

Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ

Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen / Makoski im ChefärzteBrief 11/2024¹

Im oben genannten Beitrag im ChefärzteBrief (CB) werden verschiedene Aspekte des Paragrafenteils im Entwurf für eine neue GOÄ (GOÄ-E) kritisch bewertet. Bundesärztekammer und PKV-Verband haben die vorgetragenen Argumente sorgfältig und ergebnisoffen geprüft. Im Ergebnis greift die sehr weitgehend gefasste Kritik insgesamt nicht durch. In einzelnen Punkten zeigen sich Missverständnisse, denen Bundesärztekammer und PKV-Verband durch klarstellende Anpassungen im GOÄ-E begegnen werden.

1. Anwendungsbereich

Regelung:

(§ 1 Abs. 1 GOÄ-E) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

CB:

Nach Auffassung der Verfasser soll die GOÄ angesichts aktueller BGH-Rechtsprechung dahingehend angepasst werden, dass die Vergütung ärztlicher Leistungen unabhängig von der Person des Leistungserbringers erfolgt und allein die Art der ambulanten Behandlung im Fokus stehe, ungeachtet der Strukturen, in denen sie erbracht wird.

Erläuterung:

Die Annahme, die GOÄ gelte nur für ambulante Behandlungen ist unzutreffend. Die GOÄ gilt selbstverständlich auch für Leistungen des Wahlarztes² im stationären Bereich. Daneben entspricht der Wortlaut zum Anwendungsbereich des GOÄ-E dem der derzeit geltenden GOÄ. Dementsprechend hat der BGH in zwei aktuellen Urteilen die notwendige Klarstellung vorgenommen.³

Unabhängig davon kann es keinesfalls im Interesse der Ärzteschaft liegen, durch die von den Verfassern des Beitrags vorgeschlagene Änderung die persönliche Leistungserbringung und das unmittelbare Arzt-Patienten-Verhältnis (zentrale Merkmale der freiberuflichen Tätigkeit) zugunsten von nicht näher bezeichneten „Strukturen“ zu schwächen.

¹ Seither ist zusätzlich in der Zeitschrift für das gesamte Medizin- und Gesundheitsrecht (ZMGR 1/2025, 3-15) ein inhaltlich weitgehend übereinstimmender Beitrag der beiden Autoren erschienen.

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

³ Vgl. BGH, Urteil vom 4. April 2024 – III ZR 38/23, BGH, Urteil vom 13. Juni 2024 – III ZR 279/23.

2. Gebührenstruktur und Gebührenvereinbarung (§ 2 GOÄ-E, § 5 GOÄ-E)

Regelung:

(§ 2 Abs. 1 GOÄ-E) (1) ¹Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt werden.

(§ 5 GOÄ-E): ¹Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. ²Die Gebühr wird in Euro angegeben.

CB:

Das neue GOÄ-System gebe die bisherige „Flexibilität“ in der Gebührenberechnung auf, indem nur noch nicht unterschreitbare Gebührensätze ohne Berücksichtigung besonderer Umstände des Einzelfalls abgerechnet werden können, während Steigerungen lediglich über Gebührenvereinbarungen gemäß § 2 Abs. 1 GOÄ-E möglich seien, die für bestimmte Leistungen weiterhin ausgeschlossen blieben.

Erläuterung:

Die vorliegenden Daten zeigen, dass das „Steigern“ über den Regelsatz hinaus von der Breite der Ärzteschaft nur in geringem Umfang genutzt wird. Hintergrund hierfür ist vermutlich der damit verbundene Aufwand (Begründungspflicht, Rechnungsauseinandersetzungen). Deswegen hat der Deutsche Ärztetag im Jahr 2017 für die neue GOÄ die Einführung des „nicht unterschreitbaren Gebührensatzes“ akzeptiert. Der Wegfall des Gebührenrahmens wird durch eine Vielzahl von Zuschlägen in dem GOÄ-E kompensiert, um eine aufwandsgerechte Abbildung der Leistungen zu gewährleisten. Die Möglichkeit, Honorarvereinbarungen abzuschließen, bleibt im Übrigen erhalten. Einschränkungen für Honorarvereinbarungen gibt es auch in der aktuellen GOÄ. Sie dienen dem Schutz des Patienten vor allem in Notfällen und bei akuten Schmerzbehandlungen.

