

Andreas Schnitzler

Was kostet das Kranksein?

Ausgabe 2010

Ratgeber für Privatpatienten

Arztrechnungen verstehen und gezielt
kontrollieren

Gegründet von Gerhard Schröder,
fortgeführt von Andreas Schnitzler

**WALHALLA**
FACHVERLAG

Die Bezahlbarkeit der Krankenversorgung – ein Blick zurück und voraus

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Krankheitskosten trotz der verschiedenen Reformen des Gesundheitswesens weiter angestiegen. Es stellt sich die Frage, ob unser System der Krankenversorgung auf Dauer bezahlbar bleiben wird.

Mangelnde Kostenkenntnis

Eine der schwerwiegendsten Ursachen der steigenden Krankheitskosten dürfte das mangelnde Kostenbewusstsein sowie das wachsende Anspruchsdenken vieler Patienten sein. Was Kranksein kostet, bleibt den meisten Bundesbürgern ohnehin verborgen.

Für die Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, der rund 90 Prozent der Bevölkerung angehören, sind die Krankheitskosten mit dem Abzug des Krankenversicherungsbeitrages vom Lohn, Gehalt, der Rente und den rentenähnlichen Einkünften im Wesentlichen abgegolten. Sie brauchen in der Regel finanziell nicht in Vorlage zu treten, weil die meisten Leistungen zu Lasten der Versicherungsträger erbracht werden, die ihrerseits mit den Verrechnungsstellen, Ärzten und Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken usw. abrechnen.

Der Krankenversicherungsbeitrag wird deshalb eher wie eine Steuer, weniger als eine auch vom Eigenverhalten abhängige individuelle Vorsorge empfunden, dies umso mehr, als der Beitrag – jedenfalls bis zur Beitragsbemessungsgrenze – nach der Höhe des Einkommens und nicht nach dem individuellen Risiko erhoben wird. Für diesen „Abzug“ möchte der Versicherte eine möglichst stattliche Gegenleistung haben. Damit wird ein „Teufelskreis“ in Bewegung gesetzt, in dem sich die Kosten und Beiträge gegenseitig hochtreiben. Die viel beklagte „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ ist auf diese Weise vorprogrammiert.

Mangelndes Kostenbewusstsein

Im Gegensatz zu den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen die Privatpatienten nicht nur den Krankenversicherungsbeitrag, sondern auch die Arzt-, Zahnarzt- und Krankenhausrechnungen, Arzneimittel und alle anderen anfallenden Aufwendungen selbst und kennen deshalb die Kosten des Krankseins. Dennoch hielt sich bis zum Erlass der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ),

die zum 1. Januar 1983 in Kraft getreten ist und seitdem mehrfach geändert wurde, auch bei vielen Selbstzahlern das Kostenbewusstsein in Krankheitsfällen in engen Grenzen. Die Arzt- und Zahnarztrechnungen waren für sie ein „Buch mit sieben Siegeln“. Was bei allen anderen Dienstleistungen selbstverständlich ist, nämlich Interesse an der Zusammensetzung und Berechnung der Leistungen sowie eine vernünftige Kostenkontrolle, wurde dem Privatpatienten durch ein veraltetes, undurchsichtiges Gebührensystem sowie unverständliche Arzt- und Zahnarztrechnungen unmöglich gemacht.

Diesem Mangel wurde mit der oben genannten Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte begegnet. In der Tat hat die neue GOÄ, die heute schon wieder als alte bezeichnet werden muss, einen Beitrag zur Schärfung des Kostenbewusstseins der Privatpatienten geleistet. Immer mehr Zahlungspflichtige achten darauf, dass die Ausgaben für das Kranksein und das Gesundheitswesen in einem vertretbaren Rahmen bleiben.

Das wiederum bedingt die Kenntnis vor allem der einschlägigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), für Zahnärzte (GOZ), für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), für Hebammen (HebGebO) und Entbindungspfleger sowie des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV), in denen die Berechnung der Krankenhausleistungen geregelt ist.

Dieses Praxis-Handbuch gibt die entsprechenden Verordnungen sowie das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker und die Gebührenübersicht für die selbstständigen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe wieder und erläutert sie. Damit wird den Privatpatienten das notwendige Rüstzeug an die Hand gegeben, um die Kosten des Krankseins und des Gesundwerdens überprüfen und in einem angemessenen Rahmen halten zu können. Die Privatpatienten sollten diese Chance nutzen und sich künftig mehr, als das bisher im Allgemeinen üblich war, um ihre Arzt-, Zahnarzt-, Heilpraktiker- und Krankenhausrechnungen kümmern.

