

28.11.84

AS - Fz - G - K**Verordnung**

der Bundesregierung

Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
und
Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

A. Zielsetzung

Mit der Verordnung sollen die Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte und der Bundespflegesatzverordnung 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 15 vom Hundert.
- Einführung eines bundeseinheitlichen Pflegesatzabschlags bei ärztlichen Wahlleistungen in Höhe von 5 vom Hundert des Pflegesatzes.
- Einfachere und wirksamere Entlastung der pflegesatzfähigen Selbstkosten des Krankenhauses von Kosten ärztlicher Wahlleistungen durch Neuregelung des Kostenabzugs nach § 18 Abs. 6 Satz 2 Bundespflegesatzverordnung.

C. Alternativen

Keine realisierbaren Alternativen.

D. Kosten

Bund, Länder und Gemeinden werden durch Mehraufwendungen bei der Beihilfe entlastet. Die Entlastung beträgt bei Bund und Ländern jeweils rund 23 Mio DM und bei den Gemeinden rund 4 Mio DM.

28.11.84

AS - Fz - G - K

Verordnung

der Bundesregierung

Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte
und

Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler

Bonn, den 28. November 1984

14 (321)- 603 03 - Ae 8/84

An den
Herrn Präsidenten des Bundesrates

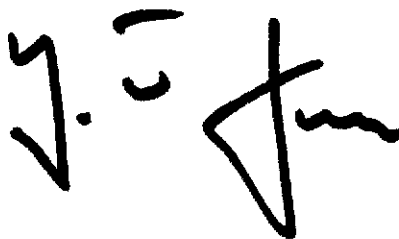
Hiermit übersende ich die von der Bundesregierung beschlossene

Zweite Verordnung zur Änderung der
Gebührenordnung für Ärzte und
Vierte Verordnung zur Änderung der Bundes-
pflegesatzverordnung

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 Sozial-
ordnung.

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

Zweite Verordnung zur Änderung der
Gebührenordnung für Ärzte und
Vierte 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

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:

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 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."

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 privatarztlicher 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.

Artikel 2

Änderung der Bundespflegeverordnung

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 5 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 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."

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 1,2 fache der Summe der für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschläge nach § 3 Abs. 2 Satz 2 abzuziehen."

- 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 RV0" durch die Worte "§ 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RV0" ersetzt.
- c) Abschnitt E Teil II wird wie folgt geändert:
- aa) Die Überschrift erhält folgende Fassung:
- "Umwertung der Berechnungstage in kostengleiche Berechnungstage".
- bb) 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 "0,01" eingefügt.
- cc) In Spalte 1 Zeile d wird das Wort "sonstigen" gestrichen und folgender Text angefügt: "(in Spalte 2 ohne Tage nach Zeile vor a)".
- dd) In Spalte 1 Zeile f werden die Worte "Satz 1" angefügt.
- ee) 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 gA. Allgemeiner Teil1. 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 -).

Die Bundesregierung hatte dem Bundesrat bereits am 1. Juni 1984 eine Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und eine Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung zugeleitet (vgl. Bundesratsdrucksache 269/84). Das Ziel, bei stationärer privatärztlicher Behandlung doppelte Kostenberechnungen zu vermeiden, sollte danach in Fortentwicklung gewachsener Strukturen im Krankenhausbereich durch ein Zusammenwirken sowohl gebührenrechtlicher als auch pflegesatzrechtlicher Maßnahmen erreicht werden. Diese sogenannte "Mischlösung" sah eine Minderung der ärztlichen Gebühren um 12 v.H., einen bundeseinheitlichen Pflegesatzabschlag bei ärztlichen Wahlleistungen in Höhe von 7 v.H. und eine Neuregelung des Kostenabzugs nach § 18 Abs. 6 BPflV für ärztliche Wahlleistungen nach § 6 BPflV vor. Der Bundesrat hat demgegenüber am 13. Juli 1984 eine sogenannte "GOÄ-Lösung" beschlossen, nach der eine doppelte Kostenberechnung ausschließlich durch eine Gebührenminderung unter Wegfall der Rechtsgrundlage für landesrechtliche Regelungen über einen Pflegesatzabschlag

bei ärztlichen Wahlleistungen und des Kostenabzugs für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen vermieden werden soll (vgl. Bundesratsdrucksache 269/84 - Beschluß). Die Bundesregierung kann dieser Lösung nicht folgen. Sie hat die Vor- und Nachteile beider Lösungswege abgewogen und sich für eine modifizierte Mischlösung entschieden, weil durch diese weniger in die langfristig gewachsenen Strukturen des Krankenhauses eingegriffen und ein ausgewogenerer Ausgleich der Interessen ermöglicht wird.

