

Rechtsreport

Ärztliche Aufklärungsformulare sind wirksam

Ärztliche Aufklärungsformulare unterliegen nur eingeschränkt dem Recht der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB). Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) entschieden.

Das von einem ärztlichen Verband empfohlene Patienteninformationsblatt klärt Patientinnen und Patienten dahingehend auf, dass ab einem Alter von 40 Jahren die Gefahr besteht, dass sich ein Glaukom (sogenannter Grüner Star) entwickelt, ohne dass frühzeitig Symptome auftreten. Weiterhin heißt es dort, dass eine – allerdings von den gesetzlichen Krankenkassen nicht bezahlte – Früherkennungsuntersuchung angeraten wird. Das Formular enthält weiterhin die folgende Passage: „Ich habe die Patienteninformation zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom) gelesen und wurde darüber aufgeklärt, dass trotz des Fehlens typischer Be-

schwerden eine Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten ist.“ Darunter besteht für die Patientin oder den Patienten die Möglichkeit, „Ich wünsche eine Untersuchung zur Früherkennung des Grünen Stars (Glaukom)“ oder „Ich wünsche zurzeit keine Glaukom-Früherkennungsuntersuchung“ anzukreuzen. Das Formular wird anschließend von Patientin/Patient und Ärztin beziehungsweise Arzt unterzeichnet.

Die mit der Unterschrift erfolgte Bestätigung, dass über das Risiko eines symptomlosen Glaukoms aufgeklärt wurde und die Früherkennungsuntersuchung ärztlich geboten sei, ist nach Auffassung einer Verbraucherschutzorganisation eine unzulässige Tatsachenbestätigung nach den AGB. Nach Auffassung des BGH ist dagegen die angegriffene Klausel nicht unwirksam.

Für die ärztliche Aufklärung gelten vielmehr eigenständige Regeln. Für die Frage der Beweislastverteilung kann auch das von der Patientin/dem Patienten unterzeichnete Aufklärungs- oder Einwilligungsformular herangezogen werden. Unerheblich sei dafür, dass es sich um vorformulierte Mitteilungen oder ähnliches handele. Vielmehr habe die Rechtsprechung auf die Vorteile vorformulierter Informationen für Patientinnen und Patienten hingewiesen und diesen selbst dann einen Beweiswert beigemessen, wenn sie nicht unterschrieben sind. In dieses besondere Aufklärungs- und Beweisregime des Rechts des Behandlungsvertrags fügt sich die angegriffene Klausel ein, sodass sie mit der Rechtslage übereinstimmt.

BGH, Urteil vom 2. September 2021, Az.: III ZR 63/20 **RAin Barbara Berner**

GOÄ-Ratgeber

Nummern 1 und 5 GOÄ anstelle der Nummer 45 GOÄ

Ein Patient beschwert sich bei der zuständigen Landesärztekammer über die Honorarforderung eines Arztes, nachdem ihm seine Beihilfestelle dessen Rechnung, erstellt von einer Abrechnungsgesellschaft, in erheblichem Umfang nicht erstattet hat. Diese hatte unter anderem während seines stationären Aufenthaltes die an den meisten Behandlungstagen erfolgte einmalige Visite nicht mit der Nr. 45 GOÄ („*Visite im Krankenhaus*“), sondern jeweils mit den Nrn. 1 („*Beratung, auch mittels Fernsprecher*“) und 5 GOÄ („*Symptombezogene Untersuchung*“) berechnet, wobei die beiden letztgenannten Gebührenpositionen zudem innerhalb eines Monats wiederholt neben Leistungen der Abschnitte C–O der GOÄ angesetzt worden waren.

Im Vorfeld der Einschaltung der Ärztekammer war bereits eine Erörterung des Ansatzes der Nrn. 1 und 5 GOÄ im Hinblick auf die allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts B der GOÄ, Nrn. 1 und 2, erfolgt. Danach sind die Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ neben Leistungen der Abschnitte C–O im Behandlungsfall (*Behandlung derselben Er-*

krankung im Zeitraum eines Monats nach der jeweils ersten Inanspruchnahme des Arztes) nur einmal berechnungsfähig.

Der Patient hatte den Ansatz die Nrn. 1 und 5 GOÄ mit Hinweis auf die vorgenannten Bestimmungen kritisiert. Die Abrechnungsstelle vertrat hierzu die Auffassung, dass deren Berechnung an allen Tagen bei eigenen medizinischen Indikationen möglich sei.

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass eine erneute Berechnungsfähigkeit der Nrn. 1 und/oder 5 GOÄ innerhalb eines Monats im Sinne eines weiteren Behandlungsfalles nach gefestigter Rechtsmeinung nur dann möglich ist, wenn entweder eine neue Erkrankung oder eine gravierende Änderung der aktuell behandelten Erkrankung vorliegt, wie beispielsweise das Auftreten eines Herzinfarktes bei vorbestehender koronarer Herzkrankheit. Diese Sachverhalte trafen im vorliegenden Fall nicht zu, sodass insofern die Rechtsauffassung des Patienten zutreffend war.

Allerdings waren im vorliegenden Fall vorrangig die Anmerkungen zur

Nr. 45 GOÄ in der Verordnung anzuwenden. Demnach sind unter anderem die Leistungen nach den Nrn. 1 und 5 GOÄ nicht anstelle oder neben der Visite im Krankenhaus berechnungsfähig. Falls zu einem anderen Zeitpunkt an demselben Tag andere Leistungen des Abschnitts B erbracht werden, können diese mit Angabe der Uhrzeit für die Visite und die anderen Leistungen aus Abschnitt B berechnet werden.

Die Ausnahmeregelung des letzten Satzes kam im vorliegenden Fall nicht zum Tragen, da keine Visitenleistungen und andere Leistungen des Abschnitts B an den Behandlungstagen erfolgten, sodass die hier hinterfragten Nrn. 1 und 5 GOÄ nicht anstelle der Visite bzw. der Nr. 45 GOÄ berechnet werden konnten.

Der somit zutreffende Ansatz der Nr. 45 GOÄ anstelle der Nrn. 1 und 5 GOÄ an den Visitentagen war im vorliegenden Fall für den Arzt sogar günstiger als der nach Meinung des Patienten, ausgelöst durch die fehlerhafte Rechnungslegung, insgesamt mögliche zweimalige Ansatz der Nrn. 1 und 5 GOÄ für die gesamte Behandlung.