

02.07.84

AS - Fz - G - K

Empfehlungen

der Ausschüsse

zur

Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung
für Ärzte und einer Vierten Verordnung zur Änderung
der Bundespflegesatzverordnung

Punkt der 539. Sitzung des Bundesrates am 13. Juli 1984

Der federführende Ausschuß für Arbeit und Sozialpolitik (AS),
der Finanzausschuß (Fz),
der Ausschuß für Jugend, Familie und Gesundheit (G) und
der Ausschuß für Kulturfragen (K)
empfehlen dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80
Abs. 2 des Grundgesetzes mit der Maßgabe nachstehender
Änderungen zuzustimmen: +)

Zu Artikeln 1 und 2

- (1) a) Artikel 1 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982
(BGBl. I S. 1522), geändert durch die Verordnung
vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500), wird wie
folgt geändert:

+) Hinweis: Bei der Abstimmung werden die eingeklammerten
Ziffern aufgerufen.

(noch Ziff. (1))

1. Nach § 6 wird folgender § 6 a eingefügt:

"§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert zu mindern, Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen sind um 35 vom Hundert zu mindern. Soweit Leistungen nach Satz 1 von einem Belegarzt erbracht und berechnet werden, gilt jeweils der halbe Minderingssatz.

AS
Fz
G (2)
Bei Annahme
von (2) ent-
fällt (3)

(2) Die nach Absatz 1 geminderten Gebühren gelten die dem Krankenhaus entstehenden Kosten im Sinne des § 4 Abs. 3 nicht ab. Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt."

K (3)

(2) Für nach Absatz 1 geminderte Gebühren gilt § 4 Abs. 3 nicht; die Verbote des § 4 Abs. 4 bleiben unberührt."

AS
Fz
G
K

(4) 2. § 12 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird in Nummer 4 der Punkt durch ein Komma ersetzt und folgende Nummer 5 angefügt:

"5. bei Erbringung stationärer oder teilstationärer privatärztlicher Leistungen den Minderungsbetrag nach § 6 a Abs. 1."

b) Satz 2 Halbsatz 1 erhält folgende Fassung:

"Überschreitet die berechnete Gebühr nach Satz 1 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies schriftlich zu begründen;".

AS
Fz
G
K

(5) c) In Satz 4 wird das Zitat

"Nummer 2"

durch das Zitat

"Satz 1 Nr. 2"

ersetzt.'

AS
Fz
G
K

(6) b) Artikel 2 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 2

Anderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333, 419), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 22. Mai 1979 (BGBl. I S. 583), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

K (7) 2. Der bisherige Text des § 6 wird Absatz 1.

Folgender Absatz 2 wird angefügt:

Bei Annahme
entfallen
(8) und (22)

"(2) Für die gesonderte Berechnung ärztlicher Leistungen finden die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits aus der Gebührenordnung für Ärzte ergibt."

(8) 2. § 6 erhält folgende Fassung:

"§ 6

Entfällt
bei An-
nahme
von (7)

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 der 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."

AS
Fz
G
K

- (9) 3. § 18 Abs. 6 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen entfällt ein Kostenabzug."

Begründung zu a und b:

Allgemeines

AS
Fz
G
K

- (10)

Das Ziel, doppelte Kostenberechnungen zu Lasten der selbstzahlenden Privatpatienten im Krankenhaus zu vermeiden, läßt sich auf dem mit diesem Änderungsvorschlag verfolgten Weg der Minderung der GOÄ-Gebühren verwaltungstechnisch einfach und unbürokratisch lösen. Das Pflegesatzrecht wird völlig von Problemen entlastet, die sich im Zusammenhang mit den "als" Kostenerstattung der Ärzte im Selbstkostenblatt abziehenden Beträgen und mit dem Arztkostenabschlag bei "ärztlichen Wahlleistungen" nach § 6 BPflV ergeben und die immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen den Betroffenen führen. Die Lösung über die GOÄ hat zudem den Vorzug, daß auch bei solchen Patienten doppelte Kostenberechnungen vermieden werden, die in Krankenhäusern privatärztlich stationär behandelt werden, die nicht unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung fallen. Darüber hinaus werden mit einer Novellierung des Krankenhausrechts angestrebte Regelungen, anstelle des tagesgleichen allgemeinen Pflegesatzes andere Entgeltformen einzuführen, nicht verbaut.