Mehr Klarheit durch neue Gebührenordnungen

Durch die neuen Gebührenordnungen für Ärzte, für Zahnärzte, für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist der Schutz des Privatpatienten bei der Rechnungslegung der Leistungserbringer wesentlich verbessert worden. Insbesondere müssen die erbrachten Leistungen in der Regel ge-

nau bezeichnet werden. Für jede einzelne Leistung müssen nicht nur der Rechnungsbetrag, sondern auch der sogenannte Steigerungssatz (d. h. der Multiplikator des Einzelsatzes) sowie bei Überschreitung des mittleren Gebührensatzes die Gründe für die Überschreitung angegeben werden. Diese Transparenz der Rechnungen gilt es zu nutzen. Richtig verstanden wird sich das auch positiv auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt, Zahnarzt, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einerseits und Privatpatienten andererseits auswirken.

Damit könnte zugleich ein Anstoß gegeben sein für die Entwicklung eines verstärkten Kostenbewusstseins der Privatpatienten gegenüber Heilpraktikern, Hebammen, Entbindungspflegern und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie bei Krankenhausaufenthalten. Insbesondere das Krankenhausentgeltgesetz und die Bundespflegeverordnung bieten Privatpatienten die Möglichkeit, auf die Höhe der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung Einfluss zu nehmen. So führt der Verzicht auf bestimmte Wahlleistungen, speziell auf die Versorgung durch den Chefarzt, zu einer wesentlichen Reduzierung der Aufwendungen.

Private Krankenversicherungen erstatten die Aufwendungen für Leistungen der Ärzte, Zahnärzte, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Hebammen und Entbindungspfleger, Heilpraktiker und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie für Krankenhausbehandlungen nur im Rahmen der einschlägigen rechtlichen Regelungen und Gebührenverzeichnisse. Es liegt deshalb im eigenen Interesse des Versicherten, auf die Einhaltung der Bestimmungen zu achten und sich so vor Enttäuschungen bei Erstattungen der Krankenversicherung zu schützen.

Wichtig für Beihilfeberechtigte und Versorgungsempfänger

Von besonderer Bedeutung ist die Kenntnis der einschlägigen Gebührenordnungen für beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Berufssoldaten sowie für die Versorgungsempfänger dieses Personenkreises. Nach dem Beihilferecht des Bundes und der Länder sind in der Regel nur die Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen bis zu einem mittleren Gebührensatz, für zahlreiche andere Leistungen nur bis zu bestimmten Höchstbeträgen beihilfefähig. Werden der Mittelsatz bzw. die Höchstbeträge ohne ausreichenden Grund überschritten, gehen die darüber hinausge-

Die Bezahlbarkeit der Krankenversorgung

henden Aufwendungen zu Lasten des Zahlungspflichtigen. Will der Beihilfeberechtigte finanzielle Nachteile vermeiden, muss er selbst darauf achten, dass der beihilfefähige Gebührenrahmen eingehalten wird. Dies wiederum setzt die Kenntnis der einschlägigen Gebührenordnungen sowie des Beihilferechts voraus.

Dieses Fachbuch informiert umfassend und ermöglicht es, sich Klarheit über die Kosten zu verschaffen, die eine geplante Behandlung oder Therapie mit sich bringt. Prüfen Sie stets kritisch Ihre individuellen Bedürfnisse, die möglichen Leistungen sowie die Ansprüche, die Ihnen zustehen.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

I. Wissenswertes zur GOÄ – Erläuterungen

1. Allgemeines

Zum 1. Januar 1983 löste die als Abrechnungsgrundlage für die Vergütung privatärztlicher Leistungen aufgrund § 11 der Bundesärzterordnung mit Zustimmung des Bundesrates erlassene Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) die Gebührenordnung vom 18. März 1965 ab. Seit dieser umfassenden Novellierung war sie nicht mehr grundlegend überarbeitet worden. Inzwischen wurde die GOÄ zwar insgesamt sechsmal geändert; die tragenden Grundsätze des ärztlichen Gebührenrechts und die Bewertungsstrukturen des Gebührenverzeichnisses sind dadurch aber nur in Randbereichen tangiert worden.

Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) wurde lediglich eine Übergangsfrist für die Abgeltung von Sach- und Personalkosten im Krankenhausbereich verlängert. Die zweite Änderung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) betraf – ebenso wie die zuletzt durch Artikel 20 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) vorgenommene Änderung – ausschließlich Regelungen zur Gebührenminderung bei privatärztlichen Leistungen im stationären Bereich.

