



Die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte – Was kommt, was bleibt?

Inhalt

- I. Einleitung**
- II. Fachfremde Leistungen**
- III. Fortentwicklung des Gebührenverzeichnisses**
- IV. Gebührenstruktur / Abschaffung der Steigerungssätze**
- V. Gebührenvereinbarung**
- VI. Verlangensleistungen / Nichterstattungsfähigkeit von Gebühren**
- VII. Vollständige oder überwiegende Erbringung der Leistung**
- VIII. Ärztliche Wahlleistungen**
 - 1. Rechtliche Grundsätze**
 - 2. Unvorhersehbare Verhinderung / Vertretung des Arztes**
 - 3. Absehbare Verhinderung**
 - 4. Expertenvertretung**
 - 5. Streichung des § 5 Abs. 5 GOÄ**
 - 6. Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung**
- IX. Analogabrechnung**
- X. Pauschalen für Sachkosten**
- XI. Rechnungslegung**
- XII. Fazit**

I. Einleitung

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurde zuletzt 1982 vollständig überarbeitet. 1996 gab es nur einige Änderungen. Daneben erfolgten Veränderungen in Details in den Jahren 2018, 2020 und 2023. Der „große Wurf“, mit dem eine umfassende Novellierung bzw. Anpassung der GOÄ an die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse sowie eine Angleichung der ärztlichen Gebühren an das aktuelle Preisniveau einhergeht, ist aber ausgeblieben. Seit vielen Jahren gibt es daher von allen Seiten Forderungen, die GOÄ neu zu fassen und dem aktuellen Stand der medizini-

schen Wissenschaft anzupassen, inklusive der Vergütung von ärztlichen Leistungen. Die Novellierung wurde zwar immer wieder diskutiert. Aus mannigfaltigen Ursachen ist die Novellierung aber bisher ausgeblieben. Nicht selten wird die Novellierung der GOÄ daher als never ending story bezeichnet.

Es war nicht unwahrscheinlich, dass der Verordnungsgeber auch in der vergangenen Legislaturperiode die Neufassung der GOÄ nicht selbst erstellt (BT-Drs. 20/7589). Aus diesem Grund hatten die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband

der privaten Krankenversicherungen e.V. (PKV-Verband) unter Beteiligung der Beihilfestellen den Entwurf einer neuen GOÄ (GOÄ-E) erstellt und diesen zunächst den ärztlichen Fachverbänden vorgestellt. Es war beabsichtigt, diesen Entwurf im Oktober 2025 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu übergeben (DÄBl. 2024, A 1208). Hierauf erfolgten sehr kritische Stimmen seitens der Fachverbände, insbesondere der methodendefinierten Fächer (DÄBl. 2024, A 1295). Es erfolgte auf Grund dessen seitens der BÄK ein Clearingverfahren sowie Gespräche mit allen beteiligten Verbänden und Fachgesellschaften (Statement des Vorstandes der Bundesärztekammer zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 10.10.2024, online abrufbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/clearingverfahren-zur-neuen-goae>). Am Deutschen Ärztetag im Mai 2025 wird über die GOÄ-Novelle Beschluss gefasst. Die Deutsche Röntgengesellschaft wird den GOÄ-E offiziell ablehnen, da diese – auch nach dem Clearingverfahren – von einem bedrohlichen Rückgang der Erlöse für die Radiologie ausgeht (Stellungnahme DRG vom 04.04.2025).

Seitens des BMG hatte man angekündigt, den Entwurf einer neuen GOÄ nur zu erlassen, wenn hinsichtlich aller Fachgebiete eine Einigung erzielt wird. Die alte Bundesregierung ließ verlauten, dass über eine mögliche Aktualisierung entschieden werde, wenn der gemeinsame Vorschlag der BÄK und PKV-Verbands vorliege (BT-Drs. 20/13435, S. 72). Was aus den diesbezüglichen Plänen seitens der neuen Bundesregierung wird, bleibt abzuwarten. Im aktuellen Koalitionsvertrag findet die GOÄ-Novelle jedenfalls keine Erwähnung (Verantwortung für Deutschland, Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 21. Legislaturperiode)

Vor diesem Hintergrund soll der aktuelle GOÄ-E (Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Kompromiss zwischen Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig Stand: 30.04.2025) einer rechtlichen Bewertung unterzogen werden. Dieser Beitrag befasst sich primär mit dem Paragraphenteil der GOÄ und geht lediglich an besonderen Stellen auf das Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen ein. Angesichts des Umfangs des Gebührenverzeichnisses kann keine Stellungnahme erfolgen, ob der Eurobetrag der einzelnen Gebührennummer angemessen bzw. kostendeckend ist.

Angesichts der Mehrzahl der Änderungen des GOÄ-E im Vergleich zur aktuellen GOÄ soll nur auf – nach Auffassung der Verfasser – für die Ärzteschaft im Allgemeinen und für die Radiologie im Besonderen besonders relevante Punkte eingegangen werden.

II. Fachfremde Leistungen

Die erste Änderung im GOÄ-E betrifft sogleich einen für die Radiologie besonders relevanten Aspekt: Nämlich die Erbringung von Leistungen eines Fachgebietes, obwohl der betreffende Arzt nicht die jeweilige Facharztbezeichnung führt; also die sog. fachfremden Leistungen.

Im Bereich der Radiologie betrifft dies vor allem Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Ärzte mit entsprechenden Facharztbezeichnungen, welche MRT- oder CT-Leistungen – teilweise in sog. Diagnostikzentren – erbringen (lassen) und diese sodann gegenüber den Patienten abrechnen.

Aus den meisten landesrechtlichen Vorschriften der Kammergesetze der Länder/ Heilberufsgesetze der Länder ergibt sich, dass die berufliche Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten, die eine Facharztbezeichnung führen, auf das zugehörige berufliche Fachgebiet beschränkt sind. Die grundsätzliche Bindung an das Fachgebiet ist aber nicht absolut zu sehen. Vielmehr sind Ausnahmen zulässig. So hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass es grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, wenn ein fachfremder Arzt fachfremde Leistungen erbringt, sofern eine Grenze von 5% nicht überschritten wird (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 01.02.2011, Az.: 1 BvR 2383/10). Die Erbringung von MRT-Leistungen durch fachfremde Ärzte war in der nahen Vergangenheit gleich mehrmals Gegenstand von gerichtlichen Entscheidungen. (OLG Nürnberg, Urt. v. 09.03.2022, Az.: 1 ZRR 40/20; OLG Frankfurt am Main, Urt. v. 14.07.2022, Az.: 22 U 131/20). Nach diesen Entscheidungen lässt sich festhalten: Aus der Sicht der Judikatur spricht gebührenrechtlich nichts gegen die Abrechnung von MRT-Leistungen durch Orthopäden – jedenfalls dann, wenn der Arzt die Untersuchung tatsächlich beherrscht (vgl. für Details: Wigge, RoFo 2022, 570; Wigge/Solms, ZMGR 2023, 106).

§ 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E lautet (Änderungen hervorgehoben):

*„Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind **und die gemäß Berufsordnung der (Landes-)Ärztelkammer erbracht werden.**“*

Ziffer 1 des Kapitels A des Gebührenverzeichnis lautet (Hervorhebung nicht im Original):

*„Die **Einteilung** des **Leistungsverzeichnisses** der Gebührenordnung in unterschiedliche Kapitel und Abschnitte dient ausschließlich Zwecken der Gliederung und steht in **keinem Zusammenhang** mit möglichen **gebietsbezogenen Beschränkungen**, z. B. aufgrund der in den **Weiterbildungsordnungen** der Landesärztekammern festgelegten berufsrechtlichen Regelungen.“*

Die Neuregelung des § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E bedeutet, dass die Leistungen entsprechend den Vorgaben der Berufsordnung der Ärztekammern erbracht werden müssen. Entweder man versteht den Begriff der Berufsordnung weit. Es würden daher auch die Weiterbildungsordnung und alle sonstigen berufsrechtlichen Regelungen der Ärztekammer hierunter fallen. Oder der Begriff ist einschränkend auszulegen, wodurch tatsächlich nur die eigentliche Berufsordnung betroffen wäre. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut fallen jedoch nicht die landesrechtlichen Kammer- bzw. Heilberufsgesetze hierunter. Ungeachtet dessen ist dies ein Ansatzpunkt, die rechtmäßige Abrechnung von fachfremden Leistungen durch fachfremde Ärzte zu unterbinden, wenn die betreffende Ärztekammer dies denn möchte. Dies könnte dergestalt geschehen, dass in der jeweiligen Berufsordnung eine entsprechende Verpflichtung aufgenommen wird. In Ziffer 1 des Kapitels A des Gebührenverzeichnis wird auf mögliche gebietsbezogene Beschränkungen jedenfalls ausdrücklich hingewiesen.

Zwar ist die Regelung für die Radiologie äußerst positiv zu bewerten. Bei näherer Betrachtungsweise offenbart sie jedoch Schwächen. Zum einen ist es wünschenswert, wenn auch auf die jeweiligen Landesgesetze oder noch allgemeiner auf die heilberufsrechtlichen Regelungen des Landes und der zuständigen Ärztekammern verwiesen werden würde. Zum anderen droht ein bundespolitischer Flickenteppich hinsichtlich des Umfangs der Leis-

tungserbringung (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 6). Denn es kommt darauf an, ob und wie die jeweilige Ärztekammer von einer Beschränkung des Umfangs der Leistungserbringung Gebrauch macht. Zudem muss seitens des Landesgesetzgebers auch eine hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage bestehen, um den Eingriff in das Grundrecht des fachfremden Arztes aus Art. 12 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich zu rechtfertigen. Schließlich stellt sich die Frage, welche Berufsordnung zur Leistungserbringung relevant sein soll. Die Berufsordnung am Ort der Leistungserbringung oder die Berufsordnung der Ärztekammer, der der die Leistung erbringende Arzt angehört?

Letztlich ist aber festzuhalten: Auch nach dem Erlass der GOÄ-Novelle wird sich an der Erbringung von fachfremden Leistungen durch fachfremde Ärzte aus juristischer Sicht kurzfristig nichts ändern. Hierzu müssten die jeweiligen Ärztekammern und ggf. Landesgesetzgeber tätig werden. Es bleibt also dabei, dass die Qualität der medizinischen Versorgung für die Patienten, welche nach Maßgabe der GOÄ behandelt werden, aktuell nicht – von nachträglichen möglichen Arzthaftungsansprüchen einmal abgesehen – ausreichend gesichert ist.

