

Update GOÄ

Aktuelle Rechtsprechung und Perspektiven zur Privatliquidation

Rechtsprechung

BGH: Auch Krankenhausträger dürfen Wahlleistungen abrechnen.....	1
„Gewünschte Vertretung“ bei Wahlleistungen – zeigt aktuelles BGH-Urteil nun die Rote Karte?.....	3
GOÄ: Potenziale und Grenzen innovativer Analogabrechnung.....	5

Perspektiven

So rechnen Sie Wahlleistungen bei Hybrid-DRG ab	7
Beratungsleistungen in der neuen GOÄ – ein erster Überblick.....	8
Welche Folgen hat die GOÄ-E für die Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen von Hybrid-DRG?.....	11
GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter	13
Der Paragrafenteil der vorgeschlagenen Neufassung der GOÄ – ein Desaster für die Ärzte!.....	21

Wahlleistungsvereinbarung



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

was die GOÄ als Grundlage der privatärztlichen Abrechnung (auch im Krankenhaus) angeht, ist zurzeit viel in Bewegung: Im Frühjahr 2025 hat der Bundesgerichtshof (BGH) als höchstes deutsches Zivilgericht zwei Urteile zu Wahlleistungs- bzw. Vertretungsvereinbarungen gefällt – mit weitreichenden Folgen für Krankenhausträger und privat liquidierende Krankenhausärzte. Zuvor hatten sich der Verband der privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) auf eine gemeinsame Rechtsauffassung zur Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen der sogenannten Hybrid-DRG nach § 115f Sozialgesetzbuch (SGB) V geeinigt. Schließlich und endlich hat der 129. Deutsche Ärztetag im Frühsommer 2025 einem neuen Entwurf der GOÄ zugestimmt. Bis dieser in Kraft tritt, ist noch unklar. Vorsichtige Schätzungen gehen vom Jahr 2030 aus. Und doch sollten Sie die geplanten Änderungen kennen.

Auch Chefärzte ohne originäres Liquidationsrecht kommen am Thema GOÄ nicht vorbei: Sie werden mithin für den wirtschaftlichen Erfolg ihrer Abteilung verantwortlich gemacht und profitieren oft von einer Beteiligungsvergütung, gemessen am Umsatz aus Wahlleistungen. Die vorliegende Sonderausgabe analysiert die aktuellen Entwicklungen, zeigt deren Folgen für Ihre tägliche Arbeit als Chefarzt auf und gibt insbesondere Antwort auf diese Fragen:

- Wie beeinflussen die aktuellen BGH-Urteile die praktische Auslegung und Anwendung der GOÄ?
- Wer darf als Vertragspartei einer Wahlleistungsvereinbarung auftreten?
- Welche Ärzte dürfen Wahlleistungen erbringen?
- Was ändert sich bei der Gestaltung der Vertretervereinbarung?
- Wie setzen Krankenhäuser bzw. Chefärztinnen und Chefärzte die BGH-Rechtsprechung bei der Gestaltung ihrer Wahlleistungsvereinbarungen um?
- Welche Folgen hat der Entwurf der neuen GOÄ (GOÄ-E) für die Abrechnung von Wahlleistungen im Krankenhaus?

Fundierte Fachbeiträge mit Musterformulierungen und Handlungsempfehlungen veranschaulichen die jeweiligen Antworten. Die Autoren dieser CB-Sonderausgabe haben allesamt langjährige Erfahrung in der medizinischen und vergütungsrechtlichen Beratung von Chefärztinnen und Chefärzten. Unser Fokus liegt darauf, praxisrelevante Informationen klar und verständlich zu vermitteln – stets mit dem Ziel, Sie optimal auf die Zukunft vorzubereiten.

Ich wünsche Ihnen viel Nutzen aus der Lektüre!

Stefan Lemberg M. A. | Redakteur

P. S.: Wenn Sie Fragen und/oder Anregungen zur Berichterstattung haben oder Kritik üben wollen, freue ich mich auf Ihre Mail unter cb@iww.de.

WAHLLLEISTUNGEN

BGH: Auch Krankenhausträger dürfen Wahlleistungen abrechnen

von RA, FA MedR Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University),
Möller und Partner, Düsseldorf, moellerpartner.de

I Zur separaten Berechnung von Wahlleistungen ist es nicht notwendig, dass die erbringenden Ärzte ein originäres Liquidationsrecht haben (Bundesgerichtshof [BGH], Urteil vom 13.03.2025, Az. III ZR 426/23). Mit dieser Entscheidung hat der BGH eine streitige Rechtsfrage geklärt und eine seit Längerem laufende Diskussion beendet (vgl. CB 12/2024, Seite 4 ff.). I

Hintergrund war eine relativ geringe Vergütungsforderung

Streitig war eine relativ geringe Vergütungsforderung aus Wahlleistungen. Das Amtsgericht Bremen (Urteil vom 21.12.2021, Az. 6 C 32/19) und das Landgericht (LG) Bremen (Urteil vom 18.10.2023, Az. 1 S 27/22) hatten der Zahlungsklage des Krankenhauses stattgegeben. Der BGH hat das Urteil des LG zwar aufgehoben, weil aus seiner Sicht noch nicht hinreichend ermittelt worden sei, ob der Patient vor Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung wirksam aufgeklärt wurde. Im Hauptteil des Urteils beschäftigt sich der BGH jedoch mit der Frage, ob Wahlleistungen nur berechnet werden können, wenn auch dem einzelnen Arzt ein Liquidationsrecht zugestanden werde oder ob der Krankenhausträger dieses Recht selbst behalten könne. Urteil der Richter: Er kann.

KHEntgG sieht auch die Abrechnung von Wahlleistungen vor

Im Rahmen der Vertragsfreiheit seien zwei Vertragsgestaltungen möglich – entweder ein separater Arztzusatzvertrag mit dem jeweiligen Wahlarzt neben dem totalen Krankenhausvertrag oder ein totaler Krankenhausvertrag, der auch die Wahlleistungen umfasse. In diesem Fall sei der Krankenhausträger in der Verantwortung für die Wahlleistungen und dürfe diese dann auch eigenständig dem Patienten berechnen. Dies sei weder vom Sinn und Zweck noch vom Wortlaut des § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ausgeschlossen. Im Gegenteil: § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntgG sehe ausdrücklich vor, dass die Krankenhausleistung sowohl allgemeine Krankenhausleistung als auch die Wahlleistung umfassten. Diese Leistungen könnten dann auch vom Krankenhausträger berechnet werden. Es wäre unnötige Förmerei, wenn gefordert werde, dass zunächst der Krankenhausträger das Wahlleistungsrecht an den Chefarzt übertragen müsse und dann aber wiederum das Wahlleistungsrecht nur vom Krankenhaus ausgeübt werde. Die seit vielen Jahren übliche Praxis (entsprechend dem Mustervertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft [DKG, kostenpflichtig online unter www.de/s12786]) ist damit gerechtfertigt worden.

Wahlärzte müssen keine Leitungsfunktion innehaben

In der Entscheidung versteckt hat der BGH auch betont, dass wahlärztliche Leistungen einen besonderen Charakter haben müssten. Im Rahmen der



ARCHIV

Hier mobil
im CB 12/2024
weiterlesen



Sache zurückverwiesen, um Wirksamkeit der Aufklärung festzustellen

BGH bestätigt von der DKG empfohlene seit Jahren übliche Praxis



IHR PLUS IM NETZ

DKG-Muster
kostenpflichtig
bestellen



Krankenhaus muss
besondere Qualifikation des Arztes ggf.
nachweisen

Voraussetzung ist
u. a. transparente
Aufteilung der
Tätigkeitsbereiche

SIEHE AUCH
Beitrag auf der
folgenden Seite



Prüfen Sie vor allem
die Vertretungs-
regelung!

Patient ist mündlich
darüber aufzuklären,
welche Leistung er
sich „hinzukauf“

Krankenhausbehandlung werde ohnehin eine Behandlung entsprechend dem Facharztstandard geschuldet. Jede wahlärztliche Leistung, die der Patient gesondert bezahle, müsse daher eine Leistung sein, die sich vom normalen Facharztstandard abhebe. Dies setze nicht zwingend voraus, dass der entsprechende Arzt auch eine Leitungsfunktion inne habe – auch wenn die Leitungsfunktion meist darauf hindeute, dass der Arzt über eine besondere Qualifikation verfüge. Es könne auch sein, dass ein Wahlarzt auf andere Weise besonders qualifiziert sei, ohne dann jedoch eine Leitungsaufgabe zu übernehmen. Ggf. müssten die besonderen Fähigkeiten im Streitfall vom Krankenhaus nachgewiesen werden.

Die Anzahl der Wahlärzte ist nicht begrenzt

Im vorliegenden Fall hatte der Krankenhausträger seine Einrichtung so aufgeteilt, dass 24 Ärzte in der Wahlleistungsvereinbarung aufgeführt wurden. Dies sah der BGH nicht als problematisch an, solange zum einen sichergestellt sei, dass die Wahlärzte über eine besondere Qualifikation über den Facharztstandard hinaus verfügten und zum anderen, dass die Tätigkeitsbereiche hinreichend klar aufeinander abgegrenzt seien. Hier hatte der Patient auch eingewandt, dass es für ihn kaum absehbar sei, in welchen Bereichen er denn später behandelt werden müsse, sodass er auch nicht wissen könne, welche Wahlärzte bei ihm eingesetzt werden könnten. Dies sei, so der BGH, aber der Natur der Behandlung und der Unvorhersehbarkeit der Abläufe geschuldet.

Gebilligt hat der BGH in dieser Entscheidung auch, dass ein Wahlarzt von mehreren ständigen Vertretern unterstützt wird – wenn die Tätigkeitsbereiche der Vertreter ebenfalls hinreichend abgegrenzt sind. Die Frage, wann ein Vertreter tätig werden könne, ergebe sich vorrangig aus § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ.

MERKE | Die Wahlleistungsvereinbarung dürfte, soweit erkennbar, den üblichen Mustern der DKG entsprochen haben. Die dort verwendeten Klauseln, z. B. auch zur Frage der Berechnung von Wahlleistungen, hielt der BGH für gesetzeskonform bzw. einer Inhaltskontrolle nach AGB-Recht entzogen.

Fazit: Überprüfen Sie Ihre Wahlleistungsvereinbarungen!

Das vorliegende BGH-Urteil sollte – ebenso wie die Parallelentscheidung des BGH vom selben Tage (Az. III ZR 40/24) – dazu führen, dass jedes Krankenhaus die Wahlleistungsvereinbarungen, die bei ihm verwendet werden, kritisch überprüft. Unter Umständen könnten zur Klarheit gewisse Ergänzungen notwendig sein. Vor allem ist Wert darauf zu legen, die Vertretungsregelung in der Wahlleistungsvereinbarung genauestens zu überprüfen.

PRAXISTIPP | Weisen Sie die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch einmal darauf hin, dass der wirksame Abschluss einer Wahlleistungsvereinbarung nicht nur voraussetzt, dass der Patient das Formular unterschreibt. Vielmehr ist er vorher entsprechend mündlich aufzuklären und darüber zu informieren, welche Leistungen er sich mit der Wahlleistungsvereinbarung gesondert „hinzukauf“. Diese Aufklärung des Patienten sollte in der Akte vermerkt werden, ggf. auch auf der Wahlleistungsvereinbarung mit einem entsprechenden Hinweis.

VERTRETERVEREINBARUNG

„Gewünschte Vertretung“ bei Wahlleistungen – zeigt aktuelles BGH-Urteil nun die Rote Karte?

von RA, FA für ArbR und MedR Dr. Tilman Clausen, armedis.de

I Teile der Rechtsliteratur und einzelne Landgerichte (LG Regensburg, Urteil vom 22.02.2022, Az. 23 S 63/21, CB 07/2022, Seite 3 ff. und LG Hamburg vom 27.04.2022 – Az. 336 O 141/21; CB 05/2024, Seite 6 ff.) vertraten bislang die Auffassung, dass bei wahlärztlichen Leistungen auch eine „gewünschte Vertretung“ des Wahlarztes möglich sei. Für den Einsatz dieses „gewünschten Vertreters“ solle der Patient genau wie für den Einsatz des Wahlarztes wahlärztliche Leistungen bezahlen. Eine solche Vereinbarung hat der Bundesgerichtshof (BGH) nun als nichtig angesehen. Eine Vertretung des Wahlarztes sei nur möglich, wenn dieser verhindert ist, nicht aber dann, wenn der Patient sich einen anderen Arzt wünscht (Urteil vom 13.03.2025, Az. III ZR 40/24). Was auf den ersten Blick klar aussieht, eröffnet Krankenhausträgern eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten. I

BGH weist Zahlungsklage des Krankenhauses ab ...

Der beklagte Patient war am 19.08.2019 wegen einer hochgradigen Neuroforamenstenose in das Krankenhaus der Klägerin als Privatpatient aufgenommen worden. Vor Behandlungsbeginn unterzeichnete er eine Wahlleistungsvereinbarung und eine „Patientenerklärung zur Vertretung des Wahlarztes“.

Patient unterzeichnet „Patientenerklärung zur Vertretung des Wahlarztes“,

■ Diese drei Optionen waren zur Vertretung des Wahlarztes vorgesehen

- Erbringung der wahlärztlichen Leistungen durch den Wahlarzt,
- Erbringung der wahlärztlichen Leistungen durch einen namentlich benannten „gewünschten Vertreter“ und
- Verzicht auf wahlärztliche Leistungen und Behandlung nach Maßgabe der allgemeinen Krankenhausleistungen durch den jeweils diensthabenden Facharzt.

Bei den ersten beiden Optionen sollte der Patient auch wahlärztliche Leistungen bezahlen. Der Patient entschied sich für die zweite Option und erhielt im Anschluss an die stationäre Behandlung eine Rechnung über 3.300,87 Euro für die vom „gewünschten Vertreter“ erbrachten ärztlichen Leistungen. Da der Patient nicht zahlte, erhob das Krankenhaus Klage beim zuständigen Amtsgericht (AG) Münster. Das AG wies die Klage ab. Auf die Berufung des Krankenhauses hin änderte das LG Münster das amtsgerichtliche Urteil ab und verurteilte den Beklagten antragsgemäß, den gesamten Rechnungsbetrag zu zahlen. Gleichzeitig wurde die Revision zum BGH zugelassen. Der BGH wiederum hob das Urteil des LG Münster auf und wies die Klage ab.

Patient zahlt Rechnung über 3.300,87 Euro nicht, Klage erfolglos

... ohne eine plausible Begründung zu liefern!

Der BGH war der Auffassung, dass eine Vereinbarung auf Initiative des Krankenhausträgers oder eines Wahlarztes, wonach wahlärztliche Leistungen ohne besondere Bedingungen (z. B. Verhinderung des Wahlarztes) durch



BGH: Vereinbarung
„gewünschter
Vertretung“ nichtig

einen anderen Arzt als Vertreter des Wahlarztes erbracht werden, gegen § 17 Abs. 3 S. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) verstoße und daher nach § 134 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) nichtig sei.

■ BGH liefert keine Begründung und lässt Argumente der Befürworter unberücksichtigt

Eine Begründung für seine Rechtsauffassung nennt der BGH nicht. Der BGH setzt sich vor allem auch nicht mit den Argumenten für eine „gewünschte Vertretung“ auseinander, die man zwar nicht teilen muss, die aber durchaus gewichtig sind. Eine Abweichung von der Vorschrift des § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntgG, wonach wahlärztliche Leistungen nur von den dort genannten Wahlärzten oder dem Krankenhausträger erbracht werden können, sei weiterhin nur möglich, wenn entweder schon bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung feststeht, dass der Wahlarzt verhindert ist (vorhersehbare Verhinderung) oder die Verhinderung des Wahlarztes bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung unvorhersehbar ist (unvorhersehbare Verhinderung). Warum Abweichungen nicht auch in anderen Fällen auf Wunsch des Patienten möglich sein sollen, sagt der BGH nicht.

Machtwort des BGH
muss akzeptiert
werden

Der BGH hat hier gewissermaßen ein Machtwort gesprochen, dass vonseiten der Krankenhausträger, der Ärzte und der anwaltlichen Berater akzeptiert werden muss. Man kann diese Auffassung des BGH akzeptieren. Es hätte die Akzeptanz der Entscheidung aber deutlich erhöht, wenn der BGH es für nötig gehalten hätte, seine Rechtsauffassung auch zu begründen.

Vereinbarungen der
„gewünschten
Vertretung“?
Lieber nicht!

Mit dem BGH-Urteil kann mit Vereinbarungen einer „gewünschten Vertretung“ auf Initiative des Krankenhausträgers oder eines Wahlarztes nicht mehr gearbeitet werden. Honoraransprüche lassen sich auf der Grundlage solcher Vereinbarungen nicht mehr durchsetzen. Offengelassen hat der BGH, ob er solche Vereinbarungen anders beurteilen würde, wenn sie auf Initiative des Patienten zustande kommen. Wegen des zugrunde liegenden Sachverhalts war dies aber nicht zu beurteilen. Dem Urteil des BGH lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass das Gericht eine solche Vereinbarung anders beurteilen würde, weil es eben an der Begründung für die Ablehnung solcher Vereinbarung – egal von wem die Initiative dazu ausgeht – fehlt. Daher muss der Verfasser dazu raten, auf derartige Vereinbarungen über die „gewünschte Vertretung“ zukünftig generell zu verzichten, auch wenn dies bedauerlich ist. Es bleibt der Eindruck, dass die private Krankenversicherung, die hinter der Revision steht, und der BGH offensichtlich nicht davon ausgehen, dass Patienten mündig genug sind, sich auch für einen anderen Arzt als den Wahlarzt entscheiden zu können.

... wird aber durch eine Parallelentscheidung kompensiert

Das vorliegende Urteil dürfte zudem durch eine Parallelentscheidung vom gleichen Tage in erheblichem Umfang kompensiert werden (Urteil vom 13.03.2025, Az. III ZR 426/23, Abruf-Nr. 50387714). Darin stellt der BGH klar: Maßgeblich für die Bestellung eines Arztes als Wahlarzt sei, dass dieser eine besondere Behandlungsqualität anbieten könne, die im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen über den ohnehin geschuldeten Facharztstandard hinausgehe. Diese Entscheidung eröffnet Krankenhausträgern eine Vielzahl von Gestaltungsmöglichkeiten, die Wahlleistungsvereinbarung um weitere Wahlärzte zu erweitern und den Patienten dadurch neue Optionen zu bieten.

SIEHE AUCH

Beitrag auf Seite 1
dieser Ausgabe



GEBÜHRENRECHT

GOÄ: Potenziale und Grenzen innovativer Analogabrechnung

von RA, FA MedR Torsten Münnch, D+B Rechtsanwälte Partnerschaft mbB, Berlin, db-law.de

I Die GOÄ enthält zwar rund 2.400 Gebührenordnungspositionen, gleichwohl werden damit nicht alle denkbaren ärztlichen Leistungen abgedeckt. Das liegt bekanntlich am Alter der GOÄ. Ihre letzte vollständige Überarbeitung stammt aus dem Jahr 1982. Das Spannungsverhältnis zwischen der Statik ihres Gebührenkatalogs und der laufenden Fortentwicklung der Medizin löst die GOÄ über die sogenannte Analogabrechnung. Mit ihr kann eine ärztliche Leistung, die in der GOÄ nicht enthalten ist, entsprechend einer nach *Art*, *Kosten*- und *Zeitaufwand* gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden (§ 6 Abs. 2 GOÄ). Welche Kreativität dabei möglich ist, zeigt ein jüngst vom Oberlandesgericht (OLG) Hamm entschiedener Fall. Das Urteil ist rechtskräftig (Urteil vom 04.02.2025, Az. 26 U 116/24). **I**

Uniklinik berechnet Nr. 5855 GOÄ zweimal und oberhalb des Regelsatzes ...

Ein Universitätsklinikum behandelte ein CUP-Syndrom (= Cancer of Unknown Primary, Krebserkrankung mit unbekanntem Primärtumor) im Bereich der Ohrspeicheldrüse mit sechs ambulanten Bestrahlungen in Form einer sogenannten Protonenstrahlentherapie. Im Gegensatz zur herkömmlichen Strahlentherapie mit Röntgen- bzw. Gammastrahlen arbeitet die Protonenstrahlentherapie mit hoch beschleunigten, geladenen Atomkernen. Wegen der damit verbundenen hohen Präzision können auch relativ strahlenunsensible Tumore in besonders sensiblen Körperregionen mit ausreichend hoher Dosis behandelt werden.

Das Klinikum rechnete jede Bestrahlung analog nach der Nr. 5855 GOÄ (Intraoperative Strahlenbehandlung mit Elektronen, kurz IORT; bewertet mit 6.900 Punkten, das entspricht beim Regelsatz [1,8-fach] 723,93 Euro) ab, setzte dabei aber diese Position nicht nur einmal, sondern zweimal pro Bestrahlung an und ging zudem jeweils über den 1,8-fachen Satz, den sogenannten Regelsatz, hinaus. Die Patientin wandte sich zwar nicht gegen die Analogabrechnung als solche, jedoch gegen den doppelten Ansatz pro Bestrahlung sowie gegen die Überschreitung des Regelsatzes.

... und setzt sich damit vor Gericht durch!

Das Universitätsklinikum setzte sich in beiden Punkten vor Gericht durch. Die doppelte Analogabrechnung der Nr. 5855 GOÄ pro Fraktion sei, so das Gericht, unter Berücksichtigung des deutlich erhöhten Aufwands, der mit der durchgeführten Behandlung verbunden war, gerechtfertigt. Dazu stützte sich das Gericht auf das Gutachten eines medizinischen Sachverständigen und seine ergänzende mündliche Anhörung im Verhandlungstermin. Im Vergleich zu



Neue medizinische Leistung wird analog nach GOÄ abgerechnet

Zweimaliger Ansatz der Leistungsposition pro Inanspruchnahme

Gericht akzeptiert zweimaligen Ansatz und höhere Faktoren

**Vielfacher Aufwand
in mehrfacher
Hinsicht durch
Experten bestätigt**

der unter der Nr. 5855 GOÄ beschriebenen IORT erfordere die Protonenstrahlentherapie einen vielfachen

- zeitlichen,
- personellen,
- materiellen und
- finanziellen Aufwand.

Der Sachverständige stellte dafür nicht nur auf die Anschaffungskosten für das Gerät ab, die in etwa um den Faktor 10 bis 20 höher lägen. Auch die Personal- und Unterhaltungskosten seien bei der Protonenstrahlentherapie etwa um den Faktor von 5 bis 10 erhöht. Beispielsweise müssten bei der Protonenstrahlentherapie regelmäßig zwei Ingenieure im Umfang „24/7“ anwesend sei, um das Gerät funktionsfähig zu erhalten. Zudem dauere auch der eigentliche Bestrahlungsvorgang bei der Protonenstrahlentherapie deutlich länger als bei der IORT.

**Gericht verweist auf
doppelten Ansatz,
vom BGH als
zulässig eingestuft**

Das Gericht konnte sich für seine Entscheidung auch auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH) stützen, das die doppelte Abrechnung einer Gebührenposition zur Schließung einer Regelungslücke für zulässig gehalten hatte, wenn die vorgenommenen ärztlichen Leistungen ihrer Art nach den zwei- bis vierfachen zeitlichen Aufwand verlange (BGH, Urteil vom 15.05.2004, Az. III ZR 344/03).

**Bestätigung des
höheren Faktors nur
eingeschränkt
übertragbar**

Darüber hinaus hielt das Gericht auch die Überschreitung des Regelsatzes für gerechtfertigt. An diesem Punkt ist die Entscheidung allerdings mit Vorsicht zu lesen, denn der Sachverständige hatte die Abrechnung nur innerhalb des Gebührenrahmens von 1,0 bis 1,8 gesehen. Das Gericht gab gleichwohl dem Klinikum recht und verwies dazu nicht nur auf den vom Sachverständigen dargestellten erheblichen Aufwand der Protonenstrahlentherapie, sondern auch darauf, dass die beklagte Patientin vorprozessual einen 2,3-fachen Steigerungssatz akzeptiert hatte (freilich unter der Prämisse einer nur einmaligen Abrechnung der GOÄ-Ziffer 5855). An diesem Punkt hätte der Rechtsstreit also möglicherweise anders verlaufen können, wenn es im Vorfeld keine Akzeptanz gegeben hätte.

FAZIT | Das Urteil, dass sich auf die zurzeit noch geltende GOÄ bezieht, bestätigt in erfreulicher Weise, dass sich mit der „veralteten“ GOÄ auskömmliche Vergütungen erzielen lassen, wenn zum erhöhten Aufwand einer Therapie faktenbasiert argumentiert wird. Auch im neuen GOÄ-Entwurf (GOÄ-E) soll die Möglichkeit der Analogabrechnung erhalten bleiben (CB 07/2025, Seite 3 ff.). Allerdings enthält die GOÄ-E mit der Nr. 13633 eine Abrechnungsposition für die im Urteil streitgegenständliche Protonentherapie. Hier wäre dann eine Analogabrechnung nicht mehr erforderlich. Ob für andere Leistungen künftig von der Analogabrechnung Gebrauch gemacht werden muss, hängt von dem neuen Leistungskatalog und dessen Aktualität ab. Da allerdings noch unklar ist, ob die GOÄ-E, so umgesetzt wird, wie sie der Deutsche Ärztetag beschlossen hat bzw. wann sie in Kraft tritt, sind hierzu noch keine klaren Aussagen möglich.

DOWNLOAD



CB-Sonderausgabe



WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- BGH klärt Fragen zur Analogabrechnung einer selbstständigen Leistung nach GOÄ (Abruf-Nr. 47967553)
- Die CB-Sonderausgabe „Mehr Honorar durch Faktorsteigerung“, können Sie als PDF unter Abruf-Nr. 48259176 herunterladen

WAHLLLEISTUNGEN

So rechnen Sie Wahlleistungen bei Hybrid-DRG ab

von RA, FA MedR Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University),
Möller und Partner, Düsseldorf, moellerpartner.de

Seit dem 01.01.2024 gibt es eine neue Abrechnungsmöglichkeit für Krankenhäuser für mögliche ambulante Eingriffe mit den sogenannten Hybrid-DRG nach § 115f Sozialgesetzbuch (SGB) V. Bisher war unklar, inwieweit auch in diesem Bereich Wahlleistungen abgerechnet werden können. Nunmehr liegt eine gemeinsame Rechtsauffassung des Verbandes der privaten Krankenversicherungen (PKV-Verband) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vor, die zumindest einige Streitpunkte klären sollte. |

Grundsätzlich sind innerhalb der Hybrid-DRG Wahlleistungen möglich

Die DKG und der PKV-Verband stellen fest, dass auch bei der Abrechnung von Hybrid-DRGs Wahlleistungen vereinbart werden können. Denn Wahlleistungen sind keine allgemeinen Krankenhausleistungen, zu denen die Hybrid-DRG gehören. Sollten die Patienten über Nacht im Krankenhaus bleiben, können sie auch die Unterbringung im Zwei- oder Einbettzimmer vereinbaren.

Es gelten die allgemeinen Vorgaben für Wahlleistungsvereinbarungen

Auch für die Wahlleistungsvereinbarungen innerhalb der Hybrid-DRG gelten die allgemeinen Grundsätze. Es gibt also keine Besonderheiten im Vergleich zur normalen stationären Leistungserbringung. Da die DKG empfiehlt, die gleichen Behandlungsverträge wie ansonsten im stationären Bereich zu verwenden, sollten die gleichen Verwaltungswege eingehalten werden.

■ Diese Grundsätze gelten auch für Wahlleistungsvereinbarungen bei Hybrid-DRG

- Die Vereinbarung erstreckt sich grundsätzlich auf alle an der Behandlung beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen befugt sind. Diese Leistungen sind von den Wahlärzten grundsätzlich persönlich zu erbringen, wenn kein Fall der Vertretung entsprechend der bisherigen Rechtsprechung gegeben ist. Andernfalls ist eine Vertretervereinbarung zu schließen (vgl. CB 05/2024, Seite 6 ff.).
- Die Abrechnung erfolgt nach GOÄ unter Berücksichtigung des Abschlags nach § 6a Abs. 2 GOÄ. Auch wenn die Leistung nach der Hybrid-DRG letztendlich nur ambulant erbracht wird, sind Zuschläge gemäß Kapitel C. VIII. GOÄ ausgeschlossen.
- Die Wahlleistungsvereinbarung ist vor der Leistungserbringung zu schließen.

Die Vorgaben gelten auch bei rein ambulanter Leistungserbringung

Die Vorgaben zur Wahlleistungsvereinbarung gelten auch dann, wenn die Leistungen tatsächlich rein ambulant erbracht werden und der Patient nicht z. B. noch eine Nacht im Krankenhaus bleibt. Dies stellt eine Verschärfung dar, da ansonsten im ambulanten Bereich deutlich weniger Formvorgaben zu beachten sind als nach § 17 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG).

Wichtig | Hintergrund ist, dass im Aufnahmezeitpunkt typischerweise noch nicht beurteilt werden kann, ob der Patient noch am selben Tag entlassen werden kann oder ob er noch eine Nacht im Krankenhaus bleiben muss. Dann sollten von Anfang an die strengeren Formvorgaben eingehalten werden.



Hybrid-DRG gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen

Verwenden Sie die gleichen Behandlungsverträge wie im stationären Bereich!

Im Vergleich zu § 17 KHEntgG stellt die Regelung eine Verschärfung dar

Hintergrund: Oft ist unklar, ob es bei der rein ambulanten Versorgung bleibt

ARCHIV



Hier mobil
im CB 07/2025
weiterlesen



GOÄ

Beratungsleistungen in der neuen GOÄ – ein erster Überblick

I In der aktuell geltenden GOÄ'96 besteht nur eine begrenzte Möglichkeit, Beratungsleistungen über die Nrn. 1 und 3 auch bei entsprechendem Zeitaufwand abzubilden. Der vom 129. Deutschen Ärztetag verabschiedete Entwurf zur GOÄ (GOÄ-E; CB 07/2025, Seite 3 ff.) sieht dagegen wesentlich differenziertere Möglichkeiten vor. Hinzu kommt, dass Abrechnungsbeschränkungen im Behandlungsfall sowie neben anderen Leistungen weitgehend eliminiert werden sollen. Die Auswirkungen dieser Neuregelungen sind zwar erfreulich, jedoch mit einer Kostensteigerung für die Leistungserbringer verbunden, deren Auswirkungen noch nicht absehbar sind. I

Beratungsleistungen lassen sich differenzierter bewerten

Die neuen Beratungsleistungen, nach Zeitdauer unterteilt, bieten trotz Wegfall der Steigerungsmöglichkeiten der GOÄ'96 mehr Möglichkeiten einer differenzierten Bewertung (**Anm. d. Red.:** Leistungsbeschreibungen im Folgenden gefettet, Anmerkungen und Zitate kursiv).

1 Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter 10 Minuten (14,11 Euro)

2 Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete 10 Minuten (21,21 Euro)

*Die Leistung nach Nummer 2 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.
Die Leistung nach Nummer 2 ist neben der Leistung nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig*

Die genaue Dauer der Gesprächsleistung(en) ist in der Rechnung anzugeben

Nrn. 1 und 2 GOÄ-E
dürften auch für
Videoberatung
ansatzfähig sein

Eine Leistungsbeschreibung von Beratungen im Rahmen einer Videosprechstunde fehlt, jedoch heißt es in Nr. 19 der Übergeordneten Allgemeinen Bestimmungen die als Kapitel A. neu dem Gebührenverzeichnis vorangestellt wurden: „*Sofern die Leistungsinhalte dazu geeignet sind, können die Leistungen des vorliegenden Gebührenverzeichnisses grundsätzlich auch per Videoübertragung (z.B. Videosprechstunde) erbracht werden*“. Daher ist anzunehmen, dass diese Bestimmung auch auf die o. a. neuen Beratungsleistungen übertragbar sein wird.

Palliativmedizinische Betreuungen erhalten eigene Zuschläge

Palliativmedizinische Betreuungen, die bisher nicht abgebildet waren, sind nunmehr als Zuschlagspositionen zu den Beratungsleistungen möglich:

3 Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1 oder 2 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten (80,21 Euro)

Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.

Der Zuschlag nach Nummer 3 ist im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig.

MERKE | Der Behandlungsfall wird gleich definiert wie in der „alten“ GOÄ: „Als Behandlungsfall gilt der Zeitraum eines Monats nach der ersten Inanspruchnahme des Arztes“ (vgl. Kapitel A., Nr. 11).

Beachtenswert hierbei ist auch, dass für die Angehörigen von Palliativpatienten eigene Betreuungsleistungen geschaffen wurden:

27 Betreuung, Aufklärung und Beratung von Angehörigen im Rahmen der Behandlung von palliativmedizinischen Patienten, Dauer unter 10 Minuten (7,72 Euro)

*Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.
Die Leistung nach Nummer 27 ist entweder als alleinige Gesprächsleistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 28 berechnungsfähig.*

28 Betreuung, Aufklärung und Beratung von Angehörigen im Rahmen der Behandlung von palliativmedizinischen Patienten, je vollendete 10 Minuten (25,14 Euro)

*Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.
Die genaue Dauer der Gesprächsleistung ist in der Rechnung anzugeben.
Die Leistung nach Nummer 28 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.*

PRAXISTIPP | Zu beachten ist die Systematik, dass Nr. 27 auch als Abschlussleistung zu Nr. 28 möglich ist! **Beispiel:** Die Beratung der Angehörigen dauert insgesamt 35 Minuten. Berechnungsfähig sind 3 x Nr. 28 GOÄ-E (je 10 Minuten) und 1 x Nr. 27 GOÄ-E (verbleibende Zeit unter 10 Minuten).

**Eigene Leistungen
für Angehörige**

**Nr. 27 GOÄ-E
auch als Anschluss-
leistung zu
Nr. 28 GOÄ-E**

Beratung per Telefon und E-Mail erhält eigene Ziffern

Nicht persönlich (z. B. telefonisch oder per E-Mail) durchgeführten Beratungen, die bisher in den Nrn. 1 und 3 enthalten waren, erhalten eigene Leistungspositionen:

4 Beratung durch den Arzt mittels Telefon oder E-Mail (SMS und Chat ausgeschlossen), Dauer bis zu 10 Minuten (14,01 Euro)

Die Leistung nach Nummer 4 ist neben der Leistung nach Nummer 5 nicht berechnungsfähig.

5 Beratung durch den Arzt mittels Telefon, Dauer mehr als 10 Minuten (19,26 Euro)

Die Leistung nach Nummer 5 ist neben der Leistung nach Nummer 4 nicht berechnungsfähig.

Wichtig | Im Gegensatz zu Nr. 2 ist hier nach dem Leistungstext eine mehrmalige Berechnung je Kalendertag ausgeschlossen. Deswegen ist hier die richtige Zuordnung nach der Zeitdauer (4 oder 5) entscheidend.

**Nr. 5 GOÄ-E ist nur
einmal am Tag
ansatzfähig!**

Beispiel: Daten aus
Wearables und
Gesundheits-Apps

Beratung zu selbstgenerierten Vitalparametern wird separat berücksichtigt

Auch neuere technische Entwicklungen (z. B. Gewinnung von Vitalparametern und anderen Daten über Wearables und Gesundheits-Apps) wurden in einer Gebührenordnungsposition berücksichtigt:

6 Ärztliche Beratung des Patienten zur Interpretation von selbstgenerierten Vitalparametern und/oder medizinischen Daten aus elektronischen Anwendungen (z. B. Gesundheits-Apps) und/oder Geräten, ggf. einschließlich Beratung zur Validität der Vitalparameter und/oder medizinischen Daten (43,41 Euro)

Die Leistung nach Nummer 6 ist im Kalenderjahr einmal berechnungsfähig.

Reisemedizinische Beratung erhält eigene Leistungspositionen

Die Reisemedizinische Beratung, häufiger als IGeL nach den Nrn. 1 oder 3 GOÄ berechnet, erhält ebenfalls eigene Leistungspositionen:

7 Reisemedizinische Beratung durch den Arzt, einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, Dauer unter 10 Minuten (6,90 Euro)

Die Leistung nach Nummer 7 ist entweder als alleinige Gesprächsleistung oder als Abschlussleistung zur Leistung nach Nummer 8 berechnungsfähig.

8 Reisemedizinische Beratung durch den Arzt, einschließlich Impfgespräch, ggf. einschließlich Dokumentation, je vollendete 10 Minuten (21,69 Euro)

Die Leistung nach Nummer 8 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig.

Nr. 8 GOÄ-E ist
neben Nr. 7 GOÄ-E
berechnungsfähig

Wichtig | Auch hier ist im Gegensatz zu den Beratungen nach Nr. 1 oder 2, die sich gegenseitig ausschließen, eine geänderte Systematik zu beachten, die die Kombination von Nr. 7 und 8 erlaubt (vgl. Nr. 27 neben Nr. 28, s. o.)

Zeitliche Trennung der Beratung von anderen Leistungen wird relevant

Bemerkens- und beachtenswert ist im Zusammenhang mit den vorstehenden Leistungen auch die allgemeine Bestimmung Nr. 2 Kapitel B.: „Beratungs-, Gesprächs-, Schulungs- und/oder Betreuungsleistungen sind nicht neben Leistungen berechnungsfähig, die diese als Teilleistungen enthalten und nicht während der Erbringung anderer Leistungen. Eine Erbringung von Beratungs-, Gesprächs-, Schulungs- und/oder Betreuungsleistungen vor oder im Anschluss an eine andere Leistung ist berechnungsfähig.“

Dialog während einer
Untersuchung nicht
abrechenbar, aber
Beratung danach

Daraus kann gefolgert werden, dass ein Dialog mit Patienten z. B. während einer Untersuchung nicht als Beratungsleistung abgerechnet werden kann, wohl jedoch eine Beratung im Anschluss. Diese zeitliche Trennung von anderen Leistungen gilt es künftig wohl auch bei der Dokumentation zu beachten!

WAHLLLEISTUNGEN

Welche Folgen hat die GOÄ-E für die Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen von Hybrid-DRG?

von RA, FA MedR Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University),
Möller und Partner, Düsseldorf, moellerpartner.de

Es ist das erklärte Ziel des Gesetzgebers, immer mehr auch kurzstationäre Leistungen mit einem Pauschalbetrag, den sogenannten Hybrid-DRG oder der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f Sozialgesetzbuch (SGB) V, abzudecken (CB 04/2024, Seite 3 f.). Der Anwendungsbereich soll deutlich erweitert werden. Für Krankenhäuser bedeutet dies u. a., dass in allen Fällen, d. h. auch bei Leistungen, die bisher als ambulante Operationen abgerechnet wurden, die neuen Hybrid-DRG angewendet werden. Ende Mai 2025 hat der 129. Deutsche Ärztetag den Entwurf für eine neue GOÄ verabschiedet (GOÄ-E). Welche Auswirkungen hat dieser Entwurf für die Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen von Hybrid-DRG? |

So können Wahlleistungen im Rahmen von Hybrid-DRG berechnet werden

Die Einführung von Hybrid-DRG soll die sektorengleiche Vergütung nach § 115f SGB V deutlich erweitern.

■ § 1 Abs. 3 S. 3 KHEntgG:

„Die nach § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten oder nach § 115f Absatz 4 Satz 2 oder Satz 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bestimmten Leistungen werden für alle Benutzer und Benutzerinnen des Krankenhauses einheitlich nach § 115f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet.“

Bei der Abrechnung von Hybrid-DRG können auch Wahlleistungen vereinbart werden, wobei die üblichen Anforderungen an eine Wahlleistungsvereinbarung (vorheriger Abschluss in Textform) eingehalten werden müssen. Die Abrechnung der Hybrid-DRG hängt allein davon ab, welche Diagnosen vorliegen und welche Prozeduren vorgenommen werden. Es ist nicht erforderlich, dass der Patient tatsächlich stationär aufgenommen wird. Maßgeblich ist ausschließlich die entsprechende Eingruppierung der Leistung. Wenn Wahlleistungen vereinbart werden, ist nach § 6a GOÄ eine entsprechende Minderung um 25 % vorzunehmen. Denn im wahlleistungsrechtlichen Sinne handelt es sich weiterhin um eine stationäre Leistung.

Die GOÄ-E bleibt für die Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen der Hybrid-DRG praktisch folgenlos

Bekannterweise hat der 129. Deutsche Ärztetag einen Vorschlag für eine Reform der GOÄ beschlossen, der jetzt dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt werden soll. Ob und in welcher Form dieser Entwurf tatsächlich



Es gelten diese
Vorgaben der GOÄ

Kommt die GOÄ-E
unverändert?

Wahlleistungen im
Rahmen von
Hybrid-DRG bleiben
wohl unverändert

rechtsverbindlich werden wird, bleibt abzuwarten. Zunächst bedarf es ohnehin eines Parlamentsgesetzes, da zunächst die Ermächtigungsgrundlage für die GOÄ, nämlich § 11 BÄO, geändert werden muss. Sollte der Entwurf in der jetzigen Fassung kommen, bedeutet dies für die Abrechnungen von Wahlleistungen im Rahmen der Hybrid-DRG praktisch keine Änderungen:

■ So wirkt sich die GOÄ-E auf die Abrechnung von Wahlleistungen im Rahmen von Hybrid-DRG aus

- Im Entwurf ist ausdrücklich berücksichtigt worden, dass es auch im Rahmen der Erbringung von Leistungen nach § 115f SGB V zu Vertretungssituationen kommen kann. So ist in § 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ-E die **Möglichkeit zur Vertretungsvereinbarung** enthalten, die nach S. 3 ausdrücklich auch für die spezielle sektorengleiche Vergütung des Krankenhauses (= Hybrid-DRG) gilt. Allerdings findet sich dieser Passus nur bei der nicht vorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes.
- **Keine Berücksichtigung** findet die Hybrid-DRG hingegen bei der Regelung zur **Vertretervereinbarung bei vorhersehbarer Verhinderung** gemäß § 4 Abs. 2b GOÄ-E. Dies erscheint auch logisch, da es sich bei den Hybrid-DRG-Leistungen üblicherweise um Leistungen handelt, die ohne Probleme verschoben werden können und keinen hohen Schwierigkeitsgrad aufweisen. Wenn der eigentliche Wahlarzt verhindert ist, kann der Eingriff in aller Regel auch verschoben werden. Anders sieht es hingegen aus, wenn der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren Gründen, insbesondere eine Erkrankung, selbst an der Leistungserbringung verhindert ist. Dann ist es nachvollziehbar, dass dann auch sein ständiger ärztlicher Vertreter tätig werden darf.
- Die Hybrid-DRG sind im Übrigen auch bei der Regelung des § 4 Abs. 2c S. 1 GOÄ-E berücksichtigt, wonach **neben dem eigentlichen Wahlarzt noch ein weiterer, genauso qualifizierter Arzt benannt werden kann**, der die Leistung ebenfalls im Krankenhaus erbringen darf.
- Auch bei der Leistungserbringung im Rahmen der Hybrid-DRG sind die Grundsätze an die **persönliche Leistungserbringung durch den Wahlarzt** zu beachten, wobei insbesondere der Sonderkatalog des § 4 Abs. 2d GOÄ-E zu berücksichtigen ist.
- Die **Gebührenminderung des § 6a Abs. 1 S. 1 GOÄ-E** gilt ausdrücklich auch für den Bereich der Hybrid-DRG; insoweit hat sich keine Änderung ergeben.

Es gelten die
gleichen Regelungen
wie auch für andere
Wahlleistungen

FAZIT | Unabhängig von der Frage, ob, wann und wie die GOÄ-Reform kommt, ist nicht mit relevanten Veränderungen für den Bereich der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V zu rechnen. Es bleibt dabei, dass auch für diesen Bereich im Krankenhaus Wahlleistungen vereinbart und abgerechnet werden können. Es gelten die gleichen Regelungen, die auch sonst für Wahlleistungen gelten, insbesondere bezüglich der persönlichen Leistungserbringung, der Vertretungsmöglichkeiten und der Gebührenminderung.

SIEHE AUCH

Beitrag auf Seite 7
dieser Ausgabe



SIEHE AUCH

Beitrag auf Seite 13
dieser Ausgabe



SIEHE AUCH

Beitrag auf Seite 21
dieser Ausgabe



WEITERFÜHRENDE HINWEISE

- GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter (CB 07/2025, Seite 3 ff.)
- Ist für ambulante Behandlungen im Rahmen einer Hybrid-DRG eine Wahlleistungsvereinbarung zwingend erforderlich? (CB 07/2025, Seite 2, Abruf-Nr. 50417870)
- Der Paragrafenteil der vorgeschlagenen Neufassung der GOÄ – ein Desaster für die Ärzte! (CB 11/2024, Seite 4 ff.)
- So rechnen Sie Wahlleistungen bei Hybrid-DRG ab (CB 09/2024, Seite 9 ff.)
- Hybrid-DRG: Diese Regelungen sieht die Umsetzungsvereinbarung für Krankenhäuser vor (CB 04/2024, Seite 3 f.)

GOÄ

GOÄ-Reform die Zweite – eine lange Geschichte geht weiter

von RA, FA für ArbR und MedR Dr. Tilman Clausen, armedis.de und RA, FA MedR Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University), moellerpartner.de

| Seit Langem herrscht Einigkeit darüber, dass die GOÄ dringend einer Reform bedarf. Geschehen ist bisher nur wenig. Zuletzt hatte die Bundesärztekammer (BÄK) mit dem PKV-Verband und der Beihilfe einen Neuentwurf vereinbart und diesen im Herbst 2024 den ärztlichen Fachverbänden vorgelegt. Insbesondere den Paragrafenteil dieses Entwurfs haben die Autoren dieses Beitrags an verschiedenen Stellen kritisiert und darauf hingewiesen, dass die Veränderung an einigen Stellen eine deutliche Verschlechterung darstellt (vgl. CB 11/2024, Seite 4 ff.). Die BÄK hat zu dieser Kritik Stellung bezogen (online unter iww.de/s13006) und den Paragrafenteil überarbeitet (online unter iww.de/s13007). Nunmehr hat der 129. Deutsche Ärztetag in Leipzig dem Reformvorschlag zugestimmt. Damit kann der Entwurf als geeinter Vorschlag der Bundesministerin für Gesundheit übergeben werden in der Hoffnung, dass der neue Entwurf (im Folgenden GOÄ-E) zeitnah in Kraft treten kann (DÄBl. 2025, A 506). Doch die GOÄ-E weist immer noch viele der bekannten und bereits kritisierten Schwächen auf. Die folgende erste Einordnung berücksichtigt die Stellungnahme der BÄK, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit. |

§ 1 GOÄ-E – Anwendungsbereich

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs der GOÄ haben die Autoren die Position der BÄK zur Kenntnis genommen. Sie bleiben allerdings dabei, dass der gesamte § 1 Abs. 1 GOÄ-E entsprechend der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) angepasst werden sollte. Demnach findet die GOÄ immer dann Anwendung, wenn es um die beruflichen Leistungen der Ärzte geht – unabhängig davon, wer die Rechnung gestellt hat (MVZ, Plankrankenhaus oder Privatklinik). Dies sorgt für mehr Rechtssicherheit.

§ 1 Abs. 2 GOÄ-E – wirtschaftliche Unterrichtung des Patienten

Hier bleibt die BÄK – vermutlich in Abstimmung mit dem PKV-Verband – dabei, dass die Ärzte zur wirtschaftlichen Unterrichtung des Patienten über die voraussichtlich anfallenden Behandlungskosten verpflichtet werden sollen, wenn davon ausgegangen werden muss, dass diese nicht von einem Kostenträger übernommen werden.

Gegen eine solche wirtschaftliche Unterrichtung des Patienten ist grundsätzlich nichts einzuwenden, die BÄK weigert sich aber zur Kenntnis zu nehmen, dass diese wirtschaftliche Unterrichtungspflicht des Behandlers praktisch identisch bereits in § 630c Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt ist. Aus § 630c Abs. 3 S. 2 BGB ergibt sich weiterhin, dass weiter gehende Formanforderungen von dieser Regelung unberührt bleiben. Praktisch bedeutet



IHR PLUS IM NETZ

Stellung-
nahme der
BÄK zur Kritik



IHR PLUS IM NETZ

Volltext
GOÄ-E online



Unterrichtungs-
pflicht ist bereits in
§ 630c BGB geregelt

Schon jetzt rechnen
die meisten Ärzte
zum Regelhöchst-
satz ab

Auch das neue
System erlaubt keine
Flexibilität

Höherer Gebühren-
satz soll weiterhin
begründet werden

dies, dass die Ärzte bei streng formaler Betrachtungsweise dann zukünftig zweimal unterrichten müssen, einmal nach § 630c Abs. 3 BGB und ein weiteres Mal nach § 1 Abs. 2 GOÄ. Auf der einen Seite beschwert sich die Ärzteschaft über die zunehmende Bürokratisierung im Gesundheitswesen, auf der anderen Seite trägt sie durch solche Gesetzentwürfe selbst dazu bei.

§ 4 Abs. 1 GOÄ-E – Feste Gebührensätze

Soweit die BÄK die Auffassung vertritt, dass das System eines robusten Gebührensatzes, bei dem nur einzelne Zuschläge gemacht werden können, für die Ärzte vorteilhaft sei, stimmt dies nach der Erfahrung der Verfasser nicht mit der Realität überein. Zwar rechnen die meisten Ärzte inzwischen faktisch ihre Leistung mit den Regelhöchstsätzen ab. Dies ist allerdings vor allem der Tatsache geschuldet, dass die Gebührensätze seit 1996 nicht mehr angepasst wurden und es nur auf diese Weise möglich ist, eine halbwegs adäquate Vergütung zu erzielen. Das Ausschöpfen des vollen Gebührenrahmens ist damit wirtschaftlich kaum möglich.

Zugleich sind Steigerung über den Regelhöchstsatz hinaus nur mit besonderer Begründung möglich und nur, wenn entsprechende Faktoren gegeben sind. Insofern wird nur ein faktischer Zustand abgebildet. Unabhängig davon machen Ärzte von dem Gebührenrahmen jedoch auch teilweise Gebrauch und setzen deswegen einen niedrigeren Faktor an. Diese Flexibilität, d. h. das Eingehen auf die Umstände des Einzelfalls und die wirtschaftlichen Verhältnisse des Patienten, bleibt beim neuen System weiterhin nicht bestehen.

Soweit hier auch die Möglichkeit gegeben wird, in bestimmten Fällen Zuschläge zu erheben, ist das System extrem unflexibel. So sind viele Zuschläge z. B. an die Vollendung des 18. Lebensjahres geknüpft, d. h., ab einem (relativ willkürlich gewählten) Stichtag können die Zuschläge nicht mehr geltend gemacht werden, auch wenn möglicherweise entsprechende Erschwerisfaktoren weiterhin gegeben sind. Auch die weiteren Zuschläge sind jedenfalls nach erster Durchsicht für die Unterzeichner nicht so flexibel wie das bisherige System der verschiedenen Steigerungssätze.

§ 2 GOÄ-E – Gebührenvereinbarung

Bzgl. der Gebührenvereinbarung wurde zwar in § 2 Abs. 2 S. 1 GOÄ-E gestrichen, dass diese „rechtzeitig“ vor Erbringen der Leistung getroffen werden soll; der Begriff „rechtzeitig“ war aber unklar und lud nur zu Streitigkeiten ein.

Weiterhin bleibt es aber dabei, dass Ärzte, die Honorarvereinbarungen abschließen wollen, weiterhin verpflichtet werden sollen, einen Grund für das Abweichen vom Gebührensatz anzugeben (§ 2 Abs. 2, S. 2 GOÄ-E). Ein Grund für dieses zusätzliche Erfordernis wird weiterhin nicht genannt, zumal auch nicht zwischen Gründen differenziert wird, die eine Honorarvereinbarung rechtfertigen und solchen, wo der Abschluss einer Honorarvereinbarung nicht möglich sein soll. Bislang können Honorarvereinbarungen nur mit der Begründung angegriffen werden, dass die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrach-

ten Leistungen stehen (§ 192 Abs. 2 VVG) oder die Steigerungssätze in der Honorarvereinbarung gegen § 138b BGB (Sittenwidrigkeit/Wucher) verstoßen. Hier sind die Hürden für denjenigen, der dies versuchen will, ausgesprochen hoch. Es muss in beiden Fallkonstellationen eine Vergleichsberechnung angestellt werden. Erst wenn sich bei dieser Vergleichsberechnung herausstellt, dass die Steigerungssätze in der Honorarvereinbarung deutlich (mehr als das Dreifache) über dem liegen, was vergleichbare Behandler für die gleiche ärztliche Leistung nehmen, wäre die Honorarvereinbarung angreifbar. Es kommt somit nicht auf die Höhe der Steigerungssätze an, sondern auf den Vergleich. Denkbar erscheint, dass sich die PKV von einer Verpflichtung der Ärzte, einen Grund für das Abweichen vom Gebührensatz anzugeben, verspricht, bessere Grundlagen für eine Vergleichsberechnung zu haben, um damit unliebsame Honorarvereinbarungen besser angreifen zu können.

MERKE | Derartige Verfahren laufen bereits bundesweit bis zum BGH im Hinblick auf Vertretungsvereinbarungen, die Wahlärzte abschließen können, wenn sie vorhersehbar verhindert sind, die wahlärztlichen Leistungen zu erbringen (vgl. CB 12/2024, Seite 4 ff.) Auch hier möchte die PKV Grund und Dauer der Verhinderung des Wahlarztes wissen, weil man dessen Vertretung nur akzeptieren will, wenn der Wahlarzt gar nicht im Krankenhaus ist und nicht, wenn er im Krankenhaus anwesend, aus anderen Gründen aber daran gehindert ist, den Patienten zu behandeln. Hier wollen BÄK und PKV-Verband offensichtlich ein zweites Arbeitsbeschaffungsprogramm für Rechtsanwälte auflegen.

Interessanterweise soll eine Gebührenvereinbarung nur möglich sein, wenn ein höherer Gebührensatz festgelegt werden soll (§ 2 Abs. 1 S. 1 GOÄ-E). Eine geringere Vergütung kann also nicht einmal dann vom Arzt vertraglich mit dem Patienten vereinbart werden, selbst wenn er möchte. Hier bleibt ein Element des Patientenschutzes auf der Strecke.

Bedenkenswert ist auch, dass weiterhin in der Vereinbarung ein höherer Gebührensatz bei wahlärztlichen Leistungen nur dann möglich ist, wenn der Wahlarzt die Leistungen höchstpersönlich erbringt (§ 2 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E). Auch hierfür ist ein sachlicher Grund nicht erkennbar. Der Patient selbst wird schon wissen, wofür er mehr Geld als nötig zahlt.

§ 4 Abs. 1 GOÄ-E – Leistungserbringung

Weiterhin im Entwurf findet sich die Vorgabe, dass eine Gebühr nur dann abgerechnet werden kann, wenn die Leistung vollständig erbracht wurde (§ 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E). Des Weiteren bleibt es dabei, dass die Leistung auch dann berechnet werden kann, wenn sie „überwiegend“ erbracht wurde, dann jedoch bei Behandlungsbeginn wegen nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten Behandlungsabbruchs nicht vollständig umgesetzt werden kann (§ 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E).

Wann eine Leistung „überwiegend“ erbracht worden ist, bleibt in dem Gesetzentwurf völlig unklar. Dies ist vor allem deshalb problematisch, weil in dem Gebührenverzeichnis zur neuen Gebührenordnung für Ärzte überwiegend mit Komplexleistungen gearbeitet werden soll. Die Gebühren, die es für die dort definierten Komplexleistungen geben soll, erfassen teilweise mehr als ein halbes Dutzend Prozeduren, die zumindest teilweise auch in der Rechnung anzugeben sind. Beispielhaft wird auf die GOÄ-Nr. 7939 (arthroskopische

Höherer Gebührensatz nur, wenn Wahlarzt die Wahlleistung erbringt

Wann ist eine Leistung „vollständig“ bzw. „überwiegend“ erbracht?

Anforderungen an
die Dokumentation
dürften steigen

sche Leistungen an einem Kniegelenk oder in einem Raum) verwiesen. Wann soll hier die Leistung „überwiegend“ erbracht sein? Wenn von neuen Prozeduren fünf erbracht worden sind? Was ist, wenn die Leistungserbringung aus medizinisch begründeten Erwägungen nach der dritten Prozedur abgebrochen wird? Ist die Leistung dann noch „überwiegend“ erbracht oder bekommt der behandelnde Arzt dann gar nichts? Die Klärung dieser Fragen möchte man aufseiten der Bundesärztekammer offensichtlich den Juristen überlassen, was zulasten der Ärzte und der Patienten gehen dürfte. Wenn Bundesärztekammer und PKV-Verband einen gemeinsamen Gesetzentwurf vorlegen, hätte man nach Auffassung der Autoren schon erwarten dürfen, dass man sich bei den Formulierungen etwas mehr Mühe gibt. Angesichts der vielen Komplexleistungen im Gebührenverzeichnis ist hier nach der bislang vorliegenden Fassung des Gesetzentwurfes ein Desaster vorprogrammiert.

§ 4 Abs. 2 GOÄ-E – Laborleistungen

Bezüglich der Laborleistungen soll es dabei bleiben, dass es eines medizinisch plausiblen Kausalzusammenhangs bedürfte (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E). Zwar ist der BÄK insoweit zuzustimmen, als diese Regelung der bisherigen Rechtsprechung des BGH entspricht. Nichtsdestotrotz wird es im Einzelfall zu einer erheblichen Zunahme an Dokumentationsanforderungen kommen, selbst wenn die BÄK dies verneint.

§ 4 Abs. 2a bis 2c GOÄ-E – Vertretung bei Wahlleistungen

Bezüglich der Vertretung bei Wahlärzten wurde im Entwurf eine Verschiebung von Texten vorgenommen, in dem einige Regelungen einen neuen § 4 Abs. 2c GOÄ-E überführt wurden. Im Ergebnis bleibt es jedoch bei den meisten kritisierten Punkten:

- Gestrichen wurde für die Vertretung bei Wahlärzten bei unvorhergesehener Verhinderung, dass der Arzt „aus schwerwiegenden Gründen“ an der Leistungserbringung gehindert sein soll. Diese Formulierung hätte dazu geführt, dass über das Merkmal „schwerwiegend“ gestritten worden wäre.
- Weiterhin bleibt es in dem Kompromisspapier zwischen der BÄK und dem PKV-Verband dabei, dass der Vertreter weiterhin die gleiche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllen müsse. Eine Begründung, warum dies so sein soll, ist nicht ersichtlich. Der Gesetzentwurf, der dem deutschen Ärztetag vorgelegt werden soll, fällt hier deutlich hinter die ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs zurück. Auch hier werden Positionen zu Lasten der Ärzteschaft aufgegeben.

Gesetzentwurf fällt
hinter die ständige
BGH-Rechtsprechung zurück

MERKE | Schon seit Ende des Jahres 2007 unterscheidet der BGH zwischen den Vertretungsfällen der vorhersehbaren und der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung. Im Zusammenhang mit der vorhersehbaren Verhinderung stellt der BGH bislang keine Qualifikationserfordernisse an die Person des ärztlichen Vertreters, dieser muss nicht einmal ständiger ärztlicher Vertreter des Wahlarztes sein, wo man am ehesten die gleiche Qualifikation wie beim Wahlarzt annehmen könnte. Bei der unvorhersehbaren Verhinderung kann der ständige ärztliche Vertreter den Wahlarzt vertreten. Besondere Qualifikationserfordernisse, die an die Person des ständigen ärztlichen Vertreters zu stellen sind, hat die Rechtsprechung bislang nicht verlangt (BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07; CB 01/2008, Seite 1 f.).

- Neu eingeführt wurde eine Klausel, wonach die Vertretung bei Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort grundsätzlich ausgeschlossen sei (§ 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ-E). Der BGH und praktisch alle Instanzgerichte stellen bislang bei der Vertretung des Wahlarztes auf dessen Verhinderung ab. Verhinderung bedeutet, dass der Wahlarzt im Krankenhaus anwesend sein kann, gleichwohl aber verhindert ist, den Patienten zu behandeln. Wahlärzte sind zumeist auch Chefarzte, die nach ihren Anstellungsverträgen mit dem Krankenhaus-träger neben der Patientenbehandlung einen umfangreichen Katalog von Dienstaufgaben erfüllen müssen. Das kann dazu führen, dass diese nicht immer für die Patientenbehandlung zur Verfügung stehen. Hier ist kein Grund ersichtlich, warum sich die Wahlärzte in diesen Fällen nicht ebenfalls vertreten lassen können. Auch an dieser Stelle ist zu befürchten, dass die BÄK wieder Positionen der Ärzteschaft aufgibt, ohne dass dafür Veranlassung besteht.

**Vertretung des Wahl-
arztes bei Anwesen-
heit am Standort
ausgeschlossen**

MERKE | Möglicherweise löst sich dieses Problem allerdings auch dadurch, dass der BGH inzwischen die an einen Wahlarzt zustellenden Anforderungen näher konkretisiert hat (Urteil vom 13.03.2025, Az. III ZR 426/23; Abruf-Nr. 50387714). Wer Wahlarzt werden will, muss eine Behandlungsqualität anbieten können, die über den Facharztstandard hinausgeht. Krankenhausträger werden dann, wenn diese Änderung Gesetz werden sollte, weitere Wahlärzte benennen müssen, die den Anforderungen der Rechtsprechung des BGH genügen, sofern Sie dies können, d. h. genügend qualifizierte Ärzte zur Verfügung stehen. Kleinere Krankenhäuser werden hier gegenüber größeren Einheiten im Nachteil sein und deren Möglichkeiten, wahlärztliche Honorare zu generieren, vermutlich sinken. Ob man dies bei dem Gesetzentwurf wirklich bedacht hat?

- § 4 Abs. 2b GOÄ-E regelt die individuelle Vertretungsvereinbarung bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes wesentlich unpräziser als in der bisherigen Rechtsprechung des BGH (Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07). Anders als der BGH knüpft der Gesetzestext nicht an den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung an, verlangt aber gleichzeitig, dass die Vertretungsvereinbarung „rechtzeitig“ vor der Leistungserbringung geschlossen werden müsse. Ohne einen Bezugspunkt lässt sich jedoch nicht definieren, wann „rechtzeitig“ ist. Nach den Erfahrungen der Autoren in diversen Verfahren dürfte sich dies nur im Einzelfall bestimmen lassen, weshalb man solche Definitionsversuche eher lassen sollte (vgl. CB 02/2025, Seite 3 ff.).



ARCHIV

Hier mobil
im CB 02/2025
weiterlesen



§ 4 Abs. 2d GOÄ-E – Eigene Leistungen bei Wahlleistungen

Interessant ist § 4 Abs. 2d S. 3 GOÄ-E. Diese Regelung sieht vor, dass bei der Übertragung der Rechnungsstellung auf einen Dritten der Auftraggeber auf Verlangen des Patienten die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen und die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen hat.

Bei dieser Neuregelung geht es offensichtlich darum, dass private Krankenversicherungen so die Möglichkeit bekommen, Rechnung und Patientendokumentation zunächst zu prüfen, bevor überhaupt eine Zahlung zugunsten des Rechnungsausstellers erfolgt. Nach § 1 Abs. 1 S. 3a MB/KK besitzen private Versicherungen Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen, d. h., der Patient muss erst zahlen und bekommt dann Aufwendungsersatz, wobei die PKV in diesem Zusammenhang prüfen kann. Nach der Neuregelung in der GOÄ soll erst geprüft werden, bevor etwas gezahlt wird.

Einsichtsrecht des Patienten ist bereits geregelt

Das Recht zur Vorlage der Leistungsdokumentation besteht im Übrigen als Akteneinsichtsrecht des Patienten unabhängig von derartigen Vorgaben (§ 630g Abs. 1 S. 1 BGB). Dabei ist es auch irrelevant, wer tatsächlich die Rechnung ausstellt – ob der Wahlarzt selbst, das Krankenhaus oder eine Abrechnungsstelle. Vielmehr kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass dieser Absatz vor allem den Interessen der Kostenträger dient.

Sollen Analogleistungen ausgeschlossen werden?

§ 6 Abs. 2 GOÄ-E – Analogleistungen

Die Regelung zu den Analogleistungen in § 6 Abs. 2 GOÄ soll weiterhin wie bisher bleiben. Dabei ist als Stichtag der 01.01.2018 genannt. Es wird für den einzelnen Arzt nur schwer zu übersehen sein, ob eine Leistung nicht doch schon vor diesem Stichtag in Deutschland erbracht wurde. Dies kann gegebenenfalls auch im Rahmen einer Studie geschehen sein. Dann wäre jedoch die Abrechnung von Analogleistungen ausgeschlossen.

Gleichzeitig zeugt dieser Passus von einem erheblichen Vertrauen der Beteiligten in ihre Fähigkeit, die gesamte Breite des medizinischen Leistungsgeschehens in der GOÄ und im Leistungskatalog abzubilden. Da im Bereich der privatärztlichen Tätigkeit kein Ausschließlichkeitsprinzip gilt – anders als im GKV-Bereich –, wird es sich kaum vermeiden lassen, dass bestimmte Maßnahmen auch dann später erneut eingebracht wurden.

§ 10 GOÄ-E – Auslagen

Bezüglich der Regelung für die Erstattung von Auslagen in § 10 GOÄ-E ist die Kritik der Autoren nicht aufgegriffen worden. Es bleibt weiter dabei, dass die Berechnung von Pauschalen nur bei Versand- und Portokosten zulässig ist, dort allerdings auch nur dann, wenn diese Pauschalen den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen. Die Beweislast hierfür wird im Zweifel der abrechnende Arzt tragen müssen.

§ 12 GOÄ-E – Rechnung

Bezüglich der Rechnungsstellung ist die Regelung, wonach die Rechnung vorwiegend elektronisch und im Rahmen der Telematik-Infrastruktur übersandt werden soll, nur in der Position verschoben. Sie bleibt weiterhin Bestandteil von § 12 Abs. 2 GOÄ-E. Zum Inhalt ist Folgendes anzumerken

Rechnungsempfänger ist der Patient, der nicht an die TI angebunden ist!

- Es wird übersehen, dass der primäre Rechnungsempfänger der einzelne Patient ist – der jedoch nicht an der Telematik-Infrastruktur teilnimmt. Zwar ist es aus Sicht des PKV-Verbands nachvollziehbar, dass eine elektronische Übermittlung von Rechnungen für die privaten Krankenversicherer zu einer einfacheren Bearbeitung führt. Primärer Vergütungsschuldner ist und bleibt jedoch der Patient selbst, und dieser wird die Rechnung üblicherweise nur per Post oder möglicherweise in elektronischer Form per E-Mail erhalten. Eine Übermittlung im Rahmen der TI, wie es z. B. im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und GKV über das 301er-Datenaustauschverfahren erfolgt, ist im Rahmen der Privatabrechnung deswegen nicht möglich.

MERKE | Im Übrigen ist es auch immer Sache des einzelnen Patienten, ob er eine Rechnung seiner privaten Krankenversicherung zur Erstattung vorlegt oder nicht. Gegebenenfalls hat der Patient auch ein erhebliches Interesse, die Rechnung nicht einzureichen, weil er z. B. seinem privaten Krankenversicherer bestimmte Umstände nicht zur Kenntnis geben will oder weil sein Versicherungsvertrag eine Bonusklausel enthält.

- Bezüglich des Inhalts der Rechnung bleibt es bei den bisherigen sehr umfangreichen Vorgaben, insbesondere bei den Angaben von Diagnosen und Prozeduren nach ICD- und OPS-Schlüsseln.
- Immerhin wurde das Erfordernis gestrichen, dass bei einer Gebührenvereinbarung auch eine Kopie der Vereinbarung beizulegen ist (§ 12 Abs. 2 S. 1 Nr. 7 GOÄ-E). Des Weiteren ist immerhin positiv zu vermerken, dass zur Verwaltungsvereinfachung die Grenze für Auslagenbelege von 50 Euro auf 100 Euro angehoben werden soll. Zudem gilt die Grenze für die einzelnen Auslagen und nicht die Summe der Auslagen (§ 12 Abs. 2 S. 1 Nr. 9 GOÄ-E).
- Für die Rechnungsstellung selbst soll weiterhin ein Formular verwendet werden (§ 12 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E).

**Grenze für
Ausgabenbelege auf
100 Euro angehoben**

■ **Hierzu scheint Folgendes problematisch:**

- Nicht erkennbar ist, welche Folgen es hat, wenn das Formular nicht verwendet wird, weil der Arzt z. B. eine ältere Software weiter nutzt. Ist die Rechnung dann tatsächlich fällig oder ist sie in falscher Form erstellt?
- Und kann der Patient dies überhaupt erkennen? Oder wird die Rechnung dann nicht fällig (§ 12 Abs. 1 S. 1 GOÄ-E)?

- Weiterhin enthält der Entwurf die Regelung, dass die Rechnung an die Erstattungsstelle mit dem Einverständnis der Erstattungsstelle und dem schriftlichen Einverständnis des Patienten auch in elektronischer Form an die Erstattungsstelle, d. h. die Beihilfe oder die PKV, übersandt werden kann (§ 12 Abs. 3 GOÄ-E).

**Übermittlung der
Rechnung an die
Erstattungsstelle ist
kritisch zu sehen**

■ **Dies ist aus folgenden Gründen kritisch zu sehen:**

- Hier wird ein erhebliches Formerfordernis aufgestellt, indem der Patient nämlich „schriftlich“ einwilligen muss. Gleichzeitig kann die Rechnung dann in elektronischer Form übermittelt werden. Es ist anerkannt, dass es in den meisten Fällen keiner persönlichen Unterschrift des Patienten bedarf. Warum wird dieses Formerfordernis jetzt hier eingeführt?
- Zudem setzt diese Möglichkeit weiterhin voraus, dass auch die Abrechnungsstelle mit der elektronischen Übermittlung einverstanden ist. Gleichzeitig bleibt es dabei, dass es keinen direkten Zahlungsanspruch des Arztes gegen die Erstattungsstelle gibt. Zwar kann der Arzt Glück haben, dass die Erstattungsstelle direkt an ihn zahlt, allerdings kann er dies rechtlich nicht erzwingen. Warum sollte der Arzt die Rechnung also an die Erstattungsstelle übermitteln?
- Die Fälligkeit der Rechnung setzt voraus, dass diese beim Zahlungspflichtigen, d. h. dem Patienten, ankommt (§ 12 Abs. 1 S. 1 GOÄ-E). Alles andere stellt nur eine Erleichterung für die PKV dar, ohne dass es den Ärzten einen Vorteil bringt.

- Im Übrigen ist interessant, dass § 12 Abs. 6 GOÄ-E für die Übermittlung der Daten an einen Dritten nur den Nachweis der Einwilligung des Patienten vorsieht, § 12 Abs. 3 GOÄ-E aber eine schriftliche Einwilligung fordert. Dies scheint nicht konsequent zu Ende gedacht.

Bei einzelnen
Facharztgruppen
wird das Honorar
deutlich gesenkt

Wann ist ein Honorar
„auskömmlich?“

Prüfen Sie, ob für
Ihre Facharztgruppe
ein Grundrechts-
eingriff vorliegt!

Änderungen im Gebührenverzeichnis

Die Autoren können hier schon aus Platzgründen nicht auf sämtliche Änderungen im Gebührenverzeichnis eingehen, die vielfach von den ärztlichen Fachverbänden bereits Kritik erfahren haben. Wir möchten aber gleichwohl zum Abschluss auf eine wesentliche Änderung eingehen – die Absenkung des Honorars bei einzelnen ärztlichen Fachgruppen (z. B. Radiologen und Labormediziner), obwohl dort die Praxiskosten nicht gesunken sind, soweit wir dies beurteilen können, und auf die gleichzeitige Anhebung des Honorars bei anderen ärztlichen Fachgruppen.

Nach der bisherigen GOÄ (§ 4 Abs. 3 GOÄ) waren die Praxiskosten in den Gebühren enthalten. Dies ist grundsätzlich auch so beibehalten worden (§ 4 Abs. 4 GOÄ-E). Nach der Rechtsprechung des BGH bedeutete dies bislang, dass nach Abzug der Praxiskosten bei den ärztlichen Leistungen für die betroffenen Ärzte ein auskömmliches Honorar übrig bleiben musste, was immer man auch unter „auskömmlich“ versteht:

- So hat der BGH in einem Urteil vom 27.05.2004, Az. III ZR 264 / 03 für Zahnärzte eine Ausnahme von dem Prinzip anerkannt, dass Auslagen als Praxiskosten mit den Gebühren abgegolten sind. Die Ausnahme gilt für Implantat-Bohrsätze, deren Preis mehr als 50 Prozent der Gebühren für die damit erbrachten zahnärztlichen Leistungen aufzehrt.
- In einem Urteil vom 21.01.2010, III ZR 147/09 hat der BGH für Fortentwicklungen in der Medizin (computernavigierte Endoprotheseneinbringung) festgestellt, dass diese nicht selbstständig abrechenbar sind, wenn es sich um besondere Ausführungen der „Normalleistung“ der endoprothetischen Versorgung des Kniegelenks handelt. Dies würde aber dann nicht gelten, wenn die Vergütung für den Arzt nicht mehr auskömmlich ist, wenn er für diese Leistung kein gesondertes Honorar bekommen kann.

PRAXISTIPP | Den betroffenen Facharztgruppen, die Kürzungen ihrer Honorare zu beklagen haben, bzw. ihren Berufsverbänden ist deshalb zu empfehlen, durchrechnen zu lassen, ob bei Bestehenbleiben dieser Kürzungen immer noch von einer auskömmlichen Vergütung auszugehen ist oder ob nach Abzug der Praxiskosten von der Vergütung für die ärztliche Tätigkeit nicht mehr viel übrig bleibt. Wäre dies der Fall, könnte man über einen Grundrechtseingriff zulasten der Ärzte dieser Fachrichtungen nachdenken und hätte gegebenenfalls juristische Ansatzpunkte, dagegen vorzugehen.

Fazit: Ob die GOÄ-E die Ärzteschaft voranbringt, ist unklar

Es ist positiv zu sehen, dass die BÄK auf Kritik reagiert. Insgesamt gesehen bleibt es aber offen, ob dieser Entwurf tatsächlich der große Wurf ist, der auch die Ärzteschaft voranbringt.

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der Paragrafenteil der vorgeschlagenen Neufassung der GOÄ – ein Desaster für die Ärzte! (CB 11/2024, Seite 4 ff.)

SIEHE AUCH
Beitrag auf der
nächsten Seite



GOÄ

Der Paragrafenteil der vorgeschlagenen Neufassung der GOÄ – ein Desaster für die Ärzte!

von RA, FA für ArbR und MedR Dr. Tilman Clausen, armedis.de und RA, FA MedR Dr. Kyrill Makoski, LL. M. (Boston University), moellerpartner.de

Die GOÄ wurde zuletzt 1982 vollständig überarbeitet. 1996 gab es nur kleinere Änderungen. Seit Jahren gibt es daher Forderungen, die GOÄ an den aktuellen Stand der Medizin sowie das heutige Preisniveau anzupassen. Es war abzusehen, dass der Ordnungsgeber diese Neufassung nicht erstellen würde. Daher haben die Bundesärztekammer (BÄK), der Verband der privaten Krankenversicherungen und die Beihilfestellen eine neue Gebührenordnung (im Folgenden: GOÄ-E) entworfen und den Entwurf den ärztlichen Fachverbänden vorgestellt. Anfang Oktober sollte der Entwurf dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) übergeben werden. Wegen zahlreicher kritischer Rückmeldungen wurde dies um ein halbes Jahr verschoben. In der Diskussion bislang völlig unberücksichtigt geblieben ist, welche Folgen der neue Paragrafenteil für die Ärzteschaft im Allgemeinen sowie für Chefärzte und Krankenhäuser im Besonderen haben wird.

Anwendungsbereich (§ 1 Abs. 1 GOÄ-E)

Die GOÄ soll weiterhin die Vergütung für die beruflichen Leistungen der Ärzte regeln. Angesichts der aktuellen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH, Urteil vom 04.04.2024, Az. III ZR 38/23; CB 06/2024, Seite 5 ff. sowie Urteil vom 13.06.2024, Az. III ZR 279/23; CB 09/2024, Seite 10 f.) wäre es sinnvoll, die Norm anzupassen und klarzustellen, dass es nicht auf die Person des Leistungserbringers bzw. Behandlers ankommt, sondern auf die Art und Weise der Leistungserbringung – nämlich eine ambulante Behandlung von Patienten, unabhängig von den Strukturen, in denen die Leistungen erbracht werden.

Gebührenstruktur und Gebührenvereinbarung (§ 2 GOÄ-E)

Das bisherige System von Gebührenziffern, die je nach Schwierigkeit der Ausführung gesteigert werden können, soll aufgegeben werden. Es soll dann nur noch ein nicht unterschreitbarer Gebührensatz abgerechnet werden können. Die bisherige Flexibilität in der Gebührenberechnung entfällt damit, die Umstände des Einzelfalls (z. B. besonders aufwendige Ausführung, Kommunikationsprobleme etc.) bleiben unberücksichtigt. Als Alternative bleibt nur noch die Gebührenvereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ-E, mit der die Gebührensätze nur gesteigert werden können (nicht vermindert). Wie schon jetzt sind bestimmte Leistungen von Gebührenvereinbarungen ausgeschlossen.

Bei der Gebührenvereinbarung soll es bei den bisherigen Vorgaben im Grunde bleiben (§ 2 Abs. 2 GOÄ-E). Allerdings wird zusätzlich gefordert, dass die Vereinbarung „rechtzeitig“ vor der Leistungserbringung geschlossen wird – was auch immer dies heißen soll. Außerdem soll in der Vereinbarung der „Steigerungsgrund“ angegeben werden. Dies ist eine deutliche Verschärfung



ARCHIV

Hier mobil
im CB 06/2024
weiterlesen



ARCHIV

Hier mobil
im CB 09/2024
weiterlesen



Steigern soll nur
noch per Gebühren-
vereinbarung
möglich sein

Gebührenverein-
barung soll künftig
begründet werden

zur aktuellen Rechtslage, denn bisher wird eine freiwillige Vereinbarung zwischen Arzt und Patient respektiert – und nicht nach dem Grund gefragt. Möglicherweise wird es dann „akzeptable“ und „inakzeptable“ Gründe für eine Vergütungsvereinbarung geben.

Die Vereinbarung soll weiterhin schriftlich geschlossen werden, d. h., sie bedarf der Unterschrift von Arzt und Patient. Die aktuelle Tendenz zur Formerleichterung – z. B. durch den Wechsel zur Textform – soll nicht übernommen werden.

Verlangensleistungen (§ 1 Abs. 2 GOÄ-E)

Nach § 1 Abs. 2 GOÄ können Ärzte schon immer grundsätzlich nur medizinisch notwendige ärztliche Leistungen abrechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst erbracht worden sind. Sogenannte Verlangensleistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, durfte der Arzt nur berechnen oder beauftragen, wenn sie auf Verlangen des zahlungspflichtigen Patienten erbracht worden sind.

■ Geplante Ergänzung der Regelung

„Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der gemeinsamen Kommission nach § 11a Bundesärzteordnung (BÄO) sind zu beachten.“

**Pflicht zur Kosten-
aufklärung ist
bereits in § 630c BGB
normiert ...**

**... wozu soll dann
die „Neuregelung“
gut sein?**

Diese Neuregelung findet sich bereits in § 630c Abs. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Dort wird der Behandler zur wirtschaftlichen Unterrichtung des Patienten vor Behandlungsbeginn verpflichtet, wenn er weiß oder hinreichende Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist. Dann muss er den Patienten in Textform darüber informieren.

Daher stellt sich die Frage nach dem Sinn dieser Neuregelung, da es eine solche Verpflichtung für Behandler bereits gibt. Zudem ist die Neuregelung in der GOÄ-E weiter gefasst als in § 630c Abs. 3 BGB. Dort muss nur „vor Behandlungsbeginn“ unterrichtet werden, hier soll die Unterrichtung „rechtzeitig“ erfolgen, was immer auch damit gemeint ist. § 630c Abs. 3 S. 2 BGB regelt ausdrücklich, dass weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften unberührt bleiben. Das heißt, dass Behandler in solchen Fällen zukünftig doppelt zur Unterrichtung verpflichtet sein werden, einmal nach § 630c Abs. 3 BGB und daneben nach § 1 Abs. 2 GOÄ-E. Bürokratischer geht es kaum noch.

Das nächste Problem, das auf die Behandler zukommt, ist die Frage, was unter „rechtzeitig“ zu verstehen ist. Darüber kann man unterschiedlicher Meinung sein, sodass dies vermutlich erst durch die Gerichte geklärt wird. Es wäre vernünftiger, auf diesen Zusatz und die Neuregelung ganz zu verzichten, da der beabsichtigte Zweck mit § 630c Abs. 3 BGB bereits erreicht wird.

Schließlich soll der Patient – immerhin nur in Textform – über die Höhe des voraussichtlichen Honorars informiert werden (§ 1 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E). Der BGH hatte schon vor Jahren entschieden, dass diese Information kaum gegeben werden kann – weil im Vorhinein nicht wirklich abzusehen ist, welche Gebührenziffern abgerechnet werden können. Unklar bleibt auch, was daraus folgt, wenn die Information unzutreffend ist, d. h. das letztendliche Honorar deutlich höher ist. Gibt es dann – vergleichbar § 649 BGB – ein Sonderkündigungsrecht für den Patienten?

Information über „voraussichtliches Honorar“ ist so gut wie unerfüllbar

Gebühren (§ 4 Abs. 1 GOÄ-E)

Die Vorschrift des § 4 GOÄ, schon immer die Zentralvorschrift der GOÄ, wurde grundlegend neu gefasst und wesentlich erweitert. Daher werden im Folgenden die einzelnen Absätze dieses Paragraphen der Reihe nach näher erläutert.

Zentralvorschrift der GOÄ wurde wesentlich erweitert

■ Geplante Ergänzung der Regelung

„Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden können (...).“

Die Regelung, dass die Gebühr für eine Leistung nur berechnet werden kann, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist, ist praktisch sinnvoll, wenn sich für jede einzelne Gebührenordnungsziffer aus dem neuen Gebührenverzeichnis zur GOÄ-E eindeutig ergibt, was deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt ist. Bleibt dies dagegen im Gebührenverzeichnis unklar, wird es darüber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Einzelfall Streit mit den Kostenträgern geben.

Bei den Regelungen zum Grad der Leistungserbringung ...

Wenn eine Berechnung auch dann erfolgen kann, wenn eine Leistung „überwiegend“ erbracht worden ist, wird dies nur reibungslos funktionieren, wenn im Gebührenverzeichnis für jede einzelne Gebührenordnungsposition definiert ist, wann die Leistung überwiegend erbracht worden ist. Geschieht dies nicht, wird es auch hier wieder Streit geben. Die übrigen Voraussetzungen für die Abrechnung einer Leistung, die nur überwiegend erbracht worden ist, müssen vonseiten des ärztlichen Behandlers sorgfältig dokumentiert werden, ansonsten lässt sich hier die Abrechnung in der Praxis kaum durchsetzen.

... ist Streit mit den Kostenträgern vorprogrammiert!

Basislabor (§ 4 Abs. 2 GOÄ-E)

§ 4 Abs. 2 GOÄ-E regelt die Abrechnung des Basislabors, die bislang in § 4 Abs. 2 S. 2 GOÄ geregelt ist. Auch hier ist eine Ergänzung geplant:

■ Geplante Ergänzung der Regelung

„Eine veranlasste oder selbst erbrachte Laborleistung muss in einem medizinisch plausiblen Kausalzusammenhang mit der zugrunde liegenden Diagnose oder Fragestellung bestehen.“

Dokumentations-
aufwand bei
Laborleistungen
wird stark erhöht

Chefärzte bettenführender Abteilungen, die Leistungen des Basislabors abrechnen wollen, oder Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die die Laborleistungen insgesamt abrechnen, werden durch diese Neuregelung zu erheblichem zusätzlichem Dokumentationsaufwand gezwungen. Die Tendenz zur immer weiteren Bürokratisierung im Gesundheitswesen wird dadurch verstärkt. Im Übrigen war dies – soweit erkennbar – schon bisher kein praktisches Problem. Der BGH hatte schon im Urteil vom 14.01.2010, Az. III ZR 188/09 festgestellt, dass § 1 Abs. 1 GOÄ den Umfang der abrechenbaren Laborleistungen begrenzt auf die medizinisch erforderlichen Untersuchungen.

Normierung der
Vertretung des Wahl-
arztes sollte nach-
gebessert werden

Vertretung des Wahlarztes (§ 4 Abs. 2a GOÄ-E)

In § 4 Abs. 2a und Abs. 2b GOÄ-E wurde versucht, die Vertretung des Wahlarztes im Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen, die bisher nur durch Richterrecht geregelt und in der Praxis im Detail sehr umstritten ist, gesetzlich zu regeln. Dieser Versuch schlug nach Meinung der Verfasser leider ebenfalls fehl und sollte überarbeitet werden, bevor man den Text dem BMG vorlegt.

■ Geplante Ergänzung der Regelung

„[...] So kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus nicht vorhersehbaren schwerwiegenden Gründen an der Leistungserbringung gehindert ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung genannten Arzt desselben Fachgebiets erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. In der Wahlleistungsvereinbarung kann darüber hinaus für die Erbringung von in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein weiterer Vertretungsarzt benannt werden, der durch seine fachliche Qualifikation und Erfahrung die bestimmten Leistungen über die Voraussetzungen nach S. 1 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann.“

Unklar: Was ist ein
„schwerwiegender
Verhinderungs-
grund“?

Nach Auffassung des BGH (Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07, CB 08/2024, Seite 9 ff.) galt bislang, dass Wahlärzte, wenn sie aus bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung nicht vorhersehbaren Gründen verhindert sind, sich durch ihren ständigen ärztlichen Vertreter vertreten lassen können. Nach der Neuregelung müssen diese Gründe zusätzlich „schwerwiegend“ sein, wobei völlig unklar bleibt, was ein „schwerwiegender“ Grund ist. Dies müssen wiederum erst die Gerichte klären und es wird hier ein Arbeitsbeschaffungsprogramm für Rechtsanwälte aufgelegt. Der Sinn dieser Verschärfung gegenüber der bisherigen Rechtslage ist zudem völlig unklar. Der BGH wies in seinem Urteil vom 20.12.2007 zutreffend darauf hin, dass jeder Patient mit einer bei Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes rechnen müsse. Warum diese Verhinderungsgründe jetzt zusätzlich „schwerwiegend“ sein müssen, erschließt sich den Verfassern nicht. Und warum soll die Vertretung bei „einfachen“ Gründen nicht möglich sein?

Anforderungen an
die Qualifikation des
ärztlichen Vertreters
sind überzogen

Aus mehreren Gründen ausgesprochen problematisch erscheinen auch die zusätzlichen Qualitätsanforderungen, die an die Vertreter des Wahlarztes gestellt werden. Diese müssen die gleiche Qualifikation wie der Wahlarzt haben oder sogar eine darüber hinausgehende Qualität. Qualität ist aber nicht messbar, sodass durch diese Neuregelung wiederum dem Streit „Tür und Tor geöffnet“ wird. Kleinere Krankenhäuser werden im Übrigen durch diese Neuregelung extrem benachteiligt, da es ihnen wesentlich schwerer

fallen dürfte, genügend ständige ärztliche Vertreter mit der hier geforderten Qualifikation aufzubieten, sodass die Einnahmen dieser Krankenhäuser aus Vertreterleistungen zukünftig deutlich sinken können, wenn nicht die Abrechnung von Vertreterleistungen ganz unmöglich wird.

Nach § 4 Abs. 2 GOÄ-E können für jeden Wahlarzt mindestens zwei ständige ärztliche Vertreter benannt werden, die entsprechend qualifiziert sein müssen. Auch dies wird schwieriger werden, je kleiner das Krankenhaus ist. Der BGH war bisher davon ausgegangen, dass nur ein ständiger ärztlicher Vertreter pro Wahlarzt zulässig ist, was mit dem Wortlaut der §§ 4 Abs. 2 S. 3 und 5 Abs. 5 GOÄ begründet wurde. Die Rechtsprechung der Instanzgerichte hatte dies dahin gehend erweitert, dass jeder Wahlarzt auch mehrere ständige ärztliche Vertreter haben kann, wenn sein Zuständigkeitsbereich so aufgeteilt wird, dass jeder dieser Ärzte alleiniger ständiger ärztlicher Vertreter für einen Teil des Zuständigkeitsbereichs wird. Diese Instanzrechtsprechung wird durch die Neufassung des Paragrafenteils bestätigt, es ist nur negativ zu bemerken, dass die Qualifikation als Vertreter an bestimmte, nicht messbare Voraussetzungen geknüpft wird, was Raum für uferlose Streitigkeiten eröffnet.

Die Vorgaben zur persönlichen Leistungserbringung sollen auch gelten, wenn Wahlleistungen im Rahmen der Hybrid-DRG nach § 115f SGB V erbracht werden (§ 4 Abs. 2a S. 4 GOÄ-E; CB 09/2024, Seite 9).

Vertretungsvereinbarung (§ 4 Abs. 2b GOÄ-E)

In § 4 Abs. 2b GOÄ-E wird jetzt die Vertretung des Wahlarztes für den Fall geregelt, dass seine Verhinderung absehbar ist. Hier bleibt wiederum – wie überall im Paragrafenteil – vieles unklar. Offen bleibt, wann die Verhinderung des Wahlarztes absehbar sein muss. Während der BGH nicht von „absehbarer“, sondern von „vorhersehbarer“ Verhinderung gesprochen und damit an den Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung angeknüpft hat, bleibt der Anknüpfungspunkt in der Neuregelung des Paragrafenteils völlig unklar. Wann muss die Verhinderung des Wahlarztes absehbar sein?

Der BGH hat zudem in seinem Urteil vom 20.12.2007, Az. III ZR 144/07 auf den Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen abgestellt, in dem der Wahlarzt persönlich tätig werden muss, wenn die wahlärztlichen Leistungen abgerechnet werden sollen. Außerhalb des Kernbereichs ist eine Vertretung unter den in der GOÄ genannten Voraussetzungen ohne Weiteres möglich. In § 5 Abs. 5 GOÄ ist bisher zusätzlich geregelt, dass wahlärztliche Leistungen unter den dort genannten Voraussetzungen auch durch nachgeordnete Ärzte erbracht werden können, wenn sie nicht zum Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen gehören. Diese Klausel soll in der Neufassung ersatzlos gestrichen werden. Somit wäre völlig unklar, ob es bei der Vertretung des Wahlarztes weiterhin nur um den Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen geht oder mehr.

§ 4 Abs. 2b GOÄ-E regelt die Vertretung des Wahlarztes bei absehbarer Verhinderung durch eine individuelle Vertretungsvereinbarung, wobei im Wesentlichen die Vorgaben der Rechtsprechung des BGH vom 20.12.2007 übernommen werden mit der Maßgabe, dass der Patient jetzt über die ihm

Instanzrechtsprechung zur Zahl der Vertreter durch Neufassung z. T. bestätigt

Wann muss die Verhinderung des Wahlarztes absehbar sein?

Regelung zur Vertretung außerhalb des Kernbereichs ersatzlos gestrichen

Patient muss über die angebotenen Alternativen aufgeklärt werden

Bei der Vertretungs-
vereinbarung
gibt die BÄK
Rechtspositionen auf

angebotenen Alternativen aufgeklärt werden muss. Dies dürfte definitiv nur in der Form möglich sein, dass bei Abschluss der individuellen Vertretungsvereinbarung die Aufklärung des Patienten durch einen Arzt erfolgen muss.

Die individuelle Vertretungsvereinbarung soll „rechtzeitig“ vor der Leistungserbringung abgeschlossen werden. Was „rechtzeitig“ bedeutet, ist wiederum nicht definiert. Auch hierüber wird es zwangsläufig Streit geben.

Bislang wird die Rechtsprechung des BGH zur Vertretung des Wahlarztes im Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen so verstanden, dass Grund und Dauer der Verhinderung des Wahlarztes nicht anzugeben sind. § 4 Abs. 2a und Abs. 2b GOÄ-E sind eindeutig so zu verstehen, dass diese Verpflichtung für Behandler nunmehr hinzutritt. Dabei haben diejenigen, die für die Neuregelung verantwortlich sind, offensichtlich übersehen, dass der Angabe des Grundes der Verhinderung des Wahlarztes sowohl der Datenschutz als auch dessen allgemeines Persönlichkeitsrecht entgegenstehen können, die Dauer der Verhinderung wird man in vielen Fällen bei Abschluss einer Vertretungsvereinbarung gar nicht wissen. Und was passiert, wenn der Zeitraum der Verhinderung überschritten wird? Die BÄK gibt mit diesem Gesetzentwurf Rechtspositionen auf, um die derzeit erbittert vor den ordentlichen Gerichten gestritten wird und zu denen mindestens ein Revisionsverfahren beim BGH anhängig ist. Gründe hierfür sind nicht ersichtlich.

Beschränkung der persönlichen Leistungserbringung (§ 4 Abs. 2c GOÄ-E)

Leistungs-
dokumentation
wurde überreguliert

In § 4 Abs. 2c GOÄ-E findet sich eine angepasste Version des bisherigen § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ, ergänzt um umfangreiche Verpflichtungen des ärztlichen Behandlers bzw. dessen Abrechnungsstelle, die Leistungsdokumentation vorzulegen und die korrekte, der tatsächlichen dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen (§ 4 Abs. 2c S. 3 GOÄ-E). Warum dies zusätzlich in die GOÄ aufgenommen werden soll, erschließt sich ebenfalls nicht. Anspruch auf die Patientendokumentation hat der Patient bereits aus § 630g BGB bzw. Art. 15 Datenschutzgrundverordnung. Einer zusätzlichen Regelung in der GOÄ bedarf es deshalb nicht. Die Tatsache, dass Ärzte korrekt abrechnen, sollte eine Selbstverständlichkeit sein. Warum man dies gesondert bestätigen soll, ist ebenfalls nicht ersichtlich.

Zielleistungsprinzip (§ 4 Abs. 3 GOÄ-E)

Besondere Ausführ-
ung einer Leistung
ist unklar geregelt

In § 4 Abs. 3 GOÄ-E wird das sogenannte Zielleistungsprinzip geregelt, das sich bisher im § 4 Abs. 2a GOÄ findet. Danach können Leistungen, die Bestandteil einer anderen Leistung sind, nicht gesondert berechnet werden. Problematisch ist die Regelung des § 4 Abs. 3 S. 2 GOÄ-E, wonach die besondere Ausführung einer Leistung auch die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der Leistung nach dem Gebührenverzeichnis umfasst. Zwar hat der BGH im Rahmen seiner Rechtsprechung zu Analogleistungen eine vergleichbare Linie vertreten. Dennoch ist diese Klausel unklar und beschränkt zudem die Möglichkeiten, auf den medizinischen Fortschritt zu reagieren.

Gestrichen werden soll § 4 Abs. 2a S. 3 GOÄ, wonach die Kosten der Rufbereitschaft nicht gesondert berechnet werden können.

Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 GOÄ-E)

§ 6 Abs. 2 GOÄ-E regelt die Analogabrechnung wie bisher, enthält aber auch die zusätzliche Verpflichtung, dass der Arzt den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren hat, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. Auch die Sinnhaftigkeit dieser Regelung erschließt sich nicht, da offenbleibt, was der Patient überhaupt von dieser Information haben soll, da es sich auch bei analog abgerechneten ärztlichen Leistungen regelmäßig um medizinisch notwendige Leistungen handeln dürfte, sodass der Patient ohnehin keine Wahl haben dürfte.

Des Weiteren wird die Möglichkeit der Analogabrechnung beschränkt auf Leistungen, die erstmals nach dem 01.01.2018 in Deutschland angewendet werden. Wie soll der einzelne Arzt dies beurteilen können? Und warum wird dieser Stichtag genannt? Gehen die Beteiligten davon aus, dass alle bis zu diesem Stichtag in Deutschland erbrachten Leistungen im Gebührenverzeichnis abgebildet sind?

Fortentwicklung des Gebührenverzeichnisses (§ 11a Bundesärzteordnung-E)

Das Projekt sieht auch die Einführung von § 11a Bundesärzteordnung vor. Danach soll eine Gemeinsame Kommission, deren Mitglieder von der Bundesärztekammer, dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfestellen benannt werden und die der Rechtsaufsicht des BMG unterliegen, Empfehlungen beschließen. Als Aufgaben werden genannt die Anpassung der GOÄ an den medizinischen Fortschritt, die Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, die analoge Anwendung von Gebührensätzen und die Interpretation von Abrechnungsbestimmungen. Die Empfehlungen werden dem BMG vorgelegt; dieses soll innerhalb von sechs Monaten mitteilen, ob die GOÄ entsprechend geändert werden soll.

Unterstützt werden soll die Gemeinsame Kommission durch eine Datenstelle. Welche Daten erhoben werden sollen, ist nur in groben Zügen geregelt – alle Daten, die für die Empfehlungen erforderlich sind. Die Kosten dieser Kommission sollen die Gruppen, die die Mitglieder entsenden, gemeinsam tragen (d. h. BÄK, PKV-Verband und Bund und Länder). Die Kosten der Datenstelle tragen nur die BÄK und der PKV-Verband. Die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zur Analogabrechnung sollen nach § 6 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E von den Ärzten zu beachten sein.

Pauschalen (§ 10 Abs. 1 GOÄ-E)

In der Praxis gibt es immer wieder das Problem, dass die genauen Kosten für Auslagen nach § 10 Abs. 1 GOÄ nur schwer ermittelt werden können. Dennoch

Die Erbringung von Analogleistungen ist dem Patienten vorab mitzuteilen und ...

... auf Leistungen beschränkt, die nach dem 01.01.2018 angewendet werden

Gemeinsame Kommission soll Empfehlungen zur GOÄ beschließen

Umfang erhobener Daten ist nur grob geregelt

Pauschalen nur für Versand- und Portokosten erlaubt

soll es beim Verbot der Berechnung von Pauschalen bleiben (§ 10 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E). Nur eine Ausnahme wird gestattet, nämlich die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten (§ 10 Abs. 1 S. 4 GOÄ-E). Dies entspricht der bisherigen Erstattungspraxis der PKV.

Vorgaben an die Rechnungsstellung (§ 12 GOÄ-E)

Diagnosen und
Prozeduren sind auf
der Rechnung
anzugeben

Die Anforderungen an die Rechnungsstellung werden in der Neuregelung des § 12 GOÄ wesentlich erhöht, was zu erheblichen Mehraufwand bei der Rechnungsstellung und damit verbundenen Mehrkosten führen dürfte. So sind jetzt auch Diagnosen und Prozeduren nach den amtlichen Schlüsseln anzugeben – wie bei Krankenhausrechnungen. Diese Daten werden insbesondere im ambulanten Bereich nur beschränkt angegeben, und alleine die Codes helfen dem durchschnittlichen Patienten nicht weiter.

Kopie der Steige-
rungsvereinbarung
ist der Rechnung
beizufügen

Sollte eine Steigerungsvereinbarung nach § 2 Abs. 1 GOÄ-E abgeschlossen worden sein, ist eine Kopie dieser Vereinbarung (die der Patient schon nach § 2 Abs. 2 S. 5 GOÄ-E erhalten soll) beizufügen (§ 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 7 GOÄ-E). Diese Doppelung dient nur dem Interesse der privaten Krankenversicherer, die dann nicht mehr den Patienten nach der Vereinbarung fragen müssen. Allerdings decken die meisten Versicherungsverträge ohnehin nur die „Grundvergütung“ ab, d. h. eine zusätzliche Vergütung muss in aller Regel der Patient selbst tragen – warum muss er erneut eine Kopie der Vereinbarung erhalten?

Bei Auslagen wird die Grenze, ab der ein Beleg beigelegt werden muss, auf 50 Euro angepasst (§ 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 9 GOÄ-E).

Werden Laborleistungen abgerechnet und dabei auch Versandkosten in Rechnung gestellt, soll in Zukunft auch der Ort der Leistungserbringung angegeben werden (§ 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 10 GOÄ). Damit kann die PKV prüfen, ob die Versandkosten „plausibel“ sind.

Rechnungen
sollen binnen sechs
Monaten gestellt
werden („Anregung“)

Um zu vermeiden, dass erst nach Jahren Rechnungen gestellt werden, ist als „Anregung“ vorgesehen, dass Rechnungen innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden sollen (§ 12 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E). Im Moment ist es zumindest theoretisch möglich, auch nach Jahren noch Leistungen abzurechnen, da die Verjährungsfrist von drei Jahren erst mit der Fälligkeit der Rechnung, d. h. der Rechnungsstellung beginnt. Die meisten Ärzte werden aber schon aus Eigeninteresse die Rechnung so schnell wie möglich stellen.

FAZIT | Mit der Neufassung der GOÄ werden einige Probleme der bestehenden GOÄ gelöst – und die doppelte Zahl neu geschaffen. Es bleibt zu hoffen, dass die laufende Überarbeitung dazu führt, dass zumindest einige der in diesem Beitrag angesprochenen Fragen geklärt werden, damit die neue GOÄ nicht zum Arbeitsbeschaffungsprogramm für Juristen wird.

SIEHE AUCH
Beitrag auf Seite 13
dieser Ausgabe



WEITERFÜHRENDER HINWEIS

- Der Paragrafenteil der vorgeschlagenen Neufassung der GOÄ – ein Desaster für die Ärzte! [CB 11/2024, Seite 4 ff.]

REDAKTION | Sie haben Fragen oder Anregungen zur Berichterstattung? Schreiben Sie an IWW Institut, Redaktion „CB“

Aspastr. 24, 59394 Nordkirchen Fax: 02596 922-80, E-Mail: cb@iww.de

Als Fachverlag ist uns individuelle Rechtsberatung nicht gestattet.

ABONNENTENBETREUUNG | Fragen zum Abonnement beantwortet Ihnen der

IWW Institut Kundenservice, Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Telefon: 0931 4170-472, Fax: 0931 4170-463, E-Mail: kontakt@iww.de

Bankverbindung: DataM-Services GmbH, Postbank Nürnberg

IBAN: DE80 7601 0085 0007 1398 57, BIC: PBNKDEFFXXX



IHR PLUS IM NETZ | Online – Mobile – Social Media

Online: Unter cb.iww.de finden Sie

■ Downloads (Musterverträge, -schreiben, Arbeitshilfen, Checklisten u.v.m.)

■ Archiv (alle Beiträge seit 2003)

■ Rechtsquellen (Urteile, Gesetze, Verwaltungsanweisungen u.v.m.)

Vergrößern Sie Ihren Wissensvorsprung: Registrieren Sie sich auf iww.de/registrieren, schalten Sie Ihr Abonnement frei und lesen Sie aktuelle Fachbeiträge früher.

Rufen Sie an, wenn Sie Fragen haben: 0931 4170-472.

Mobile: Lesen Sie „CB“ in der myIWW-App für Smartphone/Tablet-PC.

■ Appstore (iOS)

■ Google play (Android)

→ Suche: myIWW oder scannen Sie den QR-Code



Social Media: Folgen Sie „CB“ auch auf facebook.com/cb.iww



NEWSLETTER | Abonnieren Sie auch die kostenlosen IWW-Newsletter für Gesundheitsberufe auf iww.de/newsletter:

■ CB-Newsletter

■ BGH-Leitsatz-Entscheidungen

CHEFÄRZTEBRIEF (ISSN 1436-638X)

Herausgeber und Verlag | IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Geschäftsführer: Bernhard Münster, Günter Schürger, Telefon: 02596 922-0, Fax: 02596 922-80, E-Mail: info@iww.de, Internet: iww.de, Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg

Redaktion | Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur); Stefan Lemberg M. A. (Redakteur, verantwortlich)

Bezugsbedingungen | Der Informationsdienst erscheint monatlich. Er kostet pro Monat 19,00 Euro einschließlich Versand und Umsatzsteuer. Das Abonnement ist jederzeit zum Monatsende kündbar.

Hinweise | Alle Rechte am Inhalt liegen beim IWW Institut. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des IWW Instituts erlaubt. Der Inhalt des Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität des Themas und der ständige Wandel der Rechtsmaterie machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verzichten wir auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d). Dies beinhaltet keine Wertung.

Bildquellen | Titelbild: © WavebreakMediaMicro - stock.adobe.com, Sebastian Duda - stock.adobe.com

Druck | H. Rademann GmbH Print + Business Partner, 59348 Lüdinghausen

Zentrale Anlaufstelle für Fragen zur Produktsicherheit | Bernhard Münster, Tel. 02596 922-13, E-Mail: produktsicherheit@iww.de

GOGREEN

Wir versenden klimafreundlich
mit der Deutschen Post

IMPRESSUM

IHR ABO KANN MEHR!

Ohne zusätzliche Kosten.
Jetzt weitere Nutzer freischalten!

**1 Abo =
3 Nutzer**

Holen Sie jetzt alles aus Ihrem Abo raus!

CB ChefärzteBrief unterstützt Sie optimal im beruflichen Alltag. Aber nutzen Sie in Ihrer Kanzlei auch das ganze Potenzial?

Unser Tipp: Nutzen Sie den Informationsdienst an möglichst vielen Arbeitsplätzen und schalten Sie die digitalen Inhalte für zwei weitere Kollegen frei! Das kostet Sie nichts, denn in Ihrem digitalen Abonnement sind **automatisch drei Nutzer-Lizenzen** enthalten.

Der Vorteil: Ihre Kollegen können selbst nach Informationen und Arbeitshilfen suchen – **und Sie verlieren keine Zeit** mit der Abstimmung und Weitergabe im Team.

Und so einfach geht's: Auf iww.de anmelden, weitere Nutzer eintragen, fertig!

**Kurzanleitung
herunterladen unter:
www.iww.de/s7219**