

Kommentar zum Verordnungstext

Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ

Auf Grund des § 11 der Bundesärzteordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987 (BGBl. I S. 1218) verordnet die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates:

§ 1 Anwendungsbereich

(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte bestimmen sich nach dieser Verordnung, soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

(2) Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind. Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf er nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

Vorbemerkung zu den rechtlichen Grundlagen

Die GOÄ ist eine von der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates, also von der Exekutive, erlassene Rechtsverordnung. Sie hat die gleiche allgemein verbindliche Wirkung wie die vom Gesetzgeber beschlossenen Gesetze.

Die Rechtsetzung durch die Exekutive bedarf nach Art. 80 Abs. 1 Grundgesetz (GG) einer Ermächtigung durch ein Gesetz, das Inhalt, Zweck und Ausmaß der Rechtsverordnung bestimmt. Es muß danach vorhersehbar sein, in welchen Fällen und mit welchen Zielsetzungen die Exekutive von der Ermächtigung Gebrauch machen kann.

Die Eingangsformel der GOÄ zitiert als Ermächtigungsgrundlage § 11 der Bundesärzteordnung, der bestimmt:

"Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeiten in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen".

In mehreren Verfassungsbeschwerden wurde die GOÄ zur Überprüfung des Bundesverfassungsgerichtes gestellt unter den Gesichtspunkten

mangelnder Gesetzgebungskompetenz des Bundes

- der Bundesgesetzgeber sei aufgrund der Verteilung der Gesetzgebungskompetenzen zwischen Bund und Ländern für die Regelung der ärztlichen Gebühren nicht zuständig. Mit Beschluß vom 12.12.1984 (NJW 1985, 2185) hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, daß die Zuständigkeit des Bundes unter dem weit auszulegenden Gesichtspunkt "Recht der Wirtschaft" (Art. 74 Nr. 11 GG) zu bejahen sei.

unzureichender Konkretisierung der Ermächtigung

- die Ermächtigung genüge hinsichtlich ihres Inhalts nicht den Anforderungen des Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG. Das Bundesverfassungsgericht hat mit der gleichen Entscheidung auch diesen Einwand zurückgewiesen, obwohl doch die Ermächtigung letztlich mit der Verpflichtung zum Erlaß einer Rahmgebührenordnung (Festlegung von Mindest- und Höchstsätzen) nicht mehr vorschreibt als die technische Ausgestaltung der GOÄ. Die Anweisung, daß den berechtigten Interessen beider Seiten Rechnung zu tragen ist, geht nicht über das hinaus, was in einem Rechtsstaat ohnehin als selbstverständlich gelten müßte.

§ 1

Überschreitung der Grenzen der Ermächtigung

- die GOÄ entspreche in ihren Tendenzen und Einzelregelungen nicht den Anforderungen der gesetzlichen Ermächtigung. Das Bundesverfassungsgericht berief sich insoweit auf das Prinzip der Subsidiarität der Verfassungsbeschwerde. Es sei Aufgabe der Fachgerichte zu prüfen, ob die angegriffenen Bestimmungen der GOÄ durch die Ermächtigung des § 11 Bundesärzteordnung gedeckt seien.

Gegen die Anwendung des Subsidiaritätsprinzips ist einzuwenden:

Wie sollen sich die Fachgerichte beim Streit um einzelne Gebührenbestimmungen mit der Frage auseinandersetzen können, ob die GOÄ insgesamt noch als ausreichende Vergütung ärztlicher Leistungen gelten kann? Für das Fachgericht liegt die Argumentation nahe, es komme nicht darauf an, ob die einzelne Gebühr angemessen sei, sondern nur darauf, ob die GOÄ und ihr Gebührenverzeichnis insgesamt diese Voraussetzungen erfüllten, wobei sich zu niedrige und zu hohe Bewertungen in einem Mittelwert ausgleichen. Gleichwohl werden verfassungsrechtliche Rügen, die sich beim Vergleich der Entwicklung der Punktwerte der GOÄ in Relation zur Entwicklung der allgemeinen Preisindizes und der Arbeitseinkommen anbieten, nur dann Erfolg haben können, wenn zunächst der Weg über die Fachgerichte ausgeschöpft wird.

