

# Recht für den Arzt

## Auswirkungen der Harmonisierung von Pflegesatzrecht und Gebührenordnung für Ärzte zum 1. Januar 1985

Zum 1. Januar 1985 sind zwei Verordnungen der Bundesregierung inkraft getreten, die zum Ziele haben, durch gegenseitige Angleichung der Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte vom 12. Dezember 1982 (BGBl. I S. 1522) (GOÄ) und der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April (BGBl. I S. 333, 419) (BPfIVO) eine Doppelbelastung des ärztliche Wahlleistungen nach § 6 BPfIVO in Anspruch nehmenden Krankenhauspatienten mit Krankenhauskosten durch Arztliquidation und Pflegesatz zu vermeiden.

Die Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. 1984 I S. 1680) – im folgenden „Harmonisierungsverordnungen“ genannt – führen zu diesem Zwecke zum 1. Januar 1985 eine die Länder verpflichtende Senkung des „Selbstzahlerpflegesatzes“ um 5 Prozent sowie eine Verpflichtung des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes zur Minderung seines Honoraranspruches bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen um 15 Prozent.

Gleichzeitig wird vorgeschrieben, daß als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nach § 6 BPfIVO das 1,2fache der Summe der für den Behandlungszeitraum jeweils geltenden Pflegesatzab-

schläge aus den Selbstkosten zur Berechnung des Pflegesatzes herauszurechnen ist.

Dies bedeutet eine Minderung der im Regelleistungspflegesatz zu berücksichtigenden Selbstkosten um 6 Prozent der Pflegesätze, die auf „Wahlleistungspatienten“ entfallen.

Schließlich enthält die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung eine Neufassung des § 6, die der Präzisierung der Inanspruchnahme von ärztlichen Wahlleistungen im Krankenhaus dienen soll.

Im folgenden werden die Auswirkungen dieses Harmonisierungswerkes auf die Liquidationsgestaltung der Ärzte im Krankenhaus und die Rechtsbeziehungen zwischen den Ärzten und den jeweiligen Krankenhausträgern dargestellt.

Zum besseren Verständnis sind die neuen Paragraphen 6 a, 12 Abs. 2 GOÄ, und 3 Abs. 2 Satz 2, 6, 18 Abs. 6 Satz 2 BPfIVO in einem Kasten abgedruckt.

### ❶ Anknüpfung an die Erste Änderungsverordnung zur GOÄ

Die beiden Harmonisierungsverordnungen, die zum 1. Januar 1985 in Kraft treten, knüpfen in ihrer rechtlichen Gestaltung des Liquidationsrechts für stationäre

und teilstationäre privatärztliche Leistungen und dessen Auswirkung auf den Krankenhauspflegesatz an die zum 31. Dezember 1984 in ihrer rechtlichen Wirkung auslaufende Erste Änderungsverordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 17. Dezember 1983 an.

Nach dem mit dieser Verordnung neugefaßten § 14 Abs. 2 GOÄ traf den liquidationsberechtigten Krankenhausarzt bei stationärer privatärztlicher Behandlung die Verpflichtung, bis zum 31. Dezember 1984 die vom Krankenhaus unmittelbar erhobenen Sach- und Personalkosten von den von ihm nach § 5 GOÄ berechneten Gebühren abzuziehen und in der Rechnung den Umfang der Minderung bei den einzelnen Leistungen anzugeben.

Diese Übergangsregelung zu § 4 GOÄ hat zu erheblichen Rechtsunsicherheiten geführt, da die im Pflegesatz vom Krankenhaus berechneten Sach- und Personalkosten, die nach § 4 mit dem Arzt honorar als abgegolten gelten sollten, nicht ermittelbar waren und die Honorarminderungspflicht nicht in Einklang zu bringen war mit § 18 Abs. 6 BPfIVO vom 25. April 1963, wonach als Kostenerstattung der Ärzte bei stationärer privatärztlicher Behandlung eben diese hierdurch verursachten Sach- und Personalkosten des Krankenhauses aus den Selbstkosten des Regelleistungspflegesatzes herausgerechnet werden mußten.