Nicht zuletzt schließt die Lösung auch bisher praktizierte Subventionsmechanismen zu Lasten der privaten Krankenversicherung und der öffentlichen Beihilfe aus. Der von der Bundesregierung beschlossene Weg würde dagegen dazu führen, daß die von den Krankenhausärzten zu leistenden und letztlich von den Privatpatienten zu finanzierenden Kostenerstattungen an die Krankenhäuser in Form von Pflegesatzminderungen zu rd. 90 % denjenigen Patienten zugute kämen, die keine privatärztlichen Leistungen beanspruchen und bezahlen.

zu Artikel 1 Nr. 1:

- AS
Fz
G
K (11) § 6 a Abs. 1 sieht zur Vermeidung der ungerechtfertigten Doppelbelastung der Privatpatienten mit Personal- und Sachkosten stationär und teilstationär erbrachter privatärztlicher Leistungen (einmal über die mit dem Pflegesatz erhobenen und einmal über die in den Gebühren enthaltenen Kostenanteile) zwingend eine Minderung der Gebühren um 25 v. H., für Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil von 35 v. H. vor. Die Minderungssätze tragen der unterschiedlichen Kostensituation bei beiden Leistungsgruppen Rechnung.
- AS
Fz
G (12) Sie entsprechen den in der weiteren Diskussion um den Referentenentwurf des BMA v. 18.4.1984 vom BMA genannten Sätzen. Dieser Entwurf hatte zunächst einen einheitlichen Minderungssatz in Höhe von 30 v.H. vorgesehen (unter Verzicht auf Kostenerstattungen der liquidierenden Ärzte und Arztkostenabschläge).
- AS
Fz
G
K (13) Für belegärztliche Leistungen trägt die Minderung in halber Höhe von
- AS
Fz
G (14) 12,5 v.H. bzw. von 17,5 v.H.
- (14) und (15)
schließen ein-
ander aus
- K (15) 25 v.H. bzw. von 35 v.H.

- AS (16) dem Umstand Rechnung, daß
Fz der Pflegesatz für Belegarztpatienten
G grundsätzlich mit ärztlichen Personal-
K kosten nicht belastet ist. In einem
"reinen" Belegkrankenhaus errechnet
sich der Pflegesatz ohnehin ohne Arzt-
kosten, in einem "gemischten" Kranken-
haus mit Anstalts- und Belegarztabtei-
lungen bleibt es für die Patienten
der Belegabteilungen bei dem Arztkosten-
abschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 1 BPflV. Bei der
Berechnung der Minderung ist von der
Höhe der nach den §§ 2, 5 oder 6 berech-
neten Gebühren auszugehen; eine abweichen-
de Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 auch
über die Minderungssätze ist also
nicht zulässig.
- AS (17) § 6 a Abs. 2 nimmt die Gebühren für privat-
Fz ärztliche Leistungen, die bei stationärer
G oder teilstationärer Behandlung erbracht
werden, von dem in § 4 Abs. 3 enthaltenen
Grundsatz der Kostenabgeltung aus. Die Vorschrift
ist eine notwendige Folgeänderung zu der
in § 6 a Abs. 1 getroffenen Regelung.
Satz 2 stellt klar, daß trotz Nichtabgeltung
der Kosten in den Gebühren eine gesonderte
Berechnung durch den liquidierenden Arzt
zu unterbleiben hat; deshalb scheidet auch
eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in
Höhe solcher Kosten gegenüber dem Zahlungs-
pflichtigen aus. Die Kosten des Kranken-
hauses können jedoch in den Pflegesatz
einbezogen werden.
- Zusammen-
hang mit
(2)
- (17) und (18)
schließen
einander aus
- K (18) § 6 a Abs. 2 Halbsatz 1 nimmt die
Gebühren für privatärztliche Leistungen,
die im Rahmen stationärer oder teil-
stationärer Behandlung erbracht werden,
von dem in § 4 Abs. 3 enthaltenen Grund-
satz der Kostenabgeltung aus. Die
Vorschrift ist eine notwendige Folgeände-
rung zu der in § 6 a Abs. 1 getroffenen
Regelung.
- Zusammen-
hang mit
(3)

(noch Ziff (18))

§ 6 a Abs. 2 Halbsatz 2 stellt klar, daß trotz Nichtabgeltung der Kosten in den Gebühren eine gesonderte Berechnung zu unterbleiben hat und daß eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten gegenüber dem Zahlungspflichtigen unwirksam ist.

