

Das Arzthonorar nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die GOÄ ist eine vom Gesetzgeber erlassene Rechtsverordnung und bestimmt die Höhe der Vergütung, die ein Arzt gegenüber seinem Patienten geltend machen kann. Da es sich bei dem ärztlichen Behandlungsvertrag in der Regel um einen Dienstvertrag handelt, schuldet der Arzt auf dessen Grundlage die ärztliche Dienstleistung, während der Patient zur Zahlung der vereinbarten Vergütung verpflichtet ist.

Einführung

Die GOÄ gilt für alle ärztlichen Leistungen, soweit im Bundesgesetz nichts anderes bestimmt ist. Im besonderen Maße gilt die GOÄ für die Abrechnung gegenüber Privatpatienten. Nur wenn der Patient ganz und gar unversichert ist, bleibt er persönlicher Schuldner.

Im Einzelfall kann die GOÄ auch gegenüber freiwillig versicherten Kassenpatienten sein. Dieses in dem Fall, dass der GKV-versicherte Patient sich privat behandeln lässt oder anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählt. Dieses muss jedoch ausdrücklich vereinbart werden.

Alle ärztlichen Leistungen im ambulanten und stationären Wahlleistungsbereich werden durch die GOÄ erfasst. Der Arzt erhält nur für Leistungen, die medizinisch notwendig waren und nach den Regeln der ärztlichen Kunst erforderlich sind, Leistungen aus der GOÄ. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen Leistung hinausgehen, dürfen vom Arzt nur dann berechnet werden, wenn sie auf ausdrückliches Verlangen des Patienten erbracht wurden. Bei der Abrechnung müssen diese Leistungen vom Arzt ausdrücklich gekennzeichnet werden.

Möglichkeiten der Honorarvereinbarung

Durch die zwingende Bindung der Vertragsparteien an die GOÄ ist lediglich eine abweichende Vereinbarung hinsichtlich der Höhe der Vergütung zugelassen. Es ist also nur eine Erhöhung durch eine abweichende Vervielfachung des Gebührensatzes (§ 5 GOÄ) möglich, nicht aber eine abweichende Punktzahl oder ein abweichender Punktwert. Somit kann auch ein abweichender Gebührensatz nicht vereinbart werden.

Die Vereinbarung einer Pauschalabrechnung, auch wenn sie auf der Basis der GOÄ ermittelt wurde, ist grundsätzlich unzulässig.

Bestimmte Leistungen des Arztes sind von einer Honorarvereinbarung grundsätzlich ausgeschlossen. Hierzu gehören u. a. die Notfall- oder akute Schmerzbehandlung. Auch Leistungen, die im Zusammenhang mit einem unter den Voraussetzungen des § 218a I StGB vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch erbracht werden, fallen unter diese Ausschlussregelung.

Eine Honorarvereinbarung betreffend die Abschnitte A, E, M und O (§2 III 1 GOÄ) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Eine Honorarvereinbarung betreffend Wahlleistungen eines Krankenhausarztes kann nur für persönlich von diesem erbrachte Leistungen erstellt werden.



Eine Honorarvereinbarung muss vor Erbringung der Leistung durch den Arzt vereinbart werden. Damit soll ausgeschlossen werden, dass diese Vereinbarung auch für zurückliegende Behandlungen wirksam wird. Dies gilt zur Absicherung der Patienten. Der Arzt muss gegenüber seinem Patienten klar und verständlich seine Honorarwünsche zum Ausdruck bringen. Damit ist sichergestellt, dass die Honorarvereinbarung nur als individuelle Vereinbarung zulässig ist. Die besondere Problematik besteht darin, die vom Arzt schriftlich abzuschließende Vergütungsabrede aus dem Bereich der AGB herauszuhalten, um eine zusätzliche Inhaltskontrolle nach den §§ 307 ff. BGB auszuschließen. Ob ein entsprechender Eintrag in die Patientenakte als ausreichend anzusehen ist, ist umstritten.

In § 2 II 1 GOÄ ist geregelt, dass eine Honorarvereinbarung immer der Schriftform bedarf. In dieser schriftlichen Vereinbarung dürfen ausschließlich die Nummer und die Bezeichnung der Leistung, der Steigerungssatz und der vereinbarte Betrag enthalten sein. Auch der Hinweis, dass eine Erstattung der Vergütung durch den Kostenträger üblicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist, ist gestattet. Die Schriftform hat zur Folge, dass diese Erklärung von beiden Vertragspartnern, d. h. sowohl vom Arzt, als auch vom Patienten unterzeichnet werden muss. Ist die Vereinbarung nur von einem Mitarbeiter des Arztes, wie z. B. einer Arzthelferin unterzeichnet, ist die Vereinbarung nicht wirksam. Der Arzt ist verpflichtet, dem Patienten einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.

Vergütungsarten

§ 3 GOÄ regelt die Vergütungen, die einem Arzt zustehen. Danach kann er Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen verlangen.

Gebühren sind die Vergütungen, die der Arzt für seine erbrachten Leistungen abrechnen kann.

Entschädigungen sind in § 7 GOÄ geregelt. Hierzu zählen das Wegegeld und die Reiseentschädigung bei Hausbesuchen.

Neben diesen Gebühren kann der Arzt Auslagen berechnen, die in § 10 GOÄ aufgeführt sind.

