

## § 6 Gebühren für andere Leistungen

**(1) Erbringen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte oder Chirurgen Leistungen, die im Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen - Anlage zur Gebührenordnung für Zahnärzte vom 22. Okt. 1987 (BGBl. I S. 2316) - aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Zahnärzte in der jeweiligen Fassung zu berechnen.**

**(2) Selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden.**

### **Amtliche Begründung zur 3. ÄnderungsVO:**

*Der neue Absatz 1 enthält die notwendige Klarstellung, daß Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Hals-Nasen-Ohrenärzte sowie Chirurgen, deren Leistungsspektrum - in einem geringen Umfang - auch Leistungen aus dem Gebührenverzeichnis der GOZ umfassen kann, die Vergütungen für diese Leistungen nur nach der GOZ berechnen dürfen. Einer entsprechenden Vorschrift für weitere Facharztgruppen bedarf es nicht, da von diesen Leistungen aus dem zahnärztlichen Bereich nicht erbracht werden.*

*Auch künftig bedarf es für das ärztliche Gebührenrecht einer Vergütungsregelung für nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistungen. Die neu gefaßte Analogievorschrift des § 6 Abs. 2 Satz 1 GOÄ stellt für die Vergütung solcher Leistungen wie bisher auf deren Gleichwertigkeit mit im Gebührenverzeichnis enthaltenen Leistungen ab, bezieht aber die Gleichwertigkeit präzisierend auf die Vergleichbarkeit nach Art, Kosten- und Zeitaufwand.*

## Kommentar zu § 6

### **1. Berechnung von Leistungen nach der GOZ (Abs. 1)**

Die Anästhesiologie gehört nicht zu den in Abs. 1 aufgeführten Fachgebieten. Anästhesiologische Leistungen sind auch dann nach der GOÄ zu berechnen, wenn sie für Eingriffe erbracht werden, die von den operativen Fächern nach der GOZ berechnet werden.

### **2. Das Konzept der analogen Berechnung ärztlicher Leistungen (Abs. 2)**

In § 4 Abs. 1 werden die "Gebühren" definiert "als Vergütungen für die im Gebührenverzeichnis genannten ärztlichen Leistungen". Dies legt die Auslegung nahe, beim Gebührenverzeichnis der GOÄ handle es sich, ähnlich wie beim EBM, um eine abschließende Enumeration der berechnungsfähigen Leistungen. Um dem Fortschritt der Medizin und der Differenzierung ihres Leistungsangebotes Rechnung zu tragen, bedürfte es auf dieser rechtlichen Ausgangsbasis jeweils einer Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates, um das Gebührenverzeichnis der medizinischen Entwicklung anzupassen.

Mit der entsprechenden Bewertung nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommener Leistungen anhand gleichwertiger Leistungen des Gebührenverzeichnisses beließ es die GOÄ 1983 bei dem relativ einfachen und unbürokratischen System einer Anpassung des Gebührenverzeichnisses an neue Erfordernisse durch die Ärzte, die diese Leistungen erbringen.

Mit der "entsprechenden Anwendung" stellt der Verordnungsgeber zwar auf einen unbestimmten Rechtsbegriff ab, die Kriterien, an die § 6 Abs. 2 die entsprechende Anwendung bindet, reichen aber nach bisherigen Erfahrungen ersichtlich aus, um einen praktikablen Rahmen zu schaffen.

Eine ausreichende Kontrolle ist gewährleistet. Ist der Patient/Zahlungspflichtige der Auffassung, daß die Voraussetzungen einer entsprechenden

## § 6

Bewertung nicht gegeben sind oder daß die vom Arzt gewählte Analognummer nicht gleichwertig sei, so kann er die Zahlung verweigern. Der Arzt ist dann darauf angewiesen, seinen Honoraranspruch vor den ordentlichen Gerichten einzuklagen, die letztlich darüber entscheiden, ob die Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 erfüllt sind und welche Leistung des Gebührenverzeichnisses als gleichwertig gelten kann.

### 3. Selbständige Leistung

Aus den gleichen Gründen und mit den gleichen Maßstäben, die für die im Gebührenverzeichnis aufgeführten Leistungen gelten, muß bei einem neuen Verfahren oder einer neuen Technik geprüft werden, ob sie nicht ein notwendiger methodischer Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer im Gebührenverzeichnis aufgeführten Zielleistung ist. Trifft dies zu, so kann ein größerer Zeit- und Kostenaufwand nur bei der Bemessung der Gebühr im Rahmen der Steigerungssätze berücksichtigt werden.

Handelt es sich um eine selbständige Leistung, so hat es nicht darauf anzukommen, warum sie der Verordnungsgeber nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen hat. Zu Recht weisen *Goetz – Matzke – Schirmer* in Anmerkung 1 zu § 6 und *Brück* in Anmerkung 2 zu § 6 darauf hin, daß die Frage der wissenschaftlichen Anerkennung einer Leistung und ihr Bekanntheitsgrad vor Inkrafttreten der Gebührenordnung für die Anerkennung analoger Bewertungen, anders als bei der Aufnahme in den EBM, keine Rolle spielen können. Auch wenn Leistungen über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf sie der Arzt nach § 1 Abs. 2 berechnen, wenn er sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht hat.

### 4. Die gleichwertige Leistung

Bei der analogen Bewertung kommt es darauf an, eine Leistung des Gebührenverzeichnisses zu finden, die ihr bei Abwägung aller für die Bewertung wesentlichen Umstände am nächsten kommt und ihr damit auch in der Punktzahl am besten entspricht.

Die 3. ÄnderungsVO konkretisierte die Umstände, auf die bei der Prüfung der Gleichwertigkeit abzustellen ist. Anzukommen hat es danach auf die Art der Leistung, den Kosten- und Zeitaufwand.

Die Gleichartigkeit/Ähnlichkeit mit den in die GOÄ aufgenommen Leistungen ist zwar keineswegs das alleinige Kriterium, aber mit der Suche nach der am ehesten vergleichbaren Methode wird die analoge Bewertung beginnen. Die Frage, ob es sich um Leistungen desselben Fachgebietes handelt, kann entgegen *Brück* nur von untergeordneter Bedeutung sein, weil die GOÄ keine Fachgebührenordnung ist.

Bei Kombinationen verschiedener Methoden, etwa Eingriffen unter Steuerung durch bildgebende Verfahren, kann es angemessen sein, für die Analognummer auf zwei Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses und die Summe ihrer Punktzahlen abzustellen (so auch *Brück* zu § 6).

Der Zeitaufwand ist für die angemessene Vergütung der Leistung eines der wesentlichen Kriterien, auf das auch § 5 Abs. 2 für die Bemessung der Vergütung im Rahmen der Steigerungssätze abstellt. Da jede angemessene Vergütung zunächst einmal die mit der Leistung verbundenen Sach- und Personalkosten abdecken muß, müßte eine sorgfältige Kalkulation der Kosten die Grundlage für jede Bewertung ärztlicher Leistungen und damit auch für die Bemessung der Punktzahlen in der GOÄ sein.

Nicht erwähnt wird in § 6 Abs. 2 bei den für die Bewertung maßgebenden Parametern die Schwierigkeit der Leistung. Auch sie muß aber beim Vergleich der Leistungen berücksichtigt werden.

### 5. Empfehlungen der Verbände

Jeder Arzt kann über die Wahl der gleichwertigen Nummern der GOÄ selbst entscheiden. Da aber regelmäßig eine Vielzahl von Ärzten innerhalb der Fachgebiete vor der gleichen Frage steht, hat es sich als sinnvoll erwiesen, durch

Empfehlungen der Fachgebiete einheitliche Lösungen vorzubereiten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 22.01.1984 Richtlinien für die analoge Bewertung beschlossen (Deutsches Ärzteblatt, 1984, 485) und auf ihrer Grundlage mehr als 100 Analognummern erarbeitet, die durch die 3. und 4. ÄnderungsVO weitgehend in das Gebührenverzeichnis übernommen wurden.

Die vom Fachgebiet empfohlenen Analognummern für anästhesiologische Leistungen sind im Anhang an das Gebührenverzeichnis aufgeführt.

#### **6. Steigerungssätze**

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß die Steigerungssätze, die nach § 5 für die als gleichwertig herangezogene Gebührennummer gelten, auch auf die analog bewertete Leistung anzuwenden sind.

#### **7. Beschreibung in der Rechnung**

Nach § 12 Abs. 4 ist die analog bewertete Leistung in der Rechnung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

## § 6a Gebühren bei stationärer Behandlung

**(1) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 v.H. zu mindern. Abweichend davon beträgt die Minderung für Leistungen nach Satz 1 von Belegärzten und niedergelassenen anderen Ärzten 15 v.H. Ausgenommen von der Minderungspflicht ist der Zuschlag nach Buchstabe J in Abschnitt BV des Gebührenverzeichnisses.**

**(2) Neben den nach Abs. 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 – 10 bleiben unberührt.**

### **Amtliche Begründung zur Fassung vom 10.06.1988 (Auszug):**

*Mit den neu in die GOÄ eingefügten Vorschriften des § 6a wird zwingend für alle liquidationsberechtigten Krankenhausärzte vorgeschrieben, die Gebühren für stationär und teilstationär erbrachte ärztliche Leistungen um 15 v.H. 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.*

*Die Minderungspflicht nach Satz 1 gilt auch für Belegärzte, denn auch ihren Leistungen sind Sach- und Personalkosten des Krankenhauses zuzuordnen.*

*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.*

### **Amtliche Begründung zur Fassung vom 21.12.1992 (Auszug):**

*Die Erhöhung der Gebührenminderung für stationäre und teilstationäre privatärztliche Lei-*

*stungen, denen künftig auch privatärztlich erbrachte vor- und nachstationäre Leistungen gleichgestellt werden, kommt unmittelbar insbesondere den Patienten zugute, die wahlärztliche Leistungen nach § 7 Abs. 3 der Bundespflegesatzverordnung in Anspruch nehmen. Sie erstreckt sich jedoch auch auf stationäre privatärztliche Leistungen in Einrichtungen, die nicht dem Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, wie z.B. Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, da auch insoweit eine Gebührenminderung in diesem Umfang sachgerecht ist.*

*Für stationäre Leistungen niedergelassener Ärzte gilt die Gebührenminderungspflicht in dem bisherigen Umfang weiter. Insoweit besteht für eine Erhöhung der Gebührenminderung kein Anlaß, weil sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen dieser Ärzte wesentlich von denen liquidationsberechtigter Krankenhausärzte unterscheiden, die vom Krankenhausträger für ihre Tätigkeit ein festes Gehalt beziehen. Bei Belegärzten ist überdies zu berücksichtigen, daß sie die Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten selbst zu tragen haben.*

## **Kommentar zu § 6a**

### **1. Funktion der Honorarminderung**

Der Privatpatient bezahlt mit der Gebühr für die wahlärztliche Leistung bzw. für die stationäre belegärztliche Behandlung sowie mit dem Entgelt an den Krankenhausträger für die stationäre Behandlung die Sach- und Personalkosten der ärztlichen Leistungen doppelt. Das gleiche gilt für die stationären Leistungen anderer niedergelassener Ärzte, z.B. der zur Behandlung zugezogenen Konsiliarärzte. Die Honorarminderung, die unmittelbar dem Privatpatienten/Zahlungspflichtigen zugute kommt, dient dem Ausgleich dieser Doppelbelastung.

Die Wahlärzte haben zusätzlich zur Honorarminderung eine Kostenerstattung an das

## § 6a

Krankenhaus zu bezahlen. Sie beträgt bei Neuverträgen nach § 7 Abs. 2 Nr. 4 Bundespflegesatzverordnung 40% der Gebühren für die Abschnitte A, E, M, O und Q und 20% für die übrigen Leistungen. Diese Kostenerstattung entlastet im wesentlichen die Pflegesätze und kommt damit vorwiegend den gesetzlichen Krankenkassen zugute.

Dieses System zur Entlastung des Patienten von Doppelzahlungen steht unter der Prämisse, daß die Gebühren für die ärztlichen Leistungen in ihrer Kalkulation angemessene Anteile für die damit verbundenen Kosten enthalten. Daß dies nicht zutrifft, ist bei den Gebühren für die operativen/anästhesiologischen Leistungen unverkennbar (vgl. Anmerkung 2.3 zu § 4).

### 2. Reichweite der Honorarminderung

Die Minderungspflicht gilt für alle vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen, auch wenn sie in stationären Einrichtungen erbracht werden, die nicht zum Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung gehören. Die amtliche Begründung erwähnt in diesem Zusammenhang Kurkrankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.

Bei einer am Zweck des § 6 orientierten Auslegung kann sich die Pflicht zur Honorarminderung nicht auf die privatärztlichen Leistungen erstrecken, die niedergelassene Ärzte in ihren Praxen für stationäre Patienten erbringen. Sie nehmen dabei keine Sachmittel und kein Personal des Trägers in Anspruch, sondern tragen die mit diesen Leistungen verbundenen Kosten selbst. Wenn hier Kosten auszugleichen sind, um Doppelbelastungen zu vermeiden, so müßte dies Sache des Krankenträgers sein, der das Entgelt für die stationäre Behandlung des Patienten erhalten hat, aber einen Teil der Leistungen nicht stationär erbringt, sondern durch niedergelassene Ärzte ambulant erbringen läßt.

Das BMG und die BÄK haben eindeutig in diesem Sinne Stellung genommen (MedR, 1994, 29

und 307). Gleichwohl gibt es dazu eine Fülle widersprüchlicher Gerichtsurteile (vgl. Anm. 3 bei *Brück* zu § 6a).

Ambulante Leistungen leitender Krankenhausärzte im Rahmen der Nebentätigkeit einschließlich der Durchführung ambulanter Operationen fallen schon nach dem Wortlaut des § 6a nicht unter die Minderungspflicht.

### 3. Berechnung der Minderung

Die Minderung um 25 bzw. um 15 % ist aus dem vollen Honorar für die stationären Leistungen (einfacher Gebührensatz x Steigerungssatz) vorzunehmen. Die Pauschalierung in Prozentsätzen durch den Ordnungsgeber ist zwingend. Sie schließt eine Berücksichtigung individueller Umstände aus, die eine höhere oder geringere Minderung rechtfertigen würden.

Mit der Reduzierung des Prozentsatzes für die Belegärzte und die niedergelassenen anderen Ärzte trägt der Ordnungsgeber dem unterschiedlichen Umfang der Inanspruchnahme des Personals des Trägers Rechnung. Anders als die liquidationsberechtigten Krankenhausärzte haben die Belegärzte dem Träger die Kosten für die Inanspruchnahme ärztlicher Mitarbeit gesondert zu vergüten. Zudem laufen während ihrer Tätigkeit im Krankenhaus die Praxiskosten weiter.

Durch Honorarvereinbarungen (§ 2) kann der Prozentsatz der Honorarminderung weder erhöht noch verringert werden. Zulässig sind Honorarvereinbarungen nur noch hinsichtlich der Steigerungssätze.

### 4. Kostenerstattung (Abs. 2)

Der erste Halbsatz des Abs. 2 stimmt im Ergebnis mit § 4 Abs. 3 überein. Damit ist die Berechnung allgemeiner Praxiskosten, die im Rahmen der stationären Tätigkeit des Belegarztes oder niedergelassener anderer Ärzte anfallen, nicht erstattungsfähig. Das gleiche gilt für die eigenen Kosten der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte, z.B. die Prämien einer Haftpflichtversicherung für die liquidationsberechtigte Tätigkeit.

Der zweite Halbsatz läßt jedoch die Berechnung von Entschädigungen nach §§ 7 – 9 (Wegegeld, Reisekosten) und von Auslagen (§ 10) zu.

Für eine Erstattung von Auslagen ist jedoch kein Raum, wenn der Sprechstundenbedarf als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Pflegesätze abgegolten wird, wie nach § 7 BPflV bei den geförderten Krankenhäusern.

Voraussetzung für die Berechnung von Auslagen ist weiter, daß der Arzt den Sprechstundenbedarf aus den Beständen des Krankenhauses entnimmt und das Krankenhaus ihm dafür die nicht durch den Pflegesatz gedeckten Auslagen in Rechnung stellt oder daß der Arzt den Sprechstundenbedarf selbst stellt.

### **5. Rechnung**

Nach § 12 Abs. 2 Nr. 3 muß die Rechnung des Arztes den Minderungsbetrag für die stationären ärztlichen Leistungen enthalten.