

§ 12

Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung; Rechnung

(1) Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine dieser Verordnung entsprechende Rechnung erteilt worden ist.

(2) Die Rechnung muß insbesondere enthalten:

1. das Datum der Erbringung der Leistung,
2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindstdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz,
3. bei Gebühren für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6 a,
4. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,
5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 25,56 €, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen.

(3) Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird. Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern. Soweit im Falle einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 auch ohne die getroffene Vereinbarung ein Überschreiten der in Satz 1 genannten Steigerungssätze gerechtfertigt gewesen wäre, ist das Überschreiten auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen;

den; die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend. Die Bezeichnung der Leistung nach Absatz 2 Nummer 2 kann entfallen, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung beigelegt wird, der die Bezeichnung für die abgerechnete Leistungsnummer entnommen werden kann. Leistungen, die auf Verlangen erbracht worden sind (§ 1 Abs. 2 Satz 2), sind als solche zu bezeichnen.

(4) Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

(5) Durch Vereinbarung mit den in § 11 Abs. 1 genannten Leistungs- und Kostenträgern kann eine von den Vorschriften der Absätze 1 bis 4 abweichende Regelung getroffen werden.

Kommentar zu § 12

zu Abs. 1:

Der Arztbehandlungsvertrag, auch in der Form des Arzt-Zusatz-Vertrags, wird meist formlos abgeschlossen. Er verpflichtet den Arzt zur ordnungsgemäßen Behandlung des Patienten und diesen zur Zahlung des ärztlichen Honorars. Ist eine Zeit für die Leistung weder bestimmt noch den Umständen zu entnehmen, so kann der Gläubiger nach § 271 BGB die Leistung sofort verlangen. Dies bedeutet, daß das Honorar des Arztes fällig würde, sobald er seine Leistung erbracht hat, also die Behandlung, auf die sich der Behandlungsvertrag bezieht, im ganzen oder in wesentlichen Teilen abgeschlossen hat.

Die GOÄ modifiziert die Regelung des BGB in § 12 Abs. 1 dahin, daß sie die Fälligkeit von der Erstellung einer Rechnung abhängig macht, die den Anforderungen der Absätze 2 - 4 des § 12 ent-

§ 12

spricht. Ist die Rechnungsstellung mangelhaft, genügt sie also nicht den formalen und inhaltlichen Anforderungen des § 12, so schiebt sich die Fälligkeit des Honorars bis zur Korrektur dieser Mängel hinaus.

Rückfragen, Stellungnahmen und Korrekturen erfordern einen erheblichen Zeit- und Arbeits-einsatz. Um Zeit und Geld zu sparen, sollte daher die Rechnung so erstellt werden, daß sie von vornherein alle Mindestanforderungen der Absätze 2 - 4 des § 12 erfüllt.

zu Abs. 2:

1. Reichweite der Anforderungen

Nach dem Wortlaut des Abs. 2 muß die Rechnung "insbesondere" die in den folgenden Nummern 1 - 5 aufgeführten Anforderungen erfüllen. "Insbesondere" bedeutet in der Rechtssprache, daß es sich bei der Aufzählung der Anforderungen um wichtige Beispiele handelt, nicht aber um eine abschließende Enumeration.

Dem Zweck des Abs. 2 genügt bei seiner sinn-gemäßen Auslegung die Rechnungsstellung am besten dann, wenn sie über die obligatorischen Anforderungen des Wortlautes hinausgeht und ohne Rückfragen für den Zahlungs- oder Er-stattungspflichtigen nachvollziehbar erkennen läßt, ob im konkreten Fall die spezifischen Anforderungen der Abrechnungsbestimmungen erfüllt sind.

2. Systematischer Aufbau der Rechnung

Nicht bestimmt wird in Absatz 2 in welcher Reihenfolge die Leistungen in der Rechnung auf-zuführen sind. Orientiert man sich am Inhalt der Anforderungen, die Abs. 2 stellt, so verdient die chronologische Reihenfolge eindeutig den Vor-zug vor einer numerischen Abfolge der erbrach-ten Leistungen.

Nach Abs. 2 Nr. 1 muß die Rechnung das Datum der Erbringung der Leistung enthalten, d.h. das

Datum jeder einzelnen Leistung. Schon damit liegt es nahe, die Leistungen, die an demselben Kalendertag erbracht werden, unter diesem Datum zusammenzufassen. Wird dabei auch noch nach dem zeitlichen Ablauf der Behandlung innerhalb des Kalendertages verfahren, so wird für den Zahlungs- oder Erstattungspflichtigen der Leistungsablauf nachvollziehbar.