Im einzelnen darf wegen der verfassungsrechtlichen Fragen zum Gebührenrecht und zum Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 12.12.1984 auf *W. Weißbauer, G. Hesselberger, MedR 1985, 207 ff.*, verwiesen werden.

Kommentar zu § 1

1. Die GOÄ als zwingendes Recht

Die GOÄ ist im Rahmen ihres – mehrfach begrenzten – Anwendungsbereichs zwingendes Recht. Der Arzt darf das Entgelt für seine berufsspezifischen Leistungen nur nach den Bestimmungen der Gebührenordnung berechnen.

Die Vertragsfreiheit, die sonst für die Gestaltung privatrechtlicher Rechtsbeziehungen gilt, ist für die Bemessung der Vergütung ärztlicher Leistungen weitestgehend aufgehoben. Arzt und Patient können zwar ärztliche Leistungen nach wie vor frei vereinbaren, sind hinsichtlich der Berechnung der Vergütung für diese Leistungen aber an die GOÄ gebunden. Abweichende Vereinbarungen, die sog. Abdingung, läßt die GOÄ zwar prinzipiell zu. Sie beschränkte die Abdingung aber schon in der Fassung von 1983 auf die Festlegung der Gebührenhöhe. Darüber hinaus wurde die Zulässigkeit von Gebührenvereinbarungen Schritt für Schritt durch den Verordnungsgeber und die Rechtsprechung so weitgehend eingeschränkt, daß von der GOÄ abweichende Gebührenvereinbarungen keine wesentliche Rolle mehr spielen.

2. Berufliche Leistungen der Ärzte

2.1 Die GOÄ als Standesgebührenordnung

Die GOÄ gilt unmittelbar nur für die beruflichen Leistungen der Ärzte, also nicht für andere Heil- und Heilhilfsberufe. Sie ist sonach eine Standesgebührenordnung.

Eine Ausnahme gilt nach § 6 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die eine ergänzende Anwendung der GOÄ für bestimmte Leistungen der Zahnärzte vorsieht.

Umgekehrt sind nach § 6 Abs. 1 Satz 1 GOÄ Leistungen der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, der Hals-Nasen-Ohrenärzte und der Chirurgen, die das Gebührenverzeichnis für zahnärztliche Leistungen aufführt, nach dieser Gebührenordnung zu berechnen.

2.2 Begriffsbestimmung "Arzt"

Arzt im Sinne der GOÄ ist jeder, der aufgrund der BÄO zur Ausübung des Berufs unter der Bezeichnung als "Arzt" oder "Ärztin" berechtigt ist, also nicht nur der approbierte Arzt, sondern auch der zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs Berechtigte (§§ 2, 10 BÄO). Die Rechte und Pflichten aus der GOÄ gelten auch für die Staatsangehörigen anderer Mitgliedstaaten der EU, die im Geltungsbereich der BÄO den ärztlichen Beruf nach den EG-Ärztlichrichtlinien ausüben, soweit nicht kraft Gesetzes andere Entgeltregelungen bestehen.

2.3 Geltung für berufsspezifische Leistungen

Die GOÄ gilt nur für die berufsspezifischen Leistungen der Ärzte. Dazu gehören auch medizinische Gutachten (vgl. Nrn. 80 ff. des Gebührenverzeichnisses), nicht dagegen eine wissenschaftliche oder publizistische Tätigkeit im Bereich der Medizin oder andere berufliche Tätigkeiten des Arztes außerhalb der Medizin.