Auch die Dritte Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 9. Juni 1988 (BGBl. I S. 797) beschränkte sich – neben einer durchschnittlichen Gebührenerhöhung um drei bis vier Prozent durch lineare Anhebung des Punktwerts um zehn Prozent bei gleichzeitiger pauschaler Bewertungsabsenkung bei den Laborleistungen um 20 Prozent – unter Verzicht auf eine schon damals im Grundsatz als notwendig anerkannte umfassendere Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses im Wesentlichen auf eine Reihe zügig umsetzbarer vordringlicher Korrekturen, Klarstellungen und Ergänzungen in wenigen Teilbereichen. So wurde das Gebührenverzeichnis etwa um eine Reihe von Leistungen ergänzt, deren Abrechnung zuvor auf Empfehlung der Bundesärztekammer von den Privatversicherern und den Beihilfestellen in entsprechender Bewertung zu vorhandenen Positionen (sog. Analogabrechnung) allgemein anerkannt worden war. Auch Abschnitt L IX. des Gebührenverzeichnisses (Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) wurde neu gefasst.

Erläuterungen

Ab dem 1. Januar 1996 gilt die GOÄ in der Fassung der „Vierten Änderungsverordnung zur Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte“ vom 18. Dezember 1995 (BGBl. S. 1861). Mit dieser Änderungsverordnung wurden sowohl Änderungen des Paragrafenteils als auch im Gebührenverzeichnis vorgenommen. Eine umfassende Novellierung der GOÄ war bereits in der Amtlichen Begründung der Bundesregierung zur Dritten Verordnung zur Änderung der GOÄ – Inkrafttreten am 1. Juli 1988 – angekündigt worden. Die Beratungen, insbesondere die politischen Abstimmungen auf Bund- und Länderebene, haben somit sieben Jahre beansprucht.

Die Ziele dieser Novellierung:

- Aktualisierung und Anpassung der folgenden Abschnitte an den Stand der Wissenschaft und Technik
 - B Grundleistungen und allgemeine Leistungen
 - C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
 - M Laboratoriumsuntersuchungen
 - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlendiagnostik
- Aufnahme von Analogpositionen
- Höherbewertung der ärztlichen Grundleistungen
- Förderung des ambulanten Operierens
- Angleichung an die wirtschaftliche Entwicklung durch Anhebung des Punktwertes

Die fünfte Änderung erfolgte durch Artikel 17 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 29. Dezember 2000. Es wurde ein neuer § 5b in die GOÄ eingefügt, der am 1. Juli 2000 in Kraft getreten ist. Damit wurde für die Versicherten des Standardtarifs der privaten Krankenversicherung eine Besondere Gebührenstruktur (siehe S. 31 f.) eingeführt.

Die Neuerungen werden in den nachfolgenden Darstellungen berücksichtigt.

Mit der sechsten Änderung – Artikel 17 des Gesetzes über den Beruf der Podologin und des Podologen und zur Änderung anderer Gesetze vom 4. Dezember 2001 – erfolgte die Währungsumstellung auf den Euro zum 1. Januar 2002. Der Punktwert wurde von bisher 11,4 Pfennige mit einer Genauigkeit von fünf Nachkommastellen auf

5,82873 Cent festgelegt. Damit wurde eine möglichst wertgenaue Umstellung der Gebührenbemessung erreicht. Die Änderung der DM-Beträge im Paragrafenteil der GOÄ steht noch aus. Deshalb sind im Text der amtlichen Gebührenordnung noch DM-Beträge enthalten, die aber auch centgenau umgerechnet als Eurobeträge dargestellt werden.

2. Behandlungsvertrag

Dem Anspruch des Arztes auf eine Vergütung liegt in der Regel ein Dienstvertrag (§ 611 ff. BGB) oder ein Werkvertrag (§ 631 BGB) zugrunde. Mit dem Dienstvertrag wird der Arzt verpflichtet, bestimmte Dienste zu leisten. Beim Werkvertrag hat der Arzt einen bestimmten Erfolg herbeizuführen.

Der Vertrag zwischen Arzt und Privatpatient bedarf keiner besonderen Form. Im Allgemeinen wird der Vertrag stillschweigend geschlossen, wenn der Patient den Arzt aufsucht und der Arzt mit der Behandlung beginnt. Dem Vergütungsanspruch des Arztes kann auch eine Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677, 683 BGB) zugrunde liegen, zum Beispiel bei der Behandlung eines Bewusstlosen.

