

1 Behandlungsvertrag über stationäre Krankenhausleistungen

Behandlungsvertrag über stationäre Krankenhausleistungen	
zwischen	

Name, Vorname des Patienten	

Geburtsdatum des Patienten	

Anschrift	
und	

als Träger des Krankenhauses	

über die vollstationäre/stationsäquivalente psychiatrische/teilstationäre/vor- und nachstationäre Behandlung zu den in den AVB des Krankenhauses vom _____ niedergelegten Bedingungen.	
Hinweis:	
Sofern kein gesetzlicher Krankenversicherungsschutz besteht oder Wahlleistungen in Anspruch genommen werden, die vom gesetzlichen Krankenversicherungsschutz nicht umfasst sind, besteht nach Maßgabe der jeweils geltenden gesetzlichen Vorschriften keine Leistungspflicht eines öffentlich-rechtlichen Kostenträgers (z.B. Krankenkassen etc.). In diesen Fällen ist der Patient als Selbstzahler zur Entrichtung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet.	

Ort, Datum	
_____	_____
Unterschrift des Patienten	Unterschrift des Krankenhausmitarbeiters
Ich handele als Vertreter mit Vertretungsmacht / gesetzlicher Vertreter / Betreuer	
_____	_____
Name, Vorname des Vertreters	Anschrift des Vertreters

Unterschrift des Vertreters	

1.1 Einleitung

Das Verhältnis zwischen Krankenhaus und Patient ist mehr als eine nüchterne juristische Vertragsbeziehung mit wechselseitigen Leistungspflichten. Wo die existentiellsten Rechtsgüter des Menschen – Leib, Leben und körperliche Unversehrtheit – berührt sind, gewinnen darüber hinaus moralische und ethische Aspekte maßgeblichen Einfluss auf die Gesamtbewertung eines Behandlungsgeschehens. Jede Heilmaßnahme ist in diesen Kontext eingebettet und vor diesem Hintergrund zu betrachten. Nach der Rechtsprechung des BGH setzt das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraus und wurzelt in starkem Maße in der menschlichen Beziehung, in die der Arzt zu dem Kranken tritt. Insoweit dürften Arzt und Patient nicht bloß als die Partner eines bürgerlich-rechtlichen Vertrages gesehen werden.¹ Diese Verbindung von ethischen und rechtlichen Aspekten behält ihre Gültigkeit auch in einem weitgehend arbeitsteiligen, apparativen und von Sparzwängen dominierten Gesundheitswesen.

Die rein rechtliche Basis der Krankenhausbehandlung ist jedoch der Behandlungsvertrag. In ihm werden rechtsgeschäftlich durch übereinstimmende Willenserklärungen zwischen dem Patienten einerseits und dem Krankenträger andererseits die wesentlichen wechselseitigen Rechte und Pflichten festgeschrieben. In der Krankenhauspraxis hat sich inzwischen zur Regelung dieser Rechtsbeziehungen der standardisierte Behandlungsvertrag mit vorformulierten Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) durchgesetzt. Im Folgenden werden die Probleme der Rechtsnatur des Behandlungsverhältnisses, die verschiedenen Vertragstypen, die wesentlichen Haupt- und Nebenpflichten sowie die Sonderfälle einer Behandlung ohne Vertrag dargestellt.

1.2 Rechtsnatur des Behandlungsverhältnisses

Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Patient sind nach absolut herrschender Lehre und ständiger Rechtsprechung² privatrechtlicher Natur und richten sich ganz überwiegend nach den Vorschriften des BGB (§§ 630a ff.). Lediglich in den Spezialfällen einer hoheitlichen Zwangsbehandlung sind wegen des damit begründeten öffentlich-rechtlichen Sonderverhältnisses andere Rege-

1 BGH, Urteil vom 05.12.1958, VI ZR 266/57, NJW 1959, 811.

2 BGH, Urteil vom 10.01.1984, VI ZR 297/81; Urteil vom 14.07.1992, VI ZR 214/91; Urteil vom 28.04.2005, III ZR 351/04 = VersR 2005, 947.

lungen maßgebend. Weitere Einzelheiten zur zwangsweisen Behandlung werden unter Kap. I.1.14.2 erörtert.