Von seiten der Verfasser dieses Beitrages sind die sich aus der Ersten Änderungsverordnung zur Gebührenordnung für Ärzte ergebenden Rechtsfolgen im einzelnen in einem Beitrag im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT 1984 Heft

**§ 6a  
Gebührenordnung für Ärzte**

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 15 vom Hundert zu mindern. In diesem Umfang gilt § 4 Abs. 3 nicht.

(2) Neben den nach Absatz 1 Satz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt.

**§ 12 Absatz 2  
Gebührenordnung für Ärzte**

Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. Das Datum der Erbringung der Leistung
2. Bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz
3. ..., 4. ...
5. Bei Erbringung stationärer und teilstationärer privatärztlicher Leistungen den Minderungsbetrag nach § 6a Abs. 1

Überschreitet die berechnete Gebühr nach Satz 1 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern.

Die Bezeichnung der Leistung nach Satz 1 Nr. 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigefügt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 3 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

**§ 3 Abs. 2 Satz 2  
Bundespfllegesatz-  
verordnung**

„Für Patienten, denen ärztliche Wahlleistungen nach § 6 gesondert berechnet werden, ist der allgemeine Pflegesatz um 5 vom Hundert zu ermäßigen.“

**§ 6 Bundespfllegesatz-  
verordnung**

Sonstige gesondert berechenbare Leistungen (Wahlleistungen)

(1) Neben dem Pflegesatz nach § 3 oder § 4 und den Leistungen nach § 5 dürfen andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen von einem Arzt erbracht werden.

(2) Wahlleistungen sind vor der Erbringung schriftlich zu vereinbaren;

der Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten. Die Wahlleistungen sind der zuständigen Landesbehörde mitzuteilen.

(3) Eine Vereinbarung über ärztliche Wahlleistungen erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; darauf ist in der Vereinbarung hinzuweisen. Für die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus der Gebührenordnung für Ärzte ergibt.

(4) Eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft darf nicht von einer Vereinbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden. Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, bleibt unberührt.“

**§ 18 Abs. 6 Satz 2  
Bundespfllegesatz-  
verordnung**

Als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nach § 6, die von Ärzten des Krankenhauses berechnet werden, ist das 1,2fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge nach § 3 Abs. 2 Satz 2 abzuziehen.

13 Seite 1015 dargestellt worden. Hierauf wird verwiesen.

Die Liquidationspraxis hat sich im Jahre 1984 im wesentlichen mit Billigung der Beihilfestellen und der Träger der Privaten Krankenversicherung dahingehend entwickelt, daß der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt bei stationärer privatärztlicher Behandlung nach § 14 Abs. 2 GOÄ 35 Prozent des *Einfachsatzes* von seinem Honoraranspruch abgezogen, gleichzeitig jedoch die vertraglich dem Krankenhausträger insoweit geschuldete Chefarztabgabe gegengerechnet hat, soweit sie auf der Grundlage des § 18 Abs. 6 BPfIVO zu einer Minderung der Selbstkosten des Pflegesatzes führte.

Es handelt sich insoweit um einen Kompromiß, der in der gesetzlichen Vorschrift des § 14 Abs. 2 GOÄ zwar keine gesicherte Rechtsgrundlage findet, jedoch aus Gründen der Praktikabilität mit Billigung der Beteiligten angewandt wurde und, soweit es sich um stationäre ärztliche Leistungen handelt, die im Jahre 1984 erbracht worden sind, auch für im Jahre 1985 erstellte Liquidationen noch anzuwenden ist.

Letzteres ergibt sich daraus, daß nach Art. 4 der Harmonisierungsverordnungen § 6a der Gebührenordnung für Ärzte in der Neufassung nicht für Leistungen gilt, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung, d. h. vor dem 1. Januar 1985, erbracht worden sind.