III. Fortentwicklung des Gebührenzeichnisses

Im Rahmen der Novellierung der GOÄ soll auf der Grundlage des § 11a Entwurf Bundesärzteordnung (BÄO-E) zudem eine Gemeinsame Kommission errichtet werden. Diese soll gem. § 11a Abs. 1 S. 2 BÄO-E aus vier von der BÄK, zwei vom PKV-Verband sowie zwei von den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden benannten stimmberechtigten Vertretern bestehen. Die Rechtsaufsicht führt gem. § 11a Abs. 1 S. 3 BÄO-E das BMG.

Deren Aufgaben soll gem. § 11a Abs. 2 S. 1 BÄO-E die Abgabe von Empfehlungen über die Anpassung der GOÄ an den medizinischen Fortschritt, die Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, die analoge Anwendung von Gebührensätzen und die Interpretation von Abrechnungsbestimmungen sein. Das BMG prüft die Empfehlungen und Vorschläge der Gemeinsamen Kommission und teilt dieser gem. § 11a Abs. 3 S. 5 BÄO-E innerhalb von sechs Monaten mit, ob die GOÄ auf dieser Grundlage geändert werden soll. Die Kosten der Gemeinsamen Kommission werden gem. § 11a

Abs. 7 S. 2 BÄO-E durch die BÄK und den PKV-Verband zu gleichen Anteilen getragen.

Durch die Gemeinsame Kommission soll mithin ein Mechanismus geschaffen werden, welche eine fortlaufende und rasche Anpassung der GOÄ an die tatsächlichen und medizinischen Gegebenheiten sichert. Ob diese Regelung hält, was sie verspricht, muss erst die Zukunft zeigen.

IV. Gebührenstruktur / Abschaffung der Steigerungssätze

Des Weiteren soll die Gebührenstruktur bzw. die Art und Weise der Gebührenbestimmung grundlegend reformiert werden. Hierzu ist es hilfreich, sich zunächst den aktuellen Modus der Gebührenbestimmung vor Augen zu führen. Der aktuelle § 5 GOÄ enthält zur Bemessung der ärztlichen Gebühren ein sehr ausdifferenziertes System. Hiernach enthält das Gebührenverzeichnis in jeder Gebührennummer eine Punktzahl, welche mit dem Punktwert gem. § 5 Abs. 1 S. 2 GOÄ zu multiplizieren ist (Gebührensatz). Der Punktwert beträgt gem. § 5 Abs. 1 S. 2 GOÄ aktuell 5,82873 Cent.

Sodann kann der Gebührensatz im anwendbaren Gebührenrahmen gem. § 5 Abs. 2 S. 1 GOÄ unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen gesteigert und damit die Höhe der einzelnen Gebühr bestimmt werden. Der jeweils anzuwendende Gebührenrahmen bestimmt sich nach der Art der konkret in Rede stehenden Leistung.

Dieses System soll durch den GOÄ-E weitestgehend abgeschafft werden, indem § 5 GOÄ-E folgende Fassung erhält:

„Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Die Gebühr wird in Euro angegeben.“

Die bisherige Flexibilität in der Gebührenberechnung entfällt damit. Die Umstände des Einzelfalls – z. B. besonders aufwändige Ausführung, Kommunikationsprobleme etc. – bleiben unberücksichtigt (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 4).

Die Vorgabe fester Euro-Beträge für die einzelnen Leistungen führt zudem dazu, dass die Gebührenordnung nicht mehr flexibel an die Inflation an-

gepasst werden kann – was aktuell durch eine einfache Änderung des Punktwerts in § 5 Abs. 1 S. 3 GOÄ möglich wäre (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 5). Hierbei gilt es aber zu bedenken, dass die nach § 11a Abs. 2 S. 1 lit. b BÄO-E zu schaffende Gemeinsame Kommission solche Fehlstände aufdecken und damit eine raschere Fortschreibung der GOÄ als bisher ermöglicht werden soll. Dies setzt aber voraus, dass die vorgesehene Gebühr im Gebührenverzeichnis des GOÄ-E kostendeckend kalkuliert wurde.

Im Gebührenverzeichnis des GOÄ-E finden sich eine Mehrzahl an Zuschlagsziffern, Erschwerniszuschlägen oder gebietsbezogene Steigerungsfaktoren für bestimmte Leistungen (vgl. zur Kritik hieran: Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 4 f.). Für die Radiologie besonders relevant sind Nr. 10, 11 und 12 der allgemeinen Bestimmungen des Kapitels O.I. – also der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie. Diese regeln (Hervorhebung nicht im Original):

„10. Bei **Gerinnungsstörungen unter Therapie mit Vitamin K-Antagonisten**, Gerinnungsstörungen unter anderen (nicht Vitamin K-Antagonisten) oralen Antikoagulanzen (direkte Thrombininhibitoren und direkte Faktor Xa-Inhibitoren) bzw. **nicht medikamentös verursachter hämorrhagischer Diathese** kann bei den Leistungen nach den Nummern **13262 – 13309** für eine Leistung die **2fache Gebühr** in Rechnung gestellt werden, **sofern die Blutstillung** aufgrund der eingeschränkten Gerinnungsfähigkeit **so aufwendig** ist, dass die **Interventions- bzw. Schnitt-Naht-Zeit nahezu verdoppelt ist und keine Möglichkeit besteht**, die Maßnahme zeitlich zu verschieben sowie aufgrund des gegebenen Falles, wie Gefahr in Verzug, Notfall, etc. eine Normalisierung der Gerinnungsfähigkeit vor der Behandlung nicht erfolgen kann. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 2fachen Berechnung ausgenommen.“

Die **rechtfertigende Indikation** und der **Grund für die nicht rechtzeitig mögliche Normalisierung** der Blutstillung müssen in der **Rechnung angegeben** werden.

11. Bei Patientinnen und Patienten mit einem **Body-Mass-Index (BMI) ≥ 40** kann für eine Leistung die **1,5fache Gebühr** in Rechnung gestellt werden. Ziffern- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen. Die **Körpermaße** (Größe, Gewicht, BMI)

müssen in der **Rechnung angegeben** werden.

12. Bei der Durchführung einer CT- oder MRT-Untersuchung unter assistierter und/oder kontrollierter apparativer Beatmung kann für eine Leistung die 1,5fache Gebühr in Rechnung gestellt werden. Leistungs- und kapitelbezogene Zuschläge sind von der 1,5fachen Berechnung ausgenommen."

Daneben bestehen eine Mehrzahl an Zuschlagsziffern im Unterkapitel für die Radiologie. Beispielsweise sind hier Nummern 13 326, 13 327 für die intraartikuläre Kontrastdarstellung, 13 337 für ein Enteroklysma nach Sondeneinführung, 13 341 für ergänzende computergesteuerte Tomographie, 13351, 13353, 13354, 13355 bei bestimmten Leistungsarten oder die 13 357, 13 397, 13 398, 13 399 bei Leistungen für Kinder bis zum vollendeten 8. Lebensjahr bzw. bei einem Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit auf Grund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung zu nennen.

Zudem werden in dem GOÄ-E Vorgaben für die Qualität der Leistungserbringung eingeführt. Hierzu sind die Abrechnungsbestimmungen in den Nummern 13 368 (MRT im Bereich einer Extremität und/oder deren Gelenke) und 13369 (MRT einer Hand oder eines Fußes und/oder deren Teile) relevant. Hiernach kann für die Leistung die volle Gebühr nur bei der Verwendung eines Ganzkörper- MRT-Gerätes berechnet werden. Bei Verwendung eines Teilkörper-MRT mit einer Feldstärke von weniger als 1 T sind nur 60% der Gebührenhöhe berechnungsfähig. Hierdurch werden Qualitätsvorgaben an die Leistungserbringung in die GOÄ eingeführt. Die Abrechnungsbestimmung ist für die Radiologie insoweit positiv zu bewerten, als dass durch moderne radiologische Praxen regelmäßig nur Ganzkörper-MRT vorgehalten werden. Die Teilkörper-MRT-Geräte mit einer Feldstärke von weniger als 1 T werden regelmäßig nur noch durch Orthopäden verwendet.

Im Hinblick auf die Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung ist des Weiteren die Nummer 2 S. 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Unterkapitels Radiologie erwähnenswert. Diese regelt:

„Die Vorgaben der anwendbaren Strahlenschutzvorschriften (z. B. StrSchV, RÖV, NiSG) sind in der jeweils gültigen Form zu beachten.“

Bemerkenswert ist hieran, dass dem Autor dieses Satzes sowohl bei der StrlSchV als auch bei der RÖV Rechtschreibfehler unterlaufen sind. Überdies ist die RÖV seit dem 31.12.2018 außer Kraft. Hier müsste der Ordnungsgeber definitiv nachbessern. Ungeachtet dessen erinnert die Regelung an Nr. 1 34.1 des EBM. Bei der aktuell geltenden GOÄ kann darüber diskutiert werden, ob ein Vergütungsanspruch des Radiologen besteht, wenn die strahlenschutzrechtlichen Vorgaben missachtet werden. Die Nummer 2 S. 2 der Allgemeinen Bestimmungen des Unterkapitels Radiologie stellt hingegen einen gewichtigen juristischen Anhaltspunkt dar, dass dies mit der GOÄ-Novelle anders zu beurteilen wäre. Es ist aber zu konstatieren, dass der Wortlaut in Nummer 2 S.2 der Allgemeinen Bestimmungen des Unterkapitels Radiologie („[...] zu beachten [...]“) im Hinblick auf diesen Aspekt weniger eindeutig ist als Nr. 1 34.1 EBM („[...] nur dann berechnungsfähig, wenn [...]“). Soweit der Ordnungsgeber mit der Regelung keinen Abrechnungsausschluss beabsichtigt, sollte dies entsprechend klargestellt werden.

Eine weitere Anforderung an die Qualität der Leistungserbringung enthält zudem Nr. 8 der Allgemeinen Bestimmungen des Unterkapitels Radiologie. Dieser bestimmt:

„Sofern in den entsprechenden Leistungen nicht anders ausgeführt ist, setzen magnetresonanztomographische Untersuchungen die Durchführungen von vier Sequenzen voraus. Dies gilt nicht für MR-Angiographien.“

Die Bemessung der Gebührenhöhe ist ein gutes Beispiel dafür, wie sich der GOÄ-E strukturell an den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) annähert. Die Gebührenhöhe soll sich nach dem GOÄ-E nicht mehr anhand des Einzelfalles bemessen. Dies wird teilweise erheblich kritisiert (vgl. Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 4). Ist dies jedoch berechtigt?

Die Festlegung eines festen Eurobetrages als Gebührensatz bewirkt zum einen, eine hinreichende Transparenz für den Patienten hinsichtlich der Überprüfbarkeit von Rechnungen oder Gebührensätzungen durch den behandelnden Arzt. Gleichzeitig wird hierdurch bürokratischer Aufwand abgebaut, auch wenn an anderer Stelle des GOÄ-E ohne Frage eine Ausweitung der Bürokratie zu konstatieren ist. Überdies spielt die aktuelle Regelung insbesondere den Ärzten in

die Karten, die bei der Bemessung der Gebühr etwas forscher als ihre Kollegen auftreten und hierzu regelmäßig dann ohnehin nur vorgefertigte Textbausteine verwenden. Es wird durch die GOÄ-E also für alle ärztlichen Kollegen ein gleichern Wettbewerbsrahmen geschaffen.

Zudem stellt es nach der Rechtsprechung keinen Fehlgebrauch des Ermessens dar, wenn medizinisch-technische Leistungen durchschnittlicher Schwierigkeit mit dem jeweiligen Höchstsatz der Regelspanne – also dem sog. Schwellenwert – abgerechnet werden (BGH, Urt. v. 08.11.2007, Az.: III ZR 54/07, Rn. 18. Eine Bemessung unterhalb der Schwellenwertes ist in der Praxis daher kaum anzutreffen.

Nach Auffassung der Verfasser ist die Art und Weise der Bemessung der Gebühr im GOÄ-E vor diesem Hintergrund nicht in der Weise zu kritisieren, wie es teilweise von anderer Seite erfolgt. Dies gilt jedenfalls dann, wenn die Kalkulation der Gebührenhöhe des Gebührenverzeichnis dazu führen würde, dass die Summe der abgerechneten Gebühren nach dem GOÄ-E für einen Radiologen im Durchschnitt mindestens die Summe der aktuell abgerechneten Gebühren erreicht. Dass dies der Fall ist, darf angesichts der bisherigen Stimmen im Gebiet der Radiologie aber deutlich bezweifelt werden. Ungeachtet dessen sollte nicht der Erhalt des aktuellen Gebührenniveaus angestrebt werden. Vielmehr ist eine Anpassung der aktuell geltenden Gebührenhöhe an das aktuelle Preisniveau längst überfällig.

Der problematische Aspekt der GOÄ-Novelle für einen Radiologen ist also weniger die Abschaffung der Steigerungsfaktoren und die Änderung der Systematik der Gebührenbestimmung. Vielmehr steht in Frage, ob die Kalkulation der Gebühren des Gebührenverzeichnisses angemessen ist, um eine wirtschaftliche Versorgung der Patienten sicherzustellen.

V. Gebührenvereinbarung

Die Vereinbarung einer über den nach dem Gebührenverzeichnis des GOÄ-E hinausgehenden Gebührensatzes soll in § 2 GOÄ-E weiterhin möglich sein.

Dieser regelt (Änderungen hervorgehoben):

„(1) Durch Vereinbarung kann ein von dieser Verordnung abweichender, höherer Gebührensatz (Faktor) festgelegt werden. **Für Leistungen nach den Kapiteln E, M, N und O sowie für Leistungen nach § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle eines nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuchs vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vorund nachstationären wahlärztlichen Leistungen sowie Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.**

(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher **Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe** im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes **schriftlich** zu treffen. **Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Faktor, dem Grund für die Abweichung vom Gebührensatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.**

(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.“

Für die Radiologie am relevantesten in Bezug auf Gebührenvereinbarungen ist: Eine Gebührenvereinbarung bleibt auch im Rahmen des GOÄ-E weiterhin grundsätzlich unzulässig. Denn der absolute Großteil der durch einen Radiologen abrechenbaren Gebührennummern ist im Kapitel O GOÄ-E zu verorten. Daher soll auf die weiteren Veränderungen durch den GOÄ-E auch nur oberflächlich eingegangen werden.

Zum Teil wird – ohne rechtliche Begründung – kritisiert, warum in der Gebührenvereinbarung zusätzlich der Grund für die Abweichung vom Gebührensatz angegeben werden soll (*Clausen/Makoski*, ZMGR 2025, 1, 5). Dies lässt sich mit der divergierenden aktuellen Rechtsprechung erklären, ob auch bei einer Überschreitung des Regelgebührenrahmens eine Begründung angeführt werden muss (LG Düsseldorf, Urteil v. 29.07.2011, Az.: 23 S 40/01; vgl. *Miebach* in: *Uleer/Miebach/Patt*, § 12 GOÄ, Rn. 29 f.; *Hermanns/Schwartz/Pannwitz*, GOÄ 2024 Kommentar, § 2, S.12; a.A. AG München, Urteil vom 23.10.2007, Az.: 155 C 3717/05). Gebührenvereinbarungen bergen die Gefahr, den Gebührenrahmen und damit die sonst bei Ärzten zu zahlende Gebühr wesentlich zu überschreiten. Teilweise wurde sogar ein Steigerungsfaktor 12,5 nicht als sittenwidrig i. S. d. § 138 Abs. 1 BGB angesehen (LG Dortmund, Beschluss vom 11.04.2006, 2 O 332/05; vgl. *Hermanns/Schwartz/Pannwitz*, GOÄ 2024 Kommentar, § 2, S. 12). Gleichzeitig besteht zwischen Arzt und Patienten ein erhebliches Informationsgefälle über Notwendigkeit der Behandlung und Angemessenheit der Gebühr.

Die Anforderung der Angabe des Grundes für die Abweichung vom Gebührensatz dient daher vor allem dem Schutz des Patienten und einem möglichen Anfechtungsrecht seiner Willenserklärung aus § 123 Abs. 1 Var. 1 BGB wegen arglistiger Täuschung.

VI. Verlangensleistungen / Nichterstattungs-fähigkeit von Gebühren

Durch § 1 Abs. 2 GOÄ-E werden die sog. Verlangensleistungen näher konturiert und ergänzende Anforderungen im Falle der Nichterstattungs-fähigkeit von ärztlichen Gebühren aufgestellt.

§ 1 Abs. 2 S. 2, 3 GOÄ-E regeln (Änderungen hervorgehoben):

*„Leistungen, die über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, darf **der Arzt** nur berechnen **oder beauftragen**, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind (**Verlangensleistungen**). Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu*

berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.“

Verlangensleistungen sind in der Radiologie seltener anzutreffen. Denkbar sind aber Fälle, in denen ein Patient ohne Beschwerden oder ähnliche medizinische Indikation ein MRT gefahren haben möchte, um sicher zu gehen, dass er auch tatsächlich gesund ist. Zu dieser Lifestyle-Medizin existieren Unternehmen, welche umfassende Gesundheits-Checkups anbieten. Die radiologische Bildgebung ist hier nur eine Möglichkeit der Diagnostik.

Teilweise wird die Sinnhaftigkeit des § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E in Frage gestellt. Der Zweck von § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E werde bereits durch die wirtschaftliche Informationspflicht aus § 630c Abs. 3 BGB im Rahmen des Behandlungsvertrages erreicht. Dabei wird jedoch übersehen, dass die wirtschaftliche Informationspflicht sich inhaltlich allein auf die Höhe der voraussichtlichen Kosten bezieht und die Kenntnis der Nichtübernahme der Kosten durch einen Dritten lediglich die Voraussetzung zum Auslösen der wirtschaftlichen Informationspflicht ist. Dies ist bei § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E nicht der Fall. Zudem sind auch die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zu beachten. Das Nebeneinander von ähnlich gelagerten wirtschaftlichen Informationspflichten ist zudem keine Besonderheit wie die Bestimmung des § 12 Abs. 5 MBO-Ä zeigt.

Offen ist, welche Rechtsfolgen ein Verstoß gegen § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E hätte. In Betracht käme ein dem § 649 BGB vergleichbares Sonderkündigungsrecht (*Clausen/Makoski*, ZMGR 2025, 1, 7). Näher liegt aber, dass ein Verstoß gegen § 1 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E – wie auch bei § 630c Abs. 3 BGB (BGH, Urt. v. 28.01.2020, Az.: VI ZR 92/19, Rn. 10, 20 – juris) – einen Schadenersatzanspruch aus § 280 Abs. 1 BGB auslöst, mit dem der Patient nach § 389 BGB gegen die Honorarforderung des Arztes aufrechnen kann (OLG Frankfurt am Main, Urteil vom 27.05.2004, Az.: 3 U 82/03; OLG Stuttgart, Urteil vom 08.01.2013, Az.: 1 U 87/12; *Wagner* in: *MüKoBGB*, 9. Aufl. 2023, BGB § 630c Rn. 76).

Für die alltägliche Praxis in der Radiologie ist die

Bestimmung des § 1 Abs. 2 S. 3 HS 1 GOÄ-E also insbesondere dann relevant, wenn Leistungen erbracht werden, für die seitens des Patienten möglicherweise kein Erstattungsanspruch gegenüber seiner privaten Krankenversicherung besteht. Zudem ergibt sich aus der Regelung des § 1 Abs. 2 S. 3 HS 2 GOÄ-E aber auch aus § 11 S. 5 BÄO-E die rechtliche Notwendigkeit für einen Radiologen, die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zu kennen.

VII. Vollständige oder überwiegende Erbringung der Leistung

§ 4 GOÄ ist eine der absolut grundlegenden Vorschriften der GOÄ und soll durch den GOÄ-E grundlegend überarbeitet werden. Eine der Änderungen betrifft § 4 Abs. 1 GOÄ-E, welcher komplett neu gefasst wurde.

§ 4 Abs. 1 GOÄ-E bestimmt (Änderungen hervorgehoben):

*„Gebühren sind **Entgelte** für die im Gebührenverzeichnis (Anlage 1) genannten ärztlichen Leistungen. **Die Gebühr für eine Leistung kann nur berechnet werden, wenn deren für die Berechnung erforderlicher Inhalt vollständig erbracht worden ist. Eine Berechnung kann auch dann erfolgen, wenn eine Leistung überwiegend erbracht worden ist, allerdings einzelne Leistungsbestandteile einer Gebühr wegen eines bei Behandlungsbeginn nicht absehbaren, medizinisch begründeten oder durch den Patienten verursachten, vorzeitigen Behandlungsabbruchs nicht mehr erbracht werden konnten. Zuschläge können nur zusammen mit einer zuschlagsfähigen Gebühr berechnet werden.**“*

§ 4 Abs. 1 S. 2–4 GOÄ-E finden in der aktuellen GOÄ keine Entsprechung. § 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E statuiert erstmals den Grundsatz, dass eine ärztliche Leistung nur gegenüber dem Patienten abrechenbar ist, wenn diese vollständig erbracht wurde. Bei der aktuellen GOÄ lassen sich in juristischer Hinsicht diesbezügliche divergierende Meinungen vertreten. Von dem Grundsatz des § 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E statuiert § 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E eine Ausnahme für den Fall der überwiegenden Leistungserbringung. Eine Leistung ist nach dem GOÄ-E also grundsätzlich auch abrechenbar, wenn diese nicht vollständig erbracht wurde, aber die Voraussetzungen des

§ 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E gegeben sind.

Zutreffend ist, dass es je nach Ausgestaltung der Gebührennummer unklar bzw. streitbehaftet sein kann, ob die Leistung „vollständig“ i. S. d. § 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E oder zumindest „überwiegend“ i. S. d. § 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E erbracht wurde (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 9). In der Radiologie kann der Fall des § 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E insbesondere dann relevant sein, wenn eine Untersuchung, z. B. auf Grund anhaltender Klaustrophobie des Patienten, abgebrochen werden muss.

Dass eine Leistung lediglich dann abgerechnet werden kann, wenn diese tatsächlich auch vollständig bzw. wie geschuldet erbracht wurde, ist im Rahmen der Billigkeit und des Gegenseitigkeitsverhältnisses der Leistungsbeziehungen („do ut des“) selbstverständlich. Offensichtlich hat man sich bei der Abfassung § 4 Abs. 1 S. 2 GOÄ-E ein weiteres Mal am EBM orientiert, wonach gem. I.2.1 S. 1 EBM eine Gebührenordnungsposition nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Gleichzeitig kann es Fälle geben, in denen es unbillig wäre, dem Arzt seine Gebühr zu versagen, wenn die Behandlung auf Grund eines nicht aus seiner Risikosphäre stammenden Umstandes abgebrochen werden muss. Diesen Fall regelt § 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E.

Ist eine Anwendung des § 4 Abs. 1 S. 3 GOÄ-E beabsichtigt, sollte der behandelnde Arzt jedoch sorgfältig dokumentieren, welche Leistungsbestandteile bereits erbracht wurden, aus welchen tatsächlichen Gründen die Leistung abgebrochen wurde und ob dieser Grund bei Behandlungsbeginn erkennbar war. Denn es ist absehbar, dass es von großem Streitpotenzial ist, ab wann eine Gebührennummer abstrakt-generell „überwiegend“ erbracht wurde und ob dies im konkreten Einzelfall gegeben ist.

VIII. Ärztliche Wahlleistungen

Die Anforderungen zur Erbringung von wahlärztlichen Leistungen in der GOÄ werden durch § 4 Abs. 2a, 2b, 2c, 2 d GOÄ-E grundlegend neu gefasst. Es soll daher nachfolgend zunächst auf die Grundsätze der aktuellen Rechtslage eingegangen werden (1.). Sodann ist zwischen dem Fall der unvorhersehbaren Verhinderung (2.), der absehbaren Verhinderung (3.), der Expertenevtretung (4.) der Streichung des § 5 Abs. 5 GOÄ

(5.) und den Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung (6.) zu unterscheiden.

1. Rechtliche Grundsätze

Zum Verständnis der Regelungen des GOÄ-E ist grundlegend zwischen der Delegation und der Vertretung zu unterscheiden. Hierzu soll die aktuelle Rechtslage in den Grundzügen skizziert werden.

Nach Maßgabe der aktuellen GOÄ muss der Wahlarzt im Grundsatz alle Leistungen höchstpersönlich erbringen. Der Wahlarzt kann bestimmte Leistungen delegieren. Dazu müssen die Leistungen grundsätzlich delegationsfähig sein – also nicht die Kernleistungen des ärztlichen Wirkens betreffen – und die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 S. 1 GOÄ erfüllt sein.

Was eine Kernleistung des Wahlarztes ist, ist je nach Einzelfall und Fachgebiet teilweise nur schwer bestimmbar (Vgl. für Beispiele: A. W. Bender in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 99. Lieferung, 2/2025, 5485 Wahlleistungen, Rn. 147 ff.). Es ist teilweise umstritten, ob Kernleistungen nach Maßgabe der GOÄ abrechenbar sind, wenn sie nicht durch den Wahlarzt bzw. den ständigen ärztlichen Vertreter i. S. d. § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ erbracht wurden (Ablehnend: A. W. Bender in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 99. Lieferung, 2/2025, 5485 Wahlleistungen, Rn. 144; Bender, *MedR* 2008, 336 ff. m.w.N.; BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 7 m.w.N. – juris) oder dann zumindest mit dem Gebührenrahmen nach § 5 Abs. 5 GOÄ abrechenbar (Spickhoff in: Spickhoff, 4. Aufl. 2022, GOÄ § 5, Rn. 12) sind.

Neben der Delegation von Leistungen an das ärztliche oder nichtärztliche Personal kann der Wahlarzt gebührenrechtlich nach den Grundsätzen der Rechtsprechung durch den ständigen ärztlichen Vertreter vertreten werden.

Ist der Wahlarzt an der Leistungserbringung verhindert, so ist nach der Rechtsprechung des BGH (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07) entscheidend, ob im Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung feststeht, dass der Wahlarzt an der Leistungserbringung verhindert ist. Stand die Verhinderung zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung bereits fest, so ist eine sog. Individualvereinba-

rung abzuschließen (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 12 ff. – juris). Stand die Verhinderung zum Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung noch nicht fest, so kann der im Rahmen der formularmäßigen Wahlleistungsvereinbarung ständig benannte ärztliche Vertreter die Leistung erbringen und die Leistung wird dem Wahlarzt als eigene Leistung zugerechnet sowie ist schlussendlich mit dem vollen Gebührenrahmen abrechenbar. Welche Fälle als vorhersehbar oder nicht vorhersehbar anzusehen sind, wird uneinheitlich beurteilt (Vgl. A. W. Bender in: Rieger/Dahm/Katzenmeier/Stellpflug/Ziegler, *Arztrecht Krankenhausrecht Medizinrecht*, 99. Lieferung, 2/2025, 5485 Wahlleistungen, Rn. 175 m.w.N.).

2. Unvorhersehbare Verhinderung / Vertretung des Arztes

Zunächst ist auf den Fall der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes einzugehen.

§ 4 Abs. 2a GOÄ-E regelt (Hervorhebung nicht im Original):

*„Wird im Rahmen einer vollstationären, stations-äquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung eine Vereinbarung über die Erbringung **wahlärztlicher Leistungen** gemäß dem § 17 KHEntG und § 16 Satz 2 BPflV getroffen, so kann für den Fall, dass der Wahlarzt aus **nicht vorhersehbaren Gründen an der Leistungserbringung gehindert** ist, die wahlärztliche Leistung auch durch einen **einzigsten** anderen in der **Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes** erbracht werden, der die hierfür **erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt** erfüllt. Eine **Vertretung bei Anwesenheit** des Wahlarztes am **Krankenhausstandort** im Sinne des § 2a KHG ist **grundsätzlich ausgeschlossen**. Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen **sektorengleichen Vergütung** des Krankenhauses.“*

§ 4 Abs. 2a GOÄ-E vollzieht die bisherige Auffassung der Jurisprudenz zur Vertretung des Wahlarztes im Wesentlichen nach, enthält aber auch Konkretisierungen und Verschärfungen. Daneben enthält § 4 Abs. 2a GOÄ-E jedoch auch vermeidbare Ungenauigkeiten.

§ 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ-E regelt im Grundsatz, dass die Leistungen durch einen einzigen Vertre-

ter erbracht werden können, wenn der Wahlarzt an der Leistungserbringung gehindert ist. Die Gründe, aus denen der Wahlarzt an der Leistungserbringung gehindert ist, müssen nicht vorhersehbar sein.

Offen ist zunächst, wann die Verhinderung des Wahlarztes i. S.d. § 4 Abs. 2b S. 1 GOÄ-E „nicht vorhersehbar“ sein, auf welchen Zeitpunkt also abgestellt werden muss. Sinnvollerweise sollte – mit der geltenden BGH-Rechtsprechung (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 9 - juris) – für die Absehbarkeit/Vorhersehbarkeit der Verhinderung auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung abgestellt und dies im Verordnungstext oder in deren Begründung entsprechend klargestellt werden.

Der Vertreter muss nach § 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ-E zudem einerseits Arzt desselben Fachgebietes und andererseits „die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt“ erfüllen. Letztere Voraussetzung findet in der aktuellen GOÄ keine Entsprechung. Es ist zu hinterfragen, was unter dieser „Qualifikation“ zu verstehen ist. Handelt es sich um eine formale Qualifikation im Hinblick auf die jeweils anzuwendende Weiterbildungsordnung? Muss der Vertreter also die gleiche bzw. entsprechenden Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnungen führen? Oder muss der Vertreter alle Leistungen des Fachgebiets genauso **gut** beherrschen wie der Wahlarzt und steht lediglich die bloße über den Facharztstandard hinausgehende Qualifikation in Rede?

Die BÄK hat in einer Stellungnahme zu einer rechtswissenschaftlichen Veröffentlichung (Clausen/Makoski, ChefärzteBrief 11/2024, S. 4 ff.) rechtlich Stellung genommen. Hiernach beziehe sich die „erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt“ auf die in Rede stehenden Untersuchungen und Eingriffe. Die Formulierung zielt nicht auf einen Qualifikationsvergleich zwischen Wahlarzt und Vertreter oberhalb der Schwelle der erforderlichen Qualifikation ab (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 6).

Die Aussage der BÄK ist nicht widerspruchsfrei. Denn ob der Vertreter im Fall der unvorhersehbaren Verhinderung tätig werden darf, kann nicht von der konkreten Untersuchung und dem Eingriff abhängen. Denn der Vertreter bei der unvorhersehbaren Verhinderung muss abstrakt-generell bezogen auf das jeweilige Gebiet oder die

Subdisziplin bestimmbar sein. Es ist vielmehr naheliegend, dass die „erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt“ entsprechend der BGH-Rechtsprechung (BGH, Urt. v. 13.03.2025, Az.: III ZR 426/23, Rn. 31 - juris) als eine über den Facharztstandard hinausgehende Qualifikation auszulegen ist. Vor dem Erlass einer neuen GOÄ muss der Ordnungsgeber diesen Punkt – zumindest in der amtlichen Begründung – nochmals konkretisieren.

Nach § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ-E ist eine Vertretung grundsätzlich ausgeschlossen, wenn der Wahlarzt am Krankenhausstandort i. S. d. § 2a KHG anwesend ist. Nach der BÄK sollte in der amtlichen Begründung der GOÄ ausgeführt werden, dass sich Ausnahmekonstellationen von § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ z. B. in medizinischen Notfällen, welche die Mitwirkung des Wahlarztes erforderlich machen, ergeben können (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 6). Dies bedeutet: Eine Vertretung nach § 4 Abs. 2a GOÄ-E kann im Falle der Anwesenheit des Wahlarztes am Krankenhausstandort i. S. d. § 2a KHG insbesondere dann zulässig sein, wenn der Wahlarzt auf Grund eines anderweitigen medizinischen Notfalls an der Leistungserbringung gehindert ist.

Zusammenfassend stellt § 4 Abs. 2a GOÄ-E eine sinnvolle Neuregelung der unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes ab. Gleichwohl ist diese vom Ordnungsgeber nochmals nachzuschärfen, um Rechtsunsicherheit zu vermeiden.

3. Absehbare Verhinderung

§ 4 Abs. 2b GOÄ-E regelt den Fall der absehbaren bzw. vorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes.

Dieser regelt (Hervorhebung nicht im Original):

„Für den Fall der **absehbaren** Verhinderung des Wahlarztes kann die wahlärztliche Leistung auch durch einen anderen bestimmten **Arzt desselben Fachgebietes** erbracht werden, der die hierfür **erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt** erfüllt, wenn dies in einer zusätzlichen **Individualvereinbarung nach Aufklärung** des Patienten über folgende Wahlmöglichkeiten rechtzeitig vor der Leistungserbringung vereinbart wurde:

1. Erbringung der wahlärztlichen Leistung durch

einen, individuell zu benennenden Arzt desselben Fachgebietes zu den Bedingungen der Wahlleistungsvereinbarung;

2. Verzicht auf die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen und Behandlung gemäß der allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 KHEntgG;

3. soweit medizinisch vertretbar, terminliche Verschiebung der Wahlleistungen, die die Leistungserbringung durch den Wahlarzt nach Satz 1 zu einem späteren Zeitpunkt gewährleistet.

Der Patient ist **rechtzeitig** über die **voraussichtliche Dauer der Verhinderung** des Wahlarztes zu **unterrichten**."

§ 4 Abs. 2b GOÄ-E ermöglicht also die Vertretung des Wahlarztes durch einen Arzt desselben Fachgebietes, der die für die Leistungserbringung erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt, wenn seine Verhinderung absehbar ist. Auch hier ist offen, wann die Verhinderung des Wahlarztes i. S.d. § 4 Abs. 2b S.1 GOÄ-E „absehbar“ sein muss. Sinnvollerweise sollte – mit der geltenden BGH-Rechtsprechung (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 9 - juris) – für die Absehbarkeit/Vorhersehbarkeit der Verhinderung auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Wahlleistungsvereinbarung abgestellt und dies im Verordnungstext oder in deren Begründung entsprechend klargestellt werden. Daneben ist der Patient über seine verschiedenen Handlungsoptionen aufzuklären. Dies entspricht im Wesentlichen den Vorgaben der BGH-Rechtsprechung (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 15 f. - juris). An dem Begriff der Rechtzeitigkeit in § 4 Abs. 2b S. 3 GOÄ-E wird auf Grund der Unbestimmtheit des Begriffs Kritik geäußert (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 10). Selbst nach der Rechtsprechung des BGH ist der Patient aber „so früh wie möglich über die Verhinderung des Wahlarztes“ zu unterrichten (BGH, Urt. v. 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 15 - juris). Außerdem stellt Nr. 20 Kapitel A des Gebührenverzeichnisses klar, dass Rechtzeitigkeit i. S.d. § 4 Abs. 2b GOÄ-E bedeutet, dass der Patient so früh wie möglich informiert werden muss, um eine ruhige und sorgfältige Abwägung zu gewährleisten. Die Unterrichtung über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung stellt im Vergleich zu den aktuellen rechtlichen Anforderungen eine Verschärfung dar. Die rechtzeitige Unterrichtung des Patienten über die voraussichtliche Dauer der Verhinderung ist aber deshalb angezeigt, da

sich der Patient nur dann profoundly entscheiden kann, ob die Maßnahme i. S.d. § 4 Abs. 2b S. 2 Nr. 3 GOÄ-E terminlich verschoben werden soll. Wenn anderenorts angenommen wird, dass auch der Grund der Verhinderung angegeben werden muss und dies gegen das allgemeine Persönlichkeitsrecht des betroffenen Wahlarztes verstoßen könnte (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 11), ist diese Schlussfolgerung in Zweifel zu ziehen. Der Verordnungstext stellt diese Verpflichtung jedenfalls nicht auf. Im Falle des Streits über die Abrechenbarkeit der Wahlleistung wird es aber für den Wahlarzt bzw. das Krankenhaus sachdienlich sein, dies darzulegen. Denn nur so kann festgestellt werden, ob es sich um einen Fall der vorhersehbaren oder unvorhersehbaren Verhinderung handelt und die jeweiligen rechtlichen Anforderungen hierzu eingehalten wurden. Diese Notwendigkeit entspringt aber nicht dem GOÄ-E, sondern bereits den aktuellen Anforderungen, welche die Rechtsprechung an die Abrechenbarkeit der Wahlleistung stellt.

4. Expertenvertretung

§ 4 Abs. 2c GOÄ-E regelt sodann eine weitere Möglichkeit der Vertretung des Wahlarztes durch den sog. Experten.

§ 4 Abs. 2c GOÄ-E bestimmt:

*„In der Wahlleistungsvereinbarung kann **darüber hinaus** für die Erbringung von **in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen des jeweiligen Fachgebietes je ein weiterer Vertretungsarzt** benannt werden, der durch seine **fachliche Qualifikation und Erfahrung** die **bestimmten Leistungen** über die **Voraussetzungen nach Absatz 2a Satz 1 hinausgehend in besonderer Qualität** erbringen kann. Satz 1 gilt auch für Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses.“*

§ 4 Abs. 2c S. 1 GOÄ-E regelt also, dass neben dem grundsätzlichen Vertreter für die in der Wahlleistungsvereinbarung zu bestimmenden Leistungen je ein weiterer Vertreter (sog. Experte) genannt werden kann.

Dies ähnelt zunächst der Instanzenrechtsprechung, dass ein Fachgebiet wie die Innere Medizin in verschiedene Subdisziplinen wie Gastroenterologie etc. aufgespalten und dann für jede Subdisziplin ein anderer ständiger ärztlicher Vertreter benannt werden kann (OLG Celle, Urt.

v. 15.06.2015, Az.: 1 U 97/14; OLG Karlsruhe, Beschluss v. 18.01.2021, Az.: 13 U 389/19). Die Expertenvertretung geht jedoch darüber hinaus. Denn mit § 4 Abs. 2c GOÄ-E geht eine verstärkte Flexibilisierung einher: Gibt es beispielsweise einen erfahrenen Oberarzt, der sich weitestgehend auf Leistungen der interventionellen Radiologie spezialisiert hat, kann er für diese Leistungen als Vertreter benannt werden, obwohl es sich hierbei weiterbildungsrechtlich um keine „Subdisziplin“ des Gebiets der Radiologie handelt.

Der wichtigste Unterschied zur Vertretung nach § 4 Abs. 2a, 2b GOÄ-E ist jedoch, dass im Falle der Vertretung nach § 4 Abs. 2c GOÄ-E der Wahlarzt **nicht** verhindert sein muss, damit der Experte nach § 4 Abs. 2c GOÄ-E tätig werden kann. Dies ergibt sich zwar nicht aus dem ausdrücklichen Wortlaut der Norm. Jedoch soll nach dem Vorschlag der BÄK (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 6 f.) in der amtlichen Begründung der GOÄ-Novelle folgendes ausgeführt werden:

„Der sog. ‚Experte‘ für besondere, konkret bestimmte Leistungen kann aufgrund seiner besonderen, darlegungsfähigen Qualifikation unabhängig von der Verhinderung des Wahlarztes als Vertreter tätig werden. Es können mehrere Subspezialisten innerhalb des Fachgebiets benannt werden, solange eine Zuweisung jedes Experten zu einem Funktions- bzw. Zuständigkeitsbereich erfolgt. Ergeben sich mit Blick auf die Darlegungsfähigkeit der Qualifikation Auslegungsfragen, wird sich die Gemeinsame Kommission damit befassen.“

Der Experte kann also nicht nur – wie es eigentlich bei Vertretern üblich ist – an Stelle des Wahlarztes tätig werden, sondern neben dem Wahlarzt. Der Vertreter muss die Voraussetzungen des § 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ-E erfüllen, also Arzt desselben Fachgebiets sein und die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllen. Genauso wie bei der unvorhersehbaren/absehbaren Verhinderung, muss der Ordnungsgeber nochmals konkretisieren, was unter der „erforderlichen Qualifikation wie der Wahlarzt“ konkret zu verstehen ist.

Darüber hinaus muss der Vertreter nach § 4 Abs. 2a S. 2 GOÄ-E, bezogen auf die in der Wahlleistungsvereinbarung bestimmten Leistungen, eine fachliche Qualifikation und Erfahrung aufweisen,

die es ihm ermöglicht diese Leistungen in besonderer Qualität erbringen zu können. Es wird an dieser Regelung berechtigterweise die Kritik geäußert, dass Qualität – anders als Qualifikation – nicht ohne weiteres messbar ist (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 10). Zwar soll die Tätigkeit neben dem Wahlarzt es rechtfertigen, dass der Experte eine besondere, darlegungsfähige Qualifikation aufweisen muss. Der Vorschlag der Bundesärztekammer, dass sich hierzu die Gemeinsame Kommission äußern soll, ist nicht vorzugswürdig. Denn hierdurch würden bereits bei Erlass der Norm bestehende Auslegungsfragen in den Vollzug bzw. alltägliche Praxis hineingetragen.

Es stellt sich daher die Frage, wie der Wortlaut der Regelung sinnvoll abgeändert werden kann. Der Wortlaut zielt erkennbar auf den Sinn und Zweck der Wahlleistungsvereinbarung ab. Der die Wahlleistung vornehmende Arzt soll eine herausgehobene medizinische Kompetenz haben. Gleichzeitig wird ein Oberarzt – gerade bei einem kleineren Krankenhaus – nicht die gleiche Erfahrung in einer bestimmten Leistung haben wie der Wahlarzt. Deshalb scheidet eine Änderung des Wortlauts dahingehend aus, dass der Vertreter die gleiche Qualifikation und Erfahrung wie der Wahlarzt in der bestimmten Leistung haben muss. Die Regelung wird daher Anlass zu Streit hinsichtlich der Abrechenbarkeit von Wahlleistungen bieten (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 10). Gleichzeitig trägt diese der immer weitergehenden Spezialisierung in der Medizin Rechnung.

Es ist daher angezeigt, dass der Ordnungsgeber im Verordnungstext selbst oder zumindest in der Verordnungsbegründung diesen Gesichtspunkt weiter konkretisiert. Ebenso könnte der Ordnungsgeber Regelbeispiele aufführen, ab wann von einer besonderen Qualifikation auszugehen ist, die es dem Experten ermöglicht, die Leistungen über die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2a S. 1 GOÄ-E hinausgehend in besonderer Qualität erbringen zu können.

5. Streichung des § 5 Abs. 5 GOÄ

§ 5 Abs.5 GOÄ soll durch den GOÄ-E ersatzlos gestrichen werden. Dieser ermöglicht, dass Wahlleistungen auch dann als solche abgerechnet werden können, wenn diese nicht durch den Wahlarzt oder dessen ständigen ärztlichen Vertreter erbracht werden, aber dann mit einem abweichenden Gebührenrahmen. Nach der Rechtsprechung des BGH gelten die stren-

gen Vorgaben zur Vertretung des Wahlarztes im Hinblick auf die vorhersehbare bzw. unvorhersehbare Verhinderung lediglich in Bezug auf die die Disziplin des Wahlarztes prägenden Kernleistungen (BGH, Urteil vom 20.12.2007, Az.: III ZR 144/07, Rn. 7 f. – juris; BGH, Urteil vom 13.03.2025, Az.: III ZR 426/23, Rn. 28 – juris; Clausen in: Stellpflug/Hildebrandt/Middendorf, Gesundheitsrecht Kompendium, 62. Lieferung, 8/2024, §4 GOÄ, Rn. 90 ff.).

Es ist daher offen, welche Schlussfolgerungen aus dem GOÄ-E zu ziehen sind (vgl. Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 10). Gelten die Vorgaben in § 4 Abs. 2a, 2b, 2c GOÄ-E weiterhin nur für die Kernleistungen mit der Folge, dass die übrigen Leistungen zum (vollen) Gebührensatz abrechenbar sind, obwohl diese nicht vom Wahlarzt bzw. einem den Anforderungen des GOÄ-E genügenden Vertreter erbracht wurden? Oder sind die Leistungen lediglich dann abrechenbar, wenn diese durch den Wahlarzt bzw. den den Anforderungen des GOÄ-E genügenden Vertreter erbracht wurden?

Die BÄK weist in Ihrer Stellungnahme in diesem Zusammenhang lapidar auf die Regelung des § 4 Abs. 2 GOÄ hin (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 8). Der Ordnungsgeber sollte daher in seiner Ordnungsbegründung klarstellen, welche Leistungen der Wahlarzt bzw. der GOÄ-E konforme Vertreter höchstpersönlich erbringen muss und welche nicht. Es liegt jedoch angesichts der geltenden Rechtsprechung (BGH, Ur. v. 13.03.2025, Az.: III ZR 40/24, Rn. 26 f. m.w.N. – juris) und den allgemeinen Grundsätzen für die zulässige Delegation, welche zivilrechtlich nach §§ 630b, 613 BGB und gebührenrechtlich nach § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 2 GOÄ Anwendung finden, nahe, dass die Kernleistungen des jeweiligen Fachgebietes durch den Wahlarzt oder den GOÄ-E konformen Vertreter höchstpersönlich erbracht werden müssen. Die übrigen Leistungen können – je nach Art der Leistung – durch einen nachgeordneten Arzt oder durch nichtärztliches Hilfspersonal erbracht werden, wenn die Voraussetzungen nach § 4 Abs. 2 S. 1 Var. 1 GOÄ-E und die zum Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung entwickelten Grundsätze einer zulässigen Delegation eingehalten werden.

6. Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung

In § 4 GOÄ-E soll zudem der neue § 4 Abs. 2d GOÄ-E aufgenommen werden. Dieser übernimmt teilweise die Anforderungen des § 4 Abs. 2 S. 3 GOÄ und stellt ergänzende Vorgaben.

§ 4 Abs. 2d GOÄ-E lautet (Änderungen hervorgehoben):

„Als eigene Leistungen im Rahmen einer wahlärztlichen vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären oder vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung oder einer Wahlleistung im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses gelten

1. Leistungen nach den Nummern 1 bis 23, 26 bis 28, 35 bis 37, 100, 104 bis 115, 119 bis 124, 202 bis 205, 207 bis 212 des Gebührenverzeichnisses innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme und innerhalb von 24 Stunden vor der Entlassung,

2. Visiten nach den Nummern 200 und 201, ggf. einschließlich 210 bis 212 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung sowie

3. Leistungen nach den Nummern 206, 210 bis 212, 600, 700, 701 einschließlich 787 bis 789, 703, 743, 746 bis 748, 787 bis 789 des Gebührenverzeichnisses während der gesamten Dauer der stationären Behandlung, **einschließlich der dazugehörigen Zuschläge nur**, wenn diese durch den Wahlarzt oder dessen vor **Abschluss der Wahlleistungsvereinbarung** dem Patienten benannten ärztlichen Vertreter **nach Absatz 2a Satz 1 und Absatz 2c Satz 1 oder durch den in Absatz 2b vereinbarten Vertreter** persönlich erbracht werden. **Bei der wahlärztlichen Behandlung trägt auch im Falle der Vertretung oder Delegation der nach § 17 Absatz 3 Satz 2 KHEntgG zur gesonderten Berechnung wahlärztlicher Leistungen berechnete und selbst abrechnende Wahlarzt die Verantwortung für die sachlich korrekte Rechnungsstellung. Wird die Rechnungsstellung auf einen Dritten übertragen, hat der Auftraggeber auf Verlangen des Patienten die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen und die entsprechende Leistungsdokumentation des Wahlarztes vorzulegen.“**

§ 4 Abs. 2d S. 1 GOÄ-E gleicht die Vorgängerregelung im Wesentlichen an das geänderte Gebührenverzeichnis an. Anderenorts wird angenommen, dass die Regelungen des § 4 Abs. 2d S. 2, 3 GOÄ-E überflüssig seien, da der Patient ohnehin Anspruch auf Einsicht in die Patientendokumentation habe und die korrekte Abrechnung eine Selbstverständlichkeit gesehen (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 11). Dies übersieht aber das regelmäßige arbeitsteilige Zusammenwirken in einem Krankenhaus und die rechtsdogmatische Konzeption des Betruges gem. § 263 Abs. 1 StGB (Vgl. für die Details: Ulsenheimer/Gaede in: Ulsenheimer/Gaede, Arztstrafrecht in der Praxis, 6. Auflage 2020, 2. Abrechnungsbetrug durch leitende Verantwortliche insbesondere eines Krankenhauses, Rn. 1666 ff.)

Es mag daher Fälle geben, in denen der Wahlarzt die Leistungen in der Patientendokumentation zutreffend dokumentiert hat, diese dann aber später – aus welchen Gründen auch immer – nicht wie tatsächlich geschehen abgerechnet werden. Der Wahlarzt kann sich dann je nach Sachverhalt auf den Standpunkt stellen, in seiner Sphäre das Erforderliche getan zu haben. Durch § 4 Abs. 2d S. 2, 3 GOÄ-E wird der Wahlarzt also dazu gezwungen, sich mit der konkreten Abrechnung zu befassen und die korrekte, der tatsächlichen, dokumentierten Leistungserbringung entsprechende Rechnungsstellung zu bestätigen. Erfolgt dann seitens des Wahlarztes bzw. des Auftraggebers eine entsprechende Bestätigung, obwohl die Rechnung materiellrechtlich nicht ordnungsgemäß ist, erfolgt seitens des Wahlarztes bzw. des Auftraggebers eine eigene Täuschungshandlung und es besteht das Risiko der Strafbarkeit wegen Betruges.

Ob eine derartige Änderung rechtspolitisch sinnvoll ist, soll dahingestellt bleiben. In jedem Fall wäre dem jeweiligen Wahlarzt bzw. Auftraggeber dringend anzuraten bei einer Bestätigung nach § 4 Abs. 2 d S. 3 GOÄ-E mit äußerster Sorgfalt zu verfahren.

IX. Analogabrechnung

In § 6 Abs. 2 GOÄ-E wird die Analogabrechnung von Leistungen geregelt. Dieser bestimmt (Änderungen hervorgehoben):

„Selbstständige ärztliche Leistungen, die erst nach dem 01.01.2018 erstmals im Geltungsbereich der GOÄ angewandt wurden, können entsprechend einer nach Art, Kosten-

und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung). Der Arzt hat den Patienten vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten.“

§ 6 Abs. 2 GOÄ-E ermöglicht wie bisher eine analoge Abrechnung von bestimmten Leistungen des Gebührenverzeichnisses. Zusätzlich ist der Patient aber gem. § 6 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E über die Tatsache der Analogabrechnung zu informieren. Zudem müssen gem. § 6 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO-E beachtet werden.

Die Sinnhaftigkeit der Informationspflicht aus § 6 Abs. 2 S.2 GOÄ-E wird teilweise berechtigterweise kritisiert (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 11). Der Sinn und Zweck der Vorschrift kann allein sein, dass die vorgenommene Behandlungsmaßnahme eine „neuere Art“ ist. Jedenfalls bezogen auf die erkennbare Nichterstattungsfähigkeit von Leistungen durch einen Kostenträger enthält § 1 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E bereits eine eigene, speziellere gebührenrechtliche Regelung zur Information des Patienten. Nach der BÄK soll die Informationspflicht aus § 6 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E dazu beitragen, Unklarheiten zu vermeiden und dem Patienten die Gelegenheit zu geben, eventuelle Fragen unmittelbar anzusprechen (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 10 f.).

Es bleibt zweifelhaft, ob der offene informativische Mehrwert der Information mit dem organisatorischen Aufwand des behandelnden Arztes in einem angemessenen Verhältnis steht. Es ist vielmehr anzunehmen, dass der Patient durch eine entsprechende Information eher verwirrt werden wird und annehmen könnte, dass die Leistung nicht abrechenbar sei.

Es ist nicht eindeutig, welche Rechtsfolge aus einem Verstoß gegen § 6 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E folgen soll. Es wird – auch auf Grund der Regelung des § 11 S. 5 BÄO-E – naheliegend sein, dass die

Leistungen nur entsprechend den Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission abrechenbar sind. Bei einem Verstoß steht dem Patienten aus § 280 Abs. 1 BGB ein Schadenersatzanspruch zu, mit dem er gegen die Gebührenforderung des behandelnden Arztes aufrechnen kann. Das Entsprechende gilt für das Versäumen der Informationspflicht aus § 6 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E.

Zu hinterfragen ist zudem der Sinn und die Folgen der Stichtagsregelung in § 6 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E. Wie soll der einzelne Arzt beurteilen können, ob die Leistung erst nach dem 01.01.2018 in Deutschland angewandt wurde? Und warum wird dieser Stichtag genannt?

Nach der BÄK sei eins der wesentlichen Probleme, die aus der Überalterung der bestehenden GOÄ resultieren, die Notwendigkeit, Leistungen analog abzurechnen. Dies schränke die Transparenz der Rechnungslegung ein und führe zu Auslegungsfragen bei Ärzten, Patienten und Kostenträgern. Die Ärzteschaft habe deswegen in einem Verfahren unter Beteiligung von 165 ärztlichen Verbänden und Fachgesellschaften für die neue GOÄ ein Gebührenverzeichnis ermittelt, in dem alle ärztlichen Leistungen ohne die Notwendigkeit von Analogbewertungen abgebildet seien. Um die Verhandlungen durchführen und eine abschließende Gebührenordnung verabschieden zu können, sei es notwendig gewesen, einen Stichtag festzulegen. Dies habe es zwangsläufig mit sich gebracht, dass medizinische Leistungen, die im Rahmen des medizinischen Fortschritts danach erstmals angewandt wurden, nicht abgebildet werden konnten. Für diese Leistungen bleibe die Möglichkeit der Analogabrechnung erhalten. Dies werde jedoch insgesamt sehr viel seltener erforderlich sein als nach der geltenden GOÄ (Der Paragrafenteil des Entwurfs für eine neue GOÄ, Erläuterungen zu einem Beitrag von Clausen/Makoski im ChefärzteBrief 11/2024, S. 10).

Die Begründung der BÄK zu Grunde gelegt, ist die Vorsehung eines Stichtags in § 6 Abs. 2 S. 1 GOÄ-E rechtlich überflüssig. Der Stichtag wird die Beteiligten viel mehr verwirren. Maßgeblich muss für die Analogabrechnung allein sein, ob die jeweils erbrachte Leistung bereits im Gebührenverzeichnis enthalten ist. Da nach der BÄK ohnehin alle Leistungen, welche bis zum 01.01.2018 im Geltungsbereich der GOÄ erbracht wurden, im Gebührenverzeichnis enthalten sind, können diese Leistungen auch bei einer Streichung der Stichtagsregelung nur nach Maßgabe des Ge-

bührenverzeichnisses abgerechnet werden. Der Verordnungsgeber sollte daher für § 6 Abs. 2 S. 1 GOÄ-E folgenden Wortlaut vorsehen, um Rechtsunklarheit zu vermeiden:

„Selbstständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, können entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnet werden, solange sie nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommen sind (Analogabrechnung).“

X. Pauschalen für Sachkosten

§ 10 GOÄ soll im Zuge des GOÄ-E ebenso überarbeitet werden. Zu erwähnen ist zunächst die Neuregelung des § 10 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E, wonach Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten, sofern diese in den Gebührensätzen enthalten sind, nicht gesondert berechnungsfähig sind. Daneben ist insbesondere § 10 Abs. 1 GOÄ-E relevant. Dieser regelt (Änderungen hervorgehoben):

*„Neben den für die einzelnen ärztlichen Leistungen **vorgeschriebenen** Gebühren können als Auslagen nur berechnet werden*

*1. die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und **sonstige** Materialien, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind, soweit in Absatz 2 nichts anderes bestimmt ist,*

2. Versand- und Portokosten, soweit deren Berechnung nach Absatz 3 nicht ausgeschlossen ist,

*3. die im Zusammenhang mit Leistungen nach **Kapitel O** bei der Anwendung radioaktiver Stoffe durch deren Verbrauch entstandenen Kosten sowie*

*4. die nach den Vorschriften des Gebührenverzeichnisses als gesondert berechnungsfähig ausgewiesenen Kosten. **Es werden nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt. Die Berechnung von Pauschalen ist nicht zulässig, soweit in den Allgemeinen Bestimmungen des Gebührenverzeichnisses nichts Abweichendes bestimmt ist. Abweichend von Satz 3 ist die Berechnung von Pauschalen für Versand- und Portokosten zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.**“*

Es bleibt wie bisher dabei, dass die Berechnung von Pauschalen grundsätzlich nicht zulässig ist. Zudem wird im Einklang mit der Rechtsprechung in § 10 Abs.1 S. 2 GOÄ-E deklaratorisch geregelt, dass nur die tatsächlich entstandenen Kosten ersatzfähig sind (vgl. *Hermanns/Schwartz/von Pannwitz*, GOÄ 2025 Kommentar, 19. Auflage, S. 46).

Eine Ausnahme gilt gem. § 10 Abs. 1 S. 4 GOÄ-E lediglich für Pauschalen für Versand und Portokosten. Diese sind zulässig, wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen.

XI. Rechnungslegung

Eine grundlegende Überarbeitung soll zudem § 12 GOÄ erfahren. Durch § 12 GOÄ-E sollen weitreichende Änderungen an den Inhalt und Form der Rechnung gestellt werden. Angesichts des Umfangs der Regelung soll hier auf die Wiedergabe des vollständigen Wortlauts verzichtet werden.

§ 12 Abs. 2 GOÄ-E stellt detaillierte Anforderungen an den Inhalt der Rechnung. § 12 Abs. 2 GOÄ bestimmt (Hervorhebung nicht im Original):

„Die Rechnung muss mindestens folgende Angaben enthalten:

1. die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen **Diagnosen** nach dem amtlichen **ICD-Schlüssel** in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen **OPS-Code** in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,
2. den **Namen des Rechnungsstellers** und des **behandelnden Arztes**, den Namen des **Zahlungspflichtigen** und der **behandelten Person** sowie deren **Geburtsdatum**, das **Datum der Rechnungsstellung** und das **Datum der Erbringung der Leistung**,
3. bei Gebühren die **Anzahl**, die **Gebührennummer** und deren **Kurzbezeichnung**, ggf. ein **Hinweis** auf das Vorliegen eines **Falles von § 4 Absatz 1 Satz 3**,
4. den jeweiligen **Betrag** sowie, sofern in den Abrechnungsbestimmungen oder Leistungslegenden des Gebührenverzeichnisses gefordert: die **Organbezeichnung**, die **Uhrzeit der Leis-**

tungserbringung, die **Dauer** oder **Minstdauer der Leistungserbringung**,

5. bei Gebühren für vollstationäre, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen sowie für Leistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses zusätzlich den **Minderungsbetrag nach § 6a**,

6. bei Gebühren für Leistungen für die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Absatz 2a i. V.m. § 314 und nach § 257 Absatz 2a i. V.m. § 315 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Absatz 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten dem **je Gebührenposition angewandten Gebührensatzes nach § 75 Absatz 3a und 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**,

7. bei Abschluss **einer abweichenden Vereinbarung nach § 2** die Angabe der hiervon betroffenen **Gebührennummern** und des **vereinbarten Faktors**,

8. bei Entschädigungen nach den §§ 7 bis 9 den Betrag, die Art der Entschädigung und die Berechnung,

9. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 den Betrag und die **genaue Bezeichnung der einzelnen Auslage**, bei **Arzneimitteln den Wirkstoffnamen**, sowie die konkret **verbrauchte Menge**. **Übersteigt** der Betrag der einzelnen Auslage von **100,00 Euro**, ist der **Beleg** über die entstandenen Kosten **beizufügen**,

10. bei **Versandkosten** für Leistungen des **Kapitels M** nach § 10 Absatz 3 den **Ort der Leistungserbringung**.

Die **Rechnungsstellung** erfolgt unter Verwendung eines **maschinenlesbaren Rechnungsformulars** gemäß Anlage 2. Zur Erprobung und zum Einsatz der Telematikinfrastruktur bei der Rechnungserstellung treffen die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung im Einvernehmen mit den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden eine Vereinbarung.“

Nach § 12 Abs. 2 S. 2 GOÄ-E muss die Rechnungsstellung mithin grundsätzlich zwingend unter Verwendung eines maschinenlesbaren Rechnungsformulars erfolgen. Daneben ergibt sich aus § 12 Abs. 2 S. 3 GOÄ-E, dass die Stellung der Rechnung perspektivisch auch mittels der Telematikinfrastruktur möglich sein soll.

Die Anforderungen an den Inhalt der Rechnung werden in § 12 GOÄ-E wesentlich erhöht, was zu erheblichen Mehraufwand bei der Rechnungstellung führen kann und damit verbundene Mehrkosten (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 15). Dies hängt davon ab, inwieweit die Rechnungen der jeweiligen Abrechnungsstelle bereits aktuell die Vorgaben des § 12 Abs. 2 S. 1 GOÄ-E erfüllt.

Eine Neuregelung, welche für die Radiologie im Hinblick auf Kontrastmittel von besonderem Interesse ist, ist § 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 9 GOÄ-E. Nach § 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 9 S. 1 GOÄ-E muss der Wirkstoffname und die konkret verbrauchte Menge angegeben werden. Zudem muss nach § 12 Abs. 2 S. 3 Nr. 9 S. 2 GOÄ-E ein Beleg über die entstandenen Kosten beigelegt werden, wenn die einzelne Auslage den Betrag von 100,00€ übersteigt.

Verlangensleistungen sind gem. § 12 Abs. 4 S. 1 GOÄ-E mit einem V und Leistungen, die der Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen dienen, gem. § 12 Abs. 4 S. 1 GOÄ-E mit einem F zu kennzeichnen.

Für Analogabrechnungen regelt § 12 Abs. 5 GOÄ-E (Änderungen hervorgehoben) zudem:

*„Wird eine Leistung nach § 6 Absatz 2 berechnet, ist die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen **auf der Rechnung verständlich anzugeben. Anzugeben ist des Weiteren die Gebührennummer und die Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung; der Gebührennummer ist ein ‚A‘ voranzustellen.**“*

Aus rechtlicher Sicht ist zudem noch darauf einzugehen, was die Rechtsfolge ist, wenn der einzelne Radiologe die Vorgaben des § 12 GOÄ-E nicht erfüllt. Nach § 12 Abs. 1 S. 1 GOÄ-E wird die Vergütung erst dann fällig, wenn dem Zahlungspflichtigen einer der GOÄ entsprechende Rechnung erteilt worden ist. Hierunter sind die formellen Voraussetzungen des § 12 GOÄ-E zu verstehen (BGH, Urt. v. 21.12.2006, Az.: III ZR 117/07, Rn. 12 - juris). Die Rechnung muss also nicht allen materiellrechtlichen Anforderungen der GOÄ entsprechen, damit die Voraussetzungen des § 12 Abs. 1 S. 1 GOÄ-E gegeben sind und damit die Fälligkeit der Rechnung eintritt. Es liegt daher nahe, dass jeder Verstoß gegen die o. g. Vorgaben die Fälligkeit der Vergütung hindert (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 15). Zudem soll die Rechnung gem. § 12 Abs. 1 S.

2 GOÄ-E innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung gestellt werden. Dies kann aber lediglich als „Anregung“ verstanden werden (Clausen/Makoski, ZMGR 2025, 1, 15). Es bleibt also dabei, dass die Rechnung mindestens bis zum Ablauf der regelmäßigen Verjährungsfrist gem. § 195 BGB von drei Jahren gestellt werden kann. Ob die Honorarforderung danach verwirkt ist, hängt vom Einzelfall ab (Kiesecker in: Prütting, Medizinrecht – Kommentar, 7. Auflage 2025, § 12 GOÄ, Rn. 17.) Regelmäßig wird der behandelnde Arzt die Rechnung aus Eigeninteresse jedoch schon wesentlich früher stellen.

XII. Fazit

Die Novellierung der GOÄ bringt weitreichende Änderungen mit sich, welche für die Radiologie und gesamte Ärzteschaft von überragender Bedeutung sein werden. Für die Radiologie steht – angesichts der Abwertung von Leistungen im Gebührenverzeichnis im Vergleich zum status quo – viel auf dem Spiel.

Die zentrale Änderung stellt die Änderung der Gebührenstruktur dar: Die Steigerungssätze werden abgeschafft und für jede Leistung ist nur noch – Zuschlagsziffern und gebietsbezogene Steigerungsfaktoren einmal außer Betracht gelassen – ein konkreter Eurobetrag abrechenbar. Hierdurch nähert sich die GOÄ der Struktur des EBM an. Die derzeitige Flexibilität der Rechnungslegung geht damit verloren und es besteht nur noch ein „Einheitspreis“. Gleichzeitig geht dies jedoch mit einem verminderten Aufwand zur Bestimmung der ärztlichen Vergütung einher. Dieses Zeitersparnis wird aber voraussichtlich durch die weitreichenden Anforderungen an die formale Rechnungsgestaltung und dem damit einhergehenden zeitlichen Aufwand aufgezehrt werden.

Die Reformierung der Gebührenbestimmung wird vielerseits erheblich kritisiert. Die Gebührenbestimmung selbst sollte nach Auffassung der Verfasser aber nicht zu sehr in das Schlaglicht der Kritik gerückt werden. Denn die Gebührenbestimmung kann einen Mehrwert für alle Beteiligten im Hinblick auf geringeren bürokratischen Aufwand, Transparenz der Gebührenhöhe und die Schaffung eines einheitlichen Wettbewerbsrahmens für alle Ärzte bringen.

Die zentrale Frage lautet: Ist die kalkulierte Höhe des jeweiligen Gebührensatzes des Gebühren-

verzeichnis angemessen, um eine medizinisch hochwertige Versorgung der Patienten sicherzustellen? Nach den bisherigen Stellungnahmen der Stakeholder in den methodendefinierten Fächern darf dies deutlich bezweifelt werden. Will sich die Ärzteschaft für ein geschätztes Plus von 13,2% im Leistungsvolumen spalten lassen – oder ist das der sprichwörtliche Biss in den verbotenen Apfel?

Für die Radiologie äußerst positiv zu bewerten, ist hingegen, dass das Gebührenrecht nach dem GOÄ-E mit den Berufsordnungen der jeweiligen Ärztekammern verschränkt werden soll. Die abgerechneten Leistungen müssen nach dem GOÄ-E mit der Berufsordnung im Einklang stehen. Dies könnte der entscheidende Ansatzpunkt sein, um den wiederkehrenden Bestrebungen von fachfremden Ärzten, wie z.B. Orthopäden, radiologische Leistungen zu erbringen, auch im privatärztlichen Bereich einen Riegel vorzuschieben. So positiv dieser Aspekt auf den ersten Blick zu bewerten ist, umso mehr stellt sich die Frage, ob hierdurch fachfremde radiologische Leistungen kurz- bis mittelfristig vermieden werden können. Soweit der Begriff der Berufsordnung eng auszulegen ist, müsste jede einzelne Ärztekammer erst einmal entsprechende Regelungen schaffen. Es droht damit ein bundespolitischer Flickenteppich. Zudem stellt sich die Frage, welche Berufsordnung die maßgebliche sein soll: Die der örtlich zuständigen Ärztekammer oder die, der der leistungserbringende Arzt angehört?

Gebührenvereinbarungen werden für die Radiologie auch in Zukunft nicht zulässig sein. Die Verlangensleistungen werden erstmals als solche definiert und gleichzeitig weitergehende Informationspflichten des behandelnden Arztes eingeführt. Gleichzeitig sind die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zu beachten.

Ähnlich der Konzeption des EBM soll erstmals geregelt werden, dass Gebühren grundsätzlich nur dann abrechenbar sind, wenn die jeweilige Leistung vollständig erbracht wurde. Wurde die Leistung überwiegend erbracht, aber abgebrochen, und ist dies vom Radiologen nicht zu vertreten, kann die Leistung dennoch abgerechnet werden. Will der Radiologe die Leistung auf der Grundlage dessen abrechnen, ist diesem eine intensive Dokumentation des tatsächlichen Geschehens anzuraten. Denn es wird ein großes Konfliktpotenzial in sich tragen, ob eine überwiegende Leistungserbringung zu bejahen ist.

Eine weitere wesentliche Neuerung des GOÄ-E ist in der Neuregelung des Themenkomplexes der ärztlichen Wahlleistungen zu sehen. Im Grundsatz vollzieht der GOÄ-E die bisherigen Anforderungen zur vorhersehbaren und unvorhersehbaren Verhinderung des Wahlarztes nach. Die Neuregelung ist grundsätzlich zu begrüßen. Denn die Patienten, aber zum Teil auch die Krankenhäuser, scheinen die konkreten aktuell geltenden rechtlichen Anforderungen teilweise nicht zu kennen. Eine echte Erweiterung der Vertretungsmöglichkeit stellt die Erbringung der Leistung durch den sog. Experten dar. Dieser kann unabhängig von einer Verhinderung – also neben und nicht anstelle – des Wahlarztes tätig werden.

Aber auch bei Erlass der GOÄ-Novelle würde zusätzliche Rechtsunsicherheit und das Potenzial für Konflikte im Bereich der ärztlichen Wahlleistungen geschaffen werden. Es bleibt unklar, gemessen an welchem Zeitpunkt die Verhinderung des Wahlarztes vorhersehbar sein soll. Wie soll der Experte i. S. d. § 4 Abs. 2c GOÄ-E die Leistungen in besonderer Qualität erbringen können bzw. welche Anforderungen sind an die Darlegungsfähigkeit zu stellen? Sind von den Vertretungsregelungen der § 4 Abs. 2a, 2b, 2c GOÄ-E nur die Kernleistungen des jeweiligen Fachgebietes erfasst oder sämtliche Leistungen? Angesichts dieser offenen Fragen muss der Verordnungsgeber den Wortlaut des GOÄ-E in jedem Fall nochmals konkretisieren oder diese im Rahmen der Verordnungsbegründung beantworten.

Eine Analogabrechnung von Leistungen soll weiterhin möglich sein. Hierbei sind aber die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zu beachten, damit die Leistung abrechenbar ist. Die bisherige Begründung der BÄK zu Grunde gelegt, ist die Vorsehung eines Stichtages in der Norm selbst juristisch überflüssig. Die entsprechende Regelung sollte gestrichen werden, um Rechtsunsicherheit zu vermeiden.

Durch die soeben erwähnte Gemeinsame Kommission soll sichergestellt werden, dass die GOÄ fortlaufend und zeitnah an die tatsächliche und medizinische Entwicklung angepasst wird. Hierzu hat die Gemeinsame Kommission Empfehlungen und Vorschläge an das BMG zu übersenden. Das BMG entscheidet sodann, ob auf dieser Basis die GOÄ angepasst wird. Ob dieses hehre Ziel in der Praxis tatsächlich erreicht wird, kann erst die Zukunft zeigen.

Pauschalen für Sachkosten bleiben – Portound

Versandkosten außer Betracht gelassen – weiterhin unzulässig. Dafür wartet der GOÄ-E aber mit einer Mehrzahl von detaillierten Anforderungen an die formale Rechnungsgestaltung auf. Es ist davon auszugehen, dass diese Anforderungen für den jeweiligen Radiologen zu erheblichem zeitlichen Aufwand und damit Kosten führen werden. Gleichzeitig ist die Wahrung der formalen Anforderungen an die Rechnungslegung von entscheidender Relevanz. Denn erst, wenn die Rechnung formal korrekt ist, wird auch die entsprechende Vergütung zur Zahlung fällig.

Zusammenfassend würde sich bei einem Erlass des aktuellen GOÄ-E die Vergütung von privatärztlichen Leistungen im Sinne eines Paradigmenwechsels grundlegend ändern. Einige Regelungen sind rechtlich sinnvoll und wünschenswert. Ebenso existieren aber auch Regelungen, die aktuell noch zu unbestimmt sind. Der Ordnungsgeber muss den GOÄ-E vor dem Erlass einer neuen GOÄ nochmals grundlegend prüfen und konkretisieren. Gleichzeitig würde sich aber auf Grund der Abwertung von radiologischen Leistungen im Gebührenverzeichnis eine erhebliche wirtschaftliche Mehrbelastung für die Radiologie ergeben.

Das bisherige Verfahren zur Entwicklung der GOÄ-Novelle ist zudem in erheblicher Weise zu kritisieren und erweckt den Anschein von Hinterzimmer-Diplomatie. Alle Entwürfe des GOÄ-E wurden von der BÄK und dem PKV-Verband unter Verschluss gehalten. Gleichzeitig wurde den Delegierten der aktualisierte Entwurf zur Abstimmung am Deutschen Ärztetag erst ca. vier Wochen zuvor übersendet. Der „einfache Arzt“ erhält den Entwurf der GOÄ-Novelle schlicht nicht oder erst dann, wenn die Abstimmung am Deutschen Ärztetag bereits erfolgt ist. Die Vermutung liegt nahe, dass öffentlichkeitswirksame Kritik – so weit wie möglich – vermieden werden

soll. Dies kann nicht als transparentes Verfahren bezeichnet werden. ■

Impressum Prof. Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Hendrik Hörnlein, LL.M.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge
Scharnhorststr. 40
48 151 Münster
Tel.: (0251) 53 595-0
Fax: (0251) 53 595-99
Internet: www.ra-wigge.de
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de