, wenn es sich entweder um eine Lebendgeburt oder um eine (lebende) Frühgeburt handelt.

Lebendgeburt: Sie liegt vor, wenn bei dem Neugeborenen nach der Scheidung der Nabelschnur vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Die Lebensfähigkeit ist dabei nicht entscheidend.

II. Parteifähigkeit

III. Meldepflichten

Frühgeburt: Sie liegt vor, wenn das Kind vor dem Ende der 37. bzw. 38. Schwangerschaftswoche mit einem Lebendgewicht von 2500 g und weniger geboren wird. (Nach der Rspr. des BAG: Auch die Frühgeburt ist eine Entbindung i.S.d. MuSchG).



Beachte:

- Auch wenn das Kind nach der Geburt wieder gestorben ist, hat es die Rechtsfähigkeit erworben und war sogar erbberechtigt.
- Auch Mißgeburten sind voll rechtsfähig.



Sonderfälle: Rechtsschutz bereits im Mutterleib:

Von dem Grundsatz, daß das Kind nach vor der vollendeten Geburt rechtsfähig ist, gibt es zwei **Abweichungen**:

- Nach § 1923 II BGB kann auch ein Fötus schon Erbe seines Vaters sein, wenn er im Zeitpunkt des Todes des Elternteils schon gezeugt, aber noch nicht geboren war und lebend zur Welt kommt. Dann wird die **Rechtsfähigkeit vorverlegt**.
- Wird ein Fötus im Mutterleib durch die unerlaubte Handlung eines anderen geschädigt (z.B. Verkehrsunfall), so steht ihm gegen den Verursacher ein **Schadensersatzanspruch wegen vorgeburtlicher Schädigung** zu, wenn er lebend zur Welt kommt. Daß die schädigende Handlung vor der Geburt liegt, ist insoweit unbeachtlich.



Ende:

Die Rechtsfähigkeit endet mit dem **Tod**. Damit enden auch die rechtlichen Beziehungen eines Patienten aus dem Behandlungsvertrag.

Aber: Die Beendigung der Rechtsfähigkeit ist Voraussetzung für die Organentnahme zu Transplantationszwecken.



Die Parteifähigkeit ist die Fähigkeit, in einem Rechtsstreit vor Gericht Partei zu sein, also Kläger oder Beklagter.



Nachdem Sie als Hebamme oder an der Geburt (passiv) teilnehmendes Pflegepersonal die grundsätzliche Rechtsfähigkeit des Neugeborenen ermittelt haben, leiten sich hieraus für Sie weitere Rechte und Pflichten ab.

In erster Linie sind die **Meldepflichten** zu nennen. Der staatlichen Rechtsgemeinschaft ist Kenntnis zu geben, daß ein neuer Teilnehmer da ist, der nunmehr auch formell als voll rechtsfähiger Bürger in die Rechtsgemeinschaft aufzunehmen ist.

Dies geschieht durch die **Anmeldung der Geburt** bei dem Standesamt, in dessen Bezirk das Kind geboren wurde.



Lebendgeburt:

- Eine - anmeldepflichtige - Lebendgeburt liegt vor, wenn
 - bei dem Kind nach Scheidung vom Mutterleib mindestens für

1. Die Anmeldung eines neuen Bürgers

- wenige Sekunden,
- entweder das Herz geschlagen hat **und**,
- die Nabelschnur pulsiert hat **oder**,
- die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.



Wer meldet wann?

- der eheliche Vater,
- die Hebamme, die bei der Geburt zugegen war,
- der Arzt, der bei der Geburt zugegen war,
- andere Personen, die zugegen waren (z.B.: Pflegepersonal),
- die Mutter.

Innerhalb einer Woche nach der Geburt !



Was wird gemeldet ?

- Vor- und Familiennamen der Eltern.
- Beruf und Wohnort.
- Religionszugehörigkeit.
- Ort, Tag und Stunde der Geburt.
- Geschlecht des Kindes u. Vornamen.
- Name, Wohnort, Beruf des die Geburt Anmeldenden.



Sonderfälle:

- Weder die Totgeburt, noch die Fehlgeburt sind meldepflichtig.
- **Def. Totgeburt:** Nach der Trennung vom Mutterleib schlägt weder das Herz noch setzt die Lungenatmung ein und das Gewicht der Leibesfrucht beträgt mindestens 500 g.
- **Def. Fehlgeburt:** Die Totgeburt wiegt weniger als 500 g. Sie braucht nicht beim Standesamt gemeldet zu werden.



2. Die Abmeldung eines alten Bürgers

Nach dem Eintritt des Todesfalles erfolgt die formelle **Abmeldung** des nicht mehr rechtsfähigen Menschen aus der Rechtsgütergemeinschaft. Dies geschieht:

- Am nächsten (Werk-)tag nach Eintritt des Todesfalls beim Standesamt.
- durch das Familienoberhaupt od. jede Person, die beim Tod zugegen war (also auch durch das Pflegepersonal, wenn der Patient im Krankenhaus gestorben ist).

B. Grundlagen des Vertragsschlusses: Geschäftsfähigkeit

I. Geschäftsfähigkeit

Neben der Rechts- und Parteifähigkeit ist für den Vertragsschluss entscheidend, ob der Patient überhaupt eine rechtswirksame Willenserklärung abgeben kann, die ihn und seinen Vertragspartner rechtlich bindet.

Die Frage, ob jemand eine Willenserklärung abgeben und damit einen Arztvertrag oder Krankenhausaufnahmevertrag abschließen kann, bemisst sich nach der **Geschäftsfähigkeit**. Die Geschäftsfähigkeit hängt von der Einsichts- und Willensfähigkeit des Patienten ab.



I. Einschränkungen

Definition:

Unter **Geschäftsfähigkeit** versteht man die Fähigkeit, durch eigene Willenserklärungen Rechte und Pflichten eingehen zu können



Arten:

Geschäftsunfähigkeit: Sie besteht vom 1.-7. Lebensjahr. Willenserklärungen sind immer unwirksam (§ 104 BGB). **Folge:** Ein Kleinkind kann keinen Krankenhausaufnahmevertrag schließen.

Beschränkte Geschäftsfähigkeit: Sie besteht vom 7.-18. Lebensjahr (§ 106 BGB). Nicht jede Willenserklärung ist wirksam. **Folge:** Nur rechtlich vorteilhafte Willenserklärungen oder solche gem. Taschengeldparagrafen sind wirksam (§§ 107-113 BGB). Ansonsten sind sie schwebend unwirksam und bedürfen der (nachträgl.) Genehmigung durch den gesetzl. Vertreter (z.B.: Eltern).

