Bundesrat Drucksache 625/85

27.12.85

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht über Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982

Der Bundesminister
für Arbeit und Sozialordnung Bonn, den 23. Dezember 1985

An den
Präsidenten des Bundesrates

Sehr geehrter Herr Präsident Albrecht,

anläßlich der Zustimmung des Bundesrates zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) hat der Bundesrat in seiner 516. Sitzung am 29. Oktober 1982 eine Entschließung gefaßt, mit der die Bundesregierung gebeten wurde, einzelne Auswirkungen der Gebührenordnung für Ärzte auf das Gebührenaufkommen sowie hinsichtlich des Punktwertes und der Punktzahlen spätestens drei Jahre nach dem Inkrafttreten zu überprüfen und etwa erforderliche Anpassungen vorzunehmen (Bundesratsdrucksache 295/82 - Beschluß -).

Die Bundesregierung hat diese Entschließung zum Anlaß genommen, einen Bericht über die Erfahrungen mit der seit 1. Januar 1983 gültigen Gebührenordnung für Ärzte vorzulegen. Namens der Bundesregierung übersende ich Ihnen diesen Bericht.

Mit freundlichen Grüßen

Norbert Blüm

Drs. 295/82 (Beschluß)

Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 08 21, 5300 Bonn 2
ISSN 0720-2946

Bericht über Erfahrungen mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982

Inhalt: Seite

A. Berichtsauftrag 3

B. Neuregelung des Gebührenrechts für Ärzte 4

I. Ermächtigungsgrundlage des Bundes zur Regelung des ärztlichen Gebührenrechts 4

II. Bedeutung der GOÄ 5

III. Wichtigste Ziele der neuen GOÄ 7

IV. Änderungen der GOÄ seit Inkrafttreten 9

C. Grundlagen des Berichts 11

I. Stellungnahmen und Vorgespräche 11

II. Datenerfassung und Auswertung 12

D. Einschätzung der GOÄ durch die Betroffenen 13

I. Allgemeine Resonanz 13

II. Gebührenrahmen 15

III. Transparenz ärztlicher Rechnungen und Abrechnungsverfahren 20

IV. Gebührenverzeichnis 22

V. Praxiskosten und Auslagen 28

VI. Abrechnung ärztlicher Leistungen im stationären Bereich 30

625/85 B

E. Aufgaben der Ärztekammern bei der Durchführung der GOÄ 37

F. Erfahrungen mit der GOÄ auf der Grundlage von Datenauswertungen 39

I. Angaben der Ärzte zur Einkommensentwicklung 39

II. Entwicklung des Gebührenaufkommens 40

III. Verhältnis von persönlichen und medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen 43

IV. Auswirkungen für einzelne Arztgruppen 44

G. Bewertung und Schlußfolgerungen der Bundesregierung 48

I. Beurteilung der Grundsätze der GOÄ 48

II. Bewertung des Gebührenaufkommens und der medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen 49

III. Bewertung der Auswirkungen für einzelne Arztgruppen 51

IV. Angemessenheit des Punktwertes 52

V. Weiterentwicklung der GOÄ 53

VI. Ergebnis 55

Anlage 56

A. Berichtsauftrag

Nach umfangreichen und langjährigen Vorarbeiten legte die Bundesregierung im Herbst 1982 eine neue Gebührenordnung für Ärzte vor. Der Bundesrat stimmte der Verordnung in seiner 516. Sitzung am 29. Oktober 1982 zu mit einigen Änderungsvorschlägen, die von der Bundesregierung akzeptiert wurden. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) trat am 1. Januar 1983 in Kraft. Angesichts der für die Ärzte und Privatpatienten besonderen Bedeutung dieser Neuregelung hat der Bundesrat seine Zustimmung mit folgender Entschließung verbunden:

"Die Bundesregierung wird gebeten, die weitere Entwicklung auf dem privatärztlichen Gebührensektor sorgfältig im Auge zu behalten, um gegebenenfalls ein ungerechtfertigtes Absinken des Gebührenaufkommens, namentlich bei den medizinisch-technischen Leistungen, zu korrigieren. Zur Sicherstellung angemessener privatärztlicher Honorargestaltung sind die Auswirkungen der Gebührenordnung, insbesondere für einzelne Arztgruppen sowie hinsichtlich des Punktwertes und der Punktzahlen spätestens drei Jahre nach dem Inkrafttreten zu überprüfen und etwa erforderliche Anpassungen vorzunehmen."[1)]

Diese Entschließung des Bundesrates nimmt die Bundesregierung zum Anlaß, einen Bericht über die Erfahrungen mit der seit 1. Januar 1983 gültigen Gebührenordnung für Ärzte vorzulegen. Der Bericht berücksichtigt auch die zwischenzeitlich eingetretenen Änderungen durch die

- Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) und die
- Zweite Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und Vierte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680),

soweit dazu bereits Erfahrungen vorliegen.

---

1) Bundesratsdrucksache 295/82 (Beschluß)

625/85 B

B. Neuregelung des Gebührenrechts für Ärzte

I. Ermächtigungsgrundlage des Bundes zur Regelung des ärztlichen Gebührenrechts

Die GOÄ regelt die Vergütung für privatärztliche Leistungen. Sie wurde auf der Grundlage des § 11 der Bundesärzteordnung erlassen, der wie folgt lautet:

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

Das Bundesverfassungsgericht hat durch Beschluß vom 12. Dezember 1984 - 1 BvR 1249/83 u.a.[2] -, mit dem es eine Reihe von Verfassungsbeschwerden von Ärzten gegen die GOÄ zurückgewiesen hat, entschieden, daß diese Rechtsgrundlage nach Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung genügend bestimmt und damit verfassungskonform ist. Ausdrücklich bestätigt hat das Bundesverfassungsgericht in diesem Zusammenhang auch, daß dem Bundesgesetzgeber eine Kompetenz zur Regelung des ärztlichen Gebührenrechts nach Art. 74 Nr. 11 des Grundgesetzes (Recht der Wirtschaft) zusteht. Das Gericht hat dabei der historischen Entwicklung des ärztlichen Gebührenrechts aus gewerberechtlichen und preisrechtlichen Vorschriften und der an diese Entwicklung anknüpfenden Staatspraxis maßgebliche Bedeutung beigemessen. Es hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß ärztliche Gebührenordnungen nicht nur einen entscheidenden Teil der wirtschaftlichen Betätigung der Ärzte als solche regeln, sondern auch gesamtwirtschaftlich von einiger Bedeutung sind.

---

2) BVerfGE 68, 319 ff

II. Bedeutung der GOÄ

Der Kreis der Personen, die privatärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, ist mit 9,6 Mio, das sind rund 16 v.H. der Bevölkerung, beträchtlich; für sie wird die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach den Vorschriften der GOÄ berechnet.

5,1 Mio [3] Personen sind zur Zeit bei einer privaten Krankenversicherung voll versichert.
4,3 Mio[3] Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die mit den privaten Krankenversicherungen Zusatzverträge, z.B. zur Deckung der Kosten privatärztlicher Leistungen bei stationärer Behandlung abgeschlossen haben, sind diesem Personenkreis zuzurechnen. Lediglich etwa 200.000 Personen[4] sind als Selbstzahler zu bezeichnen, die weder versichert sind noch sonstige Erstattungsansprüche bei Inanspruchnahme privatärztlicher Leistungen geltend machen können.

Betroffen sind auch Bund, Länder und Gemeinden, die für Beihilfen zu den Krankheitskosten ihrer 5,3 Mio. Bediensteten und 1,2 Mio Versorgungsempfänger und deren Angehörigen beachtliche Beträge aufwenden. Auf der Grundlage der GOÄ

---

3) Verband der privaten Krankenversicherung, Rechenschaftsbericht 1984, Köln, Mai 1985

4) Eigene Schätzung auf der Grundlage der Ergebnisse des Mikrozensus 1982, Statistisches Bundesamt, FS 13 Sozialleistungen, R 1 Versicherte in der Kranken- und Rentenversicherung 1982

werden auch ärztliche Leistungen abgerechnet, die im Rahmen der Krankenversorgung der Beamten der Bundesbahn und Bundespost, der Dienstunfallfürsorge und sonstiger Untersuchungen und Behandlungen durch öffentlich-rechtliche Kostenträger sowie im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung erbracht werden.

Die GOÄ ist die Abrechnungsgrundlage für die privatärztlichen Leistungen von zur Zeit etwa 75.500 Ärzten (66.500 Ärzte im niedergelassenen Bereich und rund 9.000 liquidationsberechtigte Krankenhausärzte).

Die Zahl der Ärzte nimmt seit Jahren deutlich zu. Während 1982 71.058 Ärzte, davon 62.418 niedergelassene Ärzte und 8.640 leitende Krankenhausärzte[5)] nach der GOÄ liquidieren konnten, stieg 1984 die Zahl auf 74.562 Ärzte, davon 65.780 niedergelassene Ärzte und 8.782 leitende Krankenhausärzte[5)], an.

