



Ministerialblatt für das Land Nordrhein-Westfalen

Ausgabe: [MBI. NRW. 2000 Nr. 45](#)
Veröffentlichungsdatum: 10.07.2000
Seite: 789

II

Gemeinsame Information der Ärztekammer Westfalen-Lippe und des Finanzministeriums des Landes NRW zum ärztlichen Gebührenrecht und zum Beihilfenrecht

**Gemeinsame Information
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
und des Finanzministeriums des Landes NRW
zum ärztlichen Gebührenrecht und zum Beihilfenrecht**

RdErl. d. Finanzministeriums v. 10.7.2000
B 3100 - 3.1.6 - IV A 4

iermit gebe ich eine gemeinsame Information der Ärztekammer Westfalen-Lippe und des Finanzministeriums zum ärztlichen Gebühren- und zum Beihilfenrecht bekannt.

Ich bitte, die Beihilfeberechtigten in geeigneter Weise zu unterrichten.

**Gemeinsame Information
der Ärztekammer Westfalen-Lippe
und des Finanzministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen
zum ärztlichen Gebührenrecht
und zum Beihilfenrecht**

Nach den Beobachtungen der Beihilfefeststellungsstellen ist verstärkt festzustellen, daß das "Dreiecksverhältnis" Patient-Arzt-Beihilfe zu Mißverständnissen über die gegenseitigen Rechte und Pflichten führt. Insbesondere bei zusätzlicher Einschaltung von Abrechnungsunternehmen treten vermehrt Schwierigkeiten auf, indem den Beihilfestellen häufig Schreiben vorgelegt werden, in denen diesen unter Hinweis auf überholte Rechtsprechung das Recht auf rechtliche und

inhaltliche Überprüfung der Liquidationen abgesprochen wird. Dies gibt Anlaß zu folgenden klarstellenden Hinweisen:

1. Allgemeines

Zunächst ist festzuhalten, daß es sich bei dem mit einem Arzt abgeschlossenen privaten Behandlungsvertrag regelmäßig um einen Dienstvertrag nach § 611 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) handelt. Der Pflicht zur Leistung der Dienste steht die Pflicht zur Zahlung der Vergütung gegenüber. Die Vergütung wird fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen eine Rechnung erteilt wird, die der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - entspricht (§ 12 Abs. 1). In der Rechnung sind für jede erbrachte Leistung insbesondere das Behandlungsdatum, die zugehörige Nummer des Gebührenverzeichnisses mit einer Leistungsbeschreibung, die Gebühr und der Steigerungssatz anzugeben. Bei bestimmten Leistungen, insbesondere Visiten- und Beratungsleistungen, sind im Bedarfsfall Zeitangaben vorgeschrieben bzw. empfehlenswert. Strittige Leistungsziffern können bis zur Klärung der Sachlage zunächst von der Erstattung ausgenommen werden.

2. Gebührenverzeichnisse

Das Gebührenverzeichnis der jeweils gültigen amtlichen GOÄ beschreibt diejenigen privatärztlichen Leistungen, die einen Anspruch auf Vergütung auslösen. Daneben können analoge Abrechnungen nur für solche selbständigen ärztlichen Leistungen vorgenommen werden, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, weil sie bei dessen Erstellung noch nicht bekannt bzw. allgemein anerkannt waren. Die vom Arzt vorgenommenen Analogbewertungen unterliegen - wie auch jede andere abgerechnete Leistung - in vollem Umfang der rechtlichen und sachlichen Überprüfung; Umgehungen der GOÄ-Leistungsbeschreibungen sind nicht zulässig. Unproblematisch sind hierbei die von der Bundesärztekammer veröffentlichten Analogempfehlungen. In der Rechnung müssen Analogbewertungen gekennzeichnet und verständlich beschrieben werden.

Es kann davon ausgegangen werden, daß die Gebührenvorschriften in der Regel deutlich formuliert sind und von der Beihilfestelle wie auch ggf. von einem Gericht zutreffend ausgelegt werden können. Lediglich dann, wenn objektive Unklarheiten bzw. objektiv zweifelhafte Gebührenvorschriften Anlaß zu ernsthaft widerstreitenden Meinungen über die Berechtigung von Gebührenansätzen geben, muß der Dienstherr vor Entstehung der Aufwendungen, d.h. vor Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen, seine Rechtsauffassung (generell oder im Einzelfall) deutlich klarstellen, wenn er die Beihilfefähigkeit dieser Aufwendungen ausschließen oder beschränken will.

3. Gebührenbemessung

Die Gebühren für ärztliche Leistungen bemessen sich grundsätzlich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbischen des Gebührensatzes. Innerhalb dieses Rahmens hat der Arzt die Gebühr "nach billigem Ermessen" zu bestimmen. Dabei darf die Gebühr in der Regel nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3fachen des Gebührensatzes bemessen werden (bei bestimmten Leistungen tritt an die Stelle des 2,3fachen das 1,8fache bzw. das 1,15fache). Ein Überschreiten dieses Satzes (sog. Schwellenwert) ist nur zulässig, wenn Besonderheiten dies rechtfertigen. Nach der Rechtsprechung der Verwaltungs- und der Zivilgerichte ist dabei der Gebührenrahmen bis zum Schwellenwert für die überwiegende Anzahl der Behandlungsfälle vorgesehen, wobei der Ansatz

des Schwellenwertes bereits einen am oberen Rand des Durchschnitts liegenden Schwierigkeitsgrad oder Zeitaufwand voraussetzt.

