1 Krankenhausspezifische Rechtsgrundlagen

Jörg Heberer

Die Behandlung des Patienten kann entweder ambulant oder stationär erfolgen. Dementsprechend resultieren hieraus differierende vertragliche Rahmenbedingungen.

1.1 Die ambulante Krankenhausbehandlung

Die Behandlung des Kassen- wie auch des Privatpatienten ist im Rahmen der Krankenhausambulanz in der vertraglichen Grundlage gleich. Sie ist an den normalen Behandlungsvertrag nach § 630a BGB angelehnt. Wenn der Krankenhausträger die Ambulanz selbst betreibt (sog. Institutsambulanz), 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 (z.B. Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V, Privatambulanz). 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 sozialversicherten Kranken vertraglich verbunden. Es wird also nicht das Krankenhaus als Institution, sondern der Chefarzt der Ambulanz vertraglich verpflichtet.

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

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

1.2 Die stationäre Krankenhausbehandlung

Wenn eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt wird, stehen verschiedene Vertragstypen im Raum, die ebenfalls alle auf derselben Rechtsgrundlage des § 630a BGB fußen.

Man unterscheidet dabei drei Formen des Krankenhausvertrages:

- den totalen Krankenhausaufnahmevertrag,
- den aufgespaltenen Krankenhausaufnahmevertrag und
- den Arztzusatzvertrag mit totalem Krankenhausaufnahmevertrag.

1.2.1 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 (s. Kap. 1.2.3).

Der Krankenhausträger kann mit dem Patienten neben allgemeinen Krankenhausleistungen wirksam vereinbaren, dass er wahlärztliche Leistungen durch angestellte oder beamtete Ärzte des Krankenhauses erbringt, ohne dass es insoweit eines Zusatzvertrags zwischen dem Patienten und dem betreffenden Arzt bedarf. Der Krankenhausträger ist dann alleiniger Schuldner des Patienten für die versprochenen wahlärztlichen Leistungen. Er ist berechtigt, die auf dieser Vertragsgrundlage erbrachten wahlärztlichen Leistungen unter analoger Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte gesondert zu berechnen, sofern er mit dem Patienten eine wirksame Wahlleistungsvereinbarung geschlossen hat. Dem Krankenhausträger steht dann insoweit ein eigener Vergütungsanspruch gegen den Patienten zu, sodass er gemäß § 630a Abs. 1, §§ 630b, 612 Abs. 2 BGB i.V.m. § 1 Abs. 1, § 2 Abs. 1 S. 1, § 17 Abs. 1 S. 1 KHEntgG die wahlärztlichen Leistungen gesondert neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung abrechnen kann (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 13.03.2025 – III ZR 426/23).

Zusammenfassend schuldet daher der Krankenhausträger sämtliche Leistungen „total“ und erwirbt im Gegenzug dazu einen eigenen Honoraranspruch

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

gegen den Privatpatienten/Selbstzahler bzw. bei Kassenpatienten gegen dessen Krankenkasse.

1.2.2 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 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 Belegarzttätigkeit, 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.

1.2.3 Der totale Krankenhausaufnahmevertrag mit Arzt-Zusatzvertrag

Als dritte Möglichkeit der Vertragsgestaltung bietet ein Großteil der Kliniken dem Selbstzahler an, ärztliche Leistungen durch bestimmte 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.

Beim totalen Krankenhausvertrag mit Arztzusatzvertrag schließt der Patient zusätzlich zum Krankenhausaufnahmevertrag und zur Wahlleistungsverein-

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

barung mit dem Krankenhausträger – ausdrücklich oder stillschweigend – einen weiteren Vertrag mit dem behandelnden Arzt über die wahlärztlichen Leistungen. Der Wahlarzt beziehungsweise die Wahlarztkette im Sinne von § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG ist dann vertraglicher Schuldner des Patienten für die Wahlleistung, während der Krankenhausträger zur umfassenden Leistungserbringung einschließlich der ärztlichen Leistungen verpflichtet ist. Es kommt mithin zu einer doppelten Verpflichtung hinsichtlich der Wahlleistung. Für ärztliche Behandlungsfehler haften sowohl der Krankenhausträger als auch der Wahlarzt aus Vertrag. Ein Vergütungsanspruch fällt indessen nur in der Person des Wahlarztes an (BGH, Urteil vom 13.03.2025 – III ZR 426/23).

