

01.06.84

AS - Fz - G - K

Verordnung

der Bundesregierung

Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und einer Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespfllegesatzverordnung

A. Zielsetzung

Mit der Verordnung sollen die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte und der Bundespfllegesatzverordnung bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen aufeinander abgestimmt werden, um die Zahlungspflichtigen vor doppelten Kostenberechnungen zu schützen.

B. Lösung

Die Zielsetzung soll insbesondere durch folgende sich ergänzende Maßnahmen erreicht werden:

- Minderung der ärztlichen Gebühren für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen um 12 vom Hundert
- Einführung eines bundeseinheitlichen Pfllegesatzabschlags bei ärztlichen Wahlleistungen in Höhe von 7 vom Hundert des Pfllegesatzes
- Einfachere und wirksamere Entlastung der pflegesatzfähigen Selbstkosten des Krankenhauses von Kosten ärztlicher Wahlleistungen durch Neuregelung des Kostenabzugs nach § 18 Abs. 6 Satz 2 Bundespfllegesatzverordnung.

C. Alternativen

Keine realisierbaren Alternativen.

D. Kosten

Bund, Länder und Gemeinden werden durch Minderaufwendungen bei der Beihilfe entlastet. Die Entlastung beträgt bei Bund und Ländern jeweils rund 30 Mio DM und bei den Gemeinden rund 5 Mio DM.

01.06.84

AS - Fz - G - K

Verordnung
der Bundesregierung

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

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
14 (32) - 603 03 - Ae 8/84

Bonn, den 1. Juni 1984

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

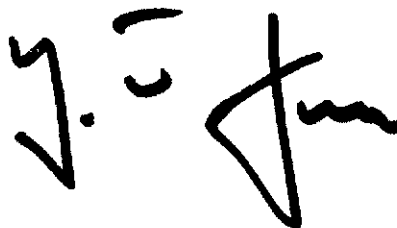
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

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

mit Begründung und Vorblatt.

Ich bitte, die Zustimmung des Bundesrates auf Grund des Artikels 80 Abs. 2 des Grundgesetzes herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'J. E. [illegible]'.

Zweite Verordnung zur Änderung der
Gebührenordnung für Ärzte und einer
Vierten Verordnung zur Änderung der
Bundespfllegesatzverordnung

Vom....

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der
Bekanntmachung vom 14. Oktober 1977 (BGBl. I S. 1885) und der
§§ 16 und 17 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes vom
29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) verordnet die Bundesregierung
mit Zustimmung des Bundesrates:

Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Nach § 6 der Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982
(BGBl. I S. 1522), geändert durch die Verordnung vom
20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500), wird folgender § 6 a eingefügt:

"§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

Bei stationären und teilstationären Leistungen sind die nach
dieser Verordnung berechneten Gebühren um 12 vom Hundert zu min-
dern; der Minderungsbetrag ist in der Rechnung auszuweisen. § 4
Abs. 3 gilt nicht für den Teil der Kosten, für den die Minderung
nach Satz 1 vorzunehmen ist."

Artikel 2

Änderung 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 erhält folgende Fassung:

"Für Patienten, denen ärztliche Wahlleistungen nach § 6 gesondert berechnet werden, ist der allgemeine Pflegesatz um 7 vom Hundert zu ermäßigen."

2. § 6 erhält folgende Fassung:

"§ 6 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

- 3 -

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."

3. § 18 Abs. 6 wird wie folgt geändert:

a) Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Als Kostenerstattung für ärztliche Wahlleistungen nach § 6, die von Ärzten des Krankenhauses berechnet werden, ist das 1,5fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge nach § 3 Abs. 2 Satz 2 abziehen."

b) In Satz 3 werden die Worte "§ 368 n Abs. 2 Satz 1" durch die Worte "§ 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2" ersetzt.

4. Das Selbstkostenblatt (Anlage 1, zu § 18 Abs. 2) wird wie folgt geändert:

a) In den Abschnitten B 1, B 2 und B 3 wird jeweils in Teil VII der Buchstabe b gestrichen.

b) In der Anmerkung 3 zu Abschnitt B 1, in der Anmerkung 4 zu Abschnitt B 2 und in der Anmerkung 4 zu Abschnitt B 3 werden jeweils die Worte "§ 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO" durch die Worte "§ 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO" ersetzt.