Volle Geschäftsfähigkeit: Sie besteht ab dem 18. Lebensjahr. **Folge:** Jede Willenserklärung ist wirksam.

Sog. geschäftsunfähige Erwachsene: Wer dement ist und unter Betreuung steht, kann unter den Voraussetzungen des § 105a BGB Rechtsgeschäfte des täglichen Lebens im Bagatellbereich schließen.



Einschränkung:

Die Geschäftsfähigkeit kann auch vorübergehend eingeschränkt sein. Dann kann man entweder keine oder nur bedingt Verträge (= vorläufig) schließen. Wichtige **Einschränkungsgründe** sind:

- Trunkenheit (*dann:* bis zur Ausnüchterung warten).
- Bewußtlosigkeit (Unfallpatient: ist *vorübergehend* aufzunehmen). Bei bewußtlosen Unfallpatienten besteht eine vorübergehende Geschäftsunfähigkeit. Der Vertrag kommt über die GoA zustande.

C. Annex: Die zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit für rechtliches Fehlverhalten - Deliktfähigkeit / Strafmündigkeit

Deliktfähigkeit, Strafmündigkeit

I. Deliktfähigkeit

Die Frage, ob man Patienten, die vorsätzlich Eigentum des Krankenhauses beschädigen oder das Personal tätlich angreifen, stellt sich in der Praxis häufiger. Dabei ist schon im **Vorfeld juristischer Schritte** zu klären, ob sich eine zivilrechtliche Schadensersatzklage lohnt bzw. wann eine Strafanzeige bei der Polizei wegen Körperverletzung möglicherweise ins Leere läuft. Hier stellt sich für Sie die Frage, ob die Patienten **deliktfähig**, bzw. **strafmündig** sind.



Definition:

Unter der Deliktfähigkeit wird die Fähigkeit verstanden, wegen unerlaubter Handlungen **zivilrechtlich** verpflichtet (= zur Verantwortung gezogen) zu werden.



Abstufungen:

Deliktunfähigkeit: Vom 1.-7. Lebensjahr ist der Mensch deliktunfähig. **Folge:** Er kann nicht zur Verantwortung gezogen werden.

II. Strafmündigkeit

Beschränkte Deliktfähigkeit: Vom 7.-18. Lebensjahr ist der Mensch beschränkt deliktfähig. **Folge:** Er kann nur dann zur Verantwortung gezogen werden, wenn er bei Begehung der Tat in der Lage war, das Unrecht seiner Handlung einzusehen (§ 828 BGB). U.U. können die Eltern belangt werden (Aufsichtspflichtverletzung).

Volle Deliktfähigkeit: Sie tritt ab dem 18. Lebensjahr ein.



Definition:

Strafmündigkeit bedeutet die Fähigkeit, wegen der Verletzung von Strafgesetzen zur Verantwortung gezogen zu werden.



Abstufungen:

Strafunmündigkeit: Bis zum 14. Lebensjahr ist der Mensch strafunmündig. **Folge:** Er kann strafrechtlich nicht zur Verantwortung gezogen werden („Zigeunerkinde von Köln“).

Bedingte Strafmündigkeit: Vom 7.-18. Lebensjahr ist der Mensch beschränkt deliktfähig. **Folge:** Er kann nur zur Verantwortung gezogen werden, wenn er bei Tatbegehung in der Lage war, das Unrecht der Handlung einzusehen (§ 828 Abs. 2 BGB). U.U. können die Eltern belangt werden (Aufsichtspflichtverletzung).

Volle Strafmündigkeit: Ab dem 18. Lebensjahr ist der Mensch voll strafmündig nach dem *Jugendstrafrecht*; ab dem 21. Lebensjahr nach dem *Erwachsenenstrafrecht*.

Annex:

Es werden im Zivil- und Strafrecht verschiedene Arten von rechtlichen Verantwortlichkeiten unterschieden.



I. Zivilrecht:

- **Rechtsfähigkeit** (= Träger von Rechten und Pflichten [= grundsätzliche Fähigkeit, überhaupt rechtliche Verantwortung zu tragen/übernehmen]),
- **Parteifähigkeit** (= Fähigkeit, vor Gericht zu klagen und verklagt zu werden),
- **Handlungsfähigkeit** (= Fähigkeit, sein Handeln intellektuell und voluntativ zu erkennen und zu beeinflussen),
- **Geschäftsfähigkeit** (= Fähigkeit, rechtlich verbindlich zu handeln [= Verantwortlichkeit für Willenserklärungen]; *Achtung:* verschiedene Stufen !),
- **Deliktfähigkeit** (= „Fähigkeit“, für sein Verschulden anderen gegenüber zu haften/einzustehen).



II. Strafrecht:

- **Strafmündigkeit** (= „Fähigkeit“, wegen der Verletzung von Strafgesetzen zu haften; *Achtung:* verschiedene Stufen !).