3. Begrenzung des Anwendungsbereiches der GOÄ durch gesetzliche Regelungen

Die Vergütungsregelung der GOÄ gilt nicht, soweit durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist. Die wichtigsten Einschränkungen des Anwendungsbereiches der GOÄ finden sich in § 87 Abs. 1 SGB V. Danach ist Grundlage für die Berechnung der ärztlichen Leistungen auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für die Versicherten der Primärkassen der BMÄ und für die der Ersatzkassen die E-GO. Die GOÄ gilt hier nur in Ausnahmefällen, z.B. wenn der Versicherte den Krankenschein nicht bis zum Ende des Quartals beibringt oder auf den Behandlungsanspruch schriftlich ganz oder teilweise verzichtet (§ 18 Abs. 1 Bundesmantelvertrag). Das gleiche gilt für den Versicherten, der Leistungen in Anspruch nimmt, die von der Kasse nicht vergütet werden (z.B. kosmetische Chirurgie), für den freiwillig Versicherten, der die Kostenerstattung wählt, und für den Versicherten, der aufgrund einer Zusatzversicherung wahlärztliche Leistungen in Anspruch nimmt.

Da rd. 90 % der Patienten bei den Primär- und Ersatzkassen versichert sind, ist die Anwendung der GOÄ auf die beruflichen Leistungen der Ärzte nicht die Regel, sondern die Ausnahme.

Spezielle Vergütungsregelungen gelten weiter u.a. für den Bereich der Unfallberufsgenossenschaften sowie für die Anspruchsberechtigten von Bundeswehr, Bundesgrenzschutz und Zivildienst, für den Polizeibereitschaftsdienst und für die Sozialhilfeberechtigten.

Die Vergütung für die Leistungen des Arztes als Sachverständiger vor Gericht regelt das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG).

Die unterschiedlichen Gebührenordnungen erschweren dem Arzt die Berechnung seiner beruflichen Leistungen. Mit einer Vereinheitlichung ist aber nicht zu rechnen, weil sich die Ausgangssituation des Selbstzahlers deutlich von der des Sozialversicherten unterscheidet, der in die Solidargemeinschaft eingebunden ist und dessen Leistungsansprüche deshalb enger begrenzt werden müssen.

4. Vergütungsanspruch des Arztes als Voraussetzung der Honorarberechnung

4.1 Der Behandlungsvertrag

Die GOÄ regelt die Bemessung und Berechnung der Vergütung für ärztliche Leistungen. Ihre Anwendung setzt voraus, daß dem Arzt gegenüber dem Patienten/Zahlungspflichtigen (z.B. Eltern Minderjähriger) ein Vergütungsanspruch zusteht. Ob ein solcher Anspruch besteht, bestimmt sich in der Regel nach den Vorschriften des BGB über den Dienstvertrag (§ 611 ff.), seltener nach den Bestimmungen über die Geschäftsführung ohne Auftrag (§ 677 ff.), z.B. bei der Behandlung Geschäftsunfähiger, die nicht solange aufschiebbar ist, bis ein Vertreter des Patienten (Eltern Minderjähriger, vormundschaftsgerichtlich bestellter Betreuer, durch Vorsorgevollmacht mit der Vertretung beauftragte

§ 1

Vertrauensperson) den Behandlungsvertrag abschließen kann.

Verträge über die ambulante Untersuchung/Behandlung werden regelmäßig formlos durch schlüssiges Handeln abgeschlossen; der Patient sucht den Arzt auf oder ruft ihn zum Hausbesuch und schildert ihm Symptome seiner Erkrankung oder Verletzung. Stellt der Arzt Fragen zur Anamnese/Diagnose, so übernimmt er damit die Behandlung und schließt durch schlüssiges Handeln einen Behandlungsvertrag, der zunächst eine ärztliche Beratung und/oder eine Untersuchung umfaßt. Er wird Schritt für Schritt stillschweigend um die Maßnahmen erweitert, denen der Patient durch schlüssiges Handeln zustimmt oder in die er nach ärztlicher Aufklärung (Eingriffsaufklärung/Selbstbestimmungsaufklärung) einwilligt.

4.2 Partner des Behandlungsvertrages

Niedergelassene Ärzte: Die ambulante Behandlung ist vorwiegend Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. Sie sind und bleiben Partner des Behandlungsvertrags und damit liquidationsberechtigt, auch soweit sie im Rahmen des rechtlich Zulässigen Aufgaben an ärztliche oder nichtärztliche Mitarbeiter delegieren oder sich im Urlaub durch einen Kollegen vertreten lassen.