2. Harmonisierung der Gebührenordnung für Ärzte und der Bundespflegesatzverordnung

Zur Harmonisierung von Gebührenordnung für Ärzte und Bundespflegesatzverordnung sind auf der Grundlage einer "Mischlösung" folgende Änderungen vorgesehen:

- Die ärztlichen Gebühren sind bei stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung um 15 vom Hundert zu mindern.
- Bei ärztlichen Wahlleistungen ist ein Pflegesatzabschlag in Höhe von 5 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 15 vom Hundert vorsieht. Diese Minderung berücksichtigt Personal- und Sachkosten nur teilweise; ein Teil der den privatärztlichen stationären Leistungen zuzuordnenden Kosten des Krankenhauses wird deshalb 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 bisherige landesrechtliche Regelungen über einen sogenannten Arztkostenabschlag 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 1,2fachen 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 der 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 23 Mio DM und bei den Gemeinden rund 4 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 TeilZu Artikel 1 - Änderung der Gebührenordnung für ÄrzteNummer 1

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 15 vom Hundert zu mindern. Die Minderung erfaßt nur einen Teil der in der Gebühr enthaltenen Sach- und Personalkosten; ein Teil der Kosten wird auch künftig noch mit der Gebühr erfaßt. Dementsprechend beschränkt Absatz 1 Satz 2 den Grundsatz der Kostenabgeltung mit den Gebühren nach § 4 Abs. 3 auf die von der Gebührenminderung nach Satz 1 nicht erfaßten Kostenanteile.

Die Minderungspflicht nach Satz 1 gilt auch für Belegärzte, denn auch ihren Leistungen sind Sach- und Personalkosten des Krankenhauses zuzuordnen. Für eine Differenzierung des Minderungsbetrages nach Ärztegruppen oder Leistungsarten bleibt kein Raum, da der Vomhundertsatz an der unteren 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.

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.

Absatz 2 stellt klar, daß trotz Nichtabgeltung der von der Gebührenminderung erfaßten Kosten 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 entsprechenden Kosten des Krankenhauses werden im Pflegesatz berücksichtigt.

Nummer 2:

Buchstabe a):

Nach der in Satz 1 angefügten Nummer 5 ist der Minderungsbetrag des § 6 a Abs. 1 in der Rechnung auszuweisen. Die Angabe des Minderungsbetrages in der Rechnung ist eine Voraussetzung für die Fälligkeit der Vergütung gemäß § 12 Abs. 1.

Buchstabe b):

Die Änderung in Satz 2 stellt klar, daß für die 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.

Buchstabe c):

Die Änderung in Satz 4 ist redaktioneller Art.

Zu Artikel 2 - Änderung der BundespflegesatzverordnungNummer 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 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 5 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 für den Belegpatienten von ärztlichen Personalkosten entlastet ist. In einem "reinen" Belegkrankenhaus errechnet sich der Pflegesatz ohnehin ohne Arztkosten, in einem "gemischten" Krankenhaus mit Anstalts- und Belegarztabteilungen bleibt es bei dem Arztkostenabschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 1 BPflV.

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 5 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 der 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 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.

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 Koppelung der Wahlleistungen 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 die Sach- und Personalkosten des Krankenhauses, die mit den berechneten Gebühren nach Abzug der Minderung abgegolten sind; sie werden unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Kostenerstattung mit dem 1,2fachen des Pflegesatzabschlags bei ärztlichen 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 Kosten-erstattungen 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 hier ebenfalls die Kosten des Krankenhauses, 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:

Redaktionelle Klarstellung.

Doppelbuchstabe bb:

Der Pflegesatzabschlag bei Berechnungstagen mit ärztlichen Wahlleistungen in Höhe von 5 vom Hundert wird bei der Ermittlung des Pflegesatzes durch den Umrechnungsfaktor "minus 0,05" kalkulatorisch berücksichtigt. Der Kostenabzug bei ärztlichen Wahlleistungen in Höhe des 1,2-fachen des Pflegesatzabschlags wird durch den Umrechnungsfaktor "plus 0,06" (1,2 mal 0,05) berücksichtigt. Beide Faktoren sind zu dem gemeinsamen Korrekturfaktor "plus 0,01" 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 in 1010 kostengleiche Berechnungstage umgewertet. Als Folge dieser Regelung entfällt zugleich für ärztliche Wahlleistungen die kalkulatorische Berücksichtigung durch einen Zuschlag auf die Selbst-

kosten gemäß Anmerkung 2 zu Abschnitt A 1 bzw. Anmerkung 3 zu Abschnitt A 2 und A 3.

Doppelbuchstabe cc:

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 bb); 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 dd:

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, sofern dieser Pflegesatzabschlag nicht ebenfalls durch einen Umrechnungsfaktor in Abschnitt E Teil II berücksichtigt wird.

Doppelbuchstabe ee:

Die Neufassung ist eine Folgeänderung der Änderungen zu den Doppelbuchstaben cc und dd. 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 § 6a GOÄ.

20.12.84

Beschluß

des Bundesrates

zur

Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung
für Ärzte und Vierten Verordnung zur Änderung der
Bundespfllegesatzverordnung

Der Bundesrat hat in seiner 545. Sitzung am 20. Dezember 1984 beschlossen, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.