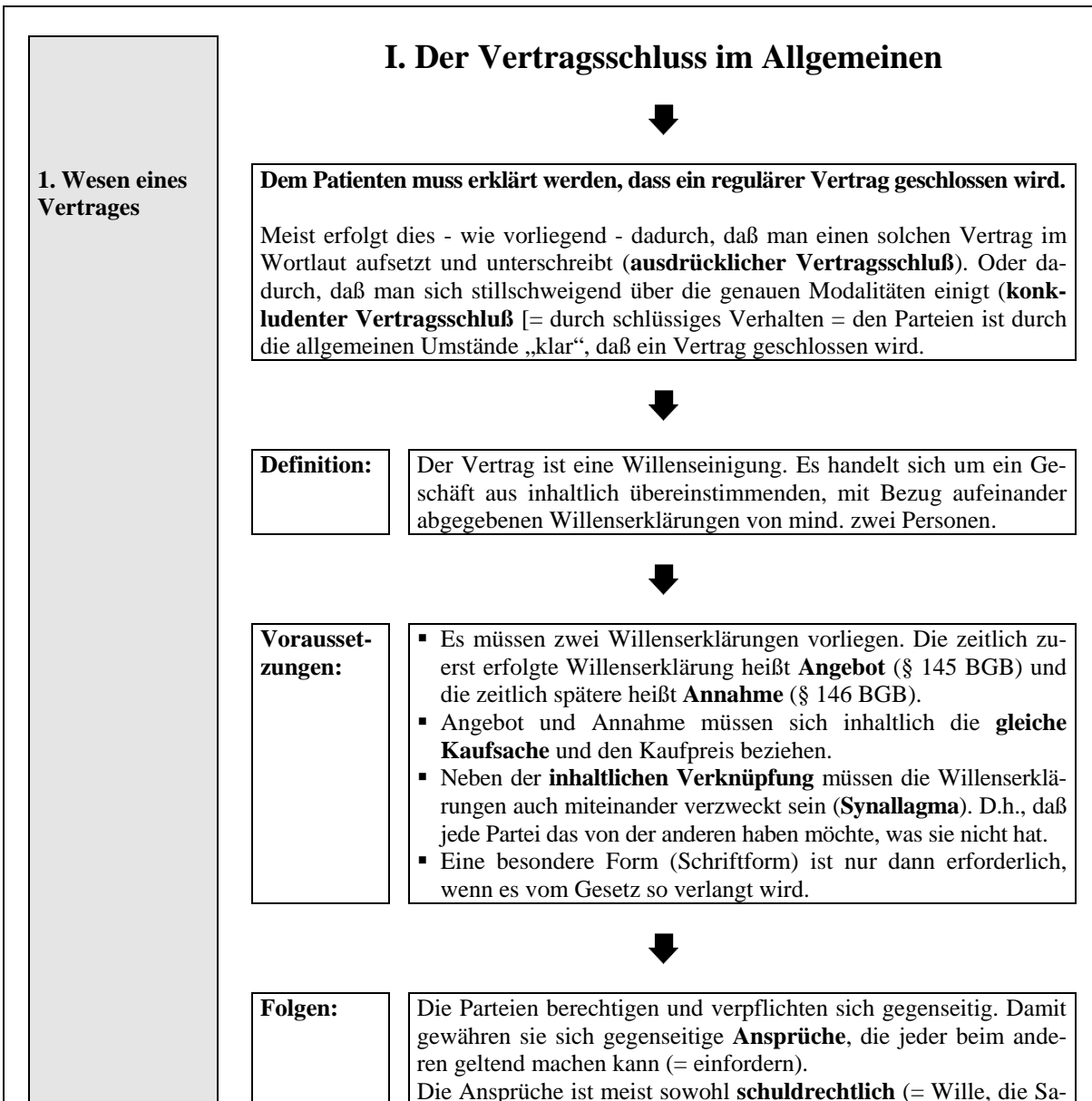


III. Über-

- **6 Jahre:** Beginn der Schulpflicht.

	sicht:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 7 Jahre: beschränkte Geschäfts- (§§ 106 BGB) und Deliktfähigkeit (§ 828 BGB). ▪ 14 Jahre: bedingte Straffähigkeit, volle Religionsmündigkeit. ▪ 16 Jahre: Personalausweispflicht, Fähigkeit Ablegung Zeugeneid, beschr. Testierfähigkeit, Ehefähigkeit ▪ 18 Jahre: aktives u. passives Wahlrecht, volle Geschäfts- und Testierfähigkeit, Ehemündigkeit, volle Deliktfähigkeit, Jugendstrafrecht, Wehrpflicht ▪ 21 Jahre: Strafmündigkeit als Erwachsener ▪ 40 Jahre: Befähigung zur Wahl des Bundespräsidenten ▪ Senilität: Ausübung der Geschäftsfähigkeit durch einen Vertreter (Betreuer).
--	---------------	--

D. Der Vertrag: Zustandekommen und Beendigung Krankenhausaufnahme- und ärztlichen Behandlungsverträgen



2. Grafische Übersicht:

che zu verkaufen/kaufen) als auch **dinglich** (= die Verpflichtung zur Übertragung des Eigentums an der Sache)



Vertragsschluß zwischen zwei Parteien, §§ 145 ff. BGB



1. Angebot

- a. Vorliegen eines Angebots
- b. Wirksamwerden des Angebots
Das Angebot ist wirksam, wenn es in den Machtbereich des Empfängers gelangt ist; wenn er es also tatsächlich zur Kenntnis genommen hat.



2. Annahme

- a. Vorliegen einer Annahmeerklärung
- b. Wirksamwerden der Annahmeerklärung



3. Inhaltliche Übereinstimmung zwischen verzwecktem Angebot u. Annahme



Ist der Vertrag geschlossen, ist der Anspruch des einen gegen den anderen entstanden. Der **vertragliche Anspruch ist einklagbar**. Er kann nur durch Kündigung, Rücktritt o.ä. wieder untergehen. Vgl. auch die Darlegungen zur Rechtsmethodik.

II. Der Krankenhausaufnahmevertrag



1. Krankenhausaufnahmevertrag

Mit Abschluß des Krankenhausaufnahmevertrages erlangt der Patient einen Anspruch gegen den Krankenträger auf sämtliche ärztliche und pflegerische Leistungen sowie auf medizinisch-technische Leistungen wie Unterkunft, Verpflegung und Befriedigung persönlicher Ansprüche wie Aufklärung und Beachtung der Schweigepflicht.



Besonderheiten des Vertragsschlusses

Vertragsschluß:

Es gelten die Bedingungen, die zuvor dargelegt wurden. Insbesondere ist zu beachten:

- Der Vertrag ist ein **privatrechtlicher Dienstvertrag** gemäß § 611 BGB. Teilweise enthält er aber auch werkvertragliche (= Beköstigung) und mietvertragliche (= Raumüberlassung) Elemente. Fast alle Krankenhäuser verwenden beim Vertragsschluß Allgemeine Vertragsbedingungen. Diese unterliegen nach der Rechtsprechung der AGB-Kontrolle.
- Wie auch beim Behandlungsvertrag zwischen Patient und niedergelassener Arzt kontrahieren auch Patient und Krankenhaus entweder ausdrücklich oder konkludent.
- Bringen die Eltern ihr Kind selbst ins Krankenhaus, kommt der Aufnahmevertrag als Vertrag zugunsten Dritter zustande, § 328 I BGB.
- Bei Notfällen, bei Bewußtlosen und bei Minderjährigen, die nicht von ihren Eltern gebracht werden, kommt der Aufnahme-

2. Arten von Krankenhausverträgen (inhaltliche Ausgestaltung)

vertrag über die Grundsätze der Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 BGB) zustande.