Im stationären Bereich sind die Belegärzte Vertragspartner ihrer Patienten im Belegkrankenhaus und auf den Belegabteilungen der Anstaltskrankenhäuser.

Soweit niedergelassene Ärzte aufgrund von Verträgen, z.B. als Betriebsärzte oder als Konsiliarärzte, im Rahmen stationärer Versorgung ärztliche Leistungen erbringen, bestimmt sich ihre Vergütung nach den Vereinbarungen mit den Betrieben/Krankenhäusern, für die sie tätig werden.

Angestellte und beamtete Ärzte: Im Anstaltskrankenhaus ist Vertragspartner des Patienten für die stationäre Behandlung der Krankenträger. Der totale Krankenhausaufnahmevertrag

umfaßt neben der Untersuchung, Verpflegung und Pflege auch die ärztliche Behandlung als Regelleistung. Angestellte und beamtete Ärzte, auch die leitenden Ärzte, sind vertragsrechtlich insoweit Erfüllungsgehilfen des Krankenträgers, dessen Vergütungsanspruch für die ärztliche Behandlung mit dem Pflegesatz abgegolten wird. Es gibt für die ärztlichen Regelleistungen kein Liquidationsrecht der Ärzte; die GOÄ findet insoweit keine Anwendung.

Eine Ausnahme von der Abgeltung durch den Pflegesatz gilt für die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen. Sie setzen nach § 22 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) eine schriftliche Vereinbarung ("Wahlarztvereinbarung") zwischen Krankenträger und Patient vor der Erbringung der wahlärztlichen Leistung und die Unterrichtung des Patienten über die Entgelte der Wahlleistungen und deren Inhalt voraus. Die Wahlarztvereinbarung erstreckt sich auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses (§ 22 Abs. 3 Satz 1 BPFIV).

Es steht im Ermessen des Krankenträgers, ob und welchen seiner angestellten leitenden Ärzten er das Liquidationsrecht einräumt. Solche Vereinbarungen sind Gegenstand spezieller Absprachen in den Anstellungsverträgen leitender Ärzte. Hat der Träger aber dem leitenden Anästhesisten das Liquidationsrecht eingeräumt, so kann er ihn wegen der zwingenden Bestimmung des § 22 Abs. 3 Satz 1 BPFIV nicht in den Wahlarztvereinbarungen von der Liquidation ausschließen. Regelmäßig ist nun die Behandlung der Wahlleistungspatienten bei den angestellten leitenden Ärzten als Dienstaufgabe und nicht mehr (entgegen der früheren Praxis) als Nebentätigkeit ausgestaltet. Die Entgelte für die wahlärztlichen Leistungen gelten bei dieser Konstruktion

tion als variable Vergütung für die Erfüllung der Dienstaufgaben des angestellten Arztes.

Gleichwohl übt der leitende Arzt auch bei dieser Vertragsgestaltung ein eigenes, wenn auch aus dem Chefarztvertrag abgeleitetes (derivatives) Liquidationsrecht aus. Es beruht auf dem Arzt-Zusatzvertrag, den die liquidationsberechtigten Ärzte - in der Regel stillschweigend - mit dem Wahlleistungspatienten abschließen. Daß entgegen *Brück* (Anmerkung 4.2.3 zu § 1) der liquidationsberechtigte Arzt nicht etwa eine ihm vom Krankenhausträger abgetretene Forderung geltend macht, bestätigt u.a. die Formulierung des § 22 Abs. 3 Satz 2 BPflV. Danach kann der Wahlarzt die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen "dem Krankenhausträger überlassen"; diese Bestimmung wäre sinnwidrig, wenn die Honorarforderung primär dem Krankenhausträger zustünde.