3. Zeitangaben

Nach Abs. 2 Nr. 2 muß neben der Gebührennum-mer und der Bezeichnung der einzelnen berech-neten Leistung, bei den Leistungen, die in der Leistungslegende eine Mindestdauer nennen, auch diese in die Rechnung aufgenommen wer-den.

Auf die Bezeichnung der einzelnen Leistungs-nummern kann verzichtet werden, wenn der Rechnung eine Zusammenstellung der abgerech-neten Gebührennummern beigelegt wird, der die Bezeichnung der Leistungen entnommen werden kann (§ 12 Abs. 3 Satz 4).

Wenngleich Zeitangaben in der GOÄ nur an wenigen Stellen obligatorisch gefordert werden, so lassen sich durch weitere (freiwillige) Zeitangaben viele "lästige" Rückfragen durch die Kostenträger vermeiden, vor allem durch die Angabe der Uhrzeit bei Leistungen, die nebenein-ander, d.h. im Rahmen einer Arzt-Patienten-Begegnung nicht berechnet werden dürfen, aber zu verschiedenen Zeitpunkten, also bei verschie-denen Arzt-Patienten-Begegnungen durchgeführt werden. Das gleiche gilt für Leistungen

- die zu "ungelegener" Zeit erbracht wurden und bei denen die Zuschläge nach Abschnitt B II oder B V berechnet werden können
- die während einer Narkose/Anästhesie durch die Gebühren abgegolten sind (z.B. die Appli-kation von Schmerzmitteln), aber "außerhalb" der Narkose/Anästhesiezeit ("10 Minuten vor Operationsbeginn bis 10 Minuten nach Operationsende") gesondert berechnet werden können
- die mit Nr. 435 abgegolten aber, gesondert berechenbar sind, wenn sie am gleichen Tag

vor Beginn oder nach Beendigung der intensivmedizinischen Behandlung erbracht wurden

- die während einer Unterbrechung der intensivmedizinischen Behandlung erbracht worden sind, z.B. Anästhesien für operative Eingriffe und die hierbei erforderlichen anästhesierelevanten Leistungen wie Injektionen, Infusionen, EKG.

Erleichtert wird die Nachvollziehbarkeit der Rechnungen auch durch die Kennzeichnung der einzelnen Behandlungsphasen. So können die fünf Kernphasen der anästhesiologischen Behandlung

- Präoperative Leistungen
- Intraoperative Leistungen
- Postoperative Leistungen
- Intensivmedizinische Leistungen
- Schmerztherapeutische Leistungen

in der Rechnung durch gesonderte Zeilen markiert und die in dieser Phase erbrachten Leistungen dort wieder in chronologischer Reihenfolge eingeordnet werden.

4. Betrag und Steigerungssatz

Anzugeben ist der Betrag für jede einzelne Leistung, die sich aus der Multiplikation des Einfachsatzes der Gebührenordnung mit dem Steigerungssatz ergibt. Anzugeben ist auch der zugrunde gelegte Steigerungssatz.

Wegen der Bemessung der Steigerungssätze wird auf den Kommentar zu § 5 GOÄ Bezug genommen, wegen der Begründungspflicht für die Überschreitung der Schwellenwerte auf die Kommentierung zu § 12 Abs. 3.

5. Honorarminderung bei stationären Leistungen

Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Leistungen sind die nach der GOÄ berechneten Gebühren einschließlich der darauf entfallenden Zuschläge nach § 6a GOÄ zu mindern. Diese Minderung beträgt bei wahlärztlichen Leistungen der Krankenhausärzte 25% des

Honorars, bei Belegärzten und anderen niedergelassenen Ärzten (z.B. Konsiliarärzten) 15% des Honorars.

Die Minderung muß nicht bei jeder einzelnen Leistung ausgewiesen werden; es genügt die Angabe des Gesamtbetrages, wenn aus der Rechnung ersichtlich wird, welche der abgerechneten Leistungen unter § 6a GOÄ fallen.

6. Wegegeld, Reiseentschädigung, Auslagen

Anzugeben ist bei den Entschädigungen nach §§ 7 bis 9 neben dem Betrag, der in Rechnung gestellt wird, die Art der Entschädigung (Wegegeld, Reiseentschädigung oder Kostenerstattung) und die Berechnung, z.B. bei Wegegeld die Zahl der Kilometer; bei Nachtbesuchen die Uhrzeit.