Es kommt also auf die Vereinbarung zwischen dem Krankenhausträger und dem Patienten an, ob der selbst liquidierende Arzt selbständiger Vertragspartner des Patienten wird und es sich um den vorbezeichneten Krankenhausvertrag mit Arzt-Zusatzvertrag handelt, oder ob alternativ der Krankenhausträger zur Gewährung der wahlärztlichen Leistungen verpflichtet ist. Zwar können zur Beurteilung des Vertragswerkes insbesondere die Aufnahmebedingungen und die Krankenhaussatzung zu Rate 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 (BGH, NJW 2016, 3027–3030).

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 zustande kommen. So besteht also weitestgehend Übereinstimmung der Zuständigkeitsbereiche sowohl des behandelnden Arztes als auch des Krankenhauses.

Allein für den Fall, dass es sich ausdrücklich aus dem Vertragswerk ergibt, kommt ausnahmsweise ein gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag zustande. Dies muss jedoch regelmäßig mit einer teilweisen Entlassung des Krankenhausträgers aus seiner Verantwortung einhergehen.

> ***Praxistipp:*** *Es empfiehlt sich für diesen Fall im 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 Leis-*

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

tungen nur die liquidationsberechtigten Ärzte sind. Darüber hinaus sollte ein ausdrücklicher Haftungsausschluss für Fehler des privat liquidierenden Arztes mit aufgenommen werden.

Sollte eine entsprechende Vereinbarung fehlen, so ist regelmäßig vom Krankenhausvertrag mit Wahlleistungsabrede auszugehen (BGH 2016, a.a.O.).

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 § 305c Abs. 1 BGB handeln. Wird eine derartige Abrede in vorformulierten Vertragsklauseln oder in Allgemeinen Geschäftsbedingungen getroffen, muss sie dem Patienten aber jedenfalls in einer Weise zur Kenntnis gebracht werden, die es ihm ermöglicht, seine Aufmerksamkeit gezielt auf diesen Punkt zu richten. Es ist regelmäßig erforderlich, dass – wenn nicht eine mündliche Erläuterung erfolgt – die Klarstellung innerhalb des noch durch die Unterschrift des Patienten gedeckten Vertragstextes vorgenommen wird. Sowohl der Hinweis als auch der Haftungsausschluss müssen drucktechnisch deutlich hervorgehoben werden (BGH 2016, a.a.O.).

Es war lange in der Rechtsprechung umstritten, ob die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch am Krankenhaus nicht fest angestellte, sondern freiberuflich, aufgrund einer Kooperationsvereinbarung, tätige Honorarärzte rechtlich zulässig ist. Diesen Meinungsstreit hat der BGH mit seinem Urteil vom 16.10.2014 entschieden (BGH, Urteil vom 16.10.2014 – III ZR 85/14). Der BGH kommt zu dem Schluss, dass vom Krankenhausträger nicht fest angestellte Honorarärzte, die im Krankenhaus Operationen durchführen, ihre operative Tätigkeit gegenüber (Privat)Patienten nicht als Wahlleistungen i.S.d. § 17 Abs. 1 S. 1 KHEntgG erbringen und gesondert abrechnen können. Ein Vergütungsanspruch ergibt sich weder aus der Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und Patient noch aus einer zwischen dem Honorararzt mit dem Patienten individuell getroffenen Vereinbarung über die Behandlung gegen Privatrechnung. Streng am Wortlaut orientiert stellt der BGH fest, dass Honorarärzte eben weder Beamte noch Angestellte des Krankenhauses noch externe Wahlärzte sind, da keine Tätigkeit „auf Veranlassung" eines angestellten oder beamteten Krankenhausarztes mit eigener Liquidationsberechtigung erfolgt. Zudem legt § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend fest. Hiervon kann auch nicht durch individuelle Vergütungsabreden (in diesem Fall zwischen Honorararzt und Patient) abgewichen werden, da dies einen Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot gemäß § 134 BGB darstellen würde.