**② Einführung eines verbindlichen Pflegesatzabschlages gegenüber Privatpatienten.**

Auf der Grundlage der Bundespfllegesatzverordnung i. d. F. vom 25. April 1973 ist von der Möglichkeit des § 3 Abs. 2 Satz 2 BPfIVO, den Pflegesatz bei der Inanspruchnahme ärztlicher Wahlleistungen um einen Kostenabschlag zu reduzieren, in den Bundesländern nicht einheitlich Gebrauch gemacht worden. Zum Teil wurde überhaupt kein Kostenabschlag vorgenommen, zum Teil wurden die gesamten Kosten des ärztlichen Dienstes aus diesem Selbstzahlerpflegesatz herausgerechnet und zum Teil wurde ein relativ niedriger Abschlag vom Pflegesatz festgelegt. ▷

Diese unterschiedliche Anwendung des Pflegesatzrechts durch die Bundesländer ist durch die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung durch Festsetzung eines *einheitlichen* Kostenabschlages vom Pflegesatz beseitigt worden. Für Patienten, denen ärztliche Wahlleistungen nach § 6 gesondert berechnet werden, ist nunmehr der allgemeine Pflegesatz einheitlich um 5 v. H. zu ermäßigen. Da sich dieser Pflegesatz aus den dem Krankenhausträger durch die stationäre und teilstationäre Behandlung entstandenen Kosten zusammensetzt und der Krankenhausträger selbstverständlich die Gesamtkosten des ärztlichen Dienstes in den Pflegesatz einbringen kann, soweit sie auf die stationäre und teilstationäre Behandlung entfallen, ergibt sich aus diesem Kostenabschlag zugunsten des ärztlichen Wahlleistungen in Anspruch nehmenden Patienten eine Verlagerung von Kosten auf den Regelleistungspflegesatz. Da die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verpflichtet werden können, die Kosten des ärztlichen Dienstes auch insoweit zu zahlen, als er auf die Behandlung von Wahlleistungspatienten entfällt, müssen die Kosten des ärztlichen Dienstes insoweit aus dem Regelleistungspflegesatz wieder ausgegliedert werden. Dies geschieht durch die Neuregelung des § 18 Abs. 6 Satz 2, wonach als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nach § 6, die von Ärzten des Krankenhauses berechnet werden, das 1,2fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschlüsse nach § 3 Abs. 2 Satz 2 abzuziehen ist.

Während der Pflegesatz bei Inanspruchnahme von ärztlichen Wahlleistungen somit um 5 Prozent zu mindern ist, sind im Wege der Kostenerstattung nach § 18 Abs. 6 BPfIVO 1,2 v. H. dieser Beträge, d. h. 6 Prozent aus dem Regelleistungspflegesatz auszugliedern. In Höhe eines Prozentpunktes findet somit eine zusätzliche

Minderung des Pflegesatzes statt, die den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommt.

Sowohl der Abschlag vom Pflegesatz gegenüber Patienten, die ärztliche Wahlleistungen in Anspruch nehmen, als auch die Minderung des Regelleistungspflegesatzes um das 1,2fache der Abschlußbeträge erfolgen nach der gegebenen amtlichen Begründung zum Zwecke der Ausgliederung von Arztkosten, die als Teil des ärztlichen Honoraranspruches in den Vergütungssätzen der GOÄ enthalten sind. Diese Ausgliederung von Arztkosten schafft damit eine wesentliche Grundlage für den Liquidationsanspruch des Krankenhausarztes für die vom Patienten gesondert in Anspruch genommenen ärztlichen Wahlleistungen. Gleichzeitig ist die in § 18 Abs. 6 verankerte Verpflichtung des Krankenhausträgers, den Regelleistungspflegesatz um das 1,2fache der Pflegesatzabschlüsse zu mindern, die Basis für die im Verhältnis zum liquidationsberechtigten Krankenhausarzt zu vereinbarenden Kostenerstattung für die Inanspruchnahme des vom Krankenhausträger vergüteten ärztlichen Dienstes. Dem Träger entsteht nämlich durch diese Verpflichtung zur Ausgliederung von Kosten des ärztlichen Dienstes eine Deckungslücke, die durch eine entsprechende Chefarztabgabe zu decken ist.