Davon zu unterscheiden sind Vertragsgestaltungen, bei denen der Krankenhausträger den leitenden Ärzten kein Liquidationsrecht einräumt, sondern dieses Recht selbst ausübt und die leitenden Ärzten lediglich intern (prozentual) am Honorar beteiligt oder aus den Honorarerträgen feste Bezüge oder Zuschläge zu den Bezügen finanziert. Ob der Krankenhausträger nach der GOÄ liquidieren kann, war umstritten, wird nun aber im Hinblick auf § 22 Abs. 3 letzter Satz BPflV zu bejahen sein; danach finden für die Berechnung wahlärztlicher Leistungen die Bestimmungen der GOÄ (bzw. GOZ) entsprechende Anwendung, soweit sich die Anwendung nicht bereits (wie für die liquidationsberechtigten Ärzte) aus diesen Gebührenordnungen ergibt.

Bei den beamteten Ärzten/Hochschullehrern sind Art, Umfang und nähere Voraussetzungen des Liquidationsrechts bundesrechtlich und landesrechtlich geregelt. Die liquidationsberechtigte Tätigkeit ist wegen der zwingenden Bestimmungen des Besoldungsrechts durchgehend als Nebentätigkeit ausgestaltet.

Die ambulante Behandlung im Krankenhaus war ursprünglich nahezu ausschließlich der (freiberuflichen) Nebentätigkeit der leitenden Ärzte vorbehalten. Zunehmend wird jedoch auch diese Tätigkeit in den Chefarztverträgen als Institutsleistung ausgestaltet, die der Krankenhausträger als Vertragspartner des Patienten erbringt. Angesichts der hohen Kostenerstattung, die aufgrund der Dienstverträge bei ambulanten Leistungen anfällt, ist in der Anästhesiologie die Einräumung des Liquidationsrechtes für den ambulanten Bereich meist nicht erstrebenswert.

5. Begrenzung auf medizinisch notwendige Leistungen (§ 1 Abs. 2)

Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 darf der Arzt Vergütungen nach der GOÄ nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.

Die Formulierung "notwendige ärztliche Versorgung" läßt sich sinngemäß interpretieren als "medizinisch indizierte Versorgung". Abzustellen ist dabei auf die im Zeitpunkt der Behandlung geltenden (objektivierten) Leistungsstandards der Medizin (Sicht ex nunc) und auf eine Beurteilung aufgrund der Erkenntnisse, über die der Arzt bei Wahrung der erforderlichen Sorgfalt in diesem Zeitpunkt verfügte (Sicht ex ante).

Der Behandlungsvertrag ist regelmäßig ein Dienstvertrag und kein Werkvertrag; der Arzt kann, wie die Rechtsprechung seit jeher anerkennt, wegen der Unwägbarkeiten biologischen Geschehens den Behandlungserfolg nicht garantieren. Dies muß auch für die gebührenrechtliche Bewertung seiner Leistungen gelten, deren Notwendigkeit nicht aus der Sicht ex post, also anhand der Behandlungsergebnisse und der daraus gewonnenen Erkenntnisse beurteilt werden darf.

5.1 Anerkennung und Grenzen der Methodenfreiheit

Die Rechtsprechung erkennt seit jeher das Prinzip der Therapiefreiheit an, das auf dem Grundsatz der formalen Gleichwertigkeit unterschiedlicher

§ 1

Behandlungsmethoden beruht. Ist jedoch eine Methode weit überwiegend als die wirksamere oder risikoärmere anerkannt, so muß der Arzt sie im allgemeinen anwenden.

Selbst dann darf aber der Arzt einer anderen Methode aufgrund sachlicher Prüfung und persönlicher Überzeugung von ihrer Überlegenheit den Vorzug geben. Entscheidend ist dann, daß er den Patienten entsprechend aufklärt und dieser in die Behandlung einwilligt. Im einzelnen vgl. hierzu *W. Weißbauer*: "Der Arzt im Spannungsverhältnis zwischen wissenschaftlichem Fortschritt und Haftungsrisiko" (Anästhesiologie Intensivmedizin, 1994, 204).