- 4 -

c) Abschnitt E Teil II wird wie folgt geändert:

- aa) Der Text in Spalte 1 vor Zeile a wird ersetzt durch den Text "vor a) Tage mit Pflegesatz nach § 3 Abs. 2 Satz 2 (Korrekturfaktor für Pflegesatzabschlag und Kostenabzug)". In derselben Zeile wird in Spalte 3 die Zahl "0,035" eingefügt.
- bb) In Spalte 1 Zeile d wird das Wort "sonstigen" gestrichen und folgender Text angefügt: "(in Spalte 2 ohne Tage nach Zeile vor a)".
- cc) In Spalte 1 Zeile f werden die Worte "Satz 1" angefügt.
- dd) Spalte 1 Zeile h erhält folgende Fassung:
"Tage ohne gesondert berechenbare Leistungen zusammen (in Spalte 2 ohne Tage nach Zeile g)".

Artikel 3 Berlin-Klausel

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes in Verbindung mit § 15 Satz 2 der Bundesärzteordnung und § 31 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch im Land Berlin.

Artikel 4 Inkrafttreten

- (1) Diese Verordnung tritt am 1. Januar 1985 in Kraft.
- (2) § 6 a der Gebührenordnung für Ärzte gilt nicht für Leistungen, die vor Inkrafttreten dieser Verordnung erbracht worden sind.

B e g r ü n d u n g

A. Allgemeiner Teil

1. Ausgangslage

Sowohl durch die Krankenhauspflegesätze nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) als auch durch die Gebühren nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) werden Personal- und Sachkosten ärztlicher Leistungen abgegolten. Das erfordert eine Abstimmung der Vorschriften beider Rechtsverordnungen, um bei stationären privatärztlichen Leistungen doppelte Kostenberechnungen zu vermeiden. Gegenwärtig wird dies teilweise mit der Übergangsvorschrift des § 14 Abs. 2 GOÄ erreicht, deren Geltung für den stationären Krankenhausbereich aufgrund der Ersten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) bis zum 31. Dezember 1984 verlängert worden ist. Aus Anlaß der Zustimmung zur ersten Änderungsverordnung hat der Bundesrat in einer EntschlieÙung vom 16. Dezember 1983 die Bundesregierung aufgefordert, baldmöglichst Lösungsvorschläge für die Zeit ab 1. Januar 1985 zu unterbreiten (Bundesratsdrucksache 488/83 - Beschluß -).

2. Harmonisierung der Gebührenordnung für Ärzte und der Bundespflegesatzverordnung

Das Ziel, doppelte Kostenberechnungen zu vermeiden, lieÙe sich auÙer auf dem Weg, der mit dieser Verordnung eingeschlagen wird, entweder nur durch eine Minderung der ärztlichen Gebühren oder nur durch PflegesatzabschläÙe in Verbindung mit einem pflegesatzmindernden Kostenabzug erreichen. Diese Lösungswege hätten jedoch den Nachteil, daÙ sie stärker in die langfristig gewachsenen Strukturen des Krankenhauses eingreifen würden. Der mit dieser Verordnung gewählte Weg vereinigt deshalb in Fortentwicklung der bisherigen Struk-

turen Elemente beider Lösungswege. Mit der Minderung der Gebühren für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen, der Festlegung eines bundeseinheitlichen Pflegesatzabschlags bei ärztlichen Wahlleistungen und der Neuregelung des Kostenabzugs für ärztliche Wahlleistungen sieht die Verordnung sowohl gebührenrechtliche als auch pflegesatzrechtliche Maßnahmen vor, die in ihrem Zusammenwirken Doppelberechnungen verhindern.