Bisher mußte der Krankenhausträger nach § 18 Abs. 6 alter Fassung 70 Prozent der Chefarztabgabe von den Selbstkosten des Pflegesatzes abziehen. Er behielt somit einen Eigenanteil von 30 Prozent dieser Abgabe, wobei unterstellt wird, daß bei den meisten Krankenhausträgern eine wirklichkeitsnahe Schätzung der tatsächlichen Kosten des ärztlichen Dienstes nicht vorgenommen wurde und es daher bei diesem fiktiven Kostenabschlag verblieb.

In Zukunft ist der Abschlag vom Pflegesatz als DM-Betrag jeweils

festgelegt. Eine darüber hinausgehende Chefarztabgabe kommt dann in voller Höhe dem Krankenhausträger zugute. Diese Auswirkung der gesetzlichen Neuregelung des § 18 Abs. 6 BPfIVO muß dazu führen, daß die Chefarztabgaben im stationären Leistungsbereich einer Überprüfung unterzogen werden. Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, daß die Chefarztabgabe einerseits und die von den Selbstkosten des Pflegesatzes abzuziehende „Kostenerstattung“ andererseits immer identische Größen sein müssen. Dies war auch in der Vergangenheit nicht der Fall. Die vertraglich vereinbarte Chefarztabgabe sollte sich jedoch in ihrer Größenordnung an der aus den Selbstkosten des Pflegesatzes auszugliedernden Kostenerstattung orientieren. Dabei muß insbesondere geprüft werden, ob nicht eine Verpflichtung des Krankenhausträgers besteht, im Hinblick auf die gleichzeitig zum 1. Januar 1985 eingeführte Honorarrückerstattungspflicht (dazu unten 3.) in Anpassung des Vertrages an die veränderte Vertragsgrundlage (§ 242 BGB) zumindest dann einer Senkung der Chefarztabgabe zuzustimmen, wenn ihm durch die Neugestaltung des Kostenabzugs vom Pflegesatz erhebliche zusätzliche Einnahmen verbleiben.

In diesem Zusammenhang muß berücksichtigt werden, daß die aus den Selbstkosten des Pflegesatzes auszugliedernde Kostenerstattung von 6 Prozent auf den Selbstzahler-Pflegetag bezogen ist und sämtliche Arztkosten umfaßt, die an diesem Tage durch liquidationsberechtigte Untersuchungen oder Behandlungen dem Krankenhausträger entstanden sind.

Überträgt man dies auf die Vereinbarung einer Chefarztabgabe, so ist der entsprechende Kostenbetrag nicht von dem Arzt der bettenführenden Abteilung allein aufzubringen, sondern von allen Ärzten, die an der Behandlung dieses Patienten beteiligt waren (z. B.

Anästhesisten, Radiologen, Laborärzte, Pathologen). Die Übertragung der „Kostenerstattung“ nach § 18 Abs. 6 Satz 2 BPfIVO auf die Vereinbarung einer Chefarztabgabe kann daher nicht in der Weise erfolgen, daß der Chefarzt der bettenführenden Abteilung vertraglich verpflichtet wird, für jeden selbstzahlenden Patienten eine Abgabe von 6% des Pflegesatzes zu zahlen, da auch die von Funktionsärzten und konsiliarisch zugezogenen Ärzten zu leistenden Chefarztabgaben mit berücksichtigt werden müssen. Als Basis für die Chefarztabgabe kann daher nach wie vor ein Prozentsatz der Liquidationseinnahmen aus stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung vereinbart werden. Insbesondere bei bestehenden Chefarztverträgen muß aber überprüft werden, wie sich eine solche auf die Liquidationseinnahmen des Arztes bezogene Chefarztabgabe auf die liquidationsunabhängige als DM-Betrag festgesetzte „Kostenerstattung“ und damit auf den dem Krankenhausträger verbleibenden Liquidationsanteil auswirkt.

Die aufgezeigte Neuregelung des Pflegesatzrechts gilt nicht für die belegärztliche Behandlung. Insofern verbleibt es beim alten Pflegesatzrecht, d. h. der hier schon immer verbindlich vorgeschriebene Kostenabschlag vom Pflegesatz ist durch die Länder in den Landespflegesatzverordnungen festzulegen. Dementsprechend richtet sich auch die, wie bisher, nach § 18 Abs. 6 Satz 1 BPfIVO festzulegende Kostenerstattung des Belegarztes für die Inanspruchnahme des ärztlichen Dienstes (soweit eine solche überhaupt erfolgt) nach dem jeweiligen Belegarztvertragsverhältnis.

Die Harmonisierungsverordnungen gehen in ihrer Grundkonzeption davon aus, daß aus dem Pflegesatz in der vorstehend aufgezeigten Weise nur die Arztkosten ausgegliedert werden, weil diese in jedem Falle Teil der ärztlichen Vergütung auf der Grundlage der

GOÄ sind. Nicht aus dem Pflegesatz ausgegliedert werden sollen jedoch die übrigen Sach- und Personalkosten, die dem Krankenhausträger durch eine liquidationsberechtigte stationäre Tätigkeit des Arztes entstehen. Sie verbleiben daher im Pflegesatz. Um auch insoweit eine Doppelbelastung zu vermeiden, sieht nunmehr § 6a der Gebührenordnung für Ärzte i. d. F. der Zweiten Änderungsverordnung einheitlich für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen eine Verpflichtung zur Minderung des Honorars um 15 Prozent vor.

### ③ Honorarminderungspflicht

Als Ausgleich für die im Pflegesatz verbleibenden Krankenhaussach- und Personalkosten hat der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen die nach den allgemeinen Vorschriften und dem Leistungsverzeichnis der GOÄ berechneten Gebühren um 15 v. H. zu mindern. Gegen eine solche Honorarminderungspflicht sind von seiten der Ärzteschaft im Verordnungsverfahren erhebliche Bedenken vorgetragen worden, da

– insbesondere bei vielen krankhaustypischen Leistungen davon ausgegangen werden muß, daß die in der Gebührenordnung vorhandenen Bewertungen Krankenhaussach- und Personalkosten nicht berücksichtigen

– eine auf die Liquidation des Arztes bezogene Honorarminderungspflicht nicht berücksichtigt, daß etwaige mit dem Honorar abgegoltene Krankenhaussach- und Personalkosten in ihrer Höhe liquidationsunabhängig entstehen.

Bei der ursprünglich vom Bundesrat vorgeschlagenen „reinen GOÄ-Lösung“ war eine Honorarminderungspflicht von 35 Prozent für die Leistungen des „kleinen Gebührenrahmens“ und 25 Prozent für die Leistungen des „großen Gebührenrahmens“ vorgese-

hen. Hier hätte sich die aufgezeigte Nichtberücksichtigung von Krankenhaussach- und Personalkosten bei der Bewertung krankhaustypischer Leistungen extrem nachteilig auf die Vergütung stationärer Leistungen ausgewirkt. Die „reine GOÄ-Lösung“ wäre daher nur dann akzeptabel gewesen, wenn als Ausgleich für eine Honorarminderungspflicht in dieser Größenordnung die vertraglich vereinbarten Chefarztabgaben im stationären Leistungsbereich ersatzlos entfallen wären.

Hiervon konnte jedoch bei realer Betrachtungsweise nicht ausgegangen werden. Die jetzt beschlossene Regelung stellt daher einen Kompromiß zwischen der „reinen GOÄ-Lösung“ und einer früher ebenfalls zur Diskussion gestandenen „reinen Pflegesatz-Regelung“ dar. Die aufgezeigten systematischen Bedenken gegen die Honorarminderungspflicht sind damit nicht ausgeräumt, jedoch in ihren finanziellen Auswirkungen gemildert.

Die Ärzteschaft wird jedoch bei den anstehenden Verhandlungen über eine Weiterentwicklung der Gebührenordnung für Ärzte darauf drängen müssen, daß die in § 6a GOÄ jetzt verankerte Verpflichtung, durch Honorarminderung Krankenhaussach- und Personalkosten aus dem ärztlichen Vergütungsanspruch auszugliedern, dazu führt, bei der Festlegung des GOÄ-Vergütungssatzes diese Kosten zu berücksichtigen. Ein Arzt kann nicht verpflichtet werden, aus seinem Vergütungsanspruch Kosten auszugliedern, die bei der Bewertung der ärztlichen Leistung nicht berücksichtigt worden sind.

Die Honorarminderungspflicht von 15 Prozent gilt für „stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen“. Aus der aufgezeigten Zielsetzung dieser Honorarminderungspflicht können hierunter nicht subsumiert werden Leistungen, die zwar im Rahmen einer stationären Behandlung anfal-

len, jedoch von Ärzten außerhalb des betreffenden Krankenhauses ohne Inanspruchnahme der Krankenhauseinrichtungen etc. erbracht werden (vgl. § 6 Abs. 3 Satz 1 BPfIVO n.F.).

Insofern enthält nämlich der Pflegesatz des betreffenden Krankenhauses keine Kosten, die durch eine Honorarminderungspflicht ausgeglichen werden müßten. Beim niedergelassenen Arzt, der z. B. als Konsiliararzt im Rahmen der stationären Behandlung eines Wahlleistungspatienten tätig wird, fallen aber sämtliche Praxiskosten an, so daß eine Honorarminderung insoweit nicht gerechtfertigt ist. Entsprechendes dürfte auch für die Vornahme von Untersuchungen durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte für andere Krankenhäuser im Rahmen einer dort durchgeführten stationären Behandlung gelten.

In Anbetracht der Honorarminderungspflicht und der damit verbundenen Ausgliederung von Krankenhauskosten aus dem Arzthonoraranspruch kann insoweit § 4 Abs. 3 GOÄ, der von der Eingliederung aller Kosten in den Vergütungsanspruch ausgeht, keine Anwendung finden. Der Arzt darf seinerseits die mit der Honorarminderungspflicht verbundene Zwecksetzung nicht dadurch umgehen, daß er über den Anwendungsbereich der §§ 7 – 10 GOÄ hinausgehend Kosten gesondert berechnet. § 6a Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 enthalten entsprechende Klarstellungen.

Die Honorarminderungspflicht in der Arztliquidation ist in der Weise vorzunehmen, daß zunächst in der Liquidation derjenige Betrag auszuweisen ist, der sich ohne Honorarminderung aus der Anwendung des Steigerungssatzes ergibt. Bei diesem Betrag handelt es sich um die „berechnete Gebühr“ nach §§ 6a Abs. 1, 12 Abs. 2 Satz 2 GOÄ, die für die Anwendung der Begründungspflicht maßgebend ist (vgl. § 12 Abs. 2 Halbs. I n.F.).

Von der „berechneten Gebühr“ ist sodann der Minderungsbetrag von 15 Prozent abzusetzen. Dies kann auch durch einen Pauschalabzug vom Endbetrag der Liquidation geschehen, wenn sich die Liquidation nur aus stationären oder teilstationären Leistungen zusammensetzen, die der Honorarminderungspflicht unterliegen. Bei einer stationären Behandlung, die sich über die Jahreswende 1984/1985 hinzieht, muß eine geteilte Rechnung für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 1984 und für den Zeitraum ab 1. Januar 1985 erstellt werden, da die Neuregelung erst anzuwenden ist für Leistungen, die ab dem 1. Januar 1985 erbracht worden sind.

Die Honorarminderungspflicht von 15 Prozent trifft auch den Belegarzt. Während bei der vom Bundesrat vorgeschlagenen „reinen GOÄ-Lösung“ dem Belegarzt nur eine Honorarminderungspflicht um die Hälfte der Prozentsätze treffen sollte, die für liquidationsberechtigte Krankenhausärzte gelten sollte, ist in der jetzt beschlossenen Fassung eine solche Differenzierung nicht enthalten. Im Vergleich zur „reinen GOÄ-Lösung“ des Bundesrates ergibt sich daraus keine Mehrbelastung der Belegärzte, da die Honorarminderungspflicht danach 17,5 bzw. 12,5 Prozent betragen hätte und der jetzt festgelegte Prozentsatz von 15 Prozent in der Mitte dieser beiden Werte liegt. Die Regelung des Pflegesatzabschlages und die darauf basierende Regelung der Kostenerstattung des § 18 Abs. 6 Satz 2 BPfIVO gilt, wie bereits erwähnt, für Belegärzte nicht. Die gesetzliche Neuregelung hat daher insoweit keine Auswirkungen auf Belegarztabgaben an den Krankenträger. Insbesondere bei solchen Belegarztverträgen, die hinsichtlich vertraglich vereinbarter Abgaben nicht im Einklang stehen mit den auf Bundesebene zwischen der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

vereinbarten Belegarztvertragsgrundsätzen muß jedoch überprüft werden, ob nicht die den Belegarzt betreffende Honorarminderungspflicht von 15% zu einer Reduzierung der Belegarztabgabe führen sollte.

#### 4 Neugestaltung des § 6 BPfIVO

Die Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung enthält neben der aufgezeigten Regelung des Kostenabschlages und der Kostenerstattung eine überwiegend redaktionelle Überarbeitung des § 6 BPfIVO.

Neu aufgenommen ist § 6 Abs. 1 Satz 2, wonach diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden dürfen, „wenn diese Leistungen von einem Arzt erbracht werden“. Aus dem gleichzeitigen Hinweis in § 6 Abs. 3 Satz 2 auf die unmittelbare bzw. entsprechende Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte ergibt sich daraus, daß Voraussetzung eines Vergütungsanspruches für Wahlleistungen u. a. § 1 Abs. 2 GOÄ ist, wonach ein Arzt Vergütungen nur für Leistungen berechnen darf, die er selbst erbracht hat oder durch Personen hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und Weisung unterstehen. Laborleistungen, die z. B. in einem Krankenhauslabor erbracht werden, das unter der Leitung eines Diplom-Chemikers steht, sind daher als ärztliche Wahlleistungen nicht berechnungsfähig. Das gleiche gilt für physikalisch-medizinische Leistungen, die als Krankenhausleistungen und nicht als ärztliche Leistungen erbracht werden.

Die Inanspruchnahme von Wahlleistungen ist vor der Erbringung mit dem Patienten schriftlich zu vereinbaren. Es ist daher nicht zulässig, bei Abschluß einer solchen Vereinbarung im Verlauf einer stationären Behandlung für die vor Vertragsabschluß liegende

Zeit ärztliche Wahlleistungen zu berechnen.

Bei bewußtlos in das Krankenhaus aufgenommenen Patienten kann ein Ehegatte im Rahmen der „Schlüsselgewalt“ oder ein nächster Angehöriger eine solche Vereinbarung abschließen, die in jedem Falle bei Genehmigung durch den Patienten die Liquidation ärztlicher Wahlleistungen von Beginn der stationären Behandlung an rechtfertigt.

Der Patient ist vor Abschluß der Vereinbarung über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten. Dies bedeutet für ärztliche Wahlleistungen nicht, daß dem Patienten etwa ein Kostenplan für die bevorstehende stationäre Behandlung auf der Basis des Leistungsverzeichnisses der GOÄ vorzulegen wäre. Die Unterrichtung über die Entgelte erfolgt vielmehr entsprechend der amtlichen Begründung insoweit durch Hinweis auf die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte.

Die Vereinbarung über ärztliche Wahlleistungen erstreckt sich nach wie vor auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses; nach wie vor kann der Patient daher seinen Wahlleistungsanspruch nicht auf bestimmte liquidationsberechtigte Ärzte begrenzen. In den Wahlleistungsanspruch nunmehr ausdrücklich eingeschlossen sind aber auch die von diesen liquidationsberechtigten Krankenhausärzten selbst veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses; hierauf ist in der Vereinbarung ausdrücklich hinzuweisen.

Der vom Krankenhausarzt zugezogene außerhalb des Krankenhauses niedergelassene Arzt hat daher, die Unterrichtung des Patienten nach § 4 Abs. 5 GOÄ unterstellt, einen unmittelbaren Privatliquidationsanspruch gegenüber dem Wahlleistungspatienten. Sei-

ne Leistung ist daher, abweichend von § 3 Abs. 1 BPfIVO, nicht über den Pflegesatz abzugelten. Anders wäre die Rechtslage, wenn nicht der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt, sondern der Krankenhausträger selbst, krankenhausexterne Ärzte zur stationären Behandlung heranzieht (z. B. Konsiliarvertrag mit einem Kinderarzt zur Durchführung der Neugeborenenbasisuntersuchung bei allen im Krankenhaus durchgeführten Entbindungen). Dieser Arzt müßte seinen Vergütungsanspruch aufgrund des Konsiliarvertrages mit dem Krankenhausträger diesem gegenüber geltend machen. Die Kosten hierfür wären in die Selbstkosten zum Zwecke der Berechnung des Pflegesatzes einzubeziehen.

In der Vergangenheit war strittig, ob der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt einen originären Liquidationsanspruch nach Maßgabe der Gebührenordnung geltend machen kann oder ob er ein aus dem Krankenhausaufnahmevertrag abgeleitetes Liquidationsrecht hat. Da sich bei einem aus dem Krankenhausaufnahmevertrag abgeleiteten Liquidationsrecht die Rechtsfrage stellen kann, ob auch hierfür die Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte maßgebend sind, ist in § 6 Abs. 3 Satz 2 ausdrücklich klargestellt worden, daß für die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte jedenfalls entsprechende Anwendung finden. Für ärztliche Wahlleistungen ist daher, unabhängig davon, ob ein „totaler Krankenhausaufnahmevertrag“, ein „totaler Krankenhausaufnahmevertrag mit Zusatzvertrag“ oder ein „gespaltener Krankenhausaufnahmevertrag“ zugrunde gelegt wird, die Vergütung immer nach Maßgabe der Vorschriften der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte zu gestalten.

Nach wie vor darf eine Vereinbarung über gesondert berechenbare Unterkunft nicht von einer Ver-

einbarung über sonstige Wahlleistungen abhängig gemacht werden. Die Wahlleistung „privatärztliche Behandlung“ bleibt daher entkoppelt von der Inanspruchnahme z. B. einer Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer. Die Erfüllung von Verträgen, die der Krankenhausträger vor dem 1. Juli 1972 geschlossen hat, bleibt hiervon nach wie vor unberührt. Insofern ist die Besitzstandsklausel des § 6 Satz 5 BPfIVO alt in die Neufassung übernommen worden.

Auch bei Altverträgen ist ein Liquidationsrecht aber ohne ausdrückliche Inanspruchnahme von Wahlleistungen nicht mehr möglich (Wegfall des alten Liquidationsrechts gegenüber Selbstzahlern 3. Pflegeklasse).

Die im Vorstehenden dargestellte Rechtslage ist, soweit es die Änderung der Bundespflegesatzverordnung betrifft, hinsichtlich ihrer Geltungsdauer ungewiß, da auf der Grundlage der zum 1. Januar 1985 ebenfalls in Kraft getretenen Novelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eine grundsätzliche Überarbeitung der Bundespflegesatzverordnung ansteht. Die hierzu vorliegenden Diskussionsentwürfe des Bundesarbeitsministeriums lassen jedoch erkennen, daß an der durch die Vierte Änderungsverordnung beschlossenen Konzeption eines Pflegesatzabschlages gegenüber Wahlleistungspatienten und darauf basierend einer Kostenerstattungspflicht des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes festgehalten wird.

Aus einer differenzierteren Pflegesatzgestaltung kann sich jedoch die Notwendigkeit einer andersartigen Berechnung des Pflegesatzabschlages und damit auch der Kostenerstattung ergeben.

Anschrift der Verfasser:  
Dr. jur. Jürgen W. Bösche  
Dr. jur. Rainer Hess  
Haedenkampstraße 1  
5000 Köln 41