Für die Berechnung von Auslagen ist nach § 12 Abs. 2 Nr. 5 ein Beleg oder sonstiger Nachweis beizufügen, wenn der Betrag der einzelnen Auslage DM 50,- überschreitet.

zu Abs. 3:

1. Überschreiten der Schwellenwerte

Ob und unter welchen Voraussetzungen die der Honorarberechnung zugrunde gelegten Steigerungssätze die vom Ordnungsgeber festgelegten Schwellenwerte überschreiten dürfen, ist in § 5 GOÄ festgelegt. Auf die dortigen Kommentierungen darf Bezug genommen werden.

Nach Abs. 1 Satz 1 hat der Arzt in seiner Rechnung diese Überschreitung – bezogen auf die einzelne Leistung – für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen. Stichwortartige Begründungen genügen, in denen die konkrete Leistungsbeschreibung oder der erhöhte Zeitaufwand oder die besonderen Umstände bei der Ausführung erkennbar werden. Keinesfalls genügt die Wiederholung der abstrakten Kriterien, auf die § 5 Abs. 2 für die Überschreitung der

§ 12

Schwellenwerte abstellt, also z.B. "besonders schwierige Leistung". Anzuführen sind die leistungser schwerenden Umstände, konkret bezogen auf die jeweilige Leistung. Begleiterkrankungen, die sich deutlich erschwerend auf die Überwachung oder Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen auswirken, müssen nicht zwangsläufig auch die Durchführung von Injektionen oder Infusionen erschweren.

Auf die Nachvollziehbarkeit seiner Begründungen sollte der Arzt schon deshalb selbst Wert legen, weil er nach Abs. 3 Satz 2 auf Verlangen die Begründung näher erläutern muß. Dies bedeutet einen erneuten Arbeits- und Zeitaufwand.

2. Begründung bei Honorarvereinbarung

Wegen der rigorosen Begrenzung der Zulässigkeit von Honorarvereinbarungen nach § 2 GOÄ durch die Rechtsprechung dürften diese in der Anästhesie keine wesentliche praktische Bedeutung mehr haben. Vorgeschrieben wird durch Satz 3, daß auch dann, wenn eine Honorarvereinbarung getroffen wurde, der Arzt auf Verlangen des Zahlungspflichtigen zu begründen hat, ob ein Überschreiten der Regelsätze auch ohne eine solche Vereinbarung gerechtfertigt gewesen wäre. Dies kann für Zahlungspflichtige von Bedeutung sein für ihre Erstattungsansprüche.

3. Zusammenstellung der Bezeichnung der Gebührennummern

Auf die Möglichkeit, die Abrechnung durch die Beilage einer Zusammenstellung der abgerechneten Gebührennummern mit ihren Leistungsbeschreibungen zu erleichtern, wurde bereits oben (Anm. 3 zu § 12 Abs. 2) hingewiesen.

4. Leistung auf Verlangen

Nach § 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄ darf der Arzt Vergütungen 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 Versorgung hinausgehen (z.B. rein ästhetische Operationen), darf er nach Satz 2 nur berechnen, wenn sie auf

Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind. Die Kennzeichnung in der Rechnung mit dem Stichwort "auf Verlangen" genügt.

zu Abs. 4:

Anders als nach dem EBM können nach § 6 Abs. 2 GOÄ selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden. Inzwischen ist eine Reihe von Analognummern für anästhesiologische Leistungen anerkannt oder vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten vorgeschlagen, auf die sich der Anästhesist in seiner Rechnung beziehen kann. Auf das anliegende Verzeichnis der anästhesierelevanten Analognummern wird Bezug genommen.

Wenn auch den meisten liquidierenden Kollegen dies als selbstverständlich erscheinen mag, werden folgende weitere Rechnungsmerkmale aufgelistet, die die Kommunikation mit Patient, Zahlungspflichtigem und Versicherung oder auch die eigene Verwaltung erleichtern können:

- Name des liquidationsberechtigten Arztes
- Anschrift des Arztes
- Bankverbindung des Arztes
- Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten
- Anschrift des Patienten und ggf. des Zahlungspflichtigen
- Behandlungszeitraum
- Rechnungsnummer und Datum der Rechnungserstellung.

Für die Versendung der Arztrechnung dürfen Portokosten nicht berechnet werden (§ 10 Abs. 3 GOÄ).