Die Verordnung sieht im einzelnen folgende Änderungen vor:

- Die ärztlichen Gebühren sind bei stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung um 12 vom Hundert zu mindern.
- Bei ärztlichen Wahlleistungen ist ein Pflegesatzabschlag in Höhe von 7 vom Hundert vorzunehmen.
- Die ärztlichen Wahlleistungen werden nach ihrem Umfang näher bestimmt und von den allgemeinen, mit dem Pflegesatz abgegoltenen Krankenhausleistungen besser abgegrenzt.
- durch die Neuregelung des Kostenabzugs für ärztliche Wahlleistungen werden die pflegesatzfähigen Selbstkosten des Krankenhauses einfacher von den Kosten dieser Leistungen entlastet.

a) Minderung der ärztlichen Gebühren

Bereits unter der Geltung der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. März 1965 (BGBl. I S. 89) war aus dem ärztlichen Berufsrecht und dem Vertragsrecht der allgemeine Grundsatz entwickelt worden, daß der Arzt bei der Liquidation einer stationären Behandlung seine Gebühren mindern muß, weil der Privatpatient die Sach- und nichtärztlichen

Personalkosten ("Sachkosten") der vom Arzt für die Behandlung in Anspruch genommenen Leistungen des Krankenhauses bereits mit dem Pflegesatz zahlt. Erstmals normiert wurde der Grundsatz der Minderung durch die Übergangsregelung des § 14 Abs. 2 Satz 2 der Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522). Anknüpfend an diese Regelung konkretisiert die neue Vorschrift des § 6a GOÄ (vgl. Artikel 1) diesen Grundsatz, indem sie einen festen Minderungssatz von 12 vom Hundert vorsieht. Aufgrund ihres geringen Umfangs kann die Minderung allerdings keine ärztlichen Personalkosten - insoweit übereinstimmend mit dem zur Gebührenordnung von 1965 entwickelten Grundsatz der Minderung - und auch Sach- und nichtärztliche Personalkosten nur teilweise berücksichtigen. Ein größerer Teil der den privatärztlichen stationären Leistungen zuzuordnenden Kosten des Krankenhauses wird künftig wie bisher mit der ärztlichen Gebühr abgegolten.

b) Pflegesatzabschlag und Kostenabzug für ärztliche Wahlleistungen

Eine Doppelberechnung der auch künftig mit den ärztlichen Gebühren abgegoltenen Kostenanteile wird durch die Regelungen der Bundespflegesatzverordnung vermieden. Durch einen Pflegesatzabschlag bei ärztlichen Wahlleistungen (vgl. Artikel 2 Nr. 1), der sich an die bisherigen landesrechtlichen Regelungen des sogenannten Arztkostenabschlags anlehnt, wird der Zahlungspflichtige von ärztlichen Personalkosten des Krankenhauses entlastet, die im Pflegesatz enthalten sind. Außerdem wird ein pflegesatzmindernder Kostenabzug nach § 18 Abs. 6 Satz 2 BPflV (vgl. Artikel 2 Nr. 3) für noch verbleibende Teile von mit den ärztlichen Gebühren abgegoltenen Sach- und Personalkosten vorgenommen und in der Gesamtsumme mit dem 1,5fachen der Pflegesatzabschläge bei ärztlichen Wahlleistungen angesetzt.

3. Anpassung des Nebentätigkeitsrechts der Länder und des Vertragsrechts

Wie der Bundesrat in seiner EntschlieÙung zur ersten Änderungsverordnung zur GOÄ am 16. Dezember 1983 bereits festgestellt hat, ist es in Verbindung mit der Überarbeitung der Bundespflegesatzverordnung auch erforderlich, das Nebentätigkeitsrecht der neuen Rechtslage anzupassen. Es ist außerdem anzunehmen, daß ein Teil der Verträge zwischen Krankenhausärzten und Krankenhausträgern nicht mehr voll der neuen Rechtslage entspricht, obwohl der mit dieser Verordnung eingeschlagene Weg zum Abbau von Doppelberechnungen sich auch deshalb an gewachsene Strukturen anlehnt, um Auswirkungen im Vertragsrecht so gering wie möglich zu halten. Soweit bestehende Verträge der neuen Rechtslage nicht mehr entsprechen, sind sie gegebenenfalls der insoweit geänderten Geschäftsgrundlage anzupassen.