Auch bei der Vertretung des Wahlarztes gelten strenge Anforderungen, da dieser aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung zur persönlichen Leistungserbringung im Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen verpflichtet ist. Nach der ständigen Rechtsprechung ist eine Vertretung des Wahlarztes nur zuläs-

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

sig entweder bei unvorhersehbarer oder vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes. Unzulässig sind Vertretervereinbarungen aber immer dann, wenn von vornherein gar nicht die Absicht oder Möglichkeit besteht, dass der Wahlarzt die Leistung persönlich erbringt.

Für den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes wird die Vertretungsvereinbarung durch Regelung in der Wahlleistungsvereinbarung getroffen, indem der jeweils ständige ärztliche Vertreter des Wahlarztes benannt wird. Bei im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung oder zu einem späteren Zeitpunkt auftretender vorhersehbarer Verhinderung (z.B. Urlaub, Fortbildung) des Wahlarztes ist der Abschluss einer zur Wahlleistungsvereinbarung zusätzlichen individuellen Stellvertretervereinbarung mit dem Patienten zwingend erforderlich.

Hinsichtlich einer sog. „gewünschten Stellvertretung", bei der die wahlärztliche Leistung ohne besondere Bedingungen (also ohne, dass ein vorgenannter Verhinderungsfall vorliegt) durch einen anderen Arzt als Vertreter des Wahlarztes erbracht werden soll, hat der BGH mittlerweile entschieden, dass eine solche Vertretervereinbarung unzulässig ist, wenn sie auf Initiative des Krankenhausträgers beziehungsweise eines Wahlarztes erfolgt, sodass diese Abänderung der Wahlleistungsvereinbarung nichtig ist (BGH, Urteil vom 13.03.2025 – III ZR 40/24).

1.2.4 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.

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

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.

1.3 Der Behandlungsvertrag §§ 630a ff. BGB

Seit dem 26.02.2013 sind die sich aus dem Behandlungsvertrag ergebenden Rechte und Pflichten in den §§ 630a ff. BGB geregelt. Die bis dahin geltende Rechtsprechung wurde hierin normiert. Tatsächlich handelt es sich bei den gesetzlichen Regelungen in weiten Teilen lediglich um die Kodifizierung eines seit Jahrzehnten ausgefeilten und dennoch flexiblen Richterrechts.

Denn beispielsweise Fragen der Einsichtnahme in Patientenunterlagen, der Aufklärung und der Einwilligung, des Behandlungsvertrages und der wechselseitigen daraus resultierenden Rechte und Pflichten sind seit Jahrzehnten juristisch aufgearbeitete und geklärte Fragestellungen.

1.3.1 Behandlungsvertrag

Zunächst einmal ist in § 630a BGB ausdrücklich der Behandlungsvertrag zwischen Behandelndem und Patient verankert. Es werden die Vertragsbeziehung und die charakteristischen Hauptleistungspflichten zwischen Patienten und Ärzten geregelt. Ebenfalls gilt dieser Paragraf beispielsweise für Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser, da der Behandlungsvertrag mit der Einrichtung geschlossen wird und diese lediglich die behandelnden Ärzte bereitstellt. Nur für Apotheker oder Verträge über die Erbringung reiner Pflege- oder Betreuungsleistungen gelten diese Bestimmungen ausdrücklich nicht.

Die Vorschrift unterscheidet im Übrigen nicht zwischen Privat- und Kassenpatienten, wobei der direkte Vergütungsanspruch sich bis auf wenige Ausnahmen nur gegen den Privatpatienten richten kann, nachdem der Vergütungsanspruch des Krankenhauses bzw. des Vertragsarztes sich bei den von den gesetzlichen Krankenkassen zu erstattenden Leistungen aus dem SGB V gegenüber den Krankenkassen bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung ergibt.

§ 630a Abs. 2 BGB stellt ausdrücklich klar, dass bei der Behandlung regelmäßig der im Behandlungszeitpunkt geltende Facharztstandard geschuldet ist. Ärzte sind somit verpflichtet, nach dem anerkannten und gesicherten Standard der medizinischen Wissenschaft zu behandeln und die jeweilige Behandlung so vorzunehmen wie ein sorgfältig arbeitender Facharzt. Hierbei gilt ein objektiver Sorgfaltsmaßstab. Folglich bleibt die Ermittlung des Facharztstandards zu

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

einem bestimmten Zeitpunkt im jeweiligen Fall dem Gericht überlassen, das hierzu stets ein medizinisches Sachverständigengutachten einholen muss.

Soweit in den §§ 630a ff. BGB keine Regelungen getroffen werden, unterliegt nach § 630b BGB das Behandlungsverhältnis den Bestimmungen über Dienstverhältnisse, die keine Arbeitsverhältnisse sind, nach §§ 611ff. BGB.

1.3.2 Mitwirkungs- und Informationspflichten; Offenbarungspflicht bei Behandlungsfehler

In § 630c BGB sind weitere Pflichten betreffend der Mitwirkung der Vertragsparteien sowie der ärztlichen Information gegenüber dem Patienten normiert. Welchen Regelungszweck die gesetzliche Verankerung der gegenseitigen Mitwirkungspflicht in Absatz 1 verfolgen soll, erschließt sich nicht. Auch wird eine Rechtsfolge bei Verstoß gegen diese Vorschrift nicht ersichtlich. Die Absätze 2 und 3 legen Informations- und Erläuterungspflichten fest. Absatz 2 Satz 1 enthält die Sicherungsaufklärung. Die hierzu von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze gelten uneingeschränkt fort, weshalb ein Verstoß hiergegen bei Eintritt eines Schadens als Behandlungsfehler behandelt wird.

Absatz 2 Satz 2 und 3, wonach jeder Arzt den Patienten entweder auf Nachfrage oder zur Abwendung gesundheitlicher Gefahren über einen eigenen oder einen etwaigen Behandlungsfehler eines Kollegen informieren muss, legt eine Informationspflicht nur über solche Umstände fest, die für den Behandler zu diesem Zeitpunkt erkennbar auf einen Fehler hindeuten. Etwaige weitergehende Recherche- oder Informationspflichten, die über die Fälle der Nachfrage oder der Abwendung von Gesundheitsgefahren hinausgehen, folgen laut Gesetzesbegründung hieraus für den Arzt jedoch nicht. Eine Pflicht des behandelnden Arztes zur unaufgeforderten Unterrichtung besteht somit nicht, soweit keine gesundheitlichen Gefahren des Patienten vorliegen. Eine Haftung des Arztes wegen eines eigenen Behandlungsfehlers besteht aber seit jeher, wenn er Informationen unterlässt, durch die gesundheitliche Schäden abgewendet werden können. Weiteres siehe Kapitel 2.

In Absatz 3 ist die wirtschaftliche Aufklärungspflicht des Arztes normiert. Dies bedeutet insbesondere einen Hinweis darauf, welche Behandlungskosten nicht von der privaten oder gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden und deren voraussichtliche Höhe, zumindest dann, wenn der Behandelnde dies positiv weiß oder zumindest nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte hat. Nach allgemeiner Meinung ist dies stets bei IGeL der Fall. Die wirtschaftliche Aufklärung ist in Textform nach § 126b BGB zu erteilen. Weitergehende Formanforderungen, wie sie sich beispielsweise aus § 17 Abs. 2 KHEntgG ergeben, bleiben hiervon unberührt. Bei Verstoß gegen die wirtschaftliche Aufklärungspflicht muss der Patient die Rechnung nicht bezahlen, wobei der Patient die Beweislast für den Verstoß trägt.

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

1.3.3 Einwilligung und Aufklärung

Die Anforderungen an die Einwilligung und deren Einholung sind in § 630d BGB, diejenigen an die ordnungsgemäße Aufklärung in § 630e BGB normiert. Vor jeder medizinischen Maßnahme ist es eine vertragliche Hauptpflicht des Arztes, die Einwilligung zur Behandlung einzuholen, da ohne vorherige Einwilligung die Maßnahme rechtswidrig ist. Die Erklärung der Einwilligung ist grundsätzlich an keine Form gebunden, d.h. sie kann ausdrücklich oder konkludent, mündlich oder schriftlich erteilt werden. Nur in ganz bestimmten gesetzlich geregelten Fällen, wie z.B. bei Patientenverfügungen gemäß § 1827 BGB, ist eine Schriftform vorgeschrieben. Die Schriftform der Einwilligung dient somit lediglich zu Beweiszwecken, da der behandelnde Arzt die Beweislast für deren Einholung trägt. Entscheidend ist, ob der Patient oder bei dessen Einwilligungsunfähigkeit, soweit nicht eine Patientenverfügung vorliegt, ein hierzu Berechtigter zu irgendeinem Zeitpunkt vor dem Eingriff eine wirksame Einwilligung – mündlich, schriftlich oder konkludent – erklärt und diese nicht widerruft.

§

§ 630d BGB Einwilligung

(1) Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen. Ist der Patient einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, soweit nicht eine Patientenverfügung nach § 1827 Absatz 1 Satz 1 die Maßnahme gestattet oder untersagt. Weitergehende Anforderungen an die Einwilligung aus anderen Vorschriften bleiben unberührt. Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

(2) Die Wirksamkeit der Einwilligung setzt voraus, dass der Patient oder im Fall des Absatzes 1 Satz 2 der zur Einwilligung Berechtigte vor der Einwilligung nach Maßgabe von § 630e Absatz 1 bis 4 aufgeklärt worden ist.

(3) Die Einwilligung kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

Näheres zur Einwilligung siehe Kapitel 4.

Wirksamkeitsvoraussetzung jeder Einwilligungserklärung ist gemäß § 630d Abs. 2 BGB die zuvor erteilte ordnungsgemäße Aufklärung nach § 630e BGB. Die Patienten müssen verständlich und umfassend informiert werden.

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026

§ 630e BGB Aufklärungspflichten

(1) Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.

(2) Die Aufklärung muss

1. mündlich durch den Behandelnden oder durch eine Person erfolgen, die über die zur Durchführung der Maßnahme notwendige Ausbildung verfügt; ergänzend kann auch auf Unterlagen Bezug genommen werden, die der Patient in Textform erhält,
2. so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann,
3. für den Patienten verständlich sein.

Dem Patienten sind Abschriften von Unterlagen, die er im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet hat, auszuhändigen.

(3) Der Aufklärung des Patienten bedarf es nicht, soweit diese ausnahmsweise aufgrund besonderer Umstände entbehrlich ist, insbesondere wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist oder der Patient auf die Aufklärung ausdrücklich verzichtet hat.

(4) Ist nach § 630d Absatz 1 Satz 2 die Einwilligung eines hierzu Berechtigten einzuholen, ist dieser nach Maßgabe der Absätze 1 bis 3 aufzuklären.

(5) Im Fall des § 630d Absatz 1 Satz 2 sind die wesentlichen Umstände nach Absatz 1 auch dem Patienten entsprechend seinem Verständnis zu erläutern, soweit dieser aufgrund seines Entwicklungsstandes und seiner Verständnismöglichkeiten in der Lage ist, die Erläuterung aufzunehmen, und soweit dies seinem Wohl nicht zuwiderläuft. Absatz 3 gilt entsprechend.

Zwingend ist ein mündliches Aufklärungsgespräch zu führen. Die rein schriftliche Aufklärung reicht gemäß § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB nicht aus und es wird ausdrücklich klargestellt, dass schriftliche Unterlagen (z.B. Aufklärungsbögen) lediglich ergänzend verwendet werden können.

Allein entscheidend für die Wirksamkeit der Aufklärung ist das mündliche Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Patient. Eine bloße Formularaufklärung ist nach der ständigen Rechtsprechung nicht ausreichend.

Auszug aus Bäuml et al. (Hrsg.): Recht im OP 2026.
ISBN: 978-3-7753-0059-9. Urheberrechtlich geschützt
© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2026