Nach der Rechtsprechung des BGH³ sind auch die Behandlungsbeziehungen des Kassenpatienten zum Krankenhaus – von Ausnahmen abgesehen – „stets zivilrechtlich zu qualifizieren; gleichgültig ob ihnen ein zu seinem Gunsten von der Krankenkasse geschlossener Vertrag zugrunde liegt oder ein eigener Vertrag des Kassenpatienten, der nicht nur der Lebenswirklichkeit etwa bei einer Noteinweisung, sondern auch dem Gewicht seines Behandlungs- und Schutzinteresses zumindest dem Krankenhaus gegenüber am ehesten entsprechen dürfte. Das folgt schon daraus, dass der Kassenpatient im Vergleich zu anderen Patienten von der Krankenkasse insoweit nicht einem Sonderstatus ausgesetzt wird; er vielmehr vom Krankenhaus und Arzt Betreuung und Sorgfalt im selben Maß wie jeder andere Patient verlangen kann und er dem Krankenhaus auch als Pflichtmitglied einer Krankenkasse grundsätzlich auf dem Boden der Gleichordnung gegenübertritt.“⁴

1.3 Der Leistungsaustausch

Bei dem Krankenhausbehandlungsvertrag handelt es sich um einen zweiseitigen Vertrag zwischen Krankenhaus und Patienten, aus dem der Patient einen unmittelbaren eigenen Anspruch auf Krankenhausbehandlung und damit die Hauptleistung des Krankenhauses erwirbt.

1.3.1 Leistung des Krankenhauses

Zu der Hauptleistung des Krankenhauses gehören die ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Der grundsätzliche Leistungsumfang lässt sich aus den einschlägigen krankenhausspezifischen Regelungen entnehmen; vgl. § 2 Nr. 1 KHG, § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

3 BGH, Urteil vom 10.01.1984, VI ZR 297/81 = NJW 1984, 1820 ff. m.w.N., dK 1984, 139 ff.

4 BGH a.a.O.

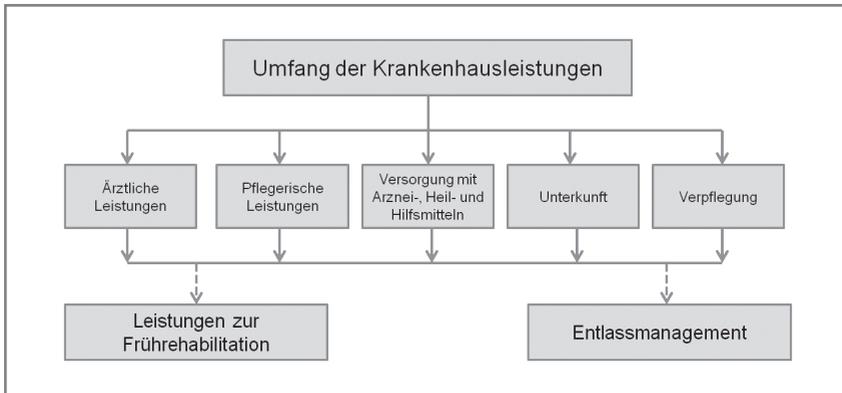


Abb.1 Umfang der Krankenhausleistungen

Der Leistungsumfang des Krankenhauses umfasst neben allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 BPfIV bzw. § 2 Abs. 2 KHEntgG) auch sogenannte Wahlleistungen (§ 16 BPfIV, § 17 KHEntgG). Zur Besonderheit der Wahlleistungsverträge wird auf die Erörterungen unter Kap. IV.2 verwiesen. Des Weiteren zählen auch Vor- und Nebenleistungen, wie die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation sowie Leistungen des Entlassmanagements gemäß § 39 Abs. 1 SGB V zum Umfang der Krankenhausleistungen.