4. Kosten, finanzielle Auswirkungen

Bund, Länder und Gemeinden werden durch die Verordnung nicht mit zusätzlichen Kosten belastet, sondern durch Minderaufwendungen bei der Beihilfe entlastet. Die Entlastung beträgt bei Bund und Ländern jeweils rund 30 Mio DM und bei den Gemeinden rund 5 Mio DM.

Die Gebühren für privatärztliche stationäre Leistungen werden durch die Honorarminderung geringfügig gesenkt. Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau, besonders das Verbraucherpreisniveau, sind davon nicht zu erwarten.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 - Änderung der GOÄ

Mit der neu in die GOÄ eingefügten Vorschrift des § 6 a wird zwingend für alle liquidationsberechtigten Krankenhausärzte vorgeschrieben, die Gebühren für stationär und teilstationär erbrachte ärztliche Leistungen um 12 vom Hundert zu mindern. Die Minderung erfaßt nur einen Teil der mit der Gebühr gemäß § 4 Abs. 3 abgegoltenen Kosten, und zwar einen Teil der Sach- und nichtärztlichen Personalkosten. Der größere Teil der Kosten wird auch künftig noch mit der Gebühr erfaßt.

Die Minderungspflicht nach Satz 1 gilt auch für Belegärzte, denn auch ihren Leistungen sind Sach- und nichtärztliche Personalkosten des Krankenhauses zuzuordnen. Für eine Differenzierung des Minderungsbetrages nach Ärztegruppen oder Leistungsarten bleibt kein Raum, da der Vomhundertsatz an der untersten Grenze der von den Gebühren erfaßten Kosten liegt und der unterschiedlichen Situation der einzelnen Ärztegruppen im Pflegesatzrecht und in den Verträgen zwischen Arzt und Krankenhaus Rechnung getragen werden kann. Die Pauschalierung kommt dem Bedürfnis nach einer einfach zu handhabenden Regelung entgegen.

Bei der Ermittlung des Minderungsbetrages ist von der Summe der nach den §§ 2, 5 oder 6 berechneten Gebühren auszugehen. Eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 über den Minderungssatz bzw. -betrag ist nicht zulässig. Die Angabe des Minderungsbetrages in der Rechnung ist eine Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung gemäß § 12 Abs. 1.

Satz 2 geht davon aus, daß der Grundsatz der Kostenabgeltung mit der Gebühr gemäß § 4 Abs. 3 einschließlich des Verbots der gesonderten Berechnung nach § 4 Abs. 4 ab 1. Januar 1985 auch für stationär und teilstationär erbrachte ärztliche

Leistungen gilt (vgl. § 14 Abs. 2 Satz 1). Dieser Grundsatz erfährt allerdings eine Einschränkung für den Teil der Kosten, für den die Minderung nach Satz 1 vorzunehmen ist. Aufgrund dieser Einschränkung ist insoweit auch das Verbot der gesonderten Berechnung nach § 4 Abs. 4 aufgehoben, so daß im Rahmen der Bundespflegesatzverordnung für die Berechnung eines Teils der Kosten mit dem allgemeinen Pflegesatz Raum bleibt.

Zu Artikel 2 - Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Nummer 1:

Auf der Grundlage des § 17 Abs. 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes legt die Vorschrift jetzt bundeseinheitlich fest, daß auch bei ärztlichen Wahlleistungen ein Abschlag vom Pflegesatz vorzunehmen ist. Sie ersetzt die bisherige Bestimmung, die eine Abschlagsregelung für diese Fälle in das Ermessen der Landesregierungen gestellt hat. Patienten, die ärztliche Wahlleistungen vereinbart haben, werden damit pflegesatzrechtlich bundesweit gleichgestellt.