- Wie beim Arztvertrag gilt auch beim Krankenhausaufnahmevertrag der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Ausnahme: Es liegt ein Notfall für das Leben d. Patienten vor.



a. Totaler Krankenhausaufnahmevertrag:

Dies ist der Regelvertragstypus. Er umfaßt **alle für die stationäre Behandlung erforderlichen Leistungen einschließlich der ärztlichen Behandlung**. Es liegt *ein* Vertrag vor.

- Der Kassenpatient erhält eigene vertragliche Ansprüche gegen das Krankenhaus. Dieses ist verpflichtet, ihm alle Leistungen zu verschaffen, die eine stationäre Aufnahme erfordert. Neben Unterkunft und Verpflegung sind das insbesondere die ärztliche Versorgung einschließlich der Operationen.
- Der angestellte Arzt und das nichtärztliche Personal sind Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers nach § 278 BGB. (Ausnahme: Leitender Oberarzt ist Organ, § 31 BGB). Mit dem Krankenhausarzt kommen in der Regel keine vertraglichen Beziehungen zustande.
- Der Patient erhält alle Regelleistungen des Krankenhauses (Regelbehandlung). Er kann mit dem Krankenhausträger Zusatzvereinbarungen hinsichtlich der Unterkunft (= Komfortunterkunft) oder Bereitstellung individueller Verpflegung treffen (= sog. nichtärztliche Wahlleistungen).
- Der Patient hat keinen Anspruch auf die Behandlung durch einen bestimmten Arzt oder bestimmtes Pflegepersonal.
- Die weiteren Leistungsrechte und -pflichten sind in formularmäßigen Bedingungen festgelegt (AGB's).



b. Gespalte-ner Krankenhausaufnahmevertrag:

Hier werden *zwei* Verträge abgeschlossen. Einer mit dem Krankenhaus und einer mit dem Arzt. **Der Krankenhausträger schuldet dann nur die Unterbringung** und allgemeine Versorgung und der **Arzt ausschließlich die ärztliche Behandlung**.

- Der Kassenpatient erhält eigene vertragliche Ansprüche sowohl gegen das Krankenhaus, als auch gegen den Arzt.
- Das nichtärztliche und ärztliche Personal (Ausnahme: Leitender Oberarzt) ist Erfüllungsgehilfe des Krankenhausträgers nach § 278 BGB. Es haftet der Krankenhausträger für sein Pflegepersonal. Der Belegarzt hingegen haftet für sich selbst und sein eigenes Verschulden. Problematisch ist die Schnittmenge. Sie liegt vor, wenn Pflegepersonal des Krankenhausträgers dem Belegarzt zugewiesen wird und einen Pflegefehler begeht. Fraglich ist dann, als wessen Erfüllungsgehilfe das Pflegepersonal dann gehandelt hat. (Zu diesem Problem wird in der Übersicht „Schadensersatzrecht“ ausführlicher Stellung bezogen).
- Der Patient erhält alle Regelleistungen des Krankenhauses (Regelbehandlung). Er kann mit dem Krankenhausträger auch Zusatzvereinbarungen hinsichtlich der Unterkunft (= Komfortunterkunft) oder Bereitstellung individueller Verpflegung treffen (= sog. nichtärztliche Wahlleistungen).
- Die weiteren Leistungsrechte und -pflichten sind in formularmäßigen Bedingungen festgelegt (AGB's).



c. Totaler Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag:

Bei diesem Typ schließt der Patient einen totalen Krankenhausvertrag **und** einen Behandlungsvertrag mit dem Arzt über zusätzliche Behandlungen. Der Arzt hat dabei ein eig. Liquidationsrecht.

Typischerweise sind dies die Krankenhausaufnahmeverträge, die mit Privatpatienten geschlossen werden.

- Das Krankenhaus ist zur Bereitstellung aller Leistungen der vollstationären Aufnahme verpflichtet. Obwohl ein Arztzusatzvertrag mit einem liquidationsberechtigten Arzt vorliegt, ist das Krankenhaus aber auch verpflichtet die ärztliche Versorgung zu gewährleisten. Es liegt also kein gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag vor.
- Arzt und nichtärztliches Personal sind Erfüllungsgehilfen des Krankenhausträgers nach § 278 BGB. Ausnahme: Leitender Oberarzt ist Organ, § 31 BGB.
- Auch bei diesem Typ kann der Patient wieder wählen zwischen den Regelleistungen des Krankenhauses (Regelbehandlung) und den zusätzlich zu vereinbarenden nichtärztlichen Wahlleistungen.
- Die Leistungsrechte und -pflichten sind in formularmäßigen Bedingungen festgelegt (siehe oben : AGB-Kontrolle).

Ann.: Beim totalen Krankenhausaufnahmevertrag mit Arztzusatzvertrag tritt oft die Variante auf, daß Krankenhäuser bei Zusatzverträgen mit liquidationsberechtigten Ärzten statt dessen den Vertragstypus des gespaltenen Krankenhausaufnahmevertrages vereinbaren wollen, um sich von der Haftung für Fehler des liquidationsberechtigten Arztes freizuhalten (vgl.: Kramer, NJW 1996, 2398 ff.). Dies ist grundsätzlich möglich; an die Wirksamkeit solcher Vereinbarungen stellt der BGH indes hohe Anforderungen (Zu den rechtlichen Voraussetzungen: BGH, NJW 1993, 779 ff.; bes. OLG Koblenz, NJW 1998, 3425).

- Schließlich hat der Patient keinen Anspruch auf die Behandlung durch einen bestimmten Arzt.



3. Pflichten aus Krankenhausaufnahmeverträgen

Aus den Krankenhausaufnahmevertrag ergeben sich **unabhängig von dessen Typus** folgende **weitere vertragliche Verpflichtungen** des Krankenhauses:

- Sicherstellung und Beachtung der organisatorischen und pflegerischen **Sorgfaltspflichten** (dazu mehr im Kapitel „Haftungsrecht“)
- Durchführung der medizinischen und pflegerischen **Dokumentation**,
- Es muß dem Patienten **Einsichtnahme in seine Behandlungsunterlagen** gewähren:
 - Aber nur in die objektiven physischen Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen (Medikation, Operation),
 - die Pflicht zur Gewährung der Einsichtnahme kann aus therapeutischen Gründen eingeschränkt sein, um einen gesundheitlichen Schaden beim Patienten zu verhindern (BVerfG, MedR 1993, 232 ff.). Möglich ist jedoch, daß der Patient die Unterlagen im Beisein des Arztes einsieht (sog. kontrollierte Beschäftigung mit der Krankheit),
 - praktisch kann die Einsichtnahme vor Ort im Krankenhaus vorgenommen werden,
- Verwahrung und **Sicherung der Wertgegenstände** des Patienten,
- jedwede Unterstützung des Patienten bei der **Errichtung eines Nottestamentes**. Das Krankenhaus muß keinen Rechtsrat erteilen, allerdings muß es wissen, wie fachkundige Personen zu erreichen sind, um die Errichtung vorzunehmen.



4. Beendigung des Vertrages

Die Beendigung des Krankenhausaufnahmevertrages ist durch *beide* Parteien möglich; dies darf die Gesundheit oder das Leben des Patienten nicht gefährden.

1. Durch den Krankenhausträger:

- wenn die ärztliche Behandlung abgeschlossen ist,
- wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Pflegeperson und Patient beeinträchtigt ist (z.B. Patient bezweifelt sorgfältige Pflegebehandlung),
- wenn sich der Patient nicht an die Anordnungen des Arztes hält,

1. Vertragsschluß

- Patient verstößt wiederholt und grob gegen die Hausordnung.

2. Durch den Patienten:

- indem dieser die Kündigung erklärt und die Entlassung verlangt,
- wenn er die weitere Behandlung verweigert und so die Einwilligung zurücknimmt (meist lassen sich die Ärzte aus haftungsrechtlichen Gründen auf einem Formular bestätigen, daß sie den Patienten über die medizinischen Folgen des Behandlungsabbruchs aufgeklärt haben).

III. Der ärztliche Behandlungsvertrag



Der Vertrag zwischen Ihnen und Ihrem Hausarzt kommt nach den vorgenannten Grundsätzen von Angebot, Annahme und inhaltlicher Übereinstimmung von Angebot und Annahme zustande.

- Es gilt der Grundsatz der **Vertragsfreiheit** (Patient kann den Arzt frei wählen).
- Für den Arzt gilt aber § 95 Abs. 3 SGB V, wonach der Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist und wonach der **Arzt grundsätzlich zur Behandlung verpflichtet** (sog. Kontrahierungszwang, weil der Arzt einen Behandlungsvertrag schließen muß) ist. Er kann die Behandlung nur in **Ausnahmefällen** ablehnen.



Besonderheiten:

- Meist werden die Arztverträge **konkludent**, d.h. durch schlüssiges Verhalten, geschlossen. Also dadurch, daß der Patient zum Arzt geht und dieser mit der Behandlung beginnt.
- Bei Minderjährigen und Bewußtlosen kommt der Arztvertrag nach den Grundsätzen der GoA zustande.
- Der Vertrag wird als **Dienstvertrag** nach § 611 BGB geschlossen. Nur etwa bei Zahnprothesen oder Schuheinlagen kommt ein Werkvertrag nach § 631 BGB zustande.
Folge: Beim Dienstvertrag schuldet der Arzt nur die Behandlung selbst, also lediglich das Bemühen um den Heilerfolg, nicht aber den Behandlungserfolg an sich.
- Zwar schließt der Arzt beim **Kassenpatient** mit der Krankenkasse einen öffentlich-rechtlichen Vertrag. Dabei gelangt aber **Dienstvertragsrecht** zur Anwendung, weil die Übernahme der Behandlung eines Kassenpatienten den Arzt zur Sorgfalt nach den Vorschriften des BGB verpflichtet, § 76 Abs. 4 SGB V (vgl. Müller-Glöge, in: MüKo, Bd. 4, 3. Aufl. 1997, § 611 Rdnr. 48).



Behandlungsvertrag mit Aids-Patienten ?

- Nur ein **triftiger Grund** erlaubt es dem niedergelassenen Kassenarzt, einen Aids-Patienten abzuweisen.
- **Wirtschaftliche Gründe** berechtigen nicht zur Ablehnung von HIV-Patienten: Der Arzt kann sich nicht darauf berufen, daß ggf. die Gefahr bestünde, daß Patienten seiner Praxis fernblieben, wenn er einen Virusträger behandelt.
 - Es zählen nur solche Gründe, die das Verhältnis Arzt - Patient betreffen und ein **gestörtes Vertrauensverhältnis** verursachen.
 - Auch die (berufsbedingte) Infektionsgefahr wiegt keinesfalls so schwer, daß die Behandlung dieses Patienten unzumutbar wäre. (Man kann durch Schutzhandschuhe und gesteigerte Aufmerk-

2. Vertragsinhalt

samkeit das Risiko weithin beherrschen).



Der Arzt schuldet dem Patienten als **Hauptpflichten**:

- die **Behandlungspflicht** (Pflicht zur fachgerechten Bemühung um Heilerfolg und medizinische Fürsorge für das Wohl des Patienten [= qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln ärztlicher Kunst]; auch Betreuung und Pflege, dabei hat der Arzt in eigener Verantwortung zu behandeln),
- die **Aufklärungspflicht** (der Patient muß die Chancen und Risiken der Behandlung genau kennen),
- **Dokumentationspflicht** (die Krankenunterlagen sind sorgfältig und vollständig zu führen; der Patient hat ein Recht auf Einsichtnahme in diese Unterlagen),
- **Verschwiegenheitspflicht** (Der Arzt muß über die Krankheit und alles, was ihm während der Behandlung bekannt geworden ist, schweigen),
- **Besuchspflicht** (der frei praktizierende Arzt ist verpflichtet, seine Patienten ggf. zu Hause zu besuchen),
- Pflicht zur Gewährung von **Einsicht in die Krankenunterlagen** (vgl. hierzu auch die Ausführungen zum Krankenhausaufnahmevertrag und der Dokumentation).



Der Patient schuldet dem Arzt:

- die **Mitwirkungspflicht** (Pflicht, an der Behandlung mitzuwirken; dies umfasst auch die Duldung der Untersuchung und Behandlung),
- die **Honorarzahlung** (bei Kassenpatienten ist der Honoraranspruch gegenüber der kassenärztlichen Vereinigung entstanden; bei Privatpatienten ist der Anspruch gegenüber dem Patienten selbst entstanden - hier wird nach der GOÄ abgerechnet).



