

PKV-Info

Die Gebührenordnung für Ärzte

Ein kleiner Leitfaden



Wenn Sie sich als Privatpatient behandeln lassen, erhalten Sie vom Arzt eine *Rechnung*. Im Gegensatz zu Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung haben Sie damit die Möglichkeit zu prüfen, welche Leistungen der Arzt für seine Behandlung in Rechnung gestellt hat. Grundlage für jede Arztrechnung ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Mit diesem Merkblatt möchten wir Ihnen einige wesentliche Regelungen in knapper und möglichst verständlicher Form darstellen. Es soll eine Hilfe für Sie sein, Arztrechnungen besser zu verstehen und zumindest in Teilen prüfen zu können, ob sie korrekt sind. Den Text der GOÄ mit dem dazugehörigen Leistungsverzeichnis erhalten Sie kostenlos bei Ihrem PKV-Unternehmen oder beim PKV-Verband, Postfach 51 10 40, 50946 Köln.

Wie errechnet Ihr Arzt sein Honorar?

Jeder ärztlichen Leistung ist eine bestimmte Punktzahl zugeordnet. Sehr aufwendige Leistungen haben hohe, einfache Verrichtungen niedrige Punktzahlen. Multipliziert wird diese Punktzahl dann mit einem einheitlichen Punktwert (für alle Leistungen 5,82873 Cent). Ein Beispiel: Das Setzen einer Spritze wird mit 40 Punkten

bewertet. Multipliziert mit dem Punktwert (5,82873 Cent) ergibt sich ein Gebührensatz, der sog. Einfachsatz von 2,33 Euro. Dieser Gebührensatz ist sozusagen der „allgemeine“ Preis für ärztliche Leistungen. Der Arzt errechnet sein Honorar dann endgültig, indem er den Gebührensatz, abhängig von der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand im individuellen Fall, noch einmal mit einem *Steigerungssatz* multipliziert. Im Regelfall kann der Arzt folgende Sätze berechnen:

- für persönliche ärztliche Leistungen *zwischen* dem einfachen und dem 2,3fachen,
- für medizinisch-technische Leistungen (das sind Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil oder Leistungen, die der Arzt in der Regel nicht selbst durchführt; Abschnitte A, E oder O der GOÄ) *zwischen* dem einfachen und dem 1,8fachen,
- für Laboruntersuchungen (Abschnitt M der GOÄ) *zwischen* dem einfachen und dem 1,15fachen.

Der Gebührensatz multipliziert mit dem 2,3fachen, dem 1,8fachen bzw. dem 1,15fachen ergibt den sog. *Regelhöchstsatz*. Diese „*Regelhöchstsätze*“ darf der Arzt bei persönlichen Leistungen in bestimmten Fällen bis zum 3,5fachen, bei medizinisch-

technischen Leistungen bis zum 2,5fachen bzw. bei Laboruntersuchungen bis zum 1,3fachen Steigerungssatz („Höchstsatz“) überschreiten, wenn die Leistung besonders schwierig und zeitaufwendig ist, also deutlich vom Regelfall abweicht, und eine schriftliche Begründung gegeben wird, die „für den Zahlungspflichtigen (d.h. für den Patienten) verständlich und nachvollziehbar“ ist.

Wenn der Arzt mehr berechnen möchte ...

Alle in der GOÄ vorgesehenen Gebühren und die Steigerungssätze sind verbindlich. Der Arzt hat aber grundsätzlich die Möglichkeit, die Höchstsätze zu überschreiten. Dazu muss er dann auf jeden Fall mit dem Patienten eine sog. abweichende Vereinbarung (*Honorarvereinbarung*) über eine höhere Vergütung treffen. An die *Rechtmäßigkeit* solcher Vereinbarungen hat der Verordnungsgeber allerdings strenge Bedingungen geknüpft:

- Die Vereinbarung muss vom Arzt persönlich, also nicht etwa von einer Sprechstundenhilfe oder Sekretärin, mit dem Patienten *ausgehandelt* werden.
- Sie bedarf der *Schriftform* und muss abgeschlossen werden, bevor der Arzt seine Leistung erbringt.

- Neben der Nummer und der Bezeichnung der jeweiligen Leistung muss sie auch den *vereinbarten Steigerungssatz* und Betrag enthalten. Auch der Hinweis, dass die private Krankenversicherung die Vergütung evtl. nicht in vollem Umfang erstattet, ist verpflichtend.
- Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.
- In keinem Fall reicht es aus, dem Patienten lediglich ein Vereinbarungsformular zur Unterschrift vorzulegen.
- Der Arzt muss dem Patienten eine Kopie der Vereinbarung aushändigen.

Eine medizinische Begründung für die höhere Vergütung ist zwar nicht erforderlich, allerdings ist der Arzt dazu verpflichtet, wenn der Patient dies wünscht. Wir empfehlen Ihnen, eine solche Begründung in jedem Fall zu verlangen, denn Ihr privater Krankenkversicherer kann eine Leistungszusage von dem Vorliegen einer Begründung abhängig machen.

Für alle medizinisch-technischen Leistungen und Laboruntersuchungen (Abschnitte A, E, M und O der GOÄ) sind Honorarvereinbarungen übrigens unzulässig.

Liquidation wahlärztlicher Leistungen im Krankenhaus

Im stationären Bereich werden bestimmte Leistungen nicht vom „Chef“ persönlich durchgeführt, sondern an den nachgeordneten ärztlichen Dienst delegiert. Es stellt sich dann die Frage, ob bzw. wann die delegierten Leistungen dennoch vom Chefarzt berechnet werden können.

Bestimmte Leistungen (z.B. Eingangs- und Entlassungsuntersuchungen, Visiten sowie Leistungen wie Blutentnahme oder Infusionen, die im Allgemeinen vom Krankenhauspersonal erbracht werden) dürfen nur dann berechnet werden, wenn sie vom Chefarzt persönlich oder seinem ständigen ärztlichen Vertreter durchgeführt werden. Der Vertreter muss Facharzt desselben Gebietes wie der Chefarzt sein und ist dem Patienten vor Abschluss des Chefarztvertrages zu benennen. Es dürfen nicht gleichzeitig mehrere Vertreter benannt werden.

Physikalisch-medizinische Leistungen wie Massagen oder Krankengymnastik darf der Chefarzt auch dann gesondert berechnen, wenn sie nicht persönlich, sondern nur nach fachlicher Weisung und unter Aufsicht des Chefarztes oder seines ständigen ärztlichen Vertreters von Krankenhausbediensteten (z.B. Physiotherapeuten) erbracht werden. Der Chefarzt oder sein Vertreter müssen dann allerdings als

„Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ oder durch die Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“ qualifiziert sein.

Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder vom Wahlarzt noch von seinem ständigen ärztlichen Vertreter persönlich, sondern von nachgeordneten Krankenhausärzten erbracht werden, tritt an die Stelle des 3,5fachen das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des 2,5fachen das 1,8fache des Gebührensatzes.

In jedem Fall ist zu beachten, dass die Honorierung danach zu unterscheiden ist, wer die Behandlung durchgeführt hat: der Chefarzt, sein ständiger Vertreter oder ein anderer Arzt. *Im Krankenhaus* sollten Sie also nach Möglichkeit *immer darauf achten, wer die ärztlichen Leistungen erbringt*. Bitten Sie in Zweifelsfällen Ihren Arzt um Klärung oder weisen Sie ihn auf Unstimmigkeiten hin. Bleiben dennoch Fragen offen, ist Ihre private Krankenversicherung sicher gern bei der Klärung behilflich.

Bei stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privatärztlichen Leistungen müssen die nach der GOÄ berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge um 25 Prozent gemindert werden. Abweichend davon beträgt die Minderung für

Leistungen und Zuschläge durch Belegärzte und andere niedergelassene Ärzte 15 Prozent.

Stimmt die Rechnung?

Als Patient müssen Sie eine Rechnung auf jeden Fall erst dann bezahlen, wenn sie sachlich und rechnerisch korrekt ist. Sollten sich also einmal Fehler in eine Rechnung eingeschlichen haben, dann haben Sie *Anspruch auf eine Korrektur*. Besonders sollten Sie folgende Formalien überprüfen, die der Arzt bei der Rechnungstellung beachten muss:

- Die Rechnung muss das *Datum* enthalten, an dem eine Leistung erbracht wurde.
- Für jede Gebühr müssen die *Nummer* und die *Bezeichnung* der einzelnen berechneten Leistung (inkl. einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten *Minstdauer*), der *jeweilige Betrag* und der *Steigerungssatz* genannt sein.
- Der *Minderungsbetrag* bei stationären Leistungen (25 bzw. 15 Prozent) muss in der Rechnung explizit ausgewiesen sein.

Was tun bei Fragen?

In diesem Merkblatt haben wir uns auf die wichtigsten Regelungen beschränkt. Daneben gibt es eine Vielzahl weiterer Gesichtspunkte, die im Einzelfall bei der Rechnungsstellung beachtet werden müssen. Deshalb unser Rat: Stellen Sie Fragen, wenn sich für Sie Unstimmigkeiten ergeben.

Bei allen *Fragen* oder bei *Einwänden* gegen eine Rechnung ist es sicher hilfreich, wenn Sie immer zuerst Ihren *Arzt* ansprechen. Bleiben auch danach noch Fragen offen, wenden Sie sich bitte an Ihre *Krankenversicherung*. Warten Sie auf jeden Fall die Prüfung durch deren Spezialisten ab, ehe Sie die Rechnung bezahlen. Sollte auch Ihre *Krankenversicherung* Einwände gegen die Rechnung haben, dann besteht die Möglichkeit, dass sie sich – mit Ihrem Einverständnis – direkt mit dem *Arzt* in Verbindung setzt und alle weiteren Fragen klärt. *Auf keinen Fall* sollten Sie Rechnungen völlig *ungeprüft bezahlen*.

Gerade als *Privatversicherter* haben Sie – im Gegensatz zu Mitgliedern der gesetzlichen *Krankenversicherung* – erhebliche Möglichkeiten, die Höhe der entstehenden Kosten selbst direkt zu beeinflussen. Nutzen Sie diese Chance, denn damit tragen Sie letztendlich auch zu größerer *Beitragsstabilität* in der *Krankenversicherung* bei.