Der pauschale Pflegesatzabschlag entspricht der pauschalen Kostenverrechnung des geltenden Pflegesatzsystems. Er erfaßt vor allem ärztliche Personalkosten. Solche Kosten - einschließlich der auf den liquidationsberechtigten Arzt entfallenden Personalkosten des Krankenhauses - werden bei ärztlichen Wahlleistungen mit den nach § 6 a GOÄ geminderten Gebühren gesondert, d.h. neben dem Pflegesatz berechnet (§ 6 BPflV). Als Ausgleich für die auf diese Weise gesondert berechneten Kosten ist ein Abschlag in Höhe von 7 vom Hundert des Pflegesatzes angemessen.

Soweit stationäre oder teilstationäre privatärztliche Leistungen von einem Belegarzt erbracht und berechnet werden, besteht kein Anlaß für einen besonderen Pflegesatzabschlag, weil der Pflegesatz bereits durch den Belegarztabschlag von ärztlichen Personalkosten entlastet ist (§ 3 Abs. 2 Satz 1).

Da der Patient bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen in Krankenhäusern außerhalb des Geltungsbereichs der Bundespflegesatzverordnung einen Anspruch auf die gleiche Entlastung zur Vermeidung doppelter Kostenberechnungen hat, geht die Bundesregierung davon aus, daß diese Krankenhäuser bei ärztlichen Wahlleistungen im Sinne des § 6 BPflV ebenfalls einen Pflegesatzabschlag von 7 vom Hundert gewähren, sofern im Pflegesatz ärztliche Personalkosten enthalten sind.

Nummer 2:

Die Vorschrift wurde inhaltlich ergänzt und redaktionell überarbeitet, um ihre Anwendung zu erleichtern. Dies gilt insbesondere für

- die Voraussetzungen, unter denen diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen vereinbart werden dürfen,
- die Bestimmung des Umfangs ärztlicher Wahlleistungen sowie die Abgrenzung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen und
- die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen.

Die Ergänzung der Überschrift verdeutlicht den Inhalt der Vorschrift.

Absatz 1 Satz 1 übernimmt die Kernaussagen der bisherigen Sätze 1 und 2.

Satz 2 bestimmt im Interesse einer Begrenzung der gesonderten Berechnung von diagnostischen und therapeutischen Leistungen - über die Voraussetzungen des Satzes 1 hinaus -, daß diese nur dann als Wahlleistungen vereinbart werden dürfen, wenn sie von einem Arzt erbracht werden. Die gesonderte Berechnung diagnostischer oder therapeutischer Leistungen durch Beleghebammen (vgl. § 4 Abs. 3 Satz 3) oder im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 5 bleibt davon unberührt.

Absatz 2 Satz 1 schreibt zum Schutz des Patienten vor, daß Wahlleistungsvereinbarungen vor Erbringung der Wahlleistungen schriftlich zu treffen sind und der Patient vor ihrem Abschluß über die Entgelte der Wahlleistungen zu unterrichten ist. Dazu gehört die Mitteilung der Preise für nichtärztliche Wahlleistungen, z.B. für eine gesonderte Unterbringung, ebenso wie der Hinweis auf den unter Berücksichtigung des Pflegesatzabschlags zu zahlenden Pflegesatz sowie die Berechnung dieser Leistungen nach Gebührenordnung für Ärzte und die dort vorgesehene Minderung der berechneten Gebühren.

Satz 2 übernimmt die im bisherigen Satz 2 enthaltene Mitteilungspflicht gegenüber der zuständigen Landesbehörde.

Absatz 3 Satz 1 präzisiert den Umfang der ärztlichen Wahlleistungen und grenzt diese besser von den allgemeinen Krankenhausleistungen ab. Die Vorschrift entspricht dem bisherigen Satz 4, stellt jedoch klar, daß sich die Vereinbarung auch auf ärztliche Leistungen Dritter außerhalb des Krankenhauses - z.B. Leistungen von Ärzten anderer Krankenhäuser oder von niedergelassenen Ärzten, aber auch von ärztlich geleiteten Einrichtungen, insbesondere Krankenhäusern - erstreckt, soweit diese Leistungen im Rahmen der Behandlung des Patienten von liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses veranlaßt werden. Zugleich wird verdeutlicht, daß nicht sämtliche Leistungen der liquidationsberechtigten Ärzte erfaßt werden, sondern nur Leistungen, zu deren gesonderter Berechnung die Ärzte des Krankenhauses nach dem Vertrag mit dem Krankenhausträger oder entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen berechtigt sind. Der letzte Halbsatz des Satzes 1 schreibt aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit für den Patienten einen entsprechenden Hinweis in der Wahlleistungsvereinbarung vor.

Satz 2 trifft - unabhängig von Verträgen zwischen Arzt und Krankenhaus oder beamtenrechtlichen Regelungen - eine Entgeltregelung für die Fälle, in denen die Gebührenordnung für Ärzte auf die Berechnung ärztlicher Wahlleistungen nicht bereits unmittelbar Anwendung findet.

Absatz 4 Satz 1 entspricht dem bisherigen Satz 3, Satz 2 dem bisherigen Satz 5. Durch die Zusammenfassung in einem Absatz wird im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum bisherigen Satz 5 klargestellt, daß sich die Besitzstandswahrung nur auf die Kopplung der Wahlleistung Unterkunft mit ärztlichen Wahlleistungen bezieht, nicht dagegen auf das Liquidationsrecht gegenüber Selbstzahlern in der früheren allgemeinen (dritten) Pflegeklasse.

Nummer 3

Buchstabe a:

Die Vorschrift stellt eine einfache und einheitliche Anwendung des Kostenabzugs für ärztliche Wahlleistungen in allen Fällen sicher, in denen ärztliche Wahlleistungen von Ärzten berechnet werden. In den wenigen Fällen, in denen ärztliche Wahlleistungen vom Krankenhaus berechnet werden, verbleibt es bei der Kostenausgliederung nach § 18 Abs. 9.

Der Wegfall des bisherigen Satzes 2 trägt dem Stand des Rechnungswesens in den Krankenhäusern Rechnung, der eine wirklichkeitsnahe Schätzung der Kosten in den anderen Fällen ermöglicht, in denen Ärzte im Krankenhaus erbrachte Leistungen gesondert berechnen können, insbesondere bei ambulanten Leistungen von Krankenhausärzten und bei belegärztlicher Behandlung.

Die neue Vorschrift erfaßt sämtliche Kosten, die mit den berechneten Gebühren nach Abzug der Minderung abgegolten sind, d.h. die Sach- und Personalkosten der vom Arzt in Anspruch genommenen Leistungen des Krankenhauses mit Ausnahme des Teils der Sach- und nichtärztlichen Personalkosten, der auf die Gebührenminderung nach § 6 a GOÄ entfällt. Diese dem Krankenhaus entstehenden Kosten werden im Interesse einer möglichst einfach zu handhabenden Regelung unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Kostenerstattung mit dem 1,5fachen des Pflegesatzabschlags für ärztliche Wahlleistungen bemessen. Dabei wird auf den Durchschnitt dieser Kosten der von allen liquidationsberechtigten Ärzten des Krankenhauses berechneten ärztlichen Wahlleistungen abgestellt. Die Regelung überläßt es wie bisher den

Beteiligten, für einzelne Ärzte oder Arztgruppen des Krankenhauses unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots - entsprechend den je nach Fachgebiet und den besonderen Verhältnissen des Krankenhauses unterschiedlich hohen Kosten - niedrigere oder höhere Kostenerstattungen festzulegen.

Soweit stationäre oder teilstationäre privatärztliche Leistungen von einem Belegarzt sowie gegebenenfalls von einem an der belegärztlichen Behandlung beteiligten Krankenhausarzt erbracht und berechnet werden, gilt für den Kostenabzug weiterhin § 18 Abs. 6 Satz 1. Der Kostenabzug erfaßt ebenfalls die Kosten, die mit den berechneten Gebühren nach Abzug der Minderung abgegolten sind.