Regelung (§ 2 Abs. 2 GOÄ-E):

¹Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem rechtzeitig vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. ²Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz, dem Steigerungsgrund und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

CB:

Die Neuregelung der Gebührenvereinbarung sieht vor, dass diese „rechtzeitig“ vor der Leistungserbringung geschlossen und der „Steigerungsgrund“ angegeben werden muss, was eine deutliche Verschärfung gegenüber der bisherigen Praxis darstelle, bei der eine freiwillige Vereinbarung zwischen Arzt und Patient ohne Begründung respektiert wird.

Das Merkmal rechtzeitig sei zudem unklar. Zudem bleibt die Schriftform mit Unterschrift von Arzt und Patient erforderlich, womit die Möglichkeit einer Formerleichterung, etwa durch Textform, nicht übernommen wird.

Erläuterung:

Legitimer Zweck der Regelung ist es, den Patienten eine wohlüberlegte Entscheidung zu ermöglichen. Es bleibt dabei auch weiterhin möglich, dass die Erbringung der vereinbarten Leistung unmittelbar auf den Abschluss der Vereinbarung folgt. Zur Klarstellung haben sich PKV-Verband und BÄK darauf verständigt, das Adjektiv „rechtzeitig“ an dieser Stelle zu streichen.

Die Angabe eines Grundes dient der Transparenz für Patient und Arzt. Eine medizinische Begründung kann im Einzelfall außerdem eine (Teil-)Erstattung durch den Kostenträger ermöglichen und kommt somit auch dem Patienten zugute. Unabhängig davon sind damit keine Wertungen verbunden, ob ein Grund akzeptabel ist oder nicht.

Die Schriftform stellt keine Verschärfung gegenüber der bisherigen GOÄ dar. Die persönliche Unterzeichnung erfordert auch keinen unangemessenen Aufwand, weil der Abschluss der Vereinbarung ohnehin einen persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient voraussetzt.

3. Verlangensleistungen (§ 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E)

Regelung:

²Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf der Arzt nur berechnen oder beauftragen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (Verlangensleistungen). ³Rechtzeitig 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;

CB:

Die Pflicht zur Kostenaufklärung ist bereits in § 630c BGB normiert, so dass sich die Frage ergebe, wozu eine Regelung innerhalb der GOÄ-E notwendig sei. Es werden erhöhte bürokratische Anforderungen angekreidet, etwa dass eine doppelte Unterrichtung notwendig sei. Auch sei eine Angabe der voraussichtlichen Honorarhöhe nicht in der Praxis umsetzbar.

Erläuterung:

Entsprechend der vorangehenden Ausführungen zu § 2 Abs. 2 GOÄ-E haben sich Bundesärztekammer und PKV-Verband darauf geeinigt, auch hier das Adjektiv „rechtzeitig“ zu streichen. Die Regelung entspricht damit den Vorgaben des § 630c Abs. 3 S. 2 BGB und stellt insofern keine zusätzliche Belastung dar. Unzutreffend ist die Schlussfolgerung, dass durch eine Regelung im GOÄ-E eine „doppelte Unterrichtung“ notwendig sei. Die Notwendigkeit, über die voraussichtliche Höhe des Honorars zu informieren, ist im Übrigen bereits in § 630c BGB normiert und somit gängige Praxis.

4. Gebühren (§ 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E)

Regelung:

³Eine 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 konnten.

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass diese Regelung zu erheblichen rechtlichen Unsicherheiten führen könnte.

Erläuterung:

Die geltenden GOÄ enthält zu der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine nicht vollständig erbrachte Leistung nach der GOÄ berechnungsfähig ist, keine explizite Regelung. Dies führt zu Rechtsunsicherheiten für Ärzte wie für die Zahlungspflichtigen. Die kritisierte Regelung führt also im Vergleich zum Status Quo nicht zur Zunahme rechtlicher Unsicherheiten, sondern im Gegenteil zu deren Verminderung. Der von den Autoren unterbreitete Vorschlag, bei jeder einzelnen Leistung der neuen GOÄ exakt das zu akzeptierende Maß an Unvollständigkeit zu definieren, erscheint nicht lebensnah.

5. Basislabor (§ 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E)

Regelung:

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

CB:

Die Neuregelung bringe einen erheblichen Dokumentationsaufwand für Chefärzte und Fachärzte für Laboratoriumsmedizin mit sich und verstärke die Bürokratisierung im Gesundheitswesen, obwohl dies bislang kein praktisches Problem darstelle.

Erläuterung:

Diese Regelung dient dazu, dass nur erforderliche Laborleistungen veranlasst werden. Dies stellt zwar an sich eine Selbstverständlichkeit dar. Die Klarstellung ist aber angesichts der Tatsache nachvollziehbar, dass in der PKV erheblich mehr Laborwerte erhoben werden als in der GKV. Im Übrigen kodifiziert diese Regelung die unmissverständliche Rechtsprechung des BGH, wonach kein Vergütungsanspruch für vom behandelnden Arzt beauftragte objektiv medizinisch nicht notwendige Untersuchungen des Laborarztes besteht.⁴ Zusätzliche Dokumentationspflichten ergeben sich aus der Regelung nicht. Im Übrigen bleiben Verlangensleistungen möglich. Um dies klarzustellen, werden Bundesärztekammer und PKV-Verband den Satz „§ 1 Abs. 2 bleibt unberührt.“ ergänzen.

6. Vertretung des Wahlarztes (§ 4 Abs. 2a S. 1 & 2 GOÄ-E)

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 benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt. ²In 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 Satz 1 hinausgehend in besonderer Qualität erbringen kann.

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass die Neuregelung der „schwerwiegenden“ Verhinderungsgründe für die Vertretung durch ständige ärztliche Vertreter zu rechtlichen Unsicherheiten führen könnte.

Erläuterung:

Die Ergänzung des Adjektivs „schwerwiegend“ war Ergebnis der im Jahr 2017 zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband geführten Gespräche und Kompromissfindungen. Bundesärztekammer und PKV-Verband haben diese Ergänzung angesichts der auch von anderer Seite geäußerten Sorgen erneut intensiv erörtert. Im Ergebnis hat sich der PKV-Verband bereit erklärt, auf die Einfügung des Adjektivs „schwerwiegend“ zu verzichten. Damit bleibt es bei den in der Vergangenheit durch die Rechtsprechung entwickelten Auslegungsmaßstäben. Der PKV-Verband legt allerdings Wert auf die Klarstellung, dass eine Vertretung jedenfalls dann grundsätzlich ausgeschlossen ist, wenn der Wahlarzt am Krankenhausstandort anwesend ist. Deswegen wird ergänzend folgender Satz aufgenommen:

⁴ Vgl. BGH, Urteil vom 14. Januar 2010 – III ZR 188/09.

„Eine Vertretung bei Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort im Sinne des § 2a KHG ist grundsätzlich ausgeschlossen.“ Um zu verdeutlichen, in welchen Ausnahmekonstellationen eine solche Vertretung gleichwohl in Betracht kommen kann, soll in die amtliche Begründung folgende Erläuterung aufgenommen werden: *„Ausnahmekonstellationen von § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ können sich z.B. in medizinischen Notfällen, welche die Mitwirkung des Wahlarztes erforderlich machen, ergeben.“*

CB:

Die Anforderung an die Qualifikation der Vertreter könne Streitigkeiten verursachen und kleinere Krankenhäuser benachteiligen, da es dort schwieriger wird, qualifizierte Vertreter zu finden.

Erläuterung:

Zum Verständnis der Regelungen ist zunächst hervorzuheben, dass in den beiden ersten Sätzen von § 4 Abs. 2a GOÄ-E zwei unterschiedliche Vertretungskonstellationen angesprochen werden.

In Satz 1 geht es um den ständigen Vertreter, der für den Fall einer unvorhergesehenen Verhinderung eintritt. An diesen Vertreter stellt die Regelung lediglich den Anspruch, dass es sich um einen Arzt desselben Fachgebietes handelt, der die hierfür (also für die in Rede stehenden Untersuchungen oder Eingriffe) erforderliche Qualifikation erfüllt. Über diese erforderliche Qualifikation muss der Vertreter ebenso verfügen wie auch der Wahlarzt („wie der Wahlarzt“). Die Formulierung zielt nicht auf einen Qualifikationsvergleich zwischen Wahlarzt und Vertreter oberhalb der Schwelle der erforderlichen Qualifikation ab.

In Satz 2 geht es darum, dass für spezielle Eingriffe die Vertretung durch „Experten“ ermöglicht wird. Diese Vertretung hat einen medizinisch-fachlichen Hintergrund und ist daher nicht an eine Verhinderung des Wahlarztes gebunden. Eine solche Konstellation kommt nur in Betracht, wenn der vertretende Experte die Leistungen in besonderer Qualität erbringen kann. Deswegen ist es folgerichtig, dass die Anforderungen an die Qualifikation dieses Experten höher liegen und auf Nachfrage auch darlegungsfähig sind.

Um den Unterschied zwischen der Vertretung durch den „ständigen Vertreter“ und den „Experten“ besser erkennbar zu machen, haben Bundesärztekammer und PKV-Verband vereinbart, § 4 Abs. 2a Satz 2 GOÄ-E (der sich auf den „Experten“ bezieht) in einen eigenen Absatz zu fassen. Außerdem soll in der amtlichen Begründung folgende Erläuterung aufgenommen werden: *„Der sog. „Experte“ für besondere, konkret bestimmte Leistungen kann aufgrund seiner besonderen, darlegungsfähigen Qualifikation unabhängig von der Verhinderung des Wahlarztes als Vertreter tätig werden. Es können mehrere Subspezialisten innerhalb des Fachgebiets benannt werden, solange eine Zuweisung jedes Experten zu einem Funktions- bzw. Zuständigkeitsbereich erfolgt. Ergeben sich mit Blick auf die*

Darlegungsfähigkeit der Qualifikation Auslegungsfragen, wird sich die Gemeinsame Kommission damit befassen.“

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

Regelung:

¹Für den Fall der absehbaren Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche Leistung auch durch einen anderen bestimmten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn dies in einer zusätzlichen Individualvereinbarung nach Aufklärung des Patienten über folgende Wahlmöglichkeiten rechtzeitig vor der Leistungserbringung vereinbart, wurde:

- 1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch einen, individuell zu benennenden Arzt desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;*
- 2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG;*
- 3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt gewährleistet.*

²Der Patient ist rechtzeitig über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung des Wahlarztes zu unterrichten.

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass die Neuregelung zur Vertretung des Wahlarztes bei absehbarer Verhinderung zu erheblichen Unklarheiten führen könnte, insbesondere da nicht definiert ist, wann eine Verhinderung als „absehbar“ gilt.

Erläuterung:

Zum Verständnis ist zunächst klarzustellen, dass mit § 4 Abs. 2b GOÄ-E nun eine dritte Vertretungskonstellation geregelt wird, nämlich die der absehbaren Verhinderung. Die Formulierung „absehbare Verhinderung“ entspricht der Rechtsprechung des BGH⁵, der keine Unterscheidung zu „vorhersehbar“ vorgenommen hat. Anders als die Autoren befürchten, werden damit also keine rechtlichen Unklarheiten verursacht.

CB:

Nach Meinung der Verfasser bleibt offen, ob die Vertretung nur den Kernbereich der wahlärztlichen Leistungen betrifft oder auch darüber hinausgeht, da eine bisherige Regelung in der GOÄ (§ 5 Abs. 5 GOÄ) gestrichen wird.

⁵ Vgl. BGH, Urteil vom 20.12.2007 – III ZR 144/07.

Erläuterung:

Der Wahlarzt (oder sein Vertreter) müssen nicht alle Leistungen persönlich erbringen. Dies ist jedoch – anders als die Verfasser meinen – schon bisher nicht in § 5 Abs. 5 GOÄ geregelt (dort geht es lediglich um die Anwendung des Gebührenrahmens), sondern in § 4 Abs. 2 GOÄ. Diese Regelungen finden sich auch im GOÄ-E. Die Sorge der Verfasser ist also unbegründet.

CB:

Die Verfasser halten die Vorgabe, dass die individuelle Vertretungsvereinbarung „rechtzeitig“ abgeschlossen werden muss, für unklar und befürchten Streitigkeiten.

Erläuterung:

Für den Fall der absehbaren Verhinderung (nur um diesen Fall geht es in dieser Regelung) ist dem Patienten die Wahl zu lassen, ob die Leistung durch einen Vertreter erbracht werden soll oder ob er auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen verzichten möchte (Behandlung gemäß der allgemeinen Krankenhausleistungen). Als dritte Möglichkeit kommt eine Verschiebung der Leistung auf einen späteren Zeitpunkt, zu dem der Wahlarzt wieder verfügbar ist, in Betracht (soweit medizinisch vertretbar). Die entsprechende Vereinbarung ist „rechtzeitig“ zu treffen. Dazu erläutert Nr. 20 der Übergeordneten Allgemeinen Bestimmungen des GOÄ-E: *„Rechtzeitig im Sinne des § 4 Abs. 2b S. 1 GOÄ bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten (vgl. BGH, 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 14, 15).“* Das Adjektiv „rechtzeitig“ ist hier also im Einklang mit der Rechtsprechung ausreichend bestimmt.

CB:

Die Pflicht, den Grund und die Dauer der Verhinderung anzugeben, könnte nach Meinung der Verfasser datenschutzrechtliche und rechtliche Probleme aufwerfen, insbesondere wenn der Zeitraum der Verhinderung noch nicht bekannt ist.

Erläuterung:

Die Angabe des Grundes der Verhinderung ist weder in § 4 Abs. 2a noch Abs. 2b GOÄ-E gefordert. Es ist lediglich die voraussichtliche Dauer mitzuteilen; hieraus erwachsen keine Rechtspflichten bzw. -folgen. Die Information dient dem Patienten lediglich zur besseren Einschätzung, ob er auf seinen Wahlarzt warten, durch dessen Vertreter behandelt werden oder den Eingriff verschieben möchte. Es liegt auf der Hand, dass insbesondere eine Entscheidung über eine Verschiebung kaum möglich ist, wenn der Patient keinen Anhaltspunkt dafür hat, um welchen Zeitraum es voraussichtlich geht.

8. Beschränkung der persönlichen Leistungserbringung (§ 4 Abs. 2c S. 3 GOÄ-E)

Regelung:

³Wird die Rechnungsstellung auf einen Dritten übertragen, hat der Auftraggeber auf Verlangen des Patienten die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen und die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.

CB:

Die Verfasser sprechen von einer Ergänzung „umfangreicher Verpflichtungen“ und gehen davon aus, dass die zusätzliche Regelung zur Bestätigung der korrekten Abrechnung in der GOÄ nicht notwendig sei, da der Patient bereits Anspruch auf die Dokumentation habe und eine korrekte Abrechnung eigentlich selbstverständlich sein sollte.

Erläuterung:

Zunächst ist festzuhalten, dass die Regelung keine „umfangreichen Verpflichtungen“ konstituiert (dies ergibt sich auch aus den nachfolgenden Ausführungen der Verfasser des CB). Stattdessen stärkt die Regelung den Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung als Wesensmerkmal der freiberuflichen Tätigkeit. Auch wenn die Rechnungslegung auf einen Dritten (z.B. eine Verrechnungsstelle) übertragen wird, verbleibt sie in der Letztverantwortung des Arztes, der bestätigt, dass die Rechnungsstellung der tatsächlichen Leistungserbringung entspricht. Dies ist jedoch nicht regelhaft vorgesehen, sondern bleibt auf Fälle beschränkt, in denen der Patient es verlangt. Da dies auch heute bei Rechnungsausinandersetzungen erforderlich werden kann, handelt es sich im Wesentlichen um eine Klarstellung. Dies gilt auch für die Vorlage der Leistungsdokumentation.

9. Zielleistungsprinzip (§ 4 Abs. 3 GOÄ-E)

Regelung:

¹Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. ²Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. ³Die besondere Ausführung einer Leistung umfasst die Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistung.

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass die Regelung in § 4 Abs. 3 S. 3 GOÄ-E zur besonderen Ausführung einer Leistung (Modifikation oder methodische Variation in der Art und Weise der Erbringung) unklar sei und die Reaktionsmöglichkeiten auf medizinischen Fortschritt unnötig einschränken könnte.

Erläuterung:

Die Kritik ist nicht verständlich. Mit der Regelung werden die Anforderungen des BGH und des BVerwG umgesetzt, wie die Verfasser auch selbst schreiben.

10. Analogabrechnung (§ 6 Abs. 2 S. 1 & 2 GOÄ-E)

Regelung:

¹Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach dem 01.01.2018 erstmals im Geltungsbereich der GOÄ angewandt wurden, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung). ²Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird.

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass die Regelung in § 6 Abs. 2 GOÄ-E zur Analogabrechnung und der Informationspflicht des Arztes vor der Leistungserbringung unnötig ist, da der Patient in der Regel keine Wahl über medizinisch notwendige Leistungen hat. Auch die Begrenzung der Analogabrechnung auf Leistungen, die nach dem 01.01.2018 erstmals in Deutschland angewendet wurden, erscheine fraglich, da unklar bleibt, wie der Arzt dies beurteilen soll. Zudem bleibe offen, ob alle bis zu diesem Datum erbrachten Leistungen bereits im Gebührenverzeichnis abgebildet sind.

Erläuterung:

Eins der wesentlichen Probleme, die aus der Überalterung der bestehenden GOÄ resultieren, ist die Notwendigkeit, Leistungen analog abzurechnen. Dies schränkt die Transparenz der Rechnungslegung ein und führt zu Auslegungsfragen bei Ärzten, Patienten und Kostenträgern. Die Ärzteschaft hat deswegen in einem aufwändigen Verfahren unter Beteiligung von 165 ärztlichen Verbänden und Fachgesellschaften für die neue GOÄ ein umfassendes Gebührenverzeichnis ermittelt, in dem alle ärztlichen Leistungen ohne die Notwendigkeit von Analogbewertungen abgebildet sind. Um die Verhandlungen durchführen und eine abschließende Gebührenordnung verabschieden zu können, war es notwendig, einen Stichtag festzulegen. Dies brachte zwangsläufig mit sich, dass medizinische Leistungen, die im Rahmen des medizinischen Fortschritts danach erstmals angewandt wurden, nicht abgebildet werden konnten. Für diese Leistungen bleibt deswegen die Möglichkeit der Analogabrechnung erhalten. Dies wird jedoch insgesamt sehr viel seltener erforderlich sein als nach der geltenden GOÄ. Bundesärztekammer und PKV-Verband werden daneben in der neu geschaffenen Gemeinsamen Kommission (GeKo) unter Einbezug der Beihilfe zügig die Aufnahme neuer Leistungen in das Gebührenverzeichnis empfehlen. Wenn

eine Analogabrechnung erfolgt, trägt die Information des Patienten in Textform dazu bei, Unklarheiten zu vermeiden und dem Patienten die Gelegenheit zu geben, eventuelle Fragen unmittelbar anzusprechen. Es handelt sich dabei lediglich um eine Information in Textform, die auch unmittelbar vor der Behandlung erfolgen kann. Um dies klarzustellen, haben Bundesärztekammer und PKV-Verband sich darauf verständigt, auch hier auf das Adjektiv „rechtzeitig“ zu verzichten.

11. Pauschalen (§ 10 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E)

Regelung:

²Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. ³Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig, soweit in den Allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses nichts Abweichendes bestimmt ist. ⁴Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.

CB:

Die Verfasser berichten davon, dass es in der Praxis Probleme bei der Abrechnung der genauen Kosten der Auslage gebe.

Erläuterung:

Die Berechnung von Pauschalen ist auch in der geltenden GOÄ ausgeschlossen. Unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität sieht der GOÄ-E – anders als die geltende GOÄ – jedoch explizit eine Ausnahme für Versand- und Portokosten vor.

12. Vorgaben an die Rechnungsstellung

CB:

Die Verfasser gehen davon aus, dass die erhöhten Anforderungen an die Rechnungsstellung in § 12 GOÄ-E zu einem erheblichen Mehraufwand und zusätzlichen Kosten führen könnten. Besonders die Angabe von Diagnosen und Prozeduren nach amtlichen Schlüsseln, wie bei Krankenhausrechnungen, sei im ambulanten Bereich nur schwer umsetzbar und für Patienten wenig hilfreich. Zudem wird die Pflicht zur Beifügung einer Honorarvereinbarung als unnötige Doppelung betrachtet, da private Krankenversicherungen die Vereinbarung ohnehin schon anfordern können.

Erläuterung:

Anders als die Verfasser meinen, ist der Großteil der Angaben, die in § 12 GOÄ-E vorgesehen sind, auch heute schon üblich. Teils ist die Handhabung aber uneinheitlich, was zu Unklarheiten und Rückfragen führen kann. Insoweit tragen die Regelungen zur Klarheit und Effektivität für alle Beteiligten bei. Auch die Angabe von Diagnosen oder durchgeführten Behandlungen in der Rechnung ist im ambulanten wie stationären Bereich bereits heute üblich. Unzutreffend ist die Annahme, dass die Angabe von ICD- oder OPS-

Schlüsseln verpflichtend sei. Vielmehr kann der Arzt stattdessen auch unverschlüsselte Diagnosen oder operative Leistungen angeben.

Bundesärztekammer und PKV-Verband stimmen aus Gründen der Praktikabilität überein, dass von der erneuten Beifügung der abweichenden Vereinbarung, die dem Patienten ohnehin vorliegt, abzusehen ist. § 12 Abs. 2 Satz 3 Nr. 7 GOÄ-E wird entsprechend angepasst.

Fazit:

Der Rechtsrahmen der neuen GOÄ stärkt die persönliche Leistungserbringung als wesentliches Merkmal der freiberuflichen ärztlichen Berufsausübung. Er stärkt auch die Rechtssicherheit und Handhabbarkeit für Ärzte, Patienten sowie Kostenträger.