---

5) Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1985, Köln, Februar 1985

III. Wichtigste Ziele der neuen GOÄ

Die GOÄ vom 12. November 1982 hat die aus dem Jahre 1965 stammende und teilweise veraltete Gebührenordnung für Ärzte abgelöst. In der Amtlichen Begründung zur neuen GOÄ[6)] wurden als wichtigste Ziele der Neuregelung genannt

a) Weiterentwicklung der Gebührenstruktur,

b) Erhöhung der Gebührensätze und Sicherstellung der Angemessenheit der Vergütung,

c) Einschränkung des Gebührenrahmens und

d) verbesserter Schutz der Zahlungspflichtigen.

zu a): Infolge der medizinischen und technischen Entwicklung war eine Ergänzung des Leistungsverzeichnisses aus dem Jahre 1965 und eine höhere Bewertung der persönlichen ärztlichen Leistungen im Verhältnis zu den überwiegend medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen notwendig geworden. Diese Ziele sollten durch die weitgehende Übernahme des im Rahmen der Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM) erreicht werden. Durch die Vereinheitlichung der Leistungsverzeichnisse sollte die Abrechnung in den Arztpraxen vereinfacht werden.

zu b): Die Einfachsätze der GOÄ wurden in etwa auf die durchschnittlichen Gebühren-

---

6) Bundesratsdrucksache 295/82, S. 10, 11

625/85 B

sätze der gesetzlichen Krankenversicherung angehoben. Dabei ging die Bundesregierung davon aus, daß diese Erhöhung der zwischenzeitlichen wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung trug und dem Arzt, der sich im privatärztlichen Bereich einer Gebührenspanne bedienen kann, ein angemessenes Entgelt sichert. Allerdings wurde die von den Ärzten zur Einkommensverbesserung benutzte Erhöhung der Steigerungssätze in den beiden letzten Jahren vor dem Inkrafttreten der neuen GOÄ bei der Anpassung an die Entwicklung nicht voll berücksichtigt. Damit wurden Mindereinnahmen der Ärzte aufgrund der neuen GOÄ in Kauf genommen, die im Hinblick auf die überdurchschnittliche Entwicklung der Ärzteeinkommen aus privatärztlicher Tätigkeit vor allem in den letzten Jahren vor Inkrafttreten der GOÄ vertretbar erschienen.

zu c): Der Gebührenrahmen, der früher vom Einfachen bis zum Sechsfachen reichte, wurde auf eine Spanne vom Einfachen bis zum Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes eingeschränkt. Diese Einschränkung wurde möglich aufgrund einer stärkeren Auffächerung des Gebührenverzeichnisses, bei dem unterschiedliche Schwierigkeitsgrade teilweise in den Leistungsbeschreibungen berücksichtigt werden. Für ärztliche Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil oder für Leistungen, die weitgehend von Hilfskräften erbracht werden können, wurde die Spanne auf das Einfache bis Zweieinhalbfache begrenzt. Innerhalb der beiden Gebührenrahmen wurde eine Regelspanne vom Einfachen bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen des Gebührensatzes festgesetzt, die nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen (§ 5 Abs. 2 GOÄ) und mit schriftlicher Begründung überschritten werden darf.

zu d): Für die Zahlungspflichtigen sollte eine größere Transparenz der ärztlichen Rechnungen erreicht werden. Nach den Erfahrungen aus der Abrechnungspraxis waren im Interesse der besseren Nachprüfbarkeit und damit des Schutzes der Zahlungspflichtigen detailliertere Regelungen über die Erstellung der Rechnungen notwendig. Deshalb wurden Mindestanforderungen für die Erstellung ärztlicher Rechnungen vorgeschrieben.

IV. Änderungen der GOÄ seit Inkrafttreten

Die GOÄ vom 12. November 1982 wurde bisher zweimal geändert. Beide Änderungen betreffen notwendige Korrekturen für die Abrechnung stationärer privatärztlicher Leistungen.

1. Fristverlängerung für den stationären Bereich

Nach der Übergangsvorschrift des § 14 Abs. 2 Satz 1 GOÄ sollte der Grundsatz des § 4 Abs. 3 und 4 GOÄ, daß Kosten ärztlicher Leistungen mit den Gebühren für diese abgegolten sind und neben den Gebühren nicht gesondert berechnet werden dürfen, bei privatärztlicher Behandlung im Krankenhaus erst ab 1. Januar 1984 gelten. Während die Anpassung an das neue Recht im ambulanten Krankenhausbereich innerhalb der vorgesehenen Übergangsfrist vollzogen werden konnte, erwies sich die Frist für die Bewältigung der Umstellungsprobleme im stationären Krankenhausbereich als nicht ausreichend. Durch die Erste Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500) wurde deshalb die Übergangsfrist für den stationären Krankenhausbereich bis zum 31. Dezember 1984 verlängert.

625853

2. Harmonisierung von GOÄ und Bundespflegesatzverordnung

Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte und der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) wurden die Vorschriften über die Abrechnung stationärer privatärztlicher Leistungen mit Wirkung vom 1. Januar 1985 einer abschließenden Regelung zugeführt.

Ziel der Harmonisierung war der Abbau der doppelten Berechnung von Personal- und Sachkosten, die als Kostenfaktoren sowohl in den ärztlichen Gebühren als auch im Pflegesatz des Krankenhauses berücksichtigt sind. Als gebührenrechtliche Maßnahme wurde bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen eine Minderung der ärztlichen Gebühren um 15 v.H. für Sach- und nichtärztliche Personalkosten vorgeschrieben (§ 6 a GOÄ). Als pflegesatzrechtliche Maßnahme muß bei wahlärztlichen Leistungen ein Pflegesatzabschlag in Höhe von 5 v.H. des Pflegesatzes vorgenommen werden, um die Zahlungspflichtigen von im Pflegesatz enthaltenen ärztlichen Personalkosten zu entlasten. Der für die Ermittlung der pflegesatzfähigen Selbstkosten des Krankenhauses vorzunehmende Kostenabzug für wahlärztliche Leistungen wurde auf das 1,2fache der Gesamtsumme der Pflegesatzabschläge festgelegt.

C. Grundlagen des Berichts

I. Stellungnahmen und Vorgespräche

Grundlagen dieses Berichts sind schriftliche Stellungnahmen, die der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung mit Hilfe eines Fragenkataloges erbeten hatte bei

- den Gesundheitsministern und -senatoren der Länder,
- der Bundesärztekammer,
- den ärztlichen Berufs- und Fachverbänden,
- den Gewerkschaften,
- dem Deutschen Patientenschutzbund,
- dem Deutschen Beamtenbund,
- dem Verband der privaten Krankenversicherung,
- der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände,
- der Deutschen Krankenhausgesellschaft,
- der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände,
- dem Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen,
- den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die zum Teil sehr umfangreichen Stellungnahmen wurden für diesen Bericht ausgewertet. Die ärztlichen Berufs- und Fachverbände haben sich ausdrücklich einer gemeinsamen Stellungnahme der Bundesärztekammer angeschlossen, darüber hinaus aber auch noch ergänzende fachspezifische Stellungnahmen abgegeben. Verwertet wurden auch die Ergebnisse mehrerer Gespräche, die mit Ländern und Verbänden geführt wurden.

Der Bericht stützt sich schließlich auch auf eigenes Material der Bundesregierung, insbesondere auf eine nicht unbeträchtliche Zahl von schriftlichen Äußerungen von Ärzten, Privatpatienten, Versicherungsunternehmen und öffentlich-rechtlichen Kostenträgern. Ferner konnte auf die Erfahrungen der Beihilfestellen zurückgegriffen werden,

625857

die diese bei der Erstattung der den Angehörigen des öffentlichen Dienstes entstandenen Kosten für ärztliche Leistungen gewinnen konnten. Ausgewertet wurden auch die Ergebnisse von Beratungen des Interministeriellen Koordinierungsausschusses der Bundesregierung für Fragen der Entgelte auf dem Gebiete des Gesundheitswesens.

II. Datenerfassung und Auswertung

Für den Bericht wurden neben Statistiken der öffentlichen Kostenträger und der privaten Krankenversicherung Stichproben ausgewertet, die beim Verband der privaten Krankenversicherung im Zeitraum von 1982 bis 1985 in regelmäßigen Abständen erhoben worden sind. Insgesamt wurden 65.000 Rechnungen ausgewertet. Zusätzlich hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ein Gutachten mit dem Auftrag vergeben, das vorhandene Datenmaterial auf Repräsentativität und strukturelle Effekte wissenschaftlich zu untersuchen. Von ärztlicher Seite sind allgemeine Angaben über einen Rückgang des Honoraraufkommens bei einzelnen Ärztegruppen mitgeteilt worden. Rückfragen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung bei den betroffenen Verbänden haben ergeben, daß solche Behauptungen nicht auf repräsentative Erhebungen zurückgehen; Datenmaterial über die tatsächlichen Auswirkungen der GOÄ wurde von den Ärzten nicht zur Verfügung gestellt.