Art und Umfang der Behandlung ergeben sich in der Regel aus den Besonderheiten des Einzelfalles. Der Vertrag kann die Behandlung einer Krankheit (einschließlich Diagnose und Therapie), aber auch nur die Stellung der Diagnose und (oder) die Erstattung eines Gutachtens beinhalten. Der Arzt ist zu einer sachgemäßen Behandlung unter Wahrung der erforderlichen Sorgfalt und unter Ausnutzung aller Erkenntnismöglichkeiten verpflichtet. Eine Vernachlässigung der Sorgfaltspflicht (z. B. Unterlassung einer notwendigen Röntgenuntersuchung mit nachteiligen Folgen für den Patienten) kann einen Anspruch des Patienten auf Schadenersatz und (oder) Schmerzensgeld zur Folge haben.

Andererseits hat der Patient keinen Anspruch auf eine erfolgreiche Diagnose. Der Arzt hat aber die Pflicht, den Patienten in verständlicher Form über seine Krankheit, die Behandlungsmöglichkeiten sowie das Für und Wider der Therapie aufzuklären und zu beraten, und zwar umso umfassender und detaillierter, je:

- aufwendiger die ärztliche Versorgung ist
- höher die finanzielle Belastung ist

Erläuterungen

- weitreichender die mögliche Schädigung ist
- weniger notwendig und dringlich die Behandlung ist

Die Aufklärungspflicht kann eingeschränkt oder entbehrlich sein, wenn der Patient ohne hinreichende Einsichtsfähigkeit ist oder wenn durch die Aufklärung sein Leben oder seine körperliche und seelische Gesundheit gefährdet werden könnte. Entbehrlich ist die Aufklärung auch dann, wenn der Patient bereits aufgeklärt ist oder auf die Aufklärung verzichtet. Der Patient hat das Recht, die vom Arzt geführten Krankenunterlagen einzusehen und davon Kopien zu verlangen. Subjektive Wertungen des Arztes sind vom Einsichtsrecht ausgenommen. Das Gleiche gilt für psychiatrische Krankenakten.

Vergütungen nach der GOÄ stehen dem Arzt gem. § 4 Abs. 2 nur für selbstständige ärztliche Leistungen zu, die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden (eigene Leistungen). Als eigene Leistungen gelten auch von ihm berechnete Laborleistungen des Abschnitts M des Gebührenverzeichnisses (Basislabor), die nach fachlicher Weisung unter der Aufsicht eines anderen Arztes in Laborgemeinschaften, labormedizinischen Praxen oder in Krankenhauslabors, die von Ärzten ohne eigene Liquidationsberechtigung geleitet sind, erbracht werden.

Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen vollstationären, teilstationären, vor- oder nachstationären Krankenhausbehandlung gelten nicht:

- Leistungen nach den Nummern 1 bis 62 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung
- Visiten nach den Nummern 45 und 46 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der Behandlung
- Leistungen nach den Nummern 56, 200, 250, 250a, 252, 271 und 272 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der Behandlung

Diese Einschränkungen treffen zu, sofern die Leistungen nicht durch den Wahlarzt oder dessen vor Abschluss des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden; der ständige ärztliche Vertreter muss Facharzt desselben Gebiets sein. Nicht persönlich durch den Wahlarzt oder dessen ständige Vertreter erbrachte Leistungen nach Abschnitt E des Gebührenverzeichnisses gelten nur dann als eigene wahlärztliche

Leistungen, wenn der Wahlarzt oder dessen ständiger Vertreter durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ oder durch die Gebietsbezeichnung „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Maßnahmen“ qualifiziert ist und die Leistungen nach fachlicher Weisung unter dessen Aufsicht erbracht werden.

Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt keine Gebühr berechnen, wenn er die andere Leistung in Rechnung stellt (§ 4 Abs. 2a). Dies gilt auch für die operativen Einzelschritte, die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendig sind. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder Arztteams sind nicht berechnungsfähig.

Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Versorgung hinausgehen (z. B. Leistungen, die ausschließlich aus ästhetischen Gründen veranlasst sind), darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2).

Dem Arzt stehen für seine Leistungen die im Gebührenverzeichnis aufgeführten Vergütungen zu. Zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem kann unter bestimmten Voraussetzungen eine von der GOÄ abweichende Höhe der Vergütung (Abdingung) vereinbart werden (§ 2 Abs. 1). Die übrigen Vorschriften der GOÄ sind unabdingbar. (Näheres über Gebührenvereinbarungen (siehe nachf. Abschnitt 7).

Der Arzt darf Gebühren nur für selbstständige ärztliche Leistungen berechnen (§ 4 Abs. 2 Satz 1). Für eine Leistung, die Bestandteil einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet (§ 4 Abs. 2a Satz 1). Damit soll die Berechnung solcher Leistungen ausgeschlossen werden, die sich als Bestandteil einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen umfassenderen Leistungsposition darstellen.

In der GOÄ nicht enthaltene ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen GOÄ-Leistung berechnet werden (siehe 5. Abschnitt „Analoge Bewertung“).

Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen zahnärztliche Leistungen, die im Gebührenverzeichnis der GOZ enthalten sind, so finden für diese Leistungen die Bestimmungen der GOZ Anwendung. Der jeweilige Arzt hat seine Liquidation nach der GOZ zu erstellen.

Mit den Gebühren sind die Praxiskosten (einschließlich der Kosten für den Sprechstundenbedarf) sowie die Kosten für die Anwendung von Instrumenten und Apparaten abgegolten. Neben den ärztlichen Gebühren können deshalb nur die in den §§ 7 bis 10 aufgeführten Entschädigungen und Auslagen gesondert berechnet werden (§ 4 Abs. 3). Sollen Leistungen durch Dritte (z. B. von einem zur Mitbehandlung herangezogenen Arzt, einem Masseur oder einem Krankengymnasten) erbracht werden, die ihre Leistungen dem Zahlungspflichtigen selbst in Rechnung stellen, hat der Arzt gegenüber dem Zahlungspflichtigen eine Unterrichtungspflicht (§ 4 Abs. 5).

3. Gebührenstruktur

Die GOÄ gilt für die Vergütung ärztlicher Leistungen, die für Privatpatienten oder Selbstzahler erbracht werden. Das beigegebene Gebührenverzeichnis ist Bestandteil der GOÄ. Es enthält:

- rund 3000 Gebührenpositionen mit den zugehörigen Vergütungssätzen
- zu einzelnen Positionen Abrechnungsbestimmungen, die bei der Bemessung der Gebühren und der Anwendung des Leistungsverzeichnisses zu berücksichtigen sind

Zu jeder Position gehört eine Punktzahl, wobei jeder Punkt einer Vergütung von 5,82873 Cent entspricht. Eine Punktzahl von 80 ergibt zum Beispiel eine Vergütung von 4,66 Euro.

Kernstück der GOÄ ist ein Bemessungssystem, nach dem sich der Vergütungsanspruch des Arztes ergibt – mit Ausnahme weniger Zuschläge, die zusätzlich zu den erbrachten Leistungen berechnet werden können. Dazu wird der Gebührensatz mit einem Faktor, der sich innerhalb eines vorgeschriebenen Gebührenrahmens bewegen muss, vervielfältigt. Die GOÄ legt folgende Gebührenrahmen fest:

- für persönliche ärztliche Leistungen vom 1- bis 3,5-Fachen (§ 5 Abs. 1) des Gebührensatzes
- für wahlärztliche Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen ständigem Vertreter erbracht werden, vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 5) des Gebührensatzes

- für Leistungen bei einem unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruch einer Schwangerschaft vom 1- bis zum 1,8-Fachen (§ 5a) des Gebührensatzes
- für Leistungen nach den Abschnitten
 - A Gebühren in besonderen Fällen
 - E Physikalisch-medizinische Leistungen
 - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
 vom 1- bis 2,5-Fachen (§ 5 Abs. 3) des Gebührensatzes
- für die Leistungen nach Nummer 437 sowie für die in Abschnitt M genannten Leistungen vom 1- bis 1,3-Fachen (§ 5 Abs. 4) des Gebührensatzes

Dabei können auch Zwischenwerte berechnet werden; der vollen Ausschöpfung der Gebührenspannen sind bestimmte Grenzen gesetzt. Für Behandlungen von Versicherten des Standardtarifs oder des Basistarifs der privaten Krankenversicherung gelten besondere Gebührenstrukturen (siehe nachfolgend 4. und 5. Abschnitt).

Als Bemessungskriterien für den Steigerungssatz werden in § 5 Abs. 2 genannt:

- die Schwierigkeiten der Leistung
- der für die Leistung erforderliche Zeitaufwand
- die Umstände bei der Ausführung

Diese Aufzählung ist abschließend, sodass weitere Kriterien nicht berücksichtigt werden dürfen. Im Gegensatz zur früheren (bis 31. Dezember 1982 geltenden) GOÄ gibt es nicht mehr das Bemessungskriterium „Vermögens- und Einkommensverhältnisse des Zahlungspflichtigen“, das – abgesehen von der Fragwürdigkeit eines solchen Maßstabes – mit dem Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung nicht vereinbar ist. Soweit der Arzt bei einkommensstarken oder -schwachen Patienten dennoch die Vermögens- und Einkommensverhältnisse berücksichtigen möchte, besteht die Möglichkeit einer Sondervereinbarung („Abdingung“) nach § 2 (siehe 7. Abschnitt „Gebührenvereinbarung“).

Innerhalb des jeweiligen Gebührenrahmens sind die Gebühren nach billigem Ermessen zu bestimmen (§ 5 Abs. 2 Satz 1). Die Anwendung der Bemessungskriterien erfordert eine individuelle Beurteilung der

einzelnen Leistung. Eine schematische Betrachtungsweise, bei der die Höhe des Steigerungssatzes ohne Rücksicht auf die besonderen Umstände bei der Erbringung der Einzelleistungen einheitlich für sämtliche Leistungen oder sogar für sämtliche Praxisleistungen festgesetzt wird, wäre mit der geforderten Ermessungsausübung nicht zu vereinbaren. Bei der Gebührenbemessung für die einzelne Leistung kann auch die Komplexität des Krankheitsfalles berücksichtigt werden, soweit diese sich in der Schwierigkeit der einzelnen Leistungen niederschlägt. Das kann z. B. bei einer zeitraubenden Untersuchung oder Behandlung eines behinderten Menschen der Fall sein. Kriterien, die bereits in einer Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses berücksichtigt sind, bleiben bei der Anwendung der Bemessungskriterien außer Betracht und sollen nicht doppelt in Ansatz gebracht werden.

Für Leistungen mit mittlerer Schwierigkeit und durchschnittlichem Zeitaufwand gibt es eine dem mittleren Gebührensatz entsprechende Gebührenspanne:

- für die persönlichen ärztlichen Leistungen vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 2) des Gebührensatzes
- für wahlärztliche Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von dessen ständigem Vertreter erbracht werden, vom 1- bis zum 2,3-Fachen (§ 5 Abs. 5) des Gebührensatzes
- für Leistungen nach den Abschnitten
 - A Gebühren in besonderen Fällen
 - E Physikalisch-medizinische Leistungen
 - O Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie

vom 1- bis 1,8-Fachen (§ 5 Abs. 3) des Gebührensatzes

- für die Leistung nach Nummer 437 sowie für die in Abschnitt M genannten Leistungen vom 1- bis 1,15-Fachen (§ 5 Abs. 4) des Gebührensatzes

Was genau der Gesetzgeber mit der Formulierung „in der Regel darf eine Gebühr nur ...“ meint, war in der Vergangenheit strittig. Die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfeträger legten die Bestimmung so aus, dass der 2,3-fache Satz der „Regelhöchstwert“ für ärztliche Leistungen sei, der Arzt seine Leistungen üblicherweise zwischen dem einfachen und 1,8-Fachen des Satzes zu berechnen habe. Nur in schwerwiegenden Fällen dürfe der „Mittelwert“ des

1,8-Fachen überschritten werden, die durchschnittlich schwierige ärztliche Leistung sie zum 1,8-fachen Satz abzurechnen. Die Bundesärztekammer (BÄK) hingegen war der Ansicht, dass es bei der letzten Gesamtreform der GOÄ 1982 ausdrücklicher Wille des Gesetzgebers gewesen sei, den Schwellenwert zum Richtwert zu machen, um den Fall des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrads und Zeitaufwands, kurz den Normalfall, abzugelten.

Diese Streitfrage hatte der Bundesgerichtshof (BGH – Az.: III ZR 54/07 vom 8. November 2007) zu entscheiden. Strittig war, ob die Leistungen eines Augenarztes, die durchschnittlich schwierig und zeitaufwendig waren, mit dem Höchstsatz der Regelspanne (Regelhöchstwert/Schwellenwert) abgerechnet werden dürfen. Der III. Zivilsenat des BGH entschied, dass der Arzt das ihm vom Verordnungsgeber (VOG) eingeräumte Ermessen nicht verletze, wenn er nach Schwierigkeit und Zeitaufwand durchschnittliche ärztliche Leistungen, also die große Mehrzahl der Behandlungsfälle, mit dem Höchstsatz der Regelspanne abrechne. Dem VOG sei die[se] Abrechnungspraxis bekannt, er habe aber davon abgesehen, den Bereich der Regelspanne deutlicher abzugrenzen und vom Arzt bis zum Höchstsatz der Regelspanne eine Begründung zu verlangen. Ohne diese Begründungspflicht sei es nicht praktikabel und offenbar nicht gewollt, den für eine durchschnittliche Leistung angemessenen Faktor zu ermitteln oder anderweitig festzulegen. Der VOG habe auch keinen Mittelwert für durchschnittliche Leistungen innerhalb der Regelspanne vorgesehen. Hiervon bleibe unberührt, dass der Arzt nicht alle seine Leistungen mit dem Höchstsatz der Regelspanne berechnen dürfe, sondern sich bei einfachen ärztlichen Verrichtungen im unteren Bereich der Regelspanne bewegen müsse. Mit dieser Entscheidung wurde die Abrechnungspraxis der Ärzteschaft bestätigt.

Die Überschreitung der Regelspanne des Mittelsatzes ist nur zulässig, wenn die Besonderheiten der Bemessungskriterien sich im Einzelfall von den üblichen Umständen unterscheiden und ihnen nicht bereits in der Leistungsbeschreibung des Gebührenverzeichnisses Rechnung getragen wurde (§ 5 Abs. 2 Satz 4 2. Halbsatz). Auch dann ist aber nur eine abgestufte Überschreitung der Regelspanne, nicht aber die generelle Anwendung des 3,5-fachen Gebührensatzes gerechtfertigt. Die Anwendung eines höheren Gebührensatzes allein aus Gründen der Facharztqualifikation oder anderer Qualifikationen (z. B. als Chefarzt) ist nicht zulässig, da die Bemessungskriterien – von dem Kriterium „örtliche Verhältnisse“ abgesehen – sämtlich leistungsbe-

zogen sind. Übersteigt die in Rechnung gestellte Gebühr den Schwellenwert, ist der höhere Steigerungssatz unter Angabe des konkreten Grundes für den Zahlungspflichtigen verständlich zu begründen (§ 12 Abs. 3 Satz 1), zum Beispiel mit besonderen Schwierigkeiten oder außergewöhnlichem Zeitaufwand oder der von der Norm abweichenden Art und Weise der einzelnen Leistung. In der Regel sind stichwortartige Kurzbegründungen ausreichend, nicht aber abstrakte Standardbegründungen (z. B. „hohes Alter“, „schwieriger Behandlungsfall“, „besonderes Risiko für den Patienten“). Leistungen außerhalb der üblichen Präsenz des Arztes im Krankenhaus (z. B. bei Nacht oder an Sonn- und Feiertagen) rechtfertigen allein nicht ein Überschreiten der Schwellenwerte. Im Allgemeinen werden schlüssige, den Vorschriften der GOÄ entsprechende Begründungen für Gebührensteigerungen von den Erstattungsstellen anerkannt.

Das nach Maßgabe der Bemessungskriterien berechnete, zu Recht beanspruchte und vorschriftsmäßig begründete Arzthonorar ist bis zu den GOÄ-Höchstsätzen bei den Krankenversicherungen (und den Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) in der Regel berücksichtigungs- bzw. erstattungsfähig. Der Versicherte (bzw. der Beihilfeberechtigte) kann sich einer solchen über der Erstattungsspanne liegenden Vergütung nicht entziehen. Der Erstattung durch die Krankenversicherung (bzw. der Beihilfe im öffentlichen Dienst) kann deshalb auch nicht nur die Regelgebühr zugrunde gelegt werden.

Bei stationären, teilstationären, vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die GOÄ-Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge – mit Ausnahme des Zuschlags nach Buchstabe J in Abschnitt B V des Gebührenverzeichnisses – von den Krankenhausärzten um 25 Prozent und von Belegärzten und sonstigen niedergelassenen Ärzten um 15 Prozent zu mindern (§ 6a Abs. 1). Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ein Teil der in den Arztgebühren wie auch in den Pflegesätzen des Krankenhauses enthaltenen Kosten nicht dem Arzt, sondern dem Krankenhaus entstehen. Der Minderungsbetrag kann durch Vereinbarung nicht ausgeschlossen werden und ist in der Rechnung auszuweisen. Bei Überschreitung der Regelspanne ist für die Begründungspflicht der Gebührensatz vor Abzug des 25- bzw. 15-prozentigen Minderungsbetrages maßgebend und nicht etwa ein aus dem geminderten Honorar errechneter Steigerungssatz.