Gibt es keine allgemein anerkannte Methode zur Behandlung einer Erkrankung, so sind auch Heilversuche nach der GOÄ zu vergüten, die begründbar sind und Erfolgsaussichten bieten (BGH, MedR 1997, 172). Ausgeschlossen sind von der Vergütung die Methoden, für die es keine wissenschaftlichen Ansatzpunkte gibt und die bei objektiver Bewertung keine Erfolgsaussichten erkennen lassen.

5.2 Wirtschaftlichkeitsgebot

Die GOÄ kennt, anders als das SGB V für die kassenärztlichen Leistungen kein ausdrückliches Wirtschaftlichkeitsgebot; § 12 SGB V bestimmt, daß die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Die Bestimmung in § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ, daß der Arzt nur Leistungen berechnen darf, die für eine medizinisch notwendige Leistung erforderlich sind, geht jedoch in die gleiche Richtung.

Der abschließende Satz 2 zieht daraus die Konsequenz, daß der Arzt Leistungen, die über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehen, nur berechnen darf, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

Dies gilt zunächst für Leistungen, die medizinisch nicht indiziert sind, wie z.B. rein kosmetische Operationen, bzw. nicht geeignet sind, das

Behandlungsziel zu erreichen oder zwar prinzipiell indiziert sind, aber über das Maß des Erforderlichen hinausgehen. Dies wird auch dann gelten müssen, wenn mit einer wirtschaftlich günstigeren Behandlungsmethode das gleiche medizinische Ziel erreicht werden kann, etwa durch eine ambulante anstelle einer stationären Operation.

Gibt es eine medizinisch gleichwertige, aber wirtschaftlichere Alternative, so muß der Arzt den Patienten darüber informieren. Diese wirtschaftliche Aufklärungspflicht ist von der Aufklärung über ernsthaft in Betracht kommende Behandlungsalternativen im Rahmen der Eingriffsaufklärung zu unterscheiden. Sie hat nicht die Unwirksamkeit der Einwilligung in den Eingriff mit seinen haftungsrechtlichen Konsequenzen zur Folge, sondern nur den Verlust des Vergütungsanspruchs bzw. die Pflicht zum Schadenersatz für unnötige Aufwendungen des Patienten.

5.3 Fachgebietsgrenzen

Die GOÄ ist keine Fachgebührenordnung. Die Tatsache, daß in den Überschriften des Gebührenverzeichnisses einzelne Abschnitte bestimmten Fachgebieten zugeordnet sind, besagt nicht, daß sie gebührenrechtlich nicht auch von den Vertretern anderer Fachgebiete erbracht werden könnten. Jedoch gilt die berufsrechtliche Fachgebietsbeschränkung für Ärzte, die eine Facharztbezeichnung führen, für die gesamte ärztliche Berufsausübung, also auch für die privatärztliche Tätigkeit.

Die Überschreitung der Fachgebietsgrenzen berechtigt für sich allein den Patienten nicht zur Zahlungsverweigerung. Kommt es zu einem Behandlungsmißerfolg, so muß der Arzt sich aber an den Leistungsstandards des Fachgebietes messen lassen, auf dem er tätig wurde.

5.4 Leistung auf Verlangen

Die in 5.2 oben beschriebenen Leistungen, die medizinisch nicht notwendig sind oder das Maß des Erforderlichen überschreiten, darf der Arzt

nur berechnen, wenn sie auf Verlangen des Versicherten erbracht worden sind. Das "Verlangen" des Versicherten setzt voraus, daß er sich der Situation bewusst ist, also etwa, daß es sich um eine "Luxusleistung" oder um eine Außenseitermethode handelt, für die er u.U. keine Kostenerstattung seiner privaten Krankenversicherung beanspruchen kann.

Die Leistung, die auf Verlangen des Patienten erbracht wird, muß als solche in der Rechnung bezeichnet werden (§ 12 Abs. 3 letzter Satz). Entgegen Anmerkung 8 bei *Brück* muß der Arzt sich vom Patienten nicht bescheinigen lassen, dass er die Leistung auf Verlangen des Patienten erbringt; § 12 Abs. 3 GOÄ enthält keine entsprechende Regelung.