Insofern entspricht bereits der weit verbreitete schematische Ansatz des Schwellenwertes nicht der Regelungssystematik der GOÄ.

Nur bei Besonderheiten, die bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der überwiegenden Anzahl der Behandlungsfälle, aufgetreten sind, ist das Überschreiten des Schwellenwertes bis höchstens zum Dreieinhalfachen zulässig. Die Anwendung einer bestimmten Behandlungsmethode allein rechtfertigt das Überschreiten des Schwellenwertes nicht; hinzukommen müssen Besonderheiten des Krankheitsfalles im Sinne von § 5 Abs. 2 GOÄ.

Die Vereinbarung einer von der GOÄ abweichenden Vergütungshöhe ist grundsätzlich zulässig; sie muß schriftlich erfolgen (Abdingung). Erstattungsfähig sind nach dem geltenden Beihilfrecht in diesen Fällen aber nur die Gebühren bis zum 2,3fachen, bei Vorliegen der Voraussetzungen auch bis zum 3,5fachen. Weitergehende Erstattungen sind nicht möglich.

4. Begründungspflicht

Das Überschreiten des Schwellenwertes ist gem. § 12 Abs. 3 GOÄ für den Patienten "verständlich und nachvollziehbar" zu begründen und zu erläutern. Diese Begründung muß für jede einzelne Leistung und so konkret und differenziert erfolgen, daß das Überschreiten - auch hinsichtlich des Umfangs - nachvollziehbar ist. Die bloße Angabe "besonders schwierig" oder "besonders zeitaufwendig" reicht dazu nicht aus; es muß vielmehr dargelegt werden, warum die Leistung gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der überwiegenden Anzahl der Behandlungsfälle besonders schwierig oder zeitaufwendig war. Aus der Begründung muß konkret erkennbar sein, aus welchem Grund ein besonderer Behandlungsaufwand erforderlich war und worin dieser bestand.

Die Begründungspflicht ergibt sich im übrigen bereits aus § 242 BGB als Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag. Von der Rechtsprechung wird dazu immer wieder darauf hingewiesen, daß die Sachverhalte substantiiert und nachprüfbar dargelegt werden müssen.

5. Prüfungspflicht der Beihilfestellen

Beihilfefähig sind nur die notwendigen Aufwendungen in angemessenem Umfang, § 88 LBG. Dabei beurteilt sich die Angemessenheit der Aufwendungen für ärztliche Leistungen grundsätzlich nach der GOÄ. Die Beihilfefähigkeit setzt voraus, daß die Rechnungsbeträge bei zutreffender Auslegung der Gebührenordnung zu Recht in Rechnung gestellt worden sind. Hieraus folgt, daß die Beihilfestellen verpflichtet (und damit auch berechtigt) sind, die sachliche Berechtigung der Gebührenansätze im Hinblick auf ihre beihilfenrechtliche Angemessenheit zu überprüfen (ständige Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts). Diese Verpflichtung gilt zunächst zwar nur im Verhältnis zum Beihilfeberechtigten und wirkt sich nicht unmittelbar auf das Arzt-Patienten-Verhältnis aus. Mit der Begründungspflicht als vertraglicher Nebenverpflichtung aus dem Behandlungsvertrag (§ 242 BGB) korrespondiert jedoch auch die Nebenpflicht des Arztes, es dem Patienten zu ermöglichen, seine berechtigten Erstattungsansprüche durchzusetzen.

Bei den Rechnungsbeanstandungen handelt es sich fast ausnahmslos um gebührenrechtliche Fragen, zu denen teilweise unterschiedliche Rechtsauffassungen bestehen, und nicht um Fragen des Beihilfenrechts. Dieses enthält nur wenige eigenständige Kürzungsvorschriften, die zudem das ärztliche Liquidationsrecht nicht berühren, wie z.B. die Nichterstattung der Aufwendungen für die Dienstunfähigkeitsbescheinigung (Nr. 70 GOÄ) und einige andere in der BVO oder der Verwaltungsvorschrift hierzu ausdrücklich erwähnte Sondertatbestände.

Bei der Zweigleisigkeit des für Beamte und Versorgungsempfänger geschaffenen besonderen Krankheitskostenfürsorgesystems hat der Dienstherr als lediglich mittelbarer Kostenträger nur eingeschränkte Möglichkeiten, auf das Liquidationsverhalten des einzelnen Arztes Einfluß zu nehmen. Er kann dem Beihilfeberechtigten lediglich in besonders gelagerten Fällen von grundsätzlicher Bedeutung bei der gerichtlichen Klärung seiner Rechnungsangelegenheit Rechtsschutz gewähren und dem Verfahren als Streithelfer beitreten. Bei dem Umfang der inzwischen ergangenen Rechtsprechung kommt allerdings nur noch wenigen strittigen Rechtsfragen grundsätzliche Bedeutung zu. Gebührenstreitigkeiten entstehen vielmehr weit überwiegend wegen der Liquidationshöhe. Zur Vermeidung von Eigenanteilen sollte daher vor aufwendigen und langfristigen Behandlungen die Kostenfrage mit dem Arzt erörtert werden.

6. Standardtarif

Soweit sich Beihilfeberechtigte bei ihrer privaten Krankenversicherung im Rahmen des sog. Standardtarifs nach § 257 Abs. 2 a SGB V versichert haben, darf für ärztliche Leistungen höchstens der 1,7fache (in Sonderfällen der 1,3fache bzw. 1,1fache) Steigerungssatz abgerechnet werden.

MBI.NRW. 2000 S. 789