Entlassmanagement

Da der Übergang von der stationären Krankenhausversorgung in die anschließende medizinische, pflegerische oder rehabilitative Versorgung in vielen Fällen eine kritische Phase der Versorgungskette darstellen kann, wurde mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung⁵ im Jahr 2007 ein Leistungsanspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement eingeführt. § 11 Abs. 4 SGB V enthält demgemäß einen Anspruch gegen die Leistungserbringer auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche.

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung⁶ aus dem Jahr 2011 wurde dieser Anspruch konkretisiert

5 Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), BGBl. I 2007, S. 378.

6 Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), BGBl. I 2011, S. 2983.

und erstmals klargestellt, dass das Entlassmanagement als Teil des Versorgungsmanagements Teil der Krankenhausbehandlung ist. Krankenhäuser müssen demnach ein Entlassmanagement zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Versorgung, zur Rehabilitation oder Pflege einrichten.

Durch das Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015⁷ erhielt der Patient neben dem Anspruch auf Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus zusätzlich einen Anspruch gegen seine gesetzliche Krankenkasse auf Unterstützung des Entlassmanagements. Nach § 39 Abs. 1a SGB V müssen Krankenhaus und Krankenkasse, soweit der Patient wünscht, die Nachbehandlung und Anschlussversorgung organisieren und beispielsweise Pflegedienste kontaktieren. Zusätzlich können Krankenhäuser Arzneimittel in beschränkter Menge, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie häusliche Krankenpflege und Soziotherapie verordnen und Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen bescheinigen, sofern dies für die Versorgung des Patienten unmittelbar nach Entlassung erforderlich ist. Mit diesen Möglichkeiten soll eine lückenlose Versorgung gewährleistet werden. Einzelheiten werden in den einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sowie einem ab 1. Oktober 2017 geltenden Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen geregelt.

Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligungen und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen.

1.3.2 Gegenleistung des Patienten

Die Hauptleistung des Patienten ist die Vergütung der vom Krankenhaus erbrachten Leistungen. Die Vergütung durch den Patienten wird durch sozialgesetzliche Regelungen sowohl im Bereich der allgemeinen Krankenhausleistungen (Einheitlichkeit der Vergütung) als auch im Wahlleistungsbereich (Angemessenheit der Wahlleistungsentgelte) erheblich beeinflusst. Die sozialrechtlichen Bestimmungen legen dabei insbesondere die Grundsätze über die Höhe der Vergütung und die Zahlungsbedingungen fest. Diese Grundsätze werden maßgeblich durch die Selbstverwaltungspartner auf Bundes- bzw. Landesebene konkretisiert.

⁷ Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), BGBl. I 2015, 1211.

1.4. Einfluss der sozialrechtlichen Bestimmungen

Im Abrechnungsverhältnis sind neben den sozialrechtlichen Bestimmungen des Bundes- und Landesgesetzgebers auch die landesspezifischen Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner sowie die Regelungen der Budgetvereinbarung zu beachten.

1.4.1 Einheitlichkeit der Vergütung

Die Abrechnung von allgemeinen Krankenhausleistungen richtet sich je nach Anwendungsgebiet nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegeverordnung (BPfIV):

Gemäß § 17b KHG erfolgt die Vergütung der Leistungen von allgemeinen (somatischen) Krankenhäusern seit 2004 über ein pauschalierendes Vergütungssystem, dem DRG-System (Diagnosis Related Groups). Das KHEntgG, das KHG und die FPV der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene enthalten für alle Beteiligten (Krankenhaus, selbstzahlender oder privat versicherter Patient, private Krankenversicherungen, Krankenkassen und Sozialleistungsträger) verbindliche Regelungen zur Berechnung der pauschalen Entgelte.

Leistungen von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern und Fachabteilungen werden gemäß § 17d KHG anhand der BPfIV und der von den Selbstverwaltungspartnern festzulegenden Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) vergütet.