Gebührenhöhe

Der Regelfall bei der Bemessung der Höhe der Gebühren geht von einem 1 bis 2,3-fachen des Gebührensatzes aus. Die Regelspanne für medizinisch-technische Leistungen bemisst sich dabei auf das höchstens 2,5-fache und an die Stelle des 2,3-fachen tritt der 1,8-fache Gebührensatz. Als Gebührensatz bezeichnet man den Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert, der in § 5 Abs. 1 S. 3 GOÄ normativ auf 5,82873 Cent festgelegt wurde, vervielfacht wurde.

Dem Arzt obliegt es nunmehr innerhalb des vorgegebenen äußeren Rahmens die Gebühren vom einfachen bis zum 3,5-fachen Satz konkret zu berechnen. Hierbei muss er die Schwierigkeit und den Zeitaufwand der einzelnen Leistung sowie die Umstände bei der Ausführung bestimmen. Leistungen, die zur sog. Routine gehören, dürfen danach höchstens mit dem 2,3fachen Satz abgerechnet werden. Man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer Regelspanne. Ein höherer Satz



als 2,3 muss vom Arzt ausdrücklich begründet werden. Bei der Begründung müssen Dinge, wie z. B. die Schwierigkeit der berechneten Leistung genauso wie der Zeitaufwand und die besonderen Umstände der Behandlung genauestens aufgeführt werden. Bei medizinisch-technischen Leistungen geht man üblicherweise von dem 1,8-fachen Satz aus.

Nach der überwiegenden Rechtsprechung darf der Arzt im Rahmen eines privatärztlichen Behandlungsvertrages ohne nähere Begründung mit dem 2,3-fachen Gebührensatz abrechnen.

Nach der ständigen Rechtsprechung müssen Besonderheiten, die ein Überschreiten der Regelspanne zur Folge haben, ausdrücklich gerechtfertigt werden. Es genügt hier nicht, dass diese vom Arzt angenommen werden. Die Überschreitung der Regelspanne ist immer nur die absolute Ausnahmeregelung. Es muss also nachgewiesen werden, dass die Besonderheiten abweichend von der großen Mehrzahl der Behandlungen sind. Durch die Angabe einer Facharztqualifikation bzw. anderer Qualifizierungen können diese Besonderheiten nicht begründet werden. Die vom Arzt geltend gemachten Besonderheiten müssen vom Arzt ausdrücklich als ungewöhnlich schwierig oder sehr zeitaufwändig nachgewiesen werden können. Dies ist z. B. durch eine überdurchschnittlich schwierige Notfallbehandlung außerhalb der Praxis zu sehen.

Hinsichtlich von Beihilfeberechtigten sind die Kosten für eine ärztliche Behandlung auf den Schwellenwert des Gebührenrahmens begrenzt. Eine Überschreitung des Schwellenwertes muss vom Arzt ausdrücklich begründet werden.

Analogbewertungen

Bei der Berechnung von analogen Bewertungen kann nur dringend auf die von der Bundesärztekammer ständig herausgegebenen Liste verwiesen werden. Diese Liste ergänzt damit das Gebührenverzeichnis der GOÄ.

Da das Gebührenverzeichnis nur Leistungen der Schulmedizin enthält, müssen Behandlungen nach so genannten Außenseitermethoden analog berechnet werden. Hierbei ist zu beachten, dass ärztliche Leistungen, die nicht den wissenschaftlich anerkannten Regeln entsprechen, keine Aufnahme in das Gebührenverzeichnis finden. Diese Leistungen können aber im privatärztlichen Bereich abgerechnet werden. In der Gebührenrechnung des Arztes müssen diese Leistungen entsprechend gekennzeichnet werden, so mit der Nummer und der Bezeichnung einer als gleichwertig zu sehenden Leistung.

Gebühren Im Rahmen der stationären Behandlung

Bei der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen besteht eine Minderungspflicht in Höhe von 25 % auf die entstehenden Gebühren für privatärztliche Leistungen einschließlich aller Zuschläge. Dies gilt für alle Krankenhausbehandlungen, egal ob diese voll- oder teilstationär, vor- oder nachstationär erfolgt sind. Eine Minderungspflicht in Höhe von 15 % besteht in diesem Zusammenhang für Belegärzte oder niedergelassene andere Ärzte. Von der Gebührenminderung ausgeschlossen sind ambulante Leistungen.

Die Gebührenminderung wurde zum Schutze der Patienten eingeführt. Der Patient soll durch diese Regelung darauf vertrauen können, dass die Gebührenminderung



Das Arzthonorar nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

alle ärztlichen Honorarforderungen umfasst, die im Zusammenhang mit einem Krankenhausaufenthalt erfolgen. Hier wird durch die Wortwahl „bei stationärer Behandlung“ in der Überschrift und „bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen“ deutlich, dass der Wortlaut der Vorschrift auch ein Verständnis ermöglicht, dass auch nicht mit Mitteln des Krankenhauses oder im Krankenhaus selbst erbrachte externe Leistungen der Gebührenminderung unterliegen. In die gleiche Richtung deutet die Anordnung der Gebührenminderung für Leistungen von „anderen niedergelassenen Ärzten“. Dass damit nur Leistungen gemeint sein sollen, die innerhalb eines Krankenhauses erbracht werden, wird vom Wortlaut nicht vorgegeben und vom Sinn und Zweck der Bestimmung ausgeschlossen (vgl. BGH NJW, 1999, 868, 869).

Nach Auffassung des BGH muss der extern hinzugezogene Konsiliararzt seine erbrachten Leistungen für einen Patienten, der sich in stationärer Behandlung befindet und wahlärztliche Behandlung gewählt hat, ebenfalls mindern.