Besondere vertragliche Pflichten:

Darüber hinaus werden dem Patienten gegenüber aus dem ärztlichen Behandlungsvertrag folgende **Leistungen** geschuldet:

- **sämtliche Handlungen**, die geeignet sind zur Ermittlung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten,
- Einbringen aller **ärztlichen und heilkundlichen Kenntnisse** zur Behandlung von Krankheiten, insbesondere:
 - Stellen der Heilanzeige (**Indikation**), mit der ein bestimmtes Heilverfahren zur Anwendung gelangt,
 - Stellen der **Prognose** über den möglichen **Behandlungserfolg**,
 - Einbringen aller Maßnahmen, die zur Erkennung von Krankheiten (**Diagnose**) u. zur Linderung (**Therapie**) geeignet sind,
 - **Aufklärung des Patienten** über Umfang der Behandlung und Beachtung der Schweigepflicht,
- Einhalten der **aktuellen medizinischen Standards**,
- kann der Arzt nicht die erforderlichen
 - organisatorischen, personellen und sachlichen **Voraussetzungen für die Behandlung** sicherstellen, ist der Patient an einen geeigneten Arzt oder Krankenhaus zu überweisen.
- alle **Arzneimittel** und Medizinprodukte, die zur Behandlung eingesetzt werden, müssen die gesetzlich vorgeschriebenen **Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen** erfüllen (dafür tragen neben dem Arzt auch die pharmazeutischen Hersteller Verantwortung).
- **Vertrauliche Behandlung** der Patientendaten und -unterlagen; Weitergabe nur mit Einverständnis des Patienten,

3. Beendigung des Arztvertrages

- alle in **Datenbanken** gespeicherten Angaben sind technisch und organisatorisch **gegen Zerstörung, Änderung und unbefugten Zugriff zu schützen**.



Der Arztvertrag endet entweder durch den Abschluß der Behandlung nach erfolgter Heilung oder durch Kündigung.

Kündigung durch den Arzt

Der Arzt hat - da die ordentliche Kündigung ausscheidet (§ 621 BGB) - ein Recht zur fristlosen Kündigung nach § 626 BGB wegen Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Behandlung:

- wenn er überlastet ist,
- der Patient sich nicht an die ärztlichen Maßnahmen hält oder querulativ ist (Schlechtmachen des Arztes bei Patienten).

Bei Kündigung durch den Arzt darf keine Gefahr für Leib, Leben oder Gesundheit des Patienten entstehen, ggf. muß der Arzt in diesem Fall die Behandlung fortsetzen, bis ein anderer Arzt den Patienten weiter behandelt.



Kündigung durch den Patienten

Dem Patient steht das Recht zur fristlosen Kündigung nach § 627 BGB wegen **Störung** des gegenseitigen **Vertrauensverhältnisses** zu. Dazu entzieht er dem Arzt sein Vertrauen. Ein alternativer Kündigungsgrund besteht auch im **Zurückziehen der Einwilligung** in die Behandlung. Der Patient ist jedoch verpflichtet, dem Arzt die diesem bis zum Vertragsende zustehende Vergütung zu zahlen.

E. Vertragliche Nebenpflichten des Arztvertrages: Die Patientenaufklärung

I. Das Aufklärungsgespräch

Der Arzt führt die Aufklärung des Patienten in Form eines normalen Patientengesprächs durch. Die Aufklärung soll durch umfassende Information über die Krankheit, den Eingriff und die Folgen die Einsicht des Patienten in die Erforderlichkeit des medizinischen Eingriffs bewirken. Der Arzt ist zur Aufklärung verpflichtet.

Kritik an der Aufklärung hat es immer gegeben. Dies verdeutlicht ein Satz aus dem Westöstlichen Diwan, Hikmet Nameh, Buch der Sprüche: „*Wofür ich Allah höchlich dank ? Daß er Leiden und Wissen getrennt. Verzweifeln müßte jeder Kranke, das Übel kennend, wie es der Arzt kennt*“. (zitiert nach Laufs, Arztrecht, S. 92).



1. Sinn und Zweck der Aufklärung

- Jeder Patient hat das Recht, **Art und Umfang** der medizinischen **Behandlung selbst zu bestimmen** und darin einzuwilligen.
- Der Patient kann nur dann in die Behandlung einwilligen, wenn er weiß, worum es geht, d.h. er muß wissen, worin er einwilligt.
- Bei medizinischen Eingriffen ist daher eine umfassende Aufklärung vor der Einwilligung und dem Eingriff erforderlich.



II. Rechtmäßigkeitsvoraussetzungen der Aufklärung

2. Rechtsgrundlagen der Aufklärung

- Die Aufklärung resultiert aus dem allgemeinen **Persönlichkeitsrecht** aus **Art. 2 GG** und der **Menschenwürde** aus **Art. 1 GG**.
- Nur die **Information** kann die **Entscheidungsfreiheit** des Patienten, die Ausfluß seines Persönlichkeitsrechts ist, gewährleisten.
- Die Aufklärungspflicht ist **Hauptpflicht** des Behandlungsvertrages und auch in der Musterberufsordnung der Ärzte geregelt



3. Abgrenzung zur Beratung

- Die **Aufklärung** führt die Entscheidungsfreiheit des Patienten vor einem Eingriff herbei. Er muß nach der Aufklärung in der Lage sein, das Für und Wider des Eingriffs abzuwägen.
- Die **Beratung** leitet den Patienten zu gesundheitsgerechtem Verhalten an und vermittelt ihm medizinisches Wissen für eine verantwortliche und gesunde Lebensführung.
- Die **Verletzung** von Aufklärungs- und Beratungspflicht ist ein *ärztlicher Behandlungsfehler*.



4. Folgen der Aufklärung

- Erst die Aufklärung versetzt den Patienten in rechtswirksamer Weise in die Lage zu **entscheiden**, ob er eine **Behandlung ablehnt** oder **abbricht**, auch wenn diese medizinisch geboten ist.



Die Aufklärung ist ordnungsgemäß und damit rechtswirksam, wenn sie in der richtigen Weise, im gebotenen Umfang und rechtzeitig erfolgt.

1. Einwilligungsfähiger Patient

Voraussetzung der Aufklärung ist der einwilligungsfähige und einwilligungsbe-reite Patient.

Der Patient kann nur dann wirksam in die Behandlung einwilligen, wenn er die zur Aufklärung erforderliche **Einsichtsfähigkeit** besitzt (*dazu mehr im strafrechtlichen Teil dieses Skriptes*).

2. Richtige Weise

Die Aufklärung ist richtig, wenn sie mündlich u. zus. durch Formblatt erfolgt.

a. Allgemeine Grundsätze beachtet ?

- Die Aufklärung ist nicht an eine bestimmte Form - auch nicht an die Patientenunterschrift - gebunden.
- Die Unterschrift begründet aber die Urkundenechtheit der Aufklärung und erleichtert dem Arzt in einem späteren Prozeß die Beweisführung ihrer Durchführung.
- Das Aufklärungsgespräch muß mündlich durch den behandelnden Arzt durchgeführt werden.

b. Einhaltung der Mindestanforderungen durch das Formblatt ?

- Das Formblatt darf nicht zu allgemein sein. Es **ergänzt** die Aufklärung nur (!!) und kann sie nicht ersetzen (sog. „**Protokollfunktion**“).
- Es muß detailliert auf die speziellen, dem Eingriff anhaftenden Risiken hinweisen (BGH, NJW 1994, 793) und den späteren Eingriff genau abdecken (sog. „**Individualisierungsfunktion**“). Sonst: Nur Indiz.
- Es muß Angaben enthalten, ob der Patient den Arzt befragt hat oder auf die Möglichkeit zur Befragung hingewiesen wurde. Der Arzt muß sich hiervon überzeugt haben (sog. „**Kontrollfunktion**“).
- Das **Formblatt muß ausgefüllt** und **unterschrieben** sein! Ein nicht ausgefülltes und unterschriebenes Aufklärungsformular in der Kran-

kenakte bildet ein **Indiz** nicht für, sondern **gegen** die **Durchführung** eines **Aufklärungsgesprächs** (OLG München, MedR 2006, 431 [432]).

- Es hält der **AGB-Kontrolle** stand (=keine unangemessene Benachteiligung).

c. **Formblatt und Aufklärung sind allgemeinverständlich?**

- Sowohl die Aufklärung wie auch das Formblatt müssen verständlich sein und auf die psychische Ausnahmesituation des Patienten Rücksicht nehmen. Der Patient muß alles verstanden haben. Hierbei kommt es entscheidend auf den **Empfängerhorizont** des **Patienten** an.

3. **Gebotener Umfang**

Der Aufklärungsumfang ist ordnungsgemäß, wenn **alle Eingriffsrichtungen und -folgen** je nach Art der Intensität **inhaltlich erfaßt** sind.

Hierbei gilt aber, daß die **Aufklärung nicht pauschal** erfolgen kann, sondern der Umfang vom konkreten Eingriff abhängt. Erst im Gespräch kann man merken, ob der Patient alles verstanden hat und ob er ausreichend aufgeklärt ist.

a. **Diagnoseaufklärung (Grund- oder Befundaufklärung)**

- Die ist die Aufklärung über den ärztlichen Befund. In Anlehnung an das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hat sie in der Form rationaler Kommunikation stattzufinden mit der Folge, daß der Patient sachlich und schonen vollständig aufzuklären ist.
- Die Diagnoseaufklärung hat u.a. für den Arzt zur Folge, daß er **verpflichtet** ist, alle medizinisch gebotenen **Befunde** zu **erheben** und zu **sichern**.
 - **Verletzt er** diese **Pflicht**, erschwert er dem Patienten wegen Fehlens des sonst als Beweismittel zur Verfügung stehenden Untersuchungsergebnisses die Beweisführung in einem späteren Haftpflichtprozess. Daher führt eine **fehlerhafte Unterlassung** der **Befunderhebung** zu einer **Beweislastumkehr** hinsichtlich der **Kausalität** für **Behandlungsfehler**, wenn der Befund zu einem positiven, unübersehbar reaktionspflichtigen Ergebnis geführt hätte (BGH, MDR 2004, 1056 [1057]).

b. **Verlaufsaufklärung**

- Der Patient ist über Art, Umfang und Durchführung des Eingriffs zu informieren. Aber auch über die Folgen des Eingriffs wie Operationsnarben, Unfruchtbarkeit oder Funktionseinbußen von Organen.

c. **Heilungsaufklärung**

- Es sind die Möglichkeiten und Chancen der Heilung zu erörtern.

d. **Behandlungsaufklärung**

- Sie informiert über die grundsätzliche Notwendigkeit des Eingriffs.
- Es müssen auch Behandlungsalternativen u. deren Risiken dargestellt werden.
- Der Arzt sollte versuchen, den Widerstand eines uneinsichtigen Patienten mit Argumenten zu überwinden, wenn es der Gesundheit dient.
- Der Arzt darf aber nicht drängen, sondern eindringlich über die Folgen der Weigerung informieren.
- Bricht der Patient die Behandlung ab, ist der Hausarzt zu informieren.

e. **Risikoaufklärung**

- Sie informiert über nahe und entferntere Gefahren und Komplikationen, die dem Eingriff spezifisch anhaften und mit denen bei Beachtung der ärztlichen und pflegerischen Aufklärung zu rechnen ist (BGH, NJW 2001, 2798).

f. **Dringlichkeitsaufklärung**

- Der Patient soll erfahren, ob eine sofortige Operation/Eingriff geboten erscheint oder ob er noch Zeit hat, sich zu überlegen.

III. Folgen fehlerhafter Aufklärung

g. **Intensitätsumfang eingehalten**

- Der Patient soll **behutsam** über Chancen und Risiken des Eingriffs unterrichtet werden. Aber:
 - bei dringenden Eingriffen (Lähmung, Todesgefahr) braucht weniger intensiv und detailliert aufgeklärt zu werden; der Patient ist in diesen Situationen ehedem nicht gesondert aufnahmefähig. Zur Schonung des Patienten kann auch eine Nichtaufklärung geboten sein (sog. therapeutisches Privileg).
 - umgekehrt ist bei diagnostischen Eingriffen ohne therapeutischen Zweck und drohende Komplikationen am intensivsten aufzuklären.
- Der Patient entscheidet selbst, wie detailliert die Aufklärung sein soll.

