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. |

IHR PLUS IM NETZ
Stellungnahme der BÄK zur Kritik

IHR PLUS IM NETZ
Volltext GOÄ-E online

§ 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.

Unterrichtungspflicht ist bereits in § 630c BGB geregelt

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

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

Schon jetzt rechnen die meisten Ärzte zum Regelhöchstsatz ab

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.

Auch das neue System erlaubt keine Flexibilität

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 Erschwernisfaktoren 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.

Höherer Gebührensatz soll weiterhin begründet werden

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.

Höherer Gebührensatz nur, wenn Wahlarzt die Wahlleistung erbringt

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

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

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 (arthroskopi-

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

Anforderungen an die Dokumentation dürften steigen

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 zulasten 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 ärztlichen 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.).

Vertretung des Wahlarztes bei Anwesenheit am Standort ausgeschlossen

- 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 Chefärzte, die nach ihren Anstellungsverträgen mit dem Krankenhausträger 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.

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.

§ 6 Abs. 2 GOÄ-E – Analogleistungen

Sollen Analogleistungen ausgeschlossen werden?

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.

Grenze für Ausgabenbelege auf 100 Euro angehoben

- 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).

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)?

Übermittlung der Rechnung an die Erstattungsstelle ist kritisch zu sehen

- 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).

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.

Änderungen im Gebührenverzeichnis

Bei einzelnen Facharztgruppen wird das Honorar deutlich gesenkt

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.

Wann ist ein Honorar „auskömmlich?“

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.

Prüfen Sie, ob für Ihre Facharztgruppe ein Grundrechtseingriff vorliegt!

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.

ARCHIV
Hier mobil im CB 11/2024 weiterlesen

WEITERFÜHRENDER HINWEIS

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