D. Einschätzung der GOÄ durch die Betroffenen

I. Allgemeine Resonanz

Bei den Ärzten, die seit 1965 mit der alten GOÄ vertraut waren, bestand zunächst nur geringe Bereitschaft, die neue GOÄ anzunehmen. Die Bundesregierung führt diese Haltung auf allgemeine Vorbehalte zurück, die auch heute noch von den ärztlichen Organisationen genannt werden. Nach der Stellungnahme der Bundesärztekammer richten sich die wesentlichsten Einwände gegen "die weitgehende Beseitigung der Vertragsfreiheit beim Abschluß von Honorarvereinbarungen, die Nivellierung des Gebührenrahmens für die ärztliche Vergütung besonders in Verbindung mit der willkürlichen Zuordnung ärztlicher Leistungen in den 'kleinen' Gebührenrahmen, das Übermaß an Bürokratie bei der Erstellung der Arztliquidationen und die Übernahme des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen, insbesondere die dazu vereinbarten Abrechnungsbestimmungen."

In der Einführungsphase der GOÄ gab es einige Anlaufschwierigkeiten. Sie entstanden zum Teil dadurch, daß die Zeit zwischen der Verkündung der Verordnung und ihrem Inkrafttreten nur knapp sechs Wochen betrug und sich die Ärzte in kurzer Zeit mit dem neuen Recht vertraut machen mußten. Der gegenüber der alten GOÄ kleinere Gebührenrahmen (bis 3,5 bzw. 2,5fach) mit der neu vorgeschriebenen Regelspanne (bis 2,3 bzw. 1,8fach), die Begründungspflicht bei Überschreiten der Regelspanne und die Vorschriften über den Inhalt der ärztlichen Rechnung führten in der ersten Zeit zu zahlreichen Rückfragen und Unsicherheiten.

Unklarheiten und Unsicherheiten bestanden auch zunächst beim Abschluß abweichender Vereinbarungen nach § 2 GOÄ (Abdingungen), nachdem die neue GOÄ nur noch Abdingungen

625/85B

hinsichtlich der Vergütungshöhe gestattete. Gelegentlich wurde versucht, durch Abdingungen wieder zu früher üblichen Steigerungssätzen (z.B. 5- oder 6fach) zurückzukehren. Sowohl die Erstattungstellen (Beihilfestellen, private Krankenversicherung, Postbeamtenkrankenkasse u.a.) als auch die Ärzteverbände haben frühzeitig darauf aufmerksam gemacht, daß auch im Falle der Abdingung die berufsrechtliche Verpflichtung zur angemessenen Honorargestaltung zu beachten ist. Inzwischen ist die Zahl der bekannt gewordenen Abdingungen sehr stark zurückgegangen. Im wesentlichen sind die Abdingungen auf den stationären Bereich beschränkt. Festzustellen sind allerdings regionale Unterschiede. So haben die Beihilfestellen in Einzugsbereichen von einigen Universitätsstädten eine überdurchschnittliche Häufung von abweichenden Vereinbarungen festgestellt. Insgesamt gesehen ist aber auch im stationären Bereich die Zahl der Abdingungen rückläufig. Genaue Angaben über den Anteil der Abdingungen bei Verträgen über privatärztliche Leistungen liegen nicht vor, er dürfte sich aber zwischen 1 bis 2 v.H. bewegen.

Weniger schwierig gestaltete sich für die Ärzte der Umgang mit dem neuen Gebührenverzeichnis. Dieses Verzeichnis war den Ärzten schon aus ihrer kassenärztlichen Tätigkeit bekannt, weil es auf der Grundlage des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen erstellt worden ist. Leistungsbeschreibungen und Bewertungen stimmen mit diesem in großen Teilen überein.

Auch für die Patienten und die Erstattungsstellen waren die Rechnungen zunächst nach Form und Inhalt neu. Schon bald wurden die Vorteile deutlich, da ärztliche Rechnungen leichter nachprüfbar sind und den Patienten durch eine bessere Transparenz der ärztlichen Abrechnung Einblicke in die Leistungen und Kosten vermittelt wurde. Daß Patien-

ten von der Möglichkeit der Nachprüfbarkeit einer Rechnung verstärkt Gebrauch machen, ist für manche Ärzte eine neue Erfahrung.

Es ist nicht bekannt, wie viele Rechtsstreitigkeiten über Abrechnungen nach der GOÄ bei den Zivilgerichten anhängig sind. Bisher liegen erst wenige Entscheidungen von unteren Gerichten vor, so daß Grundsätze und allgemeine Tendenzen der Rechtsprechung noch nicht zu erkennen sind.

Nach drei Jahren kann insgesamt festgestellt werden, daß die ärztlichen Rechnungen in der Regel den neuen Vorschriften entsprechen und die GOÄ in der täglichen Anwendung sowohl von Ärzten als auch von Patienten und Erstattungsstellen angenommen worden ist.

II. Gebührenrahmen

1. Kleiner und großer Gebührenrahmen

Die ärztlichen Berufsorganisationen sind auch heute noch der Auffassung, daß mit der Einschränkung der Gebührenspannen vom früher Sechsfachen auf das Dreieinhalbfache (großer Gebührenrahmen) bzw. das Zweieinhalbfache (kleiner Gebührenrahmen) eine zu starke Nivellierung des Gebührenrahmens vorgenommen worden sei. Eine leistungsgerechte Vergütung werde damit erschwert. Außerdem seien eine Reihe von Leistungen willkürlich dem kleinen Gebührenrahmen zugeordnet worden; das gelte z.B. für bestimmte Leistungen der Radiologie, der Strahlenmedizin, der Zytologie, aber auch für allgemeine ärztliche Leistungen wie z.B. die Verweilgebühr.

Die Bundesregierung hat stets deutlich gemacht, daß mit der Einschränkung des Gebührenrahmens eine Ein-

625/85 B

schränkung der leistungsgerechten Vergütung nicht beabsichtigt war. Auch im Hinblick auf die Zuordnung der sogenannten medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen zum kleinen Gebührenrahmen sind Mißverständnisse offenbar immer noch nicht ausgeräumt. Es ging nicht darum, ärztliche Leistungen oder gar Arztgruppen unterschiedlich zu bewerten, sondern vielmehr darum, der persönlichen ärztlichen Tätigkeit wieder ihren richtigen Stellenwert zu geben. Das im Laufe der Jahre entstandene Mißverhältnis zwischen persönlichen Leistungen einerseits und medizinisch-technischen Leistungen andererseits sollte - wie auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geschehen - zu Gunsten der persönlichen Leistungen beseitigt werden. Die Einführung des kleinen Gebührenrahmens für medizinisch-technische Leistungen war dabei von wesentlicher Bedeutung.

Der Verordnungsgeber hielt es nicht für gerechtfertigt, die Gebührensätze für ärztliche Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil (z.B. Röntgenleistungen, Laborleistungen) mit der gleichen Gebührenspanne zu versehen, wie die persönlichen ärztlichen Leistungen mit geringeren Kostenanteilen für Technik. Eine vergleichbare Problematik ergab sich für Leistungen, die weitgehend unter Einsatz von angestelltem nichtärztlichem Personal erbracht werden können (z.B. physikalisch-medizinische Leistungen). Es mußte deshalb rechtstechnisch ein Weg gesucht werden, bei dem die Gebühren mit einem hohen Kostenanteil für Personal und Technik nicht in gleicher Weise wie persönliche Leistungen des Arztes gesteigert werden konnten. Die Berechtigung unterschiedlicher Gebührenrahmen

wird von der überwiegenden Mehrheit der Ärzte im Grundsatz nicht mehr bestritten. Es gibt aber Vorschläge, bestimmte medizinisch-technische Leistungen mit einem hohen persönlichen Anteil aus dem kleinen Gebührenrahmen herauszunehmen und dem großen zuzuordnen.

2. Tendenz zur Einheitsgebühr

Schon bald nach dem Inkrafttreten der GOÄ stellte sich heraus, daß sich das ärztliche Liquidationsverhalten an der oberen Grenze der Regelspanne, dem sogenannten Schwellenwert, orientierte, obwohl in § 5 Abs. 2 GOÄ eindeutig festgelegt ist, daß in der Regel eine Gebühr nur zwischen dem Einfachen und dem 2,3 bzw. 1,8fachen des Gebührensatzes bemessen werden darf. Nach der bundesrepräsentativ angelegten Stichprobe der privaten Krankenversicherung vom 10. November 1984 wurde bei den persönlichen Leistungen in 83,7 v.H. aller Fälle und bei den medizinisch-technischen Leistungen in 88,7 v.H. aller Fälle genau der Schwellenwert berechnet. Selbst für einfache Leistungen wird in vielen Fällen der Schwellenwert in Rechnung gestellt. Dabei wird nicht bedacht, daß schon bei Anwendung eines 1,3fachen Steigerungssatzes die höchste Vergütungsgrenze im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung überschritten wird. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat in der Vergangenheit mehrfach darauf hingewiesen, daß das Einpendeln der ärztlichen Gebühren auf den Schwellenwert den Bestimmungen der Gebührenordnung nicht entspricht und zu einer von den Ärzten sicherlich nicht gewollten Einheitsgebühr führen muß.[7)]

---

7) vgl. z.B. Sozialpolitische Informationen des BMA v. 19.06.1985, Jahrg. XIX/12

Die Bundesärztekammer warnt ebenfalls vor einer solchen Einheitsgebühr. Sie führt diese - wie der Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen - im wesentlichen darauf zurück, daß jedes Überschreiten des Schwellenwertes einen "bürokratischen Mehraufwand" erfordere, der vor allem wegen der restriktiven Haltung der Erstattungsstellen bei der Anerkennung von Begründungen untragbar sei. Auch der Abschluß abweichender Honorarvereinbarungen habe in vielen Fällen zu Auseinandersetzungen geführt, so daß davon nur noch wenig Gebrauch gemacht werde. Wenn aber für den Arzt die Möglichkeit, im Einzelfall ein Honorar oberhalb des Schwellenwertes zu berechnen, erschwert werde, sei es nicht verwunderlich, wenn er auch nicht mehr unterhalb des Schwellenwertes liquidiere, vielmehr durch die Liquidation des Schwellenwertes einen Ausgleich suche.

3. Begründungen bei Überschreiten des Schwellenwertes

In den Stellungnahmen der Ärzteschaft wird darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Erstattungsstellen die Begründungen bei Überschreiten des Schwellenwertes regelmäßig beanstanden. Die Beanstandung löse entweder einen umfangreichen Schriftwechsel zwischen Arzt und Patient oder Erstattungsstelle aus oder zwinge den Arzt, zur Vermeidung eines solchen Schriftwechsels auf die höhere Gebühr zu verzichten.

Die Erstattungsstellen wiederum machen geltend, daß die von den Ärzten gegebenen Begründungen für das Überschreiten des Schwellenwertes in vielen Fällen den Anforderungen der GOÄ nicht genügen. Soweit die Rechnungen von den Verrechnungsstellen erstellt würden, seien besonders häufig standardisierte Begründungen, wie sie teilweise von Ärzteverbänden sogar empfohlen

worden sind, zu finden. Auch bei den von Ärzten selbst erstellten Rechnungen werde häufig der Schwellenwert mit Begründungen überschritten, die das Vorliegen der Bemessungskriterien nach § 5 Abs. 2 GOÄ im Einzelfall nicht erkennen ließen. So falle auf, daß z.B. bei Krankenhausaufenthalt unter Hinweis auf die im Einzelfall begründete Schwierigkeit der Operation oft auch für sämtliche Visiten einschließlich derjenigen am Entlassungstag sowie für den gesamten Komplex der medizinisch-technischen Leistungen die Höchstsätze verlangt würden. Schwierigkeiten bei der Erstattung der oberhalb des Schwellenwertes berechneten Gebühren ergaben sich auch daraus, daß abweichende Vereinbarungen nach § 2 GOÄ offenbar mit dem Zweck abgeschlossen wurden, die Begründungspflicht zu umgehen. Dabei wurde übersehen, daß eine abweichende Vereinbarung nur hinsichtlich der Höhe der Vergütung getroffen werden kann, die übrigen Vorschriften der GOÄ, zu denen auch die Begründungspflicht bei Überschreiten des Schwellenwertes gehört, jedoch nicht abbedungen werden können. Im allgemeinen kann gesagt werden, daß bei schlüssigen und den Vorschriften der GOÄ entsprechenden Begründungen auch eine Anerkennung der Gebührensteigerung durch die Erstattungsstellen erfolgt (zu Leistungen bei Nacht und ambulanten Operationen vgl. Ausführungen zu D IV. 2.).

Zu Mißverständnissen hat offenbar das in § 5 Abs. 2 genannte Kriterium "örtliche Verhältnisse" geführt. Von Länderseite wurde angeregt, dieses Kriterium, das nicht leistungsbezogen ist, zu streichen. Es könne nicht - wie in einigen Städten geschehen - zum Ausgleich örtlich bedingter hoher Mietkosten oder kostspieliger Praxiseinrichtungen herangezogen werden.

Von Gebietsärzten wird nicht selten ihre besondere Facharztqualifikation als gebührensteigerndes Kriterium

ins Feld geführt. Eine solche Begründung reicht zur Anwendung eines höheren Steigerungssatzes nicht aus, weil mit dem Hinweis auf eine besondere Qualifikation des Arztes noch nicht der Nachweis besonders schwieriger Leistungen geführt ist. Andererseits wird auch von Patienten häufig nicht verstanden, warum ein besonders qualifizierter Arzt nicht allgemein ein überdurchschnittliches Honorar erhalten sollte.

III. Transparenz ärztlicher Rechnungen und Abrechnungsverfahren

1. Überprüfbarkeit der Rechnungen und Kostenbewußtsein

Die Verbesserung der Transparenz ärztlicher Rechnungen war eines der wichtigsten Ziele der neuen GOÄ. Auch die Ärzte wenden sich nicht gegen Transparenz, sind aber der Auffassung, daß diese sich auch mit weniger Angaben in der ärztlichen Rechnung erreichen lasse.

Nach Auffassung der ärztlichen Organisationen zeigt der Umfang der vom Arzt für jede abgerechnete ärztliche Leistung geforderten Angaben, daß die Abrechnungstransparenz in erster Linie nicht dem Patienten zugute komme, sondern den Erstattungsstellen die Überprüfung der Rechnung erleichtere. Der Patient sei trotz der heutigen Bestimmungen in der Regel überfordert, ärztliche Rechnungen zu überprüfen und nachzuvollziehen.

Von Patienten und von Erstattungsstellen wird dagegen betont, daß die größere Transparenz der Rechnungen auch eine bessere Überprüfung der Angemessenheit ärztlicher Vergütungen ermögliche. Zahlreiche an die Bundesregierung gerichtete Anfragen und die steigende Zahl der von den Ärztekammern vorgenommenen Schlichtungen bei Gebührenstreitigkeiten lassen erkennen, daß das Kostenbewußtsein bei den Patienten wächst.

Als Folge der kritischen Prüfung ärztlicher Rechnungen ist es in einer Reihe von Fällen zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Arzt und Patient gekommen. Die im Geschäftsleben häufig vorkommende Tatsache, daß Rechnungen beanstandet werden, war bei ärztlichen Abrechnungen früher selten. Sie wurde in der Anfangszeit der neuen GOÄ vielfach als Störung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient bewertet. Inzwischen dürfte sich aber die Erkenntnis durchgesetzt haben, daß das Prüfen und Beanstanden einer ärztlichen Rechnung kein ungewöhnlicher Vorgang, sondern Ausdruck eines vom Verordnungsgeber durchaus gewollten gesteigerten Kostenbewußtseins der Patienten ist.

2. Arbeit der Verrechnungsstellen

Seit dem Inkrafttreten der GOÄ wird von ärztlicher Seite über erhöhten Verwaltungsaufwand geklagt, den die neuen Abrechnungsbestimmungen mit sich brächten und der von der normalen Arztpraxis kaum aufgefangen werden könne. Dies sei einer der Gründe für die zunehmende Beanspruchung von Verrechnungsstellen. Privatärztliche Verrechnungsstellen sind in der Regel berufsständische Ärzteorganisationen.

Die Verrechnungsstellen fertigen nach den Angaben der Ärzte die Rechnungen aus, stellen sie den Patienten zu und übernehmen auch das Inkasso. Daneben beraten sie Ärzte in gebührenrechtlichen Fragen und übernehmen in Fällen, in denen Patienten Rechnungen beanstanden, auch Schlichtungsversuche. Die Verrechnungsstellen erhalten für ihre Tätigkeit eine Umsatzbeteiligung, die nach der Höhe des Rechnungsbetrages gestaffelt ist. Im Bereich der privaten Krankenversicherung ist festgestellt worden, daß Verrechnungsstellen in kür-

zeren Zeitabständen Rechnungen ausstellen, bei denen deshalb die einzelnen Rechnungsbeträge niedriger sind als bei den von Ärzten selbst erstellten Rechnungen.

Neben den berufsständisch organisierten ärztlichen Verrechnungsstellen sind eine Reihe von gewerblichen Verrechnungsstellen gegründet worden.

3. Auswirkungen der elektronischen Datenverarbeitung

Die neuen Abrechnungsbestimmungen der GOÄ haben den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung im privatärztlichen Bereich beschleunigt. Die EDV gestattet zwar auf der einen Seite eine Differenzierung der ärztlichen Abrechnung, verleitet aber andererseits dazu, ärztliche Gebühren nicht immer - wie es die Vorschriften der GOÄ erfordern - individuell, sondern mehr schematisch zu bemessen. Auffällig ist dies nicht nur bei den Standardbegründungen für die Überschreitung der Regelspanne, sondern auch bei der zunehmenden Berechnung von Auslagen nach § 10 GOÄ, die sich - aufgelistet in kleinen Beträgen für Tropfen, Tupfer, Pflaster etc. - bei bestimmten Leistungsbeschreibungen wiederholen. Häufig werden auch die im Gebührenverzeichnis enthaltenen Fußnoten, Bemerkungen und Abrechnungshinweise nicht beachtet.

IV. Gebührenverzeichnis

1. Verhältnis zum einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen

In den Stellungnahmen der ärztlichen Berufsorganisationen wird zwar die Übernahme des aufgrund des § 368 g Abs. 4 RVO zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen

(EBM) kritisiert, aber kein grundlegend neues Gebührenverzeichnis vorgeschlagen. Vielmehr ist an eine Weiterentwicklung gedacht, bei der privatärztlichen Besonderheiten, wie z.B. bei stationären Leistungen, größerer Raum gegeben wird.

Der Verordnungsgeber berücksichtigte bei der Übernahme des EBM als Grundlage für das Gebührenverzeichnis der neuen GOÄ, daß es sich beim EBM um ein Gebührenwerk handelt, das unter ständiger Mitwirkung von Ärzten vereinbart wird und dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung entspricht. Wichtiger Gesichtspunkt für die Übernahme war ferner, zu einer weitgehenden Vereinheitlichung der Leistungsbezeichnungen, der Numerierung und der Punktzahlen zu kommen, um damit die Abrechnung in der täglichen Praxis zu erleichtern.

Hinzu kommt, daß die Übernahme von Gebührenwerken aus dem kassenärztlichen in den privatärztlichen Bereich und umgekehrt eine lange Tradition hat. So waren die Mindestsätze der Preußischen Gebührenordnung "Preugo" aus dem Jahre 1924 zugleich die Sätze, die bei RVO-Kassen und Ersatzkassen sowie sonstigen öffentlichen Sozialleistungsträgern Anwendung fanden. Bei Erlaß der GOÄ 1965 wurde das damalige Leistungsverzeichnis der Ersatzkassen (E-Adgo) als Grundlage des GOÄ-Gebührenverzeichnisses genommen. Als die Einführung der Einzelleistungsvergütung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung 1971 ein Leistungsverzeichnis notwendig machte, orientierten sich die Vertragspartner - die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der gesetzlichen Krankenkassen - wiederum am GOÄ-Gebührenverzeichnis von 1965.

In Fortschreibung dieser Tradition der Wechselwirkung war die Übernahme des EBM als Grundlage für das neue GOÄ-Gebührenverzeichnis nur folgerichtig. Der Verordnungsgeber hat sich jedoch nicht auf die bloße Übernahme des EBM beschränkt, sondern darüber hinaus Leistungen aufgenommen, die im EBM nicht enthalten sind, so z.B. Leistungen des Gutachterwesens, der Pathologie und größere Operationen. Abrechnungsbestimmungen, die Besonderheiten der gesetzlichen Krankenversicherung regeln, wurden aus dem EBM nicht übernommen. Bedenken der ärztlichen Berufsorganisationen gegen die Übernahme des EBM können nicht daraus hergeleitet werden, daß dieses Gebührenwerk im kassenärztlichen Bereich entwickelt wurde, denn für die Beschreibung und die Bewertungsrelation medizinischer Leistungen zueinander darf es keine Rolle spielen, ob Leistungen als kassenärztliche oder als privatärztliche Leistungen erbracht werden. Vor dem Erlaß der GOÄ sind gegen die Übernahme des EBM Einwände nicht erhoben worden, wobei allerdings von ärztlicher Seite gefordert wurde, die für das Kassenarztrecht typischen Abrechnungsbestimmungen nicht in die GOÄ aufzunehmen.

2. Vorschläge zur Weiterentwicklung

Es kann nicht Gegenstand dieses Erfahrungsberichtes sein, auf die zahlreichen und ausführlichen Vorschläge zur Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses im einzelnen einzugehen, die im wesentlichen von der Bundesärztekammer und den ärztlichen Fachverbänden an die Bundesregierung herangetragen wurden.

Eine erste Sichtung der Vorschläge hat ergeben, daß einer Reihe fachlicher Bedenken intensiver nachgegangen werden muß. So werden Beispiele für zweifelhafte und möglicherweise unterbewertete Leistungen aus dem stationären, insbesondere operativen Bereich genannt. Außerdem sind seit dem Inkrafttreten der GOÄ eine Reihe von Leistungen neu entwickelt oder wissenschaftlich anerkannt worden, die gegenwärtig im Wege der entsprechenden Bewertung nach § 6 GOÄ (Analogie) vergütet werden. Schließlich liegen auch Vorschläge vor, eine Reihe von Leistungen, die überholt sind und dem Stand der medizinischen Wissenschaft nicht mehr entsprechen, im Gebührenverzeichnis zu streichen.

Aus der Fülle der Vorschläge können an dieser Stelle nur einige wenige Punkte genannt werden, die im Berichtszeitraum immer wieder zu Fragen Anlaß gaben. Ein besonderes Problem stellt die Abrechnung einiger naturheilkundlicher Leistungen dar, insbesondere die Bewertung der Anamnese bei homöopathischer Behandlung. Ähnliche Schwierigkeiten der Bewertung haben Hausärzte, Fachärzte für Allgemeinmedizin und Internisten bei der Abrechnung von zeitaufwendigeren Gesprächen zur vertieften Anamnese und Therapie, da sie die Leistungen aus den Gebieten der Psychotherapie nicht abrechnen dürfen. Die Belegärzte beklagen das Fehlen einer angemessenen Vergütung ihrer nachts und an Sonn- und Feiertagen durchgeführten Visiten sowie des Bereitschaftsdienstes für Belegpatienten im Krankenhaus. Für die Abrechnung des badeärztlichen Kurplans konnte sich bisher keine von allen Beteiligten anerkannte analoge Bewertung durchsetzen, so daß die Badeärzte eine Wiederaufnahme dieser Leistung in das Gebührenverzeichnis vorgeschlagen haben.

625/85 B

Der Deutsche Patientenschutzbund hält es im Interesse der Patienten für dringend geboten, eine Auslagengebühr für Fotokopien im Gebührenverzeichnis auszuweisen und diese Kosten nicht der einseitigen Festlegung durch den Arzt zu überlassen. Er hat von überhöhten Beträgen berichtet, die Patienten für die Übersendung von Kopien der Krankenakten von Ärzten und Krankenhäusern in Rechnung gestellt worden sind.

Schließlich konnten auch Probleme der Bewertung einiger bei Nacht erbrachter Leistungen und ambulanter Operationen bisher nicht ausgeräumt werden. Die Ärzte sind der Auffassung, daß Leistungen bei Nacht oder ambulante Operationen stets die Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen. Bei den Erstattungstellen werde verkannt, daß als leistungsbezogenes Kriterium nicht nur der Zeitaufwand, sondern auch die Umstände bei der Ausführung der Leistung genannt werde. Dieses Bemessungskriterium erfasse Modalitäten der Leistungserbringung, die weder von der Leistungsbeschreibung im Gebührenverzeichnis noch von der Leistungsbewertung erfaßt würden. Typischerweise zählten dazu Leistungen, die in der Nacht erbracht würden, sowie ambulant durchgeführte Operationen in Fällen, in denen üblicherweise eine Krankenhauseinweisung notwendig werde. Auch Notfallbehandlungen und die Behandlung von Kindern unter sechs Jahren müßten regelmäßig gebührensteigernd berücksichtigt werden.

Demgegenüber weisen Erstattungsstellen darauf hin, daß Erschwernisse dieser Art im Gebührenverzeichnis bereits geregelt seien (z.B. Nr. 3 Beratung bei Nacht) oder künftig dort geregelt werden sollten.

Im übrigen beziehen sich die Vorschläge der Ärzteverbände auf alle Bereiche des Gebührenverzeichnisses und erfassen sowohl Leistungsbeschreibungen als auch Punktzahlen. Zu einem großen Teil enthalten sie Forderungen, die bereits bei Erlaß der GOÄ geprüft worden sind und nicht berücksichtigt werden konnten, unter anderem deshalb, weil sie eine noch viel stärkere Aufsplitterung des Gebührenverzeichnisses mit sich gebracht hätten. Teilweise fehlt es auch an einer fachlichen Begründung oder an einer sinnvollen Abstimmung der Vorschläge mit der vorhandenen Leistungs- und Gebührenstruktur.

3. Flexiblere Anpassung des Gebührenverzeichnisses

Angesichts der ständigen Weiterentwicklung der Medizin und damit auch der ärztlichen Leistungen kommt der Notwendigkeit einer möglichst flexiblen Anpassung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ eine besondere Bedeutung zu.

Schon bei Erlaß der GOÄ konnten einige ärztliche Leistungen, die während des Entwurfstadiums der GOÄ Eingang in den EBM fanden, nicht mehr in das Gebührenverzeichnis aufgenommen werden (z.B. die EBM-Positionen für jugendpsychiatrische Leistungen). Auch nach Inkrafttreten der GOÄ hat der EBM eine Reihe von Ergänzungen und Änderungen erfahren, die eine Überprüfung des Gebührenverzeichnisses notwendig machen. Zwar können neue ärztliche Leistungen - auch unabhängig vom Stand der Weiterentwicklung des EBM - mit Hilfe einer entsprechenden Bewertung nach § 6 GOÄ abgerechnet werden. Die Notwendigkeit, solche sogenannten analogen Bewertungen zu entwickeln, kann - wie sich gezeigt hat - jedoch nur eine Notlösung für eine begrenzte Zeit sein. Die von einigen ärztlichen Fachverbänden in der Anfangsphase

der GOÄ vorgeschlagenen analogen Bewertungen enthielten viele Leistungen, die schon Bestandteil einer im Gebührenverzeichnis enthaltenen anderen Leistung sind. Die Bundesärztekammer hat nach Sichtung der Vorschläge der Fachverbände das Ergebnis ihrer Prüfung in vier Veröffentlichungen zusammengefaßt. Aber selbst diese auf etwa 110 analog bewertete Leistungen reduzierten Empfehlungen sind auf Dauer nicht geeignet, die Rechtssicherheit zu erhalten. Ein Anpassungsbedarf besteht darüber hinaus auch in Fällen, in denen nach Inkrafttreten der GOÄ Leistungen des EBM weiterentwickelt worden sind und deshalb nicht mehr mit den - ursprünglich identischen - Leistungen des Gebührenverzeichnisses übereinstimmen (z.B. Nr. 643, Doppler-Sonographie). In solchen Fällen ist eine Anpassung durch analoge Bewertungen nach § 6 GOÄ nicht möglich, weil es an einer auszufüllenden Lücke fehlt. Aus alledem ergibt sich der Ruf nach einer häufigeren und flexibleren Anpassung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ.

V. Praxiskosten und Auslagen

Die Berechnung von Auslagen nimmt in der ärztlichen Abrechnungspraxis einen immer breiteren Raum ein. Grundsätzlich sind nach § 4 Abs. 3 Satz 1 GOÄ mit den Gebühren auch die Praxiskosten einschließlich der durch die Anwendung von Instrumenten und Apparaten entstehenden Kosten abgegolten, soweit nicht in der Verordnung etwas anderes bestimmt ist. Daneben dürfen nach § 10 Abs. 1 GOÄ nur die Kosten für diejenigen Arzneimittel, Verbandmittel und sonstigen Materialien berechnet werden, die der Patient zur weiteren Verwendung behält oder die mit einer einmaligen Anwendung verbraucht sind.

Die private Krankenversicherung und die Beihilfestellen berichten über eine zunehmende Tendenz zur Berechnung von Auslagen, insbesondere von Verbrauchsmaterialien,

Es werden außerdem pauschalierte Beträge in Rechnung gestellt. Bei Einzelauswertungen wurde ermittelt, daß nicht nur Salben, Tupfer, Pflaster, Augentropfen und kleinere Mengen von Arzneimitteln berechnet wurden, sondern auch Einmalartikel wie Papierunterlagen und Einmalhandschuhe, die dem allgemeinen Praxisbedarf zugeordnet werden müssen. Die Berechnung solcher Einmalartikel nimmt auch deswegen zwangsläufig zu, weil immer mehr Ärzte aus Rationalisierungs- und anderen Gründen dazu übergehen, auf die herkömmlichen Wiederverwendungsmöglichkeiten zu verzichten (z.B. auf Sterilisation von Instrumenten und Textilartikeln). Vereinzelt wurde selbst das Porto für die Übersendung der Arztrechnung in Ansatz gebracht. Beobachtet wurde auch, daß vielfach die nach § 12 Abs. 2 Nr. 4 GOÄ vorgeschriebenen Belege oder sonstigen Nachweise nicht beigefügt waren.

Der Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen begründet die Zunahme der Berechnung von Materialien damit, daß der Arzt nach der GOÄ 1965 die Möglichkeit gehabt habe, Ersatz für die Auslagen des täglichen Bedarfs durch den Ansatz eines etwas höheren Steigerungsfaktors zu erhalten. Diese Möglichkeit sei durch den engen Gebührenrahmen der neuen GOÄ nicht mehr gegeben, so daß der Arzt zunehmend von der nach § 10 an sich zulässigen Auslagenberechnung Gebrauch mache. Begründet wird die zunehmende Berechnung von Auslagen auch damit, daß es sich bei den meisten der berechneten Materialien um Sprechstundenbedarf im Sinne der kassenärztlichen Versorgung handele, der im Honorar für kassenärztliche Leistungen nicht enthalten sei, sondern aufgrund von besonderen Vereinbarungen dem Arzt gesondert vergütet werde.

Die Erstattungsstellen werfen in diesem Zusammenhang die Frage auf, inwieweit die sich abzeichnende Tendenz zur Einzelabrechnung von Auslagen den Begriff der Praxiskosten in unzulässiger Weise aushöhlt, da die Praxiskosten nach dem Grundsatz des § 4 Abs. 3 GOÄ mit den Gebühren

abgegolten sind. Für den stationären Bereich, in dem die Tendenz der Einzelberechnung von Auslagen ebenfalls festgestellt wurde, kommt noch hinzu, daß die Auslagen vom Arzt im allgemeinen nicht selbst beschafft werden. Der Verband der privaten Krankenversicherung hält es nicht für gerechtfertigt, daß der liquidationsberechtigte Krankenhausarzt bei stationärer Behandlung Arzneimittel und Verbrauchsmaterialien dann berechnet, wenn er sie vom Krankenhaus erhält oder aus dessen Vorrat entnimmt, also nicht auf eigene Kosten beschafft; die Kosten der Arzneimittel und der Verbrauchsmaterialien des Krankenhauses seien mit dem Pflegesatz abgegolten.

Von Erstattungsstellen ist ferner darauf hingewiesen worden, daß Ärzte offenbar auch in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen ("eingekaufte Leistungen"), für die - auch bei weiter Auslegung - eine Aufsicht des Arztes nicht unterstellt werden kann, als eigene Leistungen abrechnen. Der Umfang solcher Auftragsleistungen dürfte eine beträchtliche Größenordnung erreichen, zumal solche Leistungen zu Marktpreisen angeboten werden, die erheblich unter den Gebührensätzen der GOÄ liegen. Abrechnungen, in denen Ärzte in solchen Fällen nur die ihnen entstandenen Kosten als Aufwendungsersatz in Rechnung gestellt haben, sind bisher nicht bekannt geworden.

VI. Abrechnung ärztlicher Leistungen im stationären Bereich

1. Bündelungsprinzip bei wahlärztlichen Leistungen ("Wahlarztkette")

Der Anwendungsbereich der GOÄ erstreckt sich auch auf privatärztliche Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden. Im stationären Bereich ist jedoch zusätzlich das Bündelungsprinzip bei wahlärztlichen Leistungen nach der Bundespflegesatzverordnung zu beachten. Danach erstreckt sich eine Vereinbarung

wahlärztlicher Leistungen kraft ausdrücklicher Bestimmung auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlaßten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. An einer stationären ärztlichen Behandlung sind außer dem hauptbehandelnden Arzt (z.B. Chirurg, Internist) in der Regel auch sogenannte Funktionsärzte (Anästhesisten, Laborärzte, ggf. Radiologen) beteiligt, die im Rahmen der arbeitsteiligen Zusammenarbeit seltener unmittelbaren Kontakt zum Patienten haben. Die Regelung der Bundespflegesatzverordnung dient dem Zweck, auch diesen Funktionsärzten vergleichbare Einkommensmöglichkeiten im stationären Bereich zu geben, d.h. beide Gruppen von Ärzten insoweit gleich zu behandeln. Das Bündelungsprinzip gilt seit der Bundespflegesatzverordnung von 1973. Es wurde durch Artikel 2 der Änderungsverordnung vom 20. Dezember 1984 (BGBl. I S. 1680) lediglich redaktionell präzisiert und in dieser Fassung in die ab 1. Januar 1986 geltende neue Bundespflegesatzverordnung vom 21. August 1985 (BGBl. I S. 1666) übernommen.

Die Regelung wird von Privatpatienten als unbefriedigend empfunden. Sie müssen, auch wenn es ihnen nur auf die persönliche Behandlung durch einen bestimmten hauptbehandelnden Arzt (z.B. Chirurg, Internist) ankommt, mit der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen in Kauf nehmen, daß sämtliche liquidationsberechtigten Ärzte, die an der Behandlung beteiligt werden, ihre Leistungen gesondert neben dem ermäßigten Pflegesatz berechnen. Je nach Art und Umfang der Behandlung kann dadurch eine lange Kette von Privatliquidationen auch außerhalb des Krankenhauses entstehen.

Im Beschluß der Bundesregierung zur neuen Bundespflegesatzverordnung vom 8. Mai 1985 (Bundesratsdrucksache 224/85) war deshalb in § 7 Abs. 3 eine Regelung vorgesehen, die es im Interesse der Wahlfreiheit (Vertragswillen) des Patienten zuließ, die Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen auf einzelne Ärzte des Krankenhauses zu beschränken. Der Bundesrat hat demgegenüber am 5. Juli 1985 an der bisherigen Regelung festgehalten. Die Bundesregierung hat im Rahmen einer Gesamteinigung über die neue Bundespflegesatzverordnung auch diesem Änderungsbegehren des Bundesrates zugestimmt. Infolgedessen kommt der Verpflichtung des Krankenhauses, den Patienten über den weitreichenden Umfang der wahlärztlichen Leistungen aufzuklären, noch größere Bedeutung zu.

2. Umfang der Abrechnungsfähigkeit von Leistungen als ärztliche Leistungen

Über die Abrechnungsfähigkeit von Leistungen, die nicht vom liquidationsberechtigten Arzt persönlich erbracht werden, bestehen im stationären Bereich Unsicherheiten. Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 (ab 1.1.1986: § 7 Abs. 1 Satz 2) der Bundespflegesatzverordnung dürfen diagnostische und therapeutische Leistungen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn sie von einem Arzt erbracht werden. Für die Abrechnung wahlärztlicher Leistungen sind die Vorschriften der GOÄ anzuwenden, deren § 1 Abs. 2 den Umfang der Abrechnungsfähigkeit auf Leistungen begrenzt, die von einem Arzt selbst erbracht werden oder die dieser durch Personen hat erbringen lassen, die seiner Aufsicht und Weisung unterstehen.

Der Verordnungsgeber hat mangels zwingender rechtlicher Gründe davon abgesehen, den Umfang der Abrech-

nungsfähigkeit privatärztlicher Leistungen im stationären Krankenhausbereich abweichend von den übrigen Bereichen privatärztlicher Tätigkeit nach engeren oder weiteren Kriterien zu bestimmen. Die allgemeinen Kriterien des § 1 Abs. 2 GOÄ gestatten auch im stationären Bereich eine Abgrenzung der Leistungszuordnung. Die Ausführung einer Leistung unter Aufsicht und nach Weisung des Arztes setzt voraus, daß dieser die volle Verantwortung im haftungsrechtlichen Sinne behält und aufgrund seiner fachlichen Qualifikation zur Aufsicht und Weisung in der Lage ist; schließlich müßte im Einzelfall gewährleistet sein, daß der Arzt Aufsicht und Weisung tatsächlich ausüben kann. Die Voraussetzungen sind in Zweifelsfällen vom liquidierenden Arzt nachzuweisen und von der Delegation zur selbständigen Ausführung abzugrenzen. Im Krankenhaus lassen sich die Kriterien insbesondere an der organisatorischen Zuordnung der nachgeordneten Ärzte und des nichtärztlichen Personals zum liquidierenden Krankenhausarzt sowie an der Art der Überweisung des Patienten innerhalb des Krankenhauses konkretisieren. Danach sind z.B. Leistungen, die nach den organisatorischen Gegebenheiten des Betriebsablaufs im Krankenhaus eigenverantwortlich von nichtärztlichem Personal erbracht werden, dem liquidationsberechtigten Arzt nicht als ärztliche Leistungen zuzuordnen und mithin von ihm auch nicht abrechenbar.

Die Abgrenzung des Abrechnungsumfangs hat sich in der praktischen Anwendung als schwierig erwiesen, möglicherweise bedingt durch zu allgemeine Kriterien in den einschlägigen Bestimmungen. Hinweise von Erstattungsstellen und Privatpatienten deuten darauf hin, daß Ärzte über den nach der GOÄ zulässigen Umfang hinaus auch Leistungen abrechnen, die nach den organisatorischen Gegebenheiten des Krankenhauses eigenverantwortlich vom nichtärztlichen Personal, z.B. im Pflege- oder im physikalisch-medizinischen Bereich, erbracht werden.

3. Vertragswillen des Patienten

In engem Zusammenhang mit dem Umfang von wahlärztlichen Leistungen stellt sich die Frage, ob die geltenden Vorschriften der GOÄ und der Bundespflegesatzverordnung dem individuellen Vertragswillen ausreichend Rechnung tragen. Auch der Patient, der nur einzelne Leistungen von einem bestimmten Arzt (z.B. Operation) in Anspruch nehmen will, ist aufgrund des geltenden Rechts gezwungen, sämtliche ärztliche Leistungen als wahlärztliche zu vereinbaren und damit gesondert neben dem Pflegesatz zu bezahlen. Würde der Patient keine wahlärztlichen Leistungen vereinbaren, so wären mit dem ungekürzten Pflegesatz des Krankenhauses sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich einer umfassenden ärztlichen Versorgung abgegolten (§ 2 der Bundespflegesatzverordnung). Bei dieser Sachlage stößt der Umfang der ärztlichen Honorare, die bei Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen neben dem Pflegesatz gesondert gezahlt werden müssen, bei Patienten zunehmend auf Kritik.

4. Minderung der Gebühren bei stationärer Behandlung

Seit dem 1. Januar 1985 sind die für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen berechneten Gebühren um 15 v.H. zu mindern (vgl. auch Ausführungen zu B. IV. 2.). Diese vom Wortlaut her eindeutige und für sämtliche Fallgestaltungen stationärer und teilstationärer Leistungen geltende Regelung hat bei der Anwendung in der Praxis zu Zweifelsfragen über den Umfang der Minderungspflicht geführt.

Die Gebührenminderung wird von Ärzten in Frage gestellt, wenn im Rahmen einer stationären Behandlung Leistungen außerhalb des Krankenhauses, in dem der Patient unter-

gebracht ist (aufnehmendes Krankenhaus), erbracht werden (z.B. von niedergelassenen Ärzten oder von Ärzten anderer Krankenhäuser in der Privatambulanz). Zur Begründung wird darauf hingewiesen, daß der Pflegesatz oder ein diesem vergleichbarer Kostensatz des aufnehmenden Krankenhauses für solche Leistungen keine Kosten enthalte und deshalb auch keine Doppelberechnung von Kosten vorliege. Mit der gleichen Begründung lehnen einzelne Ärzte, die von außen konsiliarisch zur Behandlung hinzugezogen werden, eine Gebührenminderung für die von ihnen im Krankenhaus erbrachten Leistungen ab. Auch bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen in einzelnen, nicht der Bundespflegesatzverordnung unterliegenden privaten Krankenhäusern und in Sanatorien sind Schwierigkeiten bei der Anwendung des § 6a GOÄ bekannt geworden. Nach Auffassung der privaten Krankenversicherung ist eine Gebührenminderung bei wahlärztlichen Leistungen immer dann vorzunehmen, wenn die Sach- und nichtärztlichen Personalkosten im Falle eines Regelleistungspatienten mit dem Pflegesatz abgegolten wären.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hat nach eingehender Erörterung der Problematik mit den betroffenen Verbänden und im Interministeriellen Koordinierungsausschuß der Bundesregierung für Fragen der Entgelte auf dem Gebiete des Gesundheitswesens den Geltungsumfang des § 6 a GOÄ wie folgt präzisiert:
"Die Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ gilt nach dem eindeutigen Wortlaut der Vorschrift für sämtliche stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen. Der Vorschrift liegt im Interesse der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit eine pauschalierende Betrachtungsweise zugrunde, die nicht darauf abstellt, ob, bei wem und in welcher Höhe Sach- und Personalkosten

für diese Leistungen im Einzelfall entstehen. Privatärztliche Leistungen, die in einem Krankenhaus, einem Sanatorium oder einer sonstigen Einrichtung erbracht werden, in die der Patient zur stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung aufgenommen ist (aufnehmende Einrichtung), unterliegen daher ausnahmslos der Minderungspflicht. Dies gilt - selbst wenn der Arzt für solche Leistungen eigenes Personal, Geräte oder Materialien einsetzt - z.B.

- für wahlärztliche, belegärztliche oder sonstige privatärztliche Leistungen (z.B. in privaten Krankenanstalten) sowie
- für konsiliarärztliche Leistungen in der aufnehmenden Einrichtung.

Ausnahmen von der Minderungspflicht können nur für solche privatärztlichen Leistungen in Betracht kommen, die im Einzelfall in der aufnehmenden Einrichtung nicht erbracht werden und deshalb an Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb der aufnehmenden Einrichtung vergeben werden müssen. In solchen Ausnahmefällen muß der Patient nach § 4 Abs. 5 GOÄ und ggf. in einer Vereinbarung nach § 6 Abs. 3 Satz 1 (ab 1.1.1986: § 7 Abs. 3 Satz 1) der Bundespflegesatzverordnung darauf hingewiesen werden, daß solche Leistungen ihm gesondert berechnet werden. Anderenfalls muß der Patient davon ausgehen, daß alle an der stationären oder teilstationären ärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte der Minderungspflicht unterliegen."

E. Aufgaben der Ärztekammern bei der Anwendung der GOÄ

Die GOÄ enthält keine Regelungen zur Überprüfung ärztlicher Rechnungen bei Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patient über die Angemessenheit ärztlicher Rechnungen. Inhalt und Verfahren einer außergerichtlichen Überprüfung von Arztrechnungen bleiben damit nach derzeitigem Recht den der Aufsicht der Länder unterstehenden Ärztekammern vorbehalten, die im Rahmen ihrer in den Kammergesetzen geregelten Aufgaben auch das Liquidationsverhalten als Teil der ärztlichen Berufsausübung zu überwachen haben.

Die im Wortlaut nur wenig voneinander abweichenden ärztlichen Berufsordnungen in den Ländern enthalten Regelungen über ärztliche Honorare und das Liquidationsverhalten. Danach muß die Honorarforderung des Arztes angemessen sein und sich auf die GOÄ als Berechnungsgrundlage stützen. Die üblichen Sätze dürfen nicht in unlauterer Weise unterschritten werden. Die Bemessungskriterien der GOÄ sind zu beachten.

Bei der Vorbereitung der GOÄ war überlegt worden, die landesrechtlichen Möglichkeiten der Überprüfung von Arztrechnungen durch inhaltliche und verfahrensmäßige Mindestvorgaben zu konkretisieren. Es sollten Schlichtungsstellen eingerichtet werden, die bei Meinungsverschiedenheiten unentgeltlich zwischen den Beteiligten über die Honorarforderung vermitteln sollten. Eine solche Regelung wurde jedoch von den Ländern als Eingriff in ihre Kompetenzen angesehen und deshalb abgelehnt. Der Gedanke wurde aber als Hinweis in die Allgemeine Begründung zur GOÄ aufgenommen, wo es wie folgt heißt:

> "Die Möglichkeit der Überprüfung der Arztrechnungen auf ihre Angemessenheit und Richtigkeit durch dazu geeignete Stellen bestimmt sich nach Landesrecht. Die Länder haben zugesagt, die bestehenden Kammergesetze daraufhin zu überprüfen, ob die geltenden Bestimmungen den Erfordernissen des für notwendig erachteten Patientenschutzes genügen."[8)]

8) Bundesratsdrucksache 295/85, S. 11

625/85 B

Mit Rundschreiben vom 29. Januar 1985 hat der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung die obersten Landesgesundheitsbehörden um Stellungnahme gebeten, ob die geltenden kammergesetzlichen Bestimmungen den Erfordernissen des notwendigen Patientenschutzes genügen. Die obersten Landesgesundheitsbehörden haben diese Frage bejaht und dargelegt, daß die Ärztekammern in einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Fällen Anfragen und Beanstandungen von Privatpatienten und Erstattungsstellen bearbeitet und sich gutachtlich mit dem Ziel einer gütlichen Einigung geäußert haben. In vielen Fällen konnten Reduzierungen und Richtigstellungen ärztlicher Rechnungen erreicht werden. So konnte die Bayerische Landesärztekammer z.B. im 2. Halbjahr 1984 607 Eingänge verzeichnen, die Honorarangelegenheiten betrafen, 88 Eingänge wurden von den ärztlichen Kreisverbänden erledigt. In den verbliebenen 519 Fällen konnte die Kammer in fast allen Fällen eine Einigung erzielen.

Den Ärztekammern fällt bei der Aufsicht über das ärztliche Liquidationsverhalten eine große Verantwortung zu, weil der Weg, bei Streitigkeiten über die Gebührenhöhe die ordentlichen Gerichte anzurufen, von Ärzten und Patienten nur ungern gewählt wird. Insbesondere medizinisch nicht vorgebildete Patienten kommen häufig in Schwierigkeiten, wenn sie die Unangemessenheit einer ärztlichen Rechnung vor Gericht nachweisen sollen. Viele Patienten scheuen auch deswegen gerichtliche Auseinandersetzungen, weil sie befürchten, das Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt erleide durch eine solche Auseinandersetzung Schaden.

Den Ärztekammern als öffentlich-rechtlichen Körperschaften obliegt es, ihre gebührenrechtlichen Aufsichtspflichten auch unter voller Wahrung des Schutzes der Patienten wahrzunehmen. Stellungnahmen von Kammern zu ärztlichen Abrechnungen, die Patienten der Bundesregierung übersandt haben, legen die Annahme nahe, daß einzelne Kammern das Interesse der Patienten noch nicht immer ausreichend würdigen oder daß Beanstandungen erst im Wege der aufsichtsrechlichen Prüfung abgeholfen werden kann. Es wird erwartet, daß sich der Weg der Schlichtung durch die Ärztekammern auf Dauer bewährt.

F. Erfahrungen mit der GOÄ auf der Grundlage von Datenauswertungen

I. Angaben der Ärzte zur Einkommensentwicklung

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung hatte in seinem Fragebogen insbesondere auch nach den Auswirkungen der GOÄ auf das Gebührenaufkommen der Ärzte gefragt. Damit sollten die Grundlagen für die Beantwortung der vom Bundesrat gestellten Fragen ermittelt werden. Die Bundesärztekammer hat dazu mitgeteilt, daß eigene statistische Unterlagen nicht zur Verfügung stehen. Sie schließt aus der Ausgabenentwicklung bei der privaten Krankenversicherung im Jahre 1983, "daß die Umstellung auf die neue Gebührenordnung nicht kostenneutral erfolgt ist, sondern zu Einkommenseinbußen bei Ärzten geführt hat", die nicht akzeptiert werden könnten. Sie schließt ferner aus der Einordnung medizinisch-technischer Leistungen in den kleinen Gebührenrahmen, "daß das Gebührenaufkommen insbesondere in diesem Leistungsbereich wesentlich stärker gesunken ist als bei den Leistungen des großen Gebührenrahmens. Hierfür sprechen auch die höheren Einnahmeeinbußen bei denjenigen Ärzten, die ganz oder überwiegend medizinisch-technische ärztliche Leistungen erbringen."

In ihren ergänzenden Stellungnahmen haben die Organisationen der Dermatologen, HNO-Ärzte, Internisten, Orthopäden und Chirurgen sowie der Beleg- und Krankenhausärzte Einkommenseinbußen in unterschiedlichem Ausmaß - im stationären Bereich mehr als 30 v.H. - behauptet. Auch diese Verbände konnten auf Rückfrage zu ihren Angaben nur allgemeine Hinweise geben. So wurden die Einbußen beispielsweise damit begründet, daß früher in der Regel der 6fache Multiplikator gewählt worden sei. Von den Krankenhausärzten wurde unter Bezug auf ein Gutachten

625/85 B

aus dem Jahre 1982 darauf hingewiesen, daß die damaligen Aussagen im nachhinein durch Berichte der Mitglieder voll bestätigt worden seien. Schließlich wurde auf vergleichende Aufzeichnungen Bezug genommen, die Anfang 1983 von Ärzten angefertigt worden seien, aber wegen ihres vertraulichen Charakters nicht aus der Hand gegeben werden könnten. Einige Rückfragen blieben bisher unbeantwortet. Auf verläßliche Daten der Ärzte konnte die Bundesregierung deshalb bei ihrem Bericht nicht zurückgreifen. Sie hat sich daher auf eigenes Material und auf Daten der Erstattungsstellen stützen müssen.

II. Entwicklung des Gebührenaufkommens

Für das Gebührenaufkommen aus privatärztlicher Tätigkeit gibt es keine eigene Statistik. Rückschlüsse auf die Entwicklung des Gebührenaufkommens aus den Privatliquidationen der Ärzte lassen sich jedoch aus der Entwicklung der Ausgaben der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung für Arzthonorare nach der GOÄ ziehen.

1. Entwicklung der Ausgaben für Arzthonorare

Sowohl bei der Beihilfe als auch bei der privaten Krankenversicherung sind die Ausgaben für Arzthonorare im Jahre 1983 gegenüber 1982 zurückgegangen. Im Jahre 1984 sind sie dagegