

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenver- zeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemißt sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,83 ct. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cent unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein; dies gilt nicht für die in Absatz 3 genannten Leistungen. Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben. In der Regel darf eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden; ein Überschreiten des 2,3fachen des Gebührensatzes ist nur zulässig, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen.

(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,8fache des Gebührensatzes tritt.

(4) Gebühren für die Leistung nach Nummer 437 des Gebührenverzeichnisses sowie für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,15fache des Gebührensatzes tritt.

(5) Bei wahlärztlichen Leistungen, die weder von dem Wahlarzt noch von dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter persönlich erbracht werden, tritt an die Stelle des Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 1 das 2,3fache des Gebührensatzes und an die Stelle des Zweieinhalbfachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 3 Satz 1 das 1,8fache des Gebührensatzes.

Kommentar zu § 5

1. Grundlagen der Gebührenbemessung

Der Gesetzgeber hat die Bundesregierung in § 11 Bundesärzteordnung ermächtigt, mit Zustimmung des Bundesrats eine ärztliche Gebührenordnung als Rechtsverordnung zu erlassen, in der die Mindest- und Höchstsätze für die Vergütung der ärztlichen Leistungen festgelegt werden. Die GOÄ ist aufgrund dieser Vorgabe als Rahmengebührenordnung ausgestaltet.

Grundlage der Bemessung der Gebühren sind die Punktzahlen, die im Leistungsverzeichnis für alle Gebührennummern festgelegt werden. Die Multiplikation der jeweiligen Punktzahlen mit dem vom Ordnungsgeber in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ festgelegten Punktwert ergibt den einfachen Gebührensatz ("Einfachsatz") als unteren Grenzwert der ärztlichen Gebühren. Der Höchstsatz ergibt sich aus der Multiplikation des einfachen Gebührensatzes mit den in § 5 vorgesehenen unterschiedlichen Steigerungssätzen.

§ 5

2. Festlegung der Punktzahlen

Essentielle Kriterien für die Festlegung der Punktzahlen der einzelnen Leistungen sind ihre Schwierigkeit und der Zeitaufwand des Arztes sowie die mit der Leistung verbundenen Kosten (Personalaufwand, Aufwand für Räume, Einrichtungen und Geräte). In der Relation der einzelnen Leistungen zueinander müßte sich damit ein Spannungsverhältnis ergeben, das ihrer objektiven Bewertung nach diesen Kriterien entspricht.

Für den Bereich der operativen Medizin hat die GOÄ das Ziel einer angemessenen Bewertung jedoch offensichtlich verfehlt, weil bei der Kalkulation der Punktzahlen die spezifischen Sachkosten der operativen und anästhesiologischen Leistungen außer Ansatz blieben. Der Grund war offenbar die Erwägung, daß diese Kosten bei den stationären Eingriffen bereits mit dem Pflegesatz abgegolten sind.

Das Mißverhältnis im Vergleich der Punktzahlen mit anderen Leistungen und insbesondere den ärztlichen Sachleistungen mit hohem apparativem Aufwand wurde auch für den Verordnungsgeber offensichtlich, als er sich im Zuge der Rationalisierung der Medizin um die Förderung des ambulanten Operierens bemühte.

Mit den durch die 4. Änderungsverordnung der GOÄ eingeführten Zuschlägen versuchte der Verordnungsgeber, das durch die Fehlkalkulation der Punktzahlen entstehende Defizit auszugleichen. Dieses Motiv wird eindeutig belegt durch Nr. 1 der Allgemeinen Bestimmungen zu C VIII. Danach können die Zuschläge bei ambulanter Durchführung von Operations- und Anästhesieleistungen in der Praxis niedergelassener Ärzte oder in Krankenhäusern "für die erforderliche Bereitstellung von Operationseinrichtungen und Einrichtungen zur Vor- und Nachsorge (z.B. Kosten für Operations- und Aufwchräume oder Gebühren bzw. Kosten für wiederverwendbare Operationsmaterialien oder -geräte) berechnet werden". Es geht also um die Erstattung von Kosten, die bei den Punktzahlen nicht einkalkuliert wurden.

Im stationären Bereich bleibt es bei der offensichtlichen Disparität zwischen der GOÄ und dem Pflegesatzrecht. Obwohl die Punktzahlen für die operativen und anästhesiologischen Leistungen nach wie vor keinen Anteil für die fachspezifischen Sachkosten enthalten, hat der Wahlarzt, um Doppelbelastungen des Patienten durch die Kostenerstattung im Pflegesatz und in der ärztlichen Gebühr zu vermeiden, sein Honorar um 25% zu mindern, und der Belegarzt um 15%. Weiter hat der Wahlarzt dem Krankenhausträger, der im großen Pflegesatz die Erstattung der Sach- und Personalkosten vom Patienten bzw. Kostenträger erhält, nach Pflegesatzrecht mindestens 20% des ungeminderten Honorars als Kostenerstattung zu leisten, die im wesentlichen der Entlastung der Pflegesätze dient. Es ist zu hoffen, daß bei der angekündigten Novellierung des Leistungsverzeichnisses im Bereich der operativen und anästhesiologischen Leistungen die gegenwärtige Fehlbewertung ausgeglichen wird.

3. Festlegung des Punktwertes

Der Punktwert, der ursprünglich auf 5 ct festgelegt war, wurde ab 01.07.1988 auf 5,62 ct und ab 01.01.1996 auf 5,83 ct erhöht. Diese Anhebung steht außer jedem angemessenen Verhältnis zur Entwicklung der Arbeitseinkommen und der mit den ärztlichen Leistungen verbundenen Kosten.

4. Bemessung der Gebühr für die konkrete Leistung

Soll in einem zivilrechtlichen Vertragsverhältnis die Leistung durch einen Vertragsschließenden bestimmt werden, so ist im Zweifel anzunehmen, daß die Leistung nach billigem Ermessen zu bestimmen ist (§ 315 BGB). Der Arzt-Behandlungsvertrag des niedergelassenen Arztes und ebenso der Arztzusatzvertrag des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes mit dem Wahlleistungspatienten sind zivilrechtliche Dienstverträge.

Auch die GOÄ geht in § 5 Abs. 1 Satz 1 davon aus, daß der Arzt bei seiner Rechnungsstellung

die Gebühr – in Übereinstimmung mit § 315 BGB – nach billigem Ermessen zu bestimmen hat. Sie schränkt dieses Ermessen jedoch in mehrfacher Hinsicht ein:

- Die Gebühren haben sich innerhalb des Gebührenrahmens zu halten, der sich aus den Mindest- und Höchstsätzen ergibt (§ 5 Abs. 1 Satz 1).
- Die Gebühren sind unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung zu bestimmen, wobei die Schwierigkeit der einzelnen Leistung im Rahmen des großen, jedoch nicht des mittleren Steigerungssatzes, auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein kann (Abs. 2 Satz 1 und 2). Die Aufzählung dieser Bemessungskriterien ist abschließend und zwingend. Zu berücksichtigen ist weder ein hohes Einkommen oder Vermögen des Patienten noch ein Koryphäenstatus des Arztes.
- Innerhalb des Gebührenrahmens bestimmt die GOÄ Schwellenwerte; die Gebühr darf in der Regel nur zwischen dem Einzelsatz und dem Schwellenwert bestimmt werden, der nur überschritten werden darf, wenn Besonderheiten der in Satz 1 genannten Bemessungskriterien dies rechtfertigen (Abs. 2 letzter Satz). Die Gründe für die Überschreitung sind nach § 12 Abs. 3 Satz 1 in der Rechnung anzugeben. Dabei ist auf die konkreten Umstände abzustellen (z.B. Vor- und Begleiterkrankungen), aus denen sich die Leistungser schwerungen ergeben.

Auch innerhalb der Spanne zwischen Einzelsatz und Schwellenwert steht es dem Arzt bei Ausübung seines Ermessens nach dem Wortlaut und Sinngehalt des § 5 Abs. 2 nicht frei, routinemäßig den Schwellenwert zu berechnen. Die Kriterien für die Bestimmung der Gebühren, insbesondere nach der Schwierigkeit und dem Zeitaufwand der erforderlichen Leistung, gelten auch hier. Dies verdeutlicht der erste Halbsatz in Satz 4. Danach darf im Rahmen des großen Steigerungssatzes vom 1 bis 3,5fachen in der

Regel eine Gebühr „nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden“.

Daß der Schwellenwert nicht routinemäßig berechnet werden darf, ist angesichts des eindeutigen Wortlauts und Sinngehalts des Verordnungstextes wohl allgemeine Meinung in Literatur und Rechtsprechung. In der Realität hat diese Auffassung sich jedoch nicht durchgesetzt. Nach einem Erfahrungsbericht der Bundesregierung vom 18.12.1985 (Bundestagsdrucksache 625/85) haben repräsentative Stichproben ergeben, daß bei persönlichen Leistungen in 83,7 v.H. und bei medizinisch-technischen Leistungen in 88 v.H. der Schwellenwert berechnet wurde.

Es gibt jedoch zweifellos Fälle, in denen es angezeigt ist, bei einfachen Leistungen unterhalb des Schwellenwertes zu liquidieren, z.B. bei der Komplexgebühr Nr. 435, wenn die Leistung sich auf eine Überwachung von wenigen Stunden beschränkt. Umgekehrt wird eine Beatmung des Patienten über 24 Stunden die Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen.

5. Steigerungssätze

Ausgangspunkt für die Bestimmung der Steigerungssätze ist § 5 Abs. 1. Danach gilt der große Steigerungssatz, der vom Einfachen bis zum 3,5fachen des Gebührensatzes reicht, soweit nicht in den Absätzen 3 bis 5 etwas anderes bestimmt wird. Anhand der Ausnahmen in den Absätzen 3 und 4 wird deutlich, daß der große Pflegesatz die "ärztlich-persönlichen" Leistungen abgilt. Der Schwellenwert liegt beim 2,3fachen Satz.

Ein mittlerer Gebührenrahmen vom Einfachen bis 2,5fachen gilt nach Absatz 3 für die in den Abschnitten A, E und O genannten Leistungen. Der Schwellenwert liegt beim 1,8fachen.

Von praktischer Bedeutung für die Anästhesie ist vor allem Abschnitt A mit seiner Enumeration von Gebührennummern aus den Abschnitten B und C. Dabei geht es im wesentlichen um "medizinisch-technische" Leistungen.

§ 5

Für Nr. 437 und für die Laborleistungen nach Abschnitt M gilt nach Absatz 4 der kleine Gebührenrahmen mit dem Einfachen bis 1,3fachen des Gebührensatzes und einem Schwellenwert vom 1,15fachen.

6. Wahlärztliche Leistungen

Für wahlärztliche Leistungen, die weder der Wahlarzt noch der vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannte ständige ärztliche Vertreter persönlich erbringen, tritt nach § 5 Abs. 5 an die Stelle des 3,5fachen des großen Steigerungssatzes das 2,3fache und an die Stelle des mittleren Steigerungssatzes das 1,8fache des Gebührensatzes. Der Schwellenwert wird für diese wahlärztlichen Leistungen damit zum Höchstsatz.

Von erheblicher Bedeutung ist diese Bestimmung für die Auslegung der persönlichen oder höchstpersönlichen Leistungspflicht des Wahlarztes. Der Bundesrat, auf dessen Initiative § 5 Abs. 5 beruht, hat zur Begründung dieser Regelung ausgeführt:

"Dem Grundsatz höchstpersönlicher Verpflichtung aufgrund eines Wahlarztvertrages folgend, begrenzt § 4 Abs. Satz 3 (neu) die Vertretungsmöglichkeit des liquidationsberechtigten Arztes (Chefarzt), auf dessen vor Abschluß des Wahlarztvertrages dem Patienten benannten ständigen ärztlichen Vertreter. Die Vertretungsmöglichkeiten werden damit jedoch nur für die Fälle bestimmter Leistungen nach den im einzelnen aufgeführten Nummern des Gebührenverzeichnisses eingeengt. In allen anderen Fällen ist eine weitergehende Vertretung durch jeden beliebigen Arzt in den Grenzen des Vertretungsrechts zulässig. Um den liquidationsberechtigten Ärzten diese Vertretungsmöglichkeit zu erhalten – wofür in vielen Zuschriften sehr viele Gründe ins Feld geführt worden sind – sollen diese Vertretungsmöglichkeiten auch nicht beschränkt werden. Unangemessen wäre es jedoch, auch insoweit den Patienten im Rahmen des allgemeinen vollen Gebührenrahmens zahlungspflichtig zu halten. Es wird deshalb vorgesehen, für alle nicht in § 4 Abs.

2 Satz 3 (neu) ausgeschlossenen Fälle einer zulässigen weitergehenden Vertretung den Gebührenrahmen auf den bislang üblichen Schwellenwert einzuengen. Zugleich wird hierdurch die Wertigkeit persönlicher Chefarztbehandlung in bislang unbekannter Deutlichkeit für jedermann verständlich unterstrichen."

Anders als bei den in § 4 Abs. 2 Satz 3 GOÄ ennumerierten Leistungen, die nur berechnet werden können, wenn sie vom Wahlarzt oder dem von ihm benannten ständigen Vertreter persönlich erbracht wurden, ist die Vertretung durch andere Ärzte bei allen übrigen Leistungen gebührenrechtlich zulässig; sie führt lediglich zur Begrenzung der Steigerungssätze auf die Schwellenwerte.

Es ist jedoch darauf zu achten, daß bei Dienstleistungen höherer Art und insbesondere beim Arztzusatzvertrag von der persönlichen Leistungspflicht auszugehen ist. Aufgrund der Vertragsfreiheit steht es Wahlarzt und Wahlleistungspatient offen, eine abweichende Vereinbarung zu treffen. Eine solche individuelle Vereinbarung ist – von Fällen der unvorhersehbaren Verhinderung abgesehen – unerlässlich, wenn der Wahlarzt sein Liquidationsrecht im Bereich der Kernleistungen, insbesondere also für die Anästhesie, wahren will. Eine allgemeine Klausel in der Wahlleistungsvereinbarung oder in einem Arzt-Zusatzvertrag, die eine Vertretung auch in Fällen vorhersehbarer Verhinderung zuläßt, reicht nach der Rechtsprechung nicht aus.

Schon aus Beweisgründen empfiehlt es sich, im Falle der Verhinderung des Wahlarztes, die Vertretung durch einen ärztlichen Mitarbeiter bei der Anästhesie schriftlich mit dem Wahlleistungspatienten zu vereinbaren und dabei den Vertreter und den Grund der Verhinderung konkret zu nennen. Je individueller und konkreter die Vereinbarung ausgestaltet ist, desto weniger ist mit dem Einwand zu rechnen, es handele sich um allgemeine Geschäftsbedingungen.

7. Überschreiten des Schwellenwertes bei anästhesiologischen Leistungen

Die Bewertung der einzelnen, in der GOÄ aufgeführten Leistungen berücksichtigt, wie bereits ausgeführt, deren "normale", d.h. durchschnittliche Schwierigkeit. Für die Bemessung der Gebühr kommt es darauf an, wie die Schwierigkeit im konkreten Fall im Verhältnis zum Durchschnitt der Leistungserbringung zu bewerten ist. Ein Überschreiten der Schwellenwerte ist nur dann zulässig, wenn die in § 5 Abs. 2 der GOÄ aufgeführten abstrakten Kriterien mit Inhalt gefüllt werden und diese Überschreitung somit rechtfertigen können. Diese Kriterien sind nur dann erfüllt, wenn über dem Durchschnitt liegende Schwierigkeiten bestehen, so sinngemäß das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 17.02.1994 (Az.: BVerwG 2 C 10.92).

Bemessungskriterien, die bereits in den Leistungsbeschreibungen, z.B. bei Nr. 3, berücksichtigt oder durch Zuschläge, z.B. in den Abschnitten B II und B V oder durch die Zuschläge nach den Nrn. 446 und 447 abgegolten sind, können nicht zur Begründung einer Höherbewertung herangezogen werden (§ 5 Abs. 2 der GOÄ).

Das Überschreiten des Schwellenwertes bei mehreren Leistungen ist nur dort gerechtfertigt, wo die in § 5 Abs. 2 der GOÄ angeführten Kriterien auf die einzelnen Leistungen zutreffen.

7.1 Schwierigkeit der Leistung

Dieses Kriterium ist in der Anästhesie häufig der Grund für das Überschreiten des Schwellenwertes. Das gilt sowohl für die Anästhesieleistungen selbst als auch für "anästhesierelevante" Leistungen.

7.1.1 Anästhesieleistungen

Bei Intubationsnarkosen kann alleine der Intubationsvorgang erheblich erschwert sein, z.B. bei

- anlage- oder krankheitsbedingten Anomalien im Hals-, Rachen- oder Kehlkopfbereich (Morbus Bechterew, Adipositas im Halsbereich, ausgeprägte Gebiß- oder Kiefer-

anomalien, Kieferklemme, Epiglottitis akuta, Verlagerung der Trachea)

- nicht nüchternen Patienten (voller Magen, Ileus).

Ist alleine der Intubationsvorgang erschwert, kann lediglich Nr. 462 mit einem entsprechend höheren Steigerungssatz berechnet werden, nicht dagegen die Gebühren nach Nr. 463. Letztere können jedoch dann mit einem höheren Multiplikationsfaktor berechnet werden, wenn dies durch die Schwere des Krankheitsfalles insgesamt gerechtfertigt ist.

Eine Narkoseleistung kann auch durch spezielle Operationslagerungen (z.B. sitzende Position, Bauchlagerung, Steinschnittlagerung oder Extensionslagerung) während ihrer gesamten Dauer erheblich erschwert sein. Solche Lagerungen führen nicht selten zu Beeinträchtigungen der vitalen Funktionen, können aber auch spezielle Lagerungsschäden zur Folge haben. Alleine durch die Lagerung bedingt, bringt z.B. ein neurochirurgischer Eingriff der hinteren Schädelgrube in sitzender Position in der Regel größere Erschwernisse und Risiken mit sich als eine Strumektomie in gleicher Position. So kann eine spezielle Operationslagerung eine das normale Maß erheblich übersteigende Erschwerung bedeuten und ein Überschreiten des Schwellenwertes in entsprechender Höhe begründen; sinngemäß gleicher Auffassung die Bundesärztekammer in ihrem Schreiben vom 09.12.1996 auf Anfrage des BDA.

Gleichermaßen kann die Anlage von rückenmarksnahen Leitungsanästhesien (Spinal-/Peridural-/Kaudalanästhesien) erschwert sein, z.B. durch

- anatomische Anomalien oder krankheitsbedingte Veränderungen der Wirbelsäule
- übermäßige Adipositas im Bereich des Körperstammes.

7.1.2 Anästhesierelevante Leistungen

Die Erschwernisse betreffen hier z.B. Punktionen, Injektionen oder Infusionen

§ 5

- bei generell schlechten Venenverhältnissen (z.B.: chronische Polyarthritiden)
- beim Kreislaufkollaps (z.B. bei Schockzuständen, massiven Blutverlusten bei polytraumatisierten Patienten)
- bei Adipositas im Bereich der Punktionsstelle
- bei Säuglingen und Kleinkindern.

7.2 Schwierigkeit des Krankheitsfalles

Schwere Krankheitsfälle, bedingt durch Art und Schwere von Vor- und/oder Begleiterkrankungen sowie akute Erkrankungen, Drogen- oder Alkoholabusus, aber auch ein schlechter Allgemeinzustand und Multimorbidität, etwa bei hohem Lebensalter, bedeuten in der Regel ein erhöhtes, über dem "normalen" (durchschnittlichen) Schwierigkeitsgrad liegendes Risiko und damit eine erschwerte Durchführung z.B. der Anästhesie- / Narkoseleistung insgesamt. Gleichmaßen kann die Durchführung einzelner oder mehrerer "anästhesierelevanter" Leistungen erschwert sein. Abhängig von den konkreten Schwierigkeiten der einzelnen Leistungen, kann die Anwendung unterschiedlicher, über dem Schwellenwert liegender Multiplikationsfaktoren begründet sein.

Die in § 5 Abs. 2 der GOÄ genannten Kriterien können nur dann geltend gemacht werden, wenn Vor- und/oder Begleiterkrankungen oder akute Erkrankungen verifiziert sind und sich das Ausmaß der daraus resultierenden Risiken für die Durchführung einer Narkose/Anästhesie konkret abschätzen läßt; gleiches gilt für Erschwerungen aufgrund operativer oder anästhesiologischer Komplikationen und Zwischenfälle.

Der Hinweis auf theoretisch denkbare, aber im konkreten Fall fernstehende Risiken, kann bei der Bemessung der Gebühren keine Berücksichtigung finden.

Die Schwierigkeit des Krankheitsfalles ist - neben der Schwierigkeit einzelner Leistungen - ein klassisches Kriterium für die Bewertung notfallmedizinischer Leistungen. Insbesondere beim Wiederbelebungsversuch können häufig Erschwernisse

höchst unterschiedlichen Grades auftreten. Hiermit steht in engem Zusammenhang auch das Kriterium der Umstände bei der Ausführung.

Die intensivmedizinische Überwachung und Behandlung (Nr. 435) ist - in der Regel zu Beginn - mit höchsten Erschwernissen verbunden, insbesondere wenn der Patient dauerhaft beatmet werden muß. Sie kann aber auch im weiteren Verlauf intermittierend erschwert sein. Gegen Ende einer (erfolgreichen) Behandlung bietet diese erfahrungsgemäß nur noch ein "gewöhnliches" Maß von Schwierigkeiten, die ein Überschreiten des Schwellenwertes nicht mehr rechtfertigen.

Die Höhe der Multiplikationsfaktoren ist dem zeitlichen Ablauf der Behandlung anzupassen.

7.3 Zeitaufwand

Der unterschiedliche Zeitaufwand ist in der Bewertung bereits dort berücksichtigt, wo die Leistungslegende auf den Zeitaufwand abstellt. Dies gilt z.B. für die Leistungen nach den GOÄ - Nrn. 56, 435, 470, 472, 448 und 449; gleiches gilt für solche "zeitgebundenen" Leistungen, bei denen die darüber hinausgehenden Zeiten durch "Folgegebühren" abgegolten sind (z.B. bei den Nrn. 460/461 und 462/463). In diesen Fällen kann für dieses Kriterium nicht zusätzlich ein über dem Schwellenwert liegender Multiplikationsfaktor berechnet werden.

Bei nicht zeitgebundenen Leistungen ist ein "durchschnittlicher" Zeitaufwand bereits berücksichtigt. Hier ist darauf abzustellen, inwieweit der tatsächlich entstandene Zeitaufwand über das für diese Leistung übliche Maß hinausgegangen ist und ein entsprechendes Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigt. Das Kriterium des erhöhten Zeitaufwandes kann mit dem Kriterium der Schwierigkeit der Leistung verbunden sein.

7.4 Besondere Umstände bei der Ausführung

Unter dieses Kriterium fallen z.B.

- die Leistungen am Notfallort außerhalb der Praxis oder des Krankenhauses (ungünstige äußere Umstände)

- die besondere Dringlichkeit der Leistungserbringung (z.B. die fehlende Zeit für anamnestische Erhebungen, Beratungen und Untersuchungen, reduzierte Vorbereitung)
- die Leistungserbringung außerhalb der normalen Arbeitszeit, insbesondere nachts sowie an Sonn- und Feiertagen (z.B. begrenzt verfügbare Zahl von Ärzten anderer Fachgebiete, Fehlen eingearbeiteten nichtärztlichen Personals, Schwierigkeiten bei der Durchführung von Röntgen- und Laboruntersuchungen).

Ärztliche Leistungen an einem Unfallort (z.B. auf der Straße/Autobahn oder in der Eisenbahn, Ertrinkungs-, Verbrennungsunfälle) müssen in der Regel unter erheblich ungünstigeren Bedingungen erbracht werden als im Krankenhaus oder in eigener Praxis. Oft ist der Arzt auf sich alleine gestellt, auf die Unterstützung von mehr oder weniger qualifizierten Laienhelfern angewiesen. Nicht selten ist er bei seiner Tätigkeit persönlich gefährdet. Hinzu kommt, daß unter diesen Umständen die zu erbringenden Leistungen (z.B. Wiederbelebungversuche, Anlegen von Infusionen, Notfallbeatmung oder gar Intubation) in aller Regel erheblich erschwert sind. Es steht außer Frage, daß diese Kriterien ein Überschreiten des Schwellenwertes bis zum 3,5fachen rechtfertigen können.

Ebenfalls können besondere Umstände bei der Ausführung bedingt sein durch die besondere Dringlichkeit von Leistungen im Krankenhaus oder in einer Praxis (z.B. bei Einlieferung polytraumatisierter Patienten im Schockzustand, bei Magenperforation, bei massiven Blutungen aus Oesophagusvarizen, bei Lungenembolie, akutem Herzinfarkt oder bei Vergiftungen). Diese vordringliche Behandlung läßt in der Regel für die Vorbereitung, wie sie für eine elektive Behandlung normalerweise erforderlich wäre, keine Zeit. Ein Überschreiten des Schwellenwertes kann auch hier unter den gegebenen Umständen berechtigt sein.

Ähnliche Umstände bei der Ausführung können vorliegen, wenn die oben angeführten, dring-

lichen Leistungen außerhalb der normalen Arbeitszeit, insbesondere nachts sowie an Sonn- und Feiertagen, durchgeführt werden müssen.

Zwar hat der Verordnungsgeber in der 4. Änderungsverordnung Zuschläge für die Leistungserbringung zu "ungünstigen" Zeiten eingeführt, diese betreffen jedoch nur die Beratungen und Untersuchungen (in Abschnitt B II, A bis K1) sowie die Leistungen nach den Nrn. 45 bis 62 (in Abschnitt B V, E bis K2), unverständlicherweise jedoch nicht auch für die darüber hinaus zu erbringenden Leistungen (z.B. Operationen, Narkosen).

Die Frage, ob die Erschwernisse bei diesen Leistungen ebenfalls unter das Kriterium der Umstände bei der Ausführung fallen und mit einem höheren Multiplikationsfaktor berechnet werden können, ist nach wie vor umstritten. Nach unserer Auffassung ist jedoch bei Vorliegen der übrigen, in § 5 Abs. 2 der GOÄ genannten Kriterien auch hier die Möglichkeit gegeben, den Schwellenwert entsprechend zu überschreiten (ebenso *Brück* zu § 5 Nr. 8).

Ob die Kriterien besondere Umstände bei der Ausführung oder besondere Schwierigkeit der Leistungen alleine für die ambulante Durchführung von Narkosen/Anästhesien geltend gemacht werden können, war in der Vergangenheit gebührenrechtlich immer umstritten. Erst 1994 hat das Bundesverwaltungsgericht in seinem Urteil vom 17.02.1994 (Az.: BVerwG 2 C 10.92) die Frage negativ entschieden.

In der 4. Änderungsverordnung der GOÄ hat der Verordnungsgeber dem besonderen Umstand einer ambulanten Durchführung jedoch mit der Einführung von Zuschlägen in Abschnitt C VIII (Nrn. 446 und 447) Rechnung getragen. Dadurch wird nicht ausgeschlossen, daß auch bei ambulanter Durchführung einzelne Leistungen nach den übrigen, in § 5 Abs. 2 genannten Kriterien erschwert sein können und zusätzlich mit einem über dem Schwellenwert liegenden Multiplikationsfaktor berechenbar sind.

§ 5

Vorhersehbare, hohe Schwierigkeitsgrade der Operation/Anästhesie oder einzelner Leistungen können jedoch eine ambulante Behandlung per se ausschließen.

7.5 Andere Kriterien

Die Aufzählung der in § 5 Abs. 2 der GOÄ genannten Kriterien, die ein Überschreiten des Schwellenwertes gestatten, ist abschließend. Weitere Kriterien, wie z.B. besonders günstige wirtschaftliche Verhältnisse des Patienten oder ein "Koryphäenstatus" des behandelnden Arztes, können nicht berücksichtigt werden. Diesen Umständen kann, soweit überhaupt, nur auf dem Wege der Abdingung nach § 2 der GOÄ (abweichende Vereinbarung) Rechnung getragen werden.

8. Begründung für das Überschreiten des Schwellenwertes

Nach § 12 Abs. 3 der GOÄ ist das Überschreiten der in den einzelnen Gebührenrahmen festgelegten Schwellenwerte (2,3, 1,8 bzw. 1,15fache) in der Rechnung - bezogen auf die einzelne Leistung - für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Diese Begründung ist auf Verlangen des Zahlungspflichtigen näher zu erläutern.

Über Art und Umfang der Begründung wird in der GOÄ nichts Näheres bestimmt; eine stichwortartige Kurzbegründung ist statthaft (vgl. Rd. Erl. d. Finanzministeriums NRW vom 14.03.1988, B 3100 - 3.1.6. IV A 4). Für die Begründung genügt es nicht, die in § 5 Abs. 2 der GOÄ angeführten abstrakten Kriterien zu wiederholen, vielmehr müssen die Umstände, die den Arzt zum Überschreiten des Schwellenwertes berechtigen, konkret beschrieben werden; so auch das VG Gelsenkirchen in seinem Urteil vom 21.06.1989 (Az.: 3 K 1621/ 88).

Beispiele für konkrete Begründungen sind nachfolgend aufgeführt.

Beispiele

zu 7.1:

Schwierigkeit der Leistung

Intubation:

- übermäßige Adipositas im Halsbereich
- Morbus Bechterew
- Mißbildungen im Kieferbereich
- Tracheaverlagerung (Struma)
- Kieferklemme
- Epiglottitis akuta
- Patient nicht nüchtern.

Mehrere der Beispiele können die Schwierigkeiten gleichermaßen bei verschiedenen Leistungen begründen.

Rückenmarksnahe Leitungsanästhesien:

- Adipositas im Stammbereich
- Skoliose
- Morbus Bechterew.

Punktionen, Injektionen, Infusionen:

- schlechte Venenverhältnisse (chronische Polyarthrit)
- übermäßige Adipositas
- Kreislaufkollaps
- Säugling/Kleinkind (Alter angeben)
- Injektionspumpe bei hochwirksamen Medikamenten (Medikament angeben).

zu 7.2:

Schwierigkeit des Krankheitsfalles

patientenbedingt:

- KHK, Zustand nach Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen (Art?)
- Asthma bronchiale, Lungenemphysem
- chronischer Leberschaden, Niereninsuffizienz
- Hypertonie (RR angeben)
- Übergewicht (Gewicht angeben)
- Alter (konkret angeben)
- Polytrauma, massiver Blutverlust
- akute Intoxikation

- Drogen, Alkoholabusus
- Allergie (konkret angeben)
- Schlechter Allgemeinzustand, Multimorbidität.

operationsbedingt:

- spezielle Operationslagerungen (konkret angeben).

zu 7.3:

Zeitaufwand:

für die betreffende(n) Leistung(en) (Zeit konkret angeben)

zu 7.4:

Besondere Umstände bei der Ausführung

Notfall (außerhalb Klinik/Praxis):

- Polytrauma
- Bewußtlosigkeit
- Ertrinkungs-/Verbrennungsunfall.

besondere Dringlichkeit (in Klinik/Praxis):

- Polytrauma/Schock
- akuter Herzinfarkt
- Lungenembolie
- Vergiftung
- Magenperforation
- Oesophagusvarizenblutung
- Fremdkörperaspiration.

§ 5a

Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen

Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft dürfen Gebühren für die in § 24b Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch genannten Leistungen nur bis zum 1,8fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden.

Amtliche Begründung

zu Art. 3 Schwangeren- und Familienhilfe - Änderungsgesetz:

Entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993 wird durch Artikel 5 Nr. 2 dieses Gesetzentwurfs klargestellt, daß die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für die ärztliche Vornahme des unter den Voraussetzungen der Beratungsregelung vorgenommenen Schwangerschaftsabbruchs und die medizinische Nachsorge bei komplikationslosem Verlauf ausgeschlossen ist. Zum Schutz der betroffenen Schwangeren vor den sonst damit verbundenen finanziellen Risiken bei der Abrechnung dieser Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird der Umfang der Gebührenbemessung eingeschränkt.

Nr. 2 begrenzt durch Einfügung eines neuen § 5a GOÄ in Abweichung von den allgemeinen Gebührenbemessungsvorschriften der GOÄ die Höhe der Gebühren für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit einem unter den Voraussetzungen der Beratungsregelung vorgenommenen Schwangerschaftsabbruch einschließlich der medizinischen Vor- und Nachsorge bei komplikationslosem Verlauf auf das 1,8fache des jeweiligen einfachen Gebührensatzes. Durch die in Nr. 1 vorgesehene Ergänzung von § 2 Abs. 1 GOÄ wird ausgeschlossen, daß diese Begrenzung durch eine abweichende Honorarvereinbarung abbedungen werden kann.

Kommentar zu § 5a

1. Anwendungsbereich

Die Begrenzung des Steigerungssatzes nach § 5a auf das 1,8fache gilt nur für den Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 1 StGB (Beratungsregelung) und nur für die in § 24b Abs. 4 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) genannten Leistungen.

1.1 Der Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 1 StGB – Beratungsregelung

Nach dieser Bestimmung ist der Tatbestand des strafbaren Schwangerschaftsabbruchs (§ 218 StGB) nicht verwirklicht, wenn

- die Schwangere den Schwangerschaftsabbruch verlangt und dem Arzt durch eine Bescheinigung nach § 219 Abs. 2 Satz 2 nachgewiesen hat, daß sie sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff hat beraten lassen,
- der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt/einer Ärztin vorgenommen wird,
- seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen (14 Wochen nach Beginn der letzten Regel) vergangen sind.

Die Reduzierung des Steigerungssatzes nach § 5a gilt nur für den Abbruch der Schwangerschaft nach § 218a Abs. 1 StGB und nicht für den Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer (§ 218a Abs. 2 StGB) und aus kriminologischer (§ 218a Abs. 3 StGB) Indikation.

1.2 Die Leistungen nach § 24b Abs. 4 SGB V

Der Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Beratungsregelung bleibt zwar straflos, jedoch mußte aufgrund des in der amtlichen Begründung zitierten Urteils des Bundesverfassungsgerichts die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen für die unter den Voraussetzungen der Beratungsregelung vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche und die medizinische Nachsorge bei komplikationslosem Verlauf durch den Gesetzgeber ausgeschlossen werden.

§ 5a

Die Enumeration dieser Leistungen in § 24b Abs. 4 SGB V ist abschließend. Sie umfaßt:

1. die Anästhesie,
2. den operativen Eingriff,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter
4. die Injektion von Medikamenten
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitungen und der Überwachung im direkten Anschluß an die Operation.

Mit diesen ärztlichen Leistungen in Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht den allgemeinen Pflegesatz für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird.

1.3 Reduzierung des Steigerungssatzes

Die Versicherten, deren Leistungsansprüche gegenüber der GKV hinsichtlich der im Katalog des § 24b Abs. 4 SGB V genannten Leistungen ausgeschlossen werden, sind insoweit Selbstzahler. Die Vergütung für diese Leistungen sind nach der GOÄ zu berechnen. Um eine finanzielle Überlastung der Patientinnen zu vermeiden, begrenzt § 5a den Steigerungssatz jedoch auf das 1,8fache.

Dieser reduzierte Steigerungssatz gilt auch für Patientinnen, die nicht sozialversichert sind.

1.4 Übrige Leistungen

Ausgenommen von der Erstattung durch die GKV sind nur die Leistungen nach § 24b Abs. 4 SGB V. Dagegen haben die Versicherten auch bei einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Beratungsregelung nach § 24b Abs. 3 SGB V Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhal-

tung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf die Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen

- Die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,
- die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
- die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

Leistungen, die diese Voraussetzungen erfüllen, sind bei sozialversicherten Patientinnen nicht nach der GOÄ abzurechnen, sondern als vertragsärztliche Leistungen, und bei den übrigen Patientinnen nicht nach den reduzierten Sätzen des § 5a, sondern nach den vollen Steigerungssätzen des § 5 GOÄ.

Eine Leitlinie des zuständigen Arbeitsausschusses im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (vgl. *Brück* Anm. 2 zu § 5a) führt einen Katalog berechnungsfähiger Leistungen auf, die aber vorwiegend für die Geburtshilfe von Bedeutung sind.

2. Finanzielle Hilfen

Patientinnen, denen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch der Schwangerschaft nicht zuzumuten ist, weil sie die festgelegten Einkommensgrenzen unterschreiten, haben nach Art. 5 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen Anspruch auf die Sachleistungen, die durch § 24b Abs. 4 SGB V ausgeschlossen werden. Die den Krankenkassen dadurch entstehenden Kosten erstatten ihnen die Länder.

Der Arzt hat unter dieser Voraussetzung Anspruch auf die Vergütungen, die bei einem nicht rechts-widrigen Schwangerschaftsabbruch aus medizini-scher oder kriminologischer Indikation von den Krankenkassen bezahlt werden.

3. Steigerungssatz

Der Steigerungssatz vom 1,8fachen ist kein Höchstsatz, sondern im Vergleich zum Steige-rungssatz nach § 5 Abs. 1 Satz 1 ein sozialpoli-tisch motivierter Grenzwert, deutlich unterhalb der Begründungsschwelle für rein ärztliche Leistungen. Soweit § 5 niedrigere Steigerungs-sätze vorsieht (Gebührenrahmen für die Labor-werte), bleibt es dabei; eine andere Auslegung widerspräche dem Ziel der Honorarbegrenzung, das § 5a zugrunde liegt.

4. Keine Abdingung

Eine Abdingung des reduzierten Steigerungs-satzes für die Leistungen nach § 5a ist durch § 2 Abs. 1 Satz 2 ausgeschlossen.

§ 5b

Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Abs. 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Abs. 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

Amtliche Begründung:

Die Vorschrift (Art. 17 GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000) begrenzt die Höhe der Gebühren für Leistungen, die bei der Behandlung von Versicherten eines branchenüblichen Standardtarifes der privaten Krankenversicherung in den in § 257 Abs. 2a SGB V aufgeführten Variationen erbracht werden, bei Laborleistungen auf den 1,1fachen Gebührensatz, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses (überwiegend medizinisch-technische Leistungen) auf den 1,3fachen Gebührensatz und bei den übrigen Leistungen auf den 1,7fachen Gebührensatz. Diese Begrenzung entspricht den Erstattungsobergrenzen dieser Tarife und stellt damit für die in diesen Tarifen Versicherten sicher, daß ihnen hinsichtlich der ärztlichen Behandlung prinzipiell keine Selbstbehalte verbleiben.

Zwar ist grundsätzlich davon auszugehen, daß die Ärzteschaft die Empfehlung der Bundesärztekammer, die Erstattungsgrenzen des Stand-

ardtarifes zu berücksichtigen weitestgehend beachtet, da dem Bundesaufsichtsamt für Versicherungswesen, den Ärztekammern und dem PKV-Verband Beschwerden über die Nichtbeachtung der Erstattungsobergrenzen des Standardtarifes allenfalls in zu vernachlässigendem Umfang vorliegen. Allerdings ist derzeit jedoch auch die Zahl der nach dem Standardtarif Versicherten mit 1.059 (Stand 31. Dezember 1997) bei insgesamt 7 Millionen privat voll versicherten Personen noch verschwindend gering. Die Begrenzung des Gebührenrahmens bei Behandlung von Versicherten eines brancheneinheitlichen Standardtarifes soll für die zahlungspflichtigen Patienten bei einer durch die Verstärkung der sozialen Schutzfunktion dieser Tarife möglichen Zunahme der Zahl der Standardversicherten über eine rechtlich unverbindliche Empfehlung hinaus Rechtssicherheit gewährleisten.

Die Gebührenbegrenzung trägt den besonderen Umstand der gesetzlichen Prämienbegrenzung für brancheneinheitliche Standardtarife nach § 257 Abs. 2a SGB V Rechnung und flankiert damit die soziale Schutzfunktion dieser Tarife. Vor diesem Hintergrund müssen ordnungspolitische Bedenken gegen eine gebührenrechtliche Differenzierung der Gebührenhöhe nach der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Versicherungstarif zurücktreten. Für Versicherte in Tarifen der privaten Krankenversicherung, für die keine gesetzliche Begrenzung der Prämienhöhe besteht, ist eine entsprechende Gebührenbegrenzung nicht beabsichtigt.

Im Ergebnis tragen zur sozialen Schutzfunktion des Standardtarifes die Versicherten durch den Verzicht auf die - im Standardtarif nicht zusätzlich versicherbaren - Wahlleistungen im Krankenhaus, die PKV-Unternehmen durch die Prämienbegrenzung und die Ärzteschaft durch die Absenkung des Gebührenrahmens bei Standardversicherten bei.

§ 5b

Kommentar zu § 5b

1. Der Standardtarif

Das GSG hat 1953 mit § 257 Abs. 2a SGB V die Rahmenbedingungen für einheitliche branchentypische Standardtarife der privaten Krankenversicherungen zu Gunsten eines sozial schutzwürdigen Personenkreises normiert. Dieser Personenkreis wurde durch das GKV-Strukturgesetz 2000 erheblich erweitert. Die Versicherungsunternehmen, die diesen Standardtarif anbieten, haben eine Reihe gesetzlicher Vorgaben zu beachten. Die Vertragsleistungen des Standardtarifs müssen den Leistungen des SGB V bei Krankheit jeweils vergleichbar sein, und der Beitrag für Einzelpersonen darf den durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (Abs. 2a Nr. 2). Weiter muß das Versicherungsunternehmen den Standardtarif allen Personen anbieten, die zu den in Abs. 2a Nrn. 2 - 2c näher bezeichneten sozial schutzwürdigen Personengruppen gehören. Vor allem bei der Gruppe 2c, bei der Versicherungsschutz ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeiten, der Altersgrenzen und des Gesamteinkommens, ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten ist, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Bedingungen versichert werden können, dürfte das Risiko der Versicherungen beachtlich sein.

2. Der Anspruch der Versicherten

Der Anspruch auf Versicherungsleistungen, die mit denen der GKV vergleichbar sind, kann als Mindestforderung des Gesetzgebers an die Gestaltung des Standardtarifs verstanden werden. Die privaten Krankenversicherungen sind dadurch nicht gehindert, sich über das strikte Wirtschaftlichkeitsgebot hinaus bei ihrem Leistungsangebot an § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ und dem sonst üblichen Leistungsangebot der privaten Krankenkassen zu orientieren. Bleiben die Versicherungen bei dem gesetzlich vorgegebenen Minimum, so muß der zum Standardtarif Versicherte Leistungen, die über das strikte Wirtschaftlichkeitsgebot hinausgehen, zu den vollen Sätzen des § 5 GOÄ bezahlen.

Nicht unter den Versicherungsschutz des Standardtarifs fallen stationäre wahlärztliche Leistungen.

3. Die Steigerungssätze

Der Gesetzgeber hat, um eine sozialverträgliche Lösung zu finden, die Ansprüche aller Beteiligten reduziert, die der Versicherten auf die Leistungen der GKV, die der Versicherungsunternehmen auf Prämien, die sich an den Beitragssätzen der GKV orientieren und die der Ärzte durch die Bemessung der Steigerungssätze deutlich unter denen des § 5 GOÄ.

Der Arzt ist, von Notfällen abgesehen, prinzipiell nicht verpflichtet, eine Behandlung zu übernehmen. Es wäre jedoch mit dem ärztlichen Berufsethos schwer vereinbar, wenn Ärzte systematisch und auf breiter Basis die Behandlung sozial Schutzbedürftiger zu den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Sätzen ablehnen würden.

4. Nachweis der Anspruchsberechtigung

Es ist Sache des Patienten, den Arzt darauf hinzuweisen, daß er nach dem Standardtarif versichert ist, und auf Anforderung des Arztes den Versicherungsnachweis vorzulegen. Kommt der Patient dieser Verpflichtung nicht nach, so ist der Arzt nicht an die reduzierten Steigerungssätze gebunden.