Gemäß § 17 Abs. 1 Satz 1 KHG, § 8 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und § 8 Abs. 1 Satz 1 BPfIV ist die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen (vgl. § 2 Abs. 2 BPfIV bzw. § 2 Abs. 2 KHEntgG) für alle Benutzer des Krankenhauses unabhängig vom Versicherungsstatus einheitlich zu berechnen. Für allgemeine Krankenhausleistungen (nicht Walleistungen) können daher gegenüber einem privat versicherten Patienten keine anderen Entgelte berechnet werden als gegenüber einem gesetzlich krankenversicherten Patienten.

Eine Ausnahme gilt nur bezüglich der Behandlung von ausländischen Patienten, die mit dem Ziel einer Krankenhausbehandlung in die Bundesrepublik Deutschland einreisen. Da gemäß § 4 Abs. 4 KHEntgG die Leistungen für diese ausländischen Patienten auf Verlangen des Krankenhauses außerhalb des Erlösbudgets vergütet werden können und der Gesetzgeber⁸ bewusst davon abgesehen

8 Im Gegensatz zur Vorgängerregelung des § 3 Abs. 4 BPfIV, die ausdrücklich vorsah, dass der Grundsatz der Einheitlichkeit der Entgelte hiervon unberührt bleiben sollte.

hat, an dieser Stelle einen Verweis auf die Einheitlichkeit der Entgelte vorzusehen, wird teilweise die Auffassung vertreten, dass das Entgelt für die stationäre Behandlung einreisender Ausländer nach allgemeinem Zivilrecht und in dessen Grenzen frei vereinbart werden kann.⁹

1.4.2 Das Abrechnungsverhältnis

Im Abrechnungsverhältnis muss einerseits zwischen dem versicherungslosen Patienten (Selbstzahler) sowie dem bei einer privaten Krankenversicherung versicherten Patienten (PKV-Patient) und dem gesetzlich Versicherten (GKV-Patienten) unterschieden werden. Wegen der sozialrechtlichen Besonderheiten ist bei einem GKV-Patienten das reine Behandlungsverhältnis zwischen Patient und Krankenhaus einerseits vom Abrechnungsverhältnis über die Kosten der Behandlung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse andererseits zu unterscheiden.

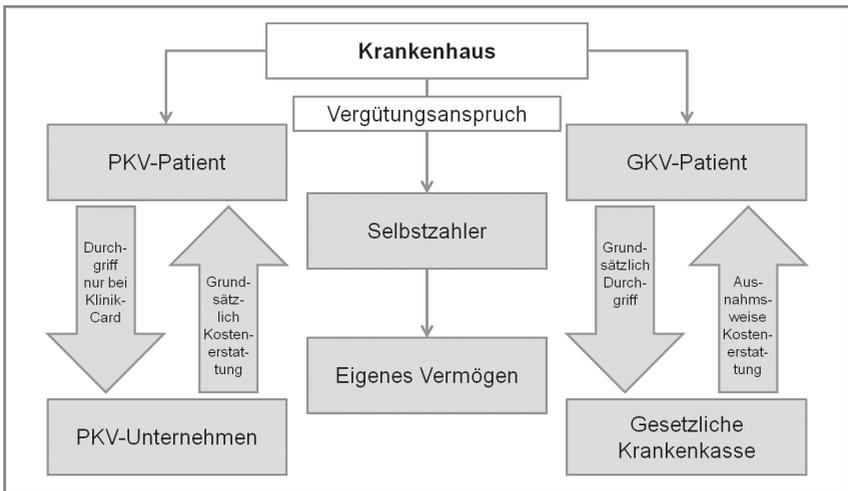


Abb. 2 Abrechnungsverhältnis

⁹ Tuschen/Trefz, KHEntG, 2. Aufl. 2010, 244; Quaas/Dietz, f&w 2003, 622; a.A. Spickhoff/Kutlu, KHEntG, § 8, Rn. 1.