AS
Fz
G
K

(19)

zu Artikel 1 Nr. 2:

Nach der in Satz 1 angefügten Nummer 5 ist der Minderungsbetrag nach § 6 a Abs. 1 in der Rechnung auszuweisen.

Die Änderung in Satz 2 stellt klar, daß für das Einsetzen der Begründungspflicht auch bei stationären und teilstationären Leistungen der Gebührensatz vor Abzug des Minderungsbetrages nach § 6 a Abs. 1 maßgebend ist und nicht etwa ein aus dem geminderten Honorar errechneter Steigerungssatz.

Die Änderung in Satz 4 ist nur redaktioneller Art.

zu Artikel 2 Nr. 1

AS
Fz
G
K

(20)

Wegen der in § 6 a GOÄ vorgesehenen Minderung der Gebühren bei stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung bedarf es bei "ärztlichen Wahlleistungen" nach § 6 BPflV keines Pflegesatzabschlages mehr, um Doppelbelastungen der Privatpatienten mit Personal- und Sachkosten zu vermeiden. An der rechtlichen Qualifikation der "ärztlichen Wahlleistung" ändert sich durch diese Verfahrensweise nichts. Ein Pflegesatzabschlag bei Leistungen von Belegärzten in Krankenhäusern, in denen neben belegärztlich auch hauptamtlich geleitete Abteilungen bestehen, ist allerdings weiterhin erforderlich. Damit wird der Unterschied berücksichtigt, daß in Belegabteilungen grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen von den Belegärzten selbst oder für deren Rechnung erbracht werden.

zu Artikel 2 Nr. 2:

K

(21)

Zusammenhang mit (7)

Der in § 6 neu eingefügte Absatz trifft - unabhängig von der rechtlichen Regelung der Beziehungen zwischen Arzt und Patient - eine Entgeltregelung für die Fälle, in denen die GOÄ auf die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen nicht bereits unmittelbar Anwendung findet. Damit soll sichergestellt werden, daß - unabhängig davon, wer die ärztliche Wahlleistung schuldet und wer für diese liquidiert - nicht außerhalb des durch die Gebührenordnung für Ärzte gesetzten Rahmens abgerechnet wird.

zu Artikel 2 Nr. 2

AS (22) Übernahme des Artikels 2 Nr. 2 der
Fz Regierungsvorlage.
G Zusammen-
hang mit (8)

AS (23) zu Artikel 2 Nr. 3

Fz
G
K Der neugefaßte Satz 2 in § 18 Abs. 6 zieht die Folgerung aus der in § 6 a GOÄ eingeführten Honorarminderungspflicht für privatärztliche Leistungen. Er gilt sowohl für ärztliche Wahlleistungen nach § 6 BPflV als auch für privatärztliche Leistungen von Belegärzten.

AS (24) Unbeschadet von Regelungen über einen
Fz Vorteilsausgleich ist für eine pflegesatz-
G relevante Kostenerstattung an das Krankenhaus
Bei Annahme bei diesen privatärztlichen Leistungen künftig
entfällt (25) kein Raum mehr.

K (25) Für eine Kostenerstattung bei diesen privatärztlichen Leistungen an das Krankenhaus ist künftig kein Raum mehr.

AS (26) Insoweit ist auch die
Fz Geschäftsgrundlage für Regelungen
G über eine Kostenerstattung der
K liquidationsberechtigten Krankenhausärzte im stationären bzw. teilstationären Bereich entfallen, die im Nebentätigkeitsrecht der Länder oder in Verträgen zwischen Ärzten und Krankenhäusern enthalten sind. Diese Regelungen müssen jetzt zugunsten der betroffenen Ärzte den veränderten bundesrechtlichen Grundlagen angepaßt werden.