4. **Richtiger Zeitpunkt**

Der Aufklärungszeitpunkt ist richtig gewählt, wenn der Patient ausreichend Gelegenheit hatte zu entscheiden, entweder im krankhaften Zustand weiterzuleben oder sich der Fachkunde des Arztes anzuvertrauen (Hoppe, NJW 1998, 782 ff.).

a. **Zeitpunkt im Allgemeinen**

- Bei einfachen **ambulanten Eingriffen** reicht eine Aufklärung am Tag selbst; bei komplizierten ambulanten Eingriffen eine Frist einen Tag vor dem Eingriff (BGH, Urt. v. 25.02.2003, Az.: VI ZR 131/02).
- Bei **operativen Eingriffen** ist schon aufzuklären, **wenn der Arzt dazu rät** und einen Operationstermin vereinbart.
- Bei **Notfalloperationen** reicht eine Aufklärung **kurz vor dem Eingriff** aus (OLG München, MedR 2007, 601 [604]),
- Bei narkotischen Maßnahmen erfolgt die Aufklärung am Vorabend.

b. **Zeitpunkt der Aufklärung bei intraoperativer Eingriffserweiterung**

- **Zeitpunkt vor dem Eingriff:** Zeichnet sich schon vor der OP ab, daß es zu Erweiterungen kommen kann, ist der Patient hierüber bereits aufzuklären.
- **Zeitpunkt während des Eingriffs:** Entdeckt der Arzt während der OP, daß eine Erweiterung vorzunehmen ist, dann ist die OP zu beenden und der Patient nachher erneut aufzuklären.
Kann die OP aus medizinischen Gründen nicht unterbrochen werden, kann der Eingriff nur dann fortgesetzt werden, wenn er von der mutmaßlichen Einwilligung des Patienten gedeckt ist.
- **Schlussfolgerung:** Es empfiehlt sich die Einholung einer vorsorglichen Einwilligung, die nicht vorhersehbare OP-Erweiterungen abdeckt.
- **Formulierungsvorschlag:** „Mit Erweiterungen des Eingriffs, die sich während der OP ergeben, bin ich einverstanden, soweit sich diese als medizinisch erforderlich erweisen“.

c. **Zeitpunkt der Aufklärung bei bewußtlosem Patienten**

- Hier ist die (vorherige) Aufklärung entbehrlich, wenn nur eine sofortige Behandlung den Patienten vor dem sicheren Tod bewahren kann.
- Es gelten dann die Grundsätze der mutmaßlichen Einwilligung.



Eine fehlerhafte Aufklärung stellt einen Behandlungsfehler dar.

- **Zivilrechtlich** ist der Arzt Schadensersatzansprüchen ausgesetzt, wenn dem Patienten in Folge des Eingriffs ein Personen- oder Sachschaden entsteht. **Anspruchsgrundlage** ist § 823 BGB (Delikt) oder § 280 BGB (Vertrag): Verletzung des Persönlichkeitsrechts (= Selbstbestimmungsrecht), über das sich der Arzt hinweggesetzt hat, als er ohne Einwilligung operierte.
- **Strafrechtlich** führt die mangelnde Aufklärung zur Unwirksamkeit der Einwilligung.

IV. Entlastungsmöglichkeit des Arztes bei fehlerhafter Aufklärung

V. Delegation der Aufklärung

VI. Beteiligung Pflegepersonal

ligung in den Eingriff. Dieser ist damit eine *strafbare Körperverletzung*.

▪ **Fazit:**

Die **Aufklärung** hat **zwei Stoßrichtungen**: Einmal schützt sie die **körperliche Unversehrtheit** des Patienten (über strafrechtliche Schiene) und zum anderen schützt sie das **Selbstbestimmungsrecht** des Patienten (über zivilrechtliche Schiene).



Der **Arzt** trägt die **Beweislast** dafür, daß der **Patient ordnungsgemäß aufgeklärt** wurde. **Andernfalls** wird vermutet, daß **keine wirksame Einwilligung** in den Eingriff vorliegt.

In einem zivilrechtlichen Schadensersatzprozess kann sich der Arzt allerdings dadurch **entlasten**, daß er **beweist**, daß sich der Patient auch bei **ordnungsgemäßer Aufklärung für den Eingriff entschieden** hätte (BGH, MedR 1990, 331).



Grundsätzlich **obliegt** die **Aufklärung** immer demjenigen **Arzt**, der den **Eingriff durchführt**. Gleichwohl ist **anerkannt**, dass die **Durchführung** der **Aufklärung delegiert** werden **kann**. Damit trägt die Rechtsprechung dem hoch arbeitsteiligen Vorgehen in einem komplexen Krankenhaus Rechnung.

Soweit ein **Arzt** die **Aufklärung**, etwa die Risikoaufklärung eines Patienten einem **nachgeordneten Arzt überträgt**, muss er **darlegen**, welche organisatorischen **Maßnahmen** er **ergriffen** hat, um eine **ordnungsgemäße Aufklärung sicherzustellen** und zu **kontrollieren** (BGH, MedR 2006, 169).

Im Einzelnen muss er z.B. darlegen, dass:

- er sich in einem **persönlichen Gespräch** mit dem Patienten nochmals **von der ordnungsgemäßen Aufklärung** durch den beauftragten Kollegen **überzeugt** hat, und
- er sich durch einen **Blick in die Krankenakte** vom Vorhandensein einer von Patient und aufklärendem Arzt **unterzeichneten Einverständniserklärung vergewissert** hat, und
- dass eine für einen medizinischen Laien verständliche Aufklärung unter Hinweis auf die spezifischen Risiken des vorgesehenen Eingriffs erfolgt ist“ (vgl. dazu auch Bender, MedR 2007, 171).

Denn obgleich die Übertragung der Erfüllung seiner Aufklärungspflicht auf einen anderen Arzt dazu führt, dass Aufklärungsversäumnisse zu Lasten dieses anderen Arztes gehen, entlastet das den behandelnden Arzt nicht von der vertraglichen (§ 278 BGB) und deliktischen (§ 831 Abs. 1 s. 2 BGB) Haftung. Bei **fehlerhafter Überwachung** der delegierten Aufklärungsarbeit kann dann **auch** der **delegierende Arzt haftbar** gemacht werden.



Das Pflegepersonal darf **keine medizinische oder ärztliche Patientenaufklärung** durchführen. Es ist dann der Arzt zu rufen. Aber: Es darf **ggf.** die Aufklärung verdeutlichen.

Wohl aber darf erfahrenes Pflegepersonal die **pflegerische Patientenaufklärung** durchführen. Diese muß aber mit dem behandelnden Arzt abgestimmt sein und dieser ist über den Umstand, wann und in welchem Umfang pflegerisch aufgeklärt wird, zu informieren.