Die Minderungspflicht nach § 6a Abs. 1 GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche stationäre, teilstationäre

und vor- wie nachstationäre privatärztliche Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären, teilstationären oder vor- und nachstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt, gilt dies z. B. für:

- wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z. B. in privaten Krankenanstalten)
- konsiliarärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung

Der unter anderem für das Dienstvertragsrecht zuständige III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat mit Urteil vom 13. Juni 2002 (III ZR 186/01) entschieden, dass auch Leistungen externer Ärzte, die auf Veranlassung eines Krankenhausarztes in Zusammenhang mit der Behandlung eines stationär aufgenommenen Patienten erbracht werden, der Minderungspflicht des § 6a GOÄ unterliegen. Als entscheidend wurde angesehen, dass es sich auch bei solchen Leistungen aus der Sicht des stationär aufgenommenen Patienten und aus dem Blickwinkel der Bundespflegesatzverordnung, die für die Vergütung vollstationärer und teilstationärer Leistungen der Krankenhäuser maßgebend ist, um (stationäre) Krankenhausleistungen handelt. Dass der in seiner eigenen Praxis tätige Arzt oder der Arzt eines anderen Krankenhauses nicht zu einer Gebührenminderung verpflichtet sein könnte, weil er weder Einrichtungen, Leistungen noch Dienste des Krankenhauses in Anspruch nehme, in dem sich der Patient befindet, wurde keine entscheidende Bedeutung beigemessen. Wie bereits in seinem Urteil vom 17. September 1998 (III ZR 222/97) führte der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs aus, § 6a GOÄ diene dem Ausgleich der finanziellen Benachteiligung von Patienten mit stationärer privatärztlicher Behandlung. Diese Benachteiligung ergebe sich daraus, dass die Vergütung privatärztlicher Leistungen neben dem Entgelt für die ärztliche Tätigkeit auch eine Abgeltung von weiteren Sach- und Personalkosten der ärztlichen Praxis enthalte, obwohl mit dem Pflegesatz für das Krankenhaus diese Kosten eigentlich abgegolten würden. Dem trage § 6a GOÄ durch die Pflicht

zur Gebührenminderung in einer pauschalierenden Art und Weise Rechnung, ohne danach zu fragen, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten für die Leistungen im Einzelfall entstünden. Auch wenn bei den hier in Rede stehenden Leistungen externer Ärzte Einrichtungen des Krankenhauses nicht in Anspruch genommen würden, ergebe sich eine die Anwendung des § 6a GOÄ rechtfertigende Mehrbelastung von Privatpatienten daraus, dass für sie derselbe Pflugesatz für ihren Krankenhausaufenthalt berechnet werde wie für sozialversicherte Patienten, bei denen mit dem Pflugesatz zugleich die von externen Ärzten erbrachten Leistungen abgegolten seien. Die gegen die Entscheidung des BGH erhobene Verfassungsbeschwerde hat das Bundesverfassungsgericht mit dem Nichtannahmebeschluss vom 19. März 2004 (1 BvR 1319/02) erledigt. Das Gericht hat festgestellt, dass mit der Verfassungsbeschwerde keine Fragen von grundsätzlicher verfassungsrechtlicher Bedeutung aufgeworfen würden.

Die Minderungspflicht kann auch nicht durch eine Gebührenvereinbarung (siehe nachst. 7. Abschnitt) ausgeschlossen werden. Eine solche Vereinbarung kann nicht wirksam getroffen werden, da sie gegen die Bestimmungen der GOÄ verstößt. Auch wenn ein Patient eine Gebührenvereinbarung mit entsprechendem Inhalt unterzeichnet hat, ist eine solche Abdingung nicht wirksam zustande gekommen. Selbst eine entsprechende Zahlung an den Arzt kann zurückgefordert werden, es sei denn, ein juristisch versierter Patient hat gezahlt, obwohl er wusste, dass er nicht zur Zahlung verpflichtet war (§ 814 BGB „positive Kenntnis“). Die Krankenversicherungen (und die Beihilfefestsetzungsstellen des öffentlichen Dienstes) berücksichtigen bei ihren Erstattungen nur rechtlich begründete Forderungen. Der Zahlungspflichtige erfährt deshalb spätestens nach Stellung seines Erstattungs- bzw. Beihilfeantrages die Rechtslage. Er kann sich dann an seinen Arzt wenden und um Berichtigung der Rechnung bzw. Rückerstattung des zu viel gezahlten Betrages bitten.

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung die Leistungen eines liquidationsberechtigten Arztes (z. B. des Chefarztes) als Wahlleistung in Anspruch genommen, rechnen alle behandelnden Ärzte gesondert nach der GOÄ ab. Es entsteht eine Liquidationskette (Wahlarztkette) aller in Anspruch genommenen Ärzte, wodurch sich die Kosten einer Krankenhausbehandlung erheblich erhöhen. Der 25- bzw. 15-prozentige Minderungsbetrag bei den GOÄ-Gebühren wiegt die Mehrkosten in aller Regel nicht auf.