Eine Regelung über den Kostenabzug für Auslagen, die nach § 10 GOÄ neben den Gebühren gesondert berechnet werden, erübrigt sich. Soweit es sich um Leistungen handelt, die das Krankenhaus auch bei allgemeinen Krankenhausleistungen erbringt, müßte der Arzt bei gesonderter Berechnung ohnehin dem Krankenhaus diese Kosten in vollem Umfang erstatten. Bei anderen Leistungen, die der Arzt auf seine Kosten erbringt und nach § 10 GOÄ gesondert berechnet, entsteht insoweit kein Erstattungsanspruch des Krankenhauses.

Buchstabe b:

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Änderung des § 368 n RVO durch das Krankenversicherungs-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Dezember 1976 (BGBl. I S. 3871).

Nummer 4

beschränkt sich auf unverzichtbare Änderungen des Selbstkostenblattes.

Buchstabe a:

Die Kostenerstattung der Ärzte im stationären Bereich wird nicht mehr im Abschnitt B des Selbstkostenblattes als Abzug

von den Gesamtkosten des Krankenhauses ausgewiesen, sondern über einen Umrechnungsfaktor bei der Ermittlung der kostengleichen Berechnungstage im Abschnitt E Teil II berücksichtigt (vgl. Buchstabe c).

Buchstabe b:

Redaktionelle Anpassung an die Änderung durch Nummer 3 Buchstabe b.

Buchstabe c:

Der Pflegesatzabschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 2 sowie der Abzug von den Selbstkosten für Kostenerstattungen bei ärztlichen Wahlleistungen werden durch einen Umrechnungsfaktor in Abschnitt E Teil II berücksichtigt.

Doppelbuchstabe aa:

Der Pflegesatzabschlag bei Berechnungstagen mit ärztlichen Wahlleistungen in Höhe von 7 vom Hundert wird bei der Ermittlung des Pflegesatzes durch den Umrechnungsfaktor "minus 0,07" kalkulatorisch berücksichtigt. Der Kostenabzug bei ärztlichen Wahlleistungen in Höhe des 1,5-fachen des Pflegesatzabschlags wird durch den Umrechnungsfaktor "plus 0,105" (1,5 mal 0,07) berücksichtigt. Beide Faktoren sind zu dem gemeinsamen Korrekturfaktor "plus 0,035" zusammengefaßt. Mit diesem Faktor werden die kostengleichen Berechnungstage und somit der Divisor bei der Pflegesatzbildung so verändert, daß der Pflegesatzabschlag und der Kostenabzug sich im Pflegesatz niederschlagen; z.B. werden dadurch tausend Berechnungstage mit ärztlichen Wahlleistungen für die Pflegesatzkalkulation zu 1035 kostengleichen Berechnungstagen. Als Folge dieser Regelung entfällt zugleich für ärztliche Wahlleistungen die kalkulatorische Berücksichtigung durch einen Zuschlag auf die Selbstkosten gemäß Anmerkung 2 zu Abschnitt A 1 bzw. Anmerkung 3 zu Abschnitt A 2 und A 3.

Doppelbuchstabe bb:

Die Streichung des Wortes "sonstigen" dient der redaktionellen Klarstellung. Durch den Text in der Klammer wird darauf hingewiesen, daß die in der Zeile "vor a" eingetragenen Berechnungstage lediglich Grundlage für die Berechnung des Korrekturfaktors sind (vgl. Doppelbuchstabe aa); sie dürfen nicht mitaddiert werden, da dies zu Doppelzählungen führen würde. Die Berechnungstage mit ärztlicher Wahlleistung und gesonderter Unterbringung werden in den Zeilen a und b ausgewiesen, die Berechnungstage mit ärztlicher Wahlleistung ohne gesonderte Unterbringung werden in Zeile c berücksichtigt.

Doppelbuchstabe cc:

In dieser Zeile werden nur die Berechnungstage mit belegärztlichen Leistungen ausgewiesen. Die Ergänzung dient der Klarstellung. Dadurch wird zugleich der kalkulatorische Zuschlag auf die Selbstkosten gemäß Anmerkung 2 zu Abschnitt A 1 bzw. Anmerkung 3 zu Abschnitt A 2 und A 3 auf Fälle eines Belegarztabschlags beschränkt (vgl. Doppelbuchstabe aa).

Doppelbuchstabe dd:

Die Neufassung ist eine Folgeänderung der Änderungen zu den Doppelbuchstaben bb und cc. Durch den Text in der Klammer wird klargestellt, daß die Tage für gesunde Neugeborene nur bei der Ermittlung der kostengleichen Berechnungstage zu berücksichtigen sind; in Spalte 2 werden - wie bisher - bei Entbindungen nur die Berechnungstage für die Mutter mitaddiert.

Zu Artikel 3 - Berlin-Klausel

Die Vorschrift enthält die notwendige Berlin-Klausel.

Zu Artikel 4 - Inkrafttreten

Die Änderungen sollen am 1. Januar 1985 in Kraft treten, damit sie sich nahtlos an die am 31. Dezember 1984 auslaufende Übergangsvorschrift des § 14 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte anschließen.

Das bisherige Recht der Gebührenordnung für Ärzte - § 14 Abs. 2 Satz 2 GOÄ in der Fassung der ersten Änderungsverordnung vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) - gilt für Leistungen, die bis zum 31. Dezember 1984 erbracht werden. Für Leistungen, die ab 1. Januar 1985 erbracht werden, gilt § 6 a GOÄ.

13.07.84

Beschluß

des Bundesrates

zur

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

Der Bundesrat hat in seiner 539. Sitzung am 13. Juli 1984 beschlossen, der Verordnung nach Maßgabe der sich aus der Anlage ergebenden Änderungen zuzustimmen.

Anlage

Ä n d e r u n g e n

der

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

Zu Artikel 1 und 2

a) Artikel 1 ist wie folgt zu fassen:

'Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982
(BGB1. I S. 1522), geändert durch die Verordnung
vom 20. Dezember 1983 (BGB1. I S. 1500), wird wie
folgt geändert: ..

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

"§ 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären und teilstationären privat-ärztlichen 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 Mindersungssatz.

(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."

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;"

- c) In Satz 4 wird das Zitat

"Nummer 2"

durch das Zitat

"Satz 1 Nr. 2"

ersetzt.'

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.

2. § 18 Abs. 6 Satz 2 erhält folgende Fassung:

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

Begründung zu a und b:

Allgemeines

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 Pflegegesetzrecht wird völlig von Problemen entlastet, die sich im Zusammenhang mit den "als" Kostenerstattung der Ärzte im Selbstkostenblatt abzuziehenden 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 Bundespflegegesetzverordnung fallen. Darüber hinaus werden mit einer Novellierung des Krankenhausrechts angestrebte Regelungen, anstelle des tagesgleichen allgemeinen Pflegegesetzes 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:

§ 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. 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).

Für belegärztliche Leistungen trägt die Minderung in halber Höhe von 25 v.H. bzw. von 35 v.H. dem Umstand Rechnung, daß der Pflegesatz für Belegarztpatienten grundsätzlich mit ärztlichen Personalkosten nicht belastet ist. In einem "reinen" Belegkrankenhaus errechnet sich der Pflegesatz ohnehin ohne Arztkosten, in einem "gemischten" Krankenhaus mit Anstalts- und Belegarztabteilungen bleibt es für die Patienten der Belegabteilungen bei dem Arztkostenabschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 1 BPflV. Bei der Berechnung der Minderung ist von der Höhe der nach den §§ 2, 5 oder 6 berechneten Gebühren auszugehen; eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 auch über die Minderungssätze ist also nicht zulässig.

§ 6 a Abs. 2 nimmt die Gebühren für privatärztliche Leistungen, die bei stationärer 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 Zahlungspflichtigen aus. Die Kosten des Krankenhauses können jedoch in den Pflegesatz einbezogen werden.

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

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

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. Unbeschadet von Regelungen über einen Vorteilsausgleich ist für eine pflegesatzrelevante Kostenerstattung an das Krankenhaus bei diesen privatärztlichen Leistungen künftig kein Raum mehr. Insoweit ist auch die Geschäftsgrundlage für Regelungen über eine Kostenerstattung der 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.