

Gebührenordnung für Ärzte

Informationspflicht über Wahlleistungskosten

Bundesgerichtshof gibt Handlungsanleitungen für Krankenhaus-Chefärzte.

Liquidationsberechtigte Krankenhausärzte (Chefärzte) müssen privat behandelte Krankenhauspatienten vor dem Klinikaufenthalt detailliert über die auf sie zukommenden Kosten der „Wahlleistung ärztliche Behandlung“ und der Komfortleistungen (Unterkunft; Service; Extras) informieren. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 27. November 2003 (Az.: III/ZR 3703), das am 23. Dezember 2003 veröffentlicht wurde, reicht der bloße Hinweis auf die im Geschäftszimmer der leitenden Klinikärzte oder an der Aufnahme ausliegenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) nicht aus, um dieser Verpflichtung nachzukommen.

In dem Rechtsstreit vor dem Karlsruher Verfassungsgericht erhielt ein Privatpatient in letzter Instanz weitgehend Recht. In den Vorinstanzen war der Patient aufgrund einer Klage eines Chefarztes vom Amtsgericht Krefeld und im Berufungsverfahren vor dem Landgericht Krefeld zur Zahlung der vollen Höhe der Liquidation für sämtliche Wahlleistungen verurteilt worden.

Nach dem BGH-Urteil ist eine Wahlleistungsvereinbarung rechtlich unwirksam, wenn der Patient nicht vor der stationären Behandlung hinreichend und im vertretbaren Rahmen über die möglichen Kosten der privatärztlichen Behandlung informiert wird. Der Bundesgerichtshof vertrat in seinem Grundsatzurteil eine differenzierte Auffassung und gab zugleich eine Handlungsrichtschnur für die Informationsobliegenheiten der Krankenhäuser beziehungsweise der Chefärzte bei privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus. Dabei müsse der Patientenschutz und der gesundheitliche Verbraucherschutz stets im Vordergrund stehen.

Als zu weitgehend stuft der BGH eine Unterrichtungspflicht ein, wenn der Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nur dann nicht zu beanstanden ist, wenn dem Patienten unter Hinweis auf die mutmaßlich in Ansatz zu bringenden Gebührenordnungsnummern detailliert und auf den Einzelfall abgestellt die ungefähre Höhe der voraussichtlich entstehenden Arztkosten mitgeteilt werden. Zwar sei die Unterrichtungspflicht in § 22 Abs. 2 mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflege-satzverordnung (vom 20. Dezember 1984; Bundesgesetzblatt I, Seite 1680) erstmals gegenüber der Vorgängerregelung des § 7 Abs. 2 Bundespflege-satzverordnung *alter* Fassung erweitert und akzentuiert worden, ein detaillierter Kostenvoranschlag über die voraussichtliche Höhe der entstehenden Arztkosten („Wahlleistung Arzt“) sei jedoch nicht möglich. Er erübrige sich auch unter Verbraucherschutzgründen, weil dies nicht nur zu einem immensen organisatorischen Mehraufwand für das Krankenhaus führen würde, sondern das Krankenhaus gezwungen wäre, den Patienten im Verlauf der stationären Behandlung sukzessive über die finanziellen Konsequenzen des Vorgehens in Kenntnis zu setzen.

Im Übrigen weist der BGH darauf hin, dass zu unterscheiden sei einerseits zwischen der Informationspflicht über die Kosten der wahlärztlichen Leistungen und andererseits den anderen Krankenhauswahlleistungen. Dabei sei

das Interesse des Patienten, konkrete Preise über die „Wahlleistung Arzt“ zu erfahren, nicht so schutzwürdig wie bei anderen Wahlleistungen. Zudem bestimme der Krankenhausträger die Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen autonom im Rahmen der Angemessenheitsgrenze gemäß § 22 Abs. 1, Satz 3 Bundespflege-satzverordnung (BPfIV). Da es in der Krankenhauspraxis erhebliche Preisunter-

schiede bei der Bemessung einzelner Wahlleistungsentgelte gebe, habe der Patient in der Regel ein Interesse daran, konkrete Preise für die angebotenen nichtärztlichen Wahlleistungen zu erfahren.

Dagegen unterläge die Bemessung des Entgelts für ärztliche Wahlleistungen anderen Preisregeln. Hier fänden die Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte oder für Zahnärzte analoge Anwendung (§ 22 Abs. 3, Satz 7 BPfIV). Gemäß § 5 GOÄ habe der liquidationsberechtigte Klinikarzt die Möglichkeit, im Einzelfall das Entgelt in engen Grenzen nach Maßgabe der GOÄ festzulegen und zu berechnen. Durch die Anwendung der gesetzlichen Preisregelungen GOÄ und GOZ sei gewährleistet, dass jeder Patient – unabhängig von der Wahl des Krankenhauses – für (im Wesentlichen) gleichartige oder gleichwertige ärztliche Leistungen eine annähernd gleiche Vergütung zu zahlen hat. Aus dem Sinngehalt der geänderten Bundespflege-satzverordnung sei zu schließen, dass bei ärztlichen Wahlleistungen nicht der geschuldete „Endpreis“, sondern nur die Art und Weise des Zusammenkommens dieses Preises (Entgelt; Honorare) erläutert werden müsse.

Nicht mehr rechtlich zulässig sei es indes, so der BGH, dass sich der Krankenhausträger darauf beschränkt, den Patienten darauf hinzuweisen, dass die Abrechnung des selbst liquidierenden Chefarztes nach der GOÄ erfolge. Den Patienten könne nicht zugemutet wer-



Foto: dpa

den, sich die Vorlage des Textes der GOÄ zu erbitten oder sich diese zu beschaffen.

Der BGH favorisiert einen mittleren Weg, nämlich die „vermittelnde Lösung“, die sowohl dem anerkannten Informationsbedürfnis des Patienten als auch den praktischen verwaltungstechnischen Anforderungen der Krankenhausträger Rechnung trägt. Es müsse eine praktikable Lösung gefunden werden, die zwischen beiden Interessen vermittelt.

Vermittelnde Lösung

Am besten wäre es, so der BGH, wenn ein Muster einer Patientenstandardinformation angewandt würde. Darin sollte Folgendes verankert werden:

- kurze Charakterisierung des Inhalts wahlärztlicher Leistungen. Dabei müsse beschrieben werden, dass hierdurch ohne Rücksicht auf Art und Schwere der Erkrankung die persönliche Behandlung durch die liquidationsberechtigten Ärzte sichergestellt werden soll. Damit soll der Hinweis verbunden werden, dass der Patient auch ohne Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung die medizinisch notwendige Versorgung durch hinreichend qualifizierte Ärzte (Facharztstandard) erhält;
- kurze Erläuterung der Preisermittlung für ärztliche Wahlleistungen: Leistungsbeschreibung anhand der GOÄ-/GOZ-Nummern;
- Bedeutung von Punktzahl und Punktwert;
- Möglichkeit, den Gebührensatz (Vervielfacher) je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und besonderen Umständen zu erhöhen;
- Hinweis auf die Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ;
- Hinweis darauf, dass die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen eine erhebliche finanzielle Mehrbelastung des Patienten zur Folge haben kann;
- Hinweis darauf, dass sich bei Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen die Vereinbarung auf alle liquidationsberechtigten Ärzte erstreckt, die an der Behandlung unmittelbar oder mittelbar beteiligt sind (so genannte Wahlleistungsbehandlungskette gemäß § 22 Abs. 3, Satz 1 BPflV).

Dr. rer. pol. Harald Clade

Influenza

Auf den „Genmix“ kommt es an

Die Potenz zur sprunghaften Steigerung der Pathogenität wurde bisher nur bei Influenza-A-Viren der Subtypen H5, die sich derzeit in Asien verbreiten, und H7 festgestellt.

Während sich die Aviäre Influenza – besser bekannt als Vogelgrippe oder Geflügelpest – in Asien weiter ausbreitet und die Zahl der Erkrankungen beim Menschen angestiegen ist, bemüht sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) darum, die Infektionslage in ein realistisches Licht zu rücken. Ihre vor einigen Tagen ausgesprochene Warnung, die Vogelgrippe könne unter Umständen eine weltweite Grippeepidemie mit Millionen von Toten auslösen, hatte Beunruhigung ausgelöst. Dabei ist die WHO lediglich ihrer Pflicht nachgekommen, ein „Worst-Case“-Szenarium aufzuzeigen, damit die Gesundheitsbehörden der Staaten Vorbereitungen treffen können.

Die WHO geht von dem theoretischen Fall aus, dass eine gleichzeitige Infektion mit aviären und humanpathogenen Influenza-Viren zu einer Mischung des Genmaterials führen könnte, in deren Folge sich die Infektionswege verändern. Sorge bereitet der WHO jedoch die Tatsache, dass sich der humane Influenza-Virus-Subtyp H3N2 von Europa und den USA auf Asien zubewegt, wo er auf den aviären Virus-Subtyp H5N1 treffen könnte. Bei einem Zusammentreffen seien ein „Genmix“ und die Entstehung hochpathogener Virustypen nicht auszuschließen. Dieses Risiko ist nach Ansicht der Virologen grundsätzlich, nicht nur derzeit in Asien, bei Infektionen mit Influenza-A-Viren gegeben. Es müssen allerdings bestimmte Voraussetzungen bestehen.

Influenza-Viren sind weltweit verbreitet und werden in die Typen A, B und C unterteilt, die unterschiedlich

schwere Krankheitsbilder auslösen und in ihrer Tendenz zur Ausbreitung variieren. Influenza-A-Viren sind am weitesten verbreitet und zeigen die höchste genetische Variabilität. Dabei entstehen sowohl neue Subtypen als auch Virusvarianten, die für den Wirtsorganismus ein unterschiedliches Gefährdungspotenzial besitzen. Dabei ist nicht nur der menschliche Körper für Influenza-A-Viren empfänglich. Man findet sie auch bei anderen Säugern vor: zum Beispiel bei Schweinen und Pferden – und in großer Vielfalt bei Vögeln.

Influenza-B-Viren, die normalerweise nur bei Menschen zu Infektionen führen, haben keine Subtypen. Veränderungen bringen hier neue Varianten hervor, die isolierte Ausbrüche auslösen und sich zu Epidemien entwickeln können. Die Erkrankung ist klinisch nicht von einer Influenza A zu unterscheiden. Influenza-C-Viren treten sporadisch auf. Sie führen zu milden Erkrankungen oder sogar nur zu einer asymptomatischen Infektion. Ihre epidemiologische Bedeutung ist gering.

Von Subtypen und Varianten der Influenza-Viren

Eine Besonderheit der Influenza-Viren ist ihre Variabilität. Dabei entstehen – aufgrund verschiedener Mechanismen – neue Varianten und Subtypen der Erreger mit veränderten Eigenschaften.

So entwickeln sich neue Virusvarianten aufgrund geringer Veränderungen in der Erbinformation, den so genannten Punktmutationen. Als Folge verändern sich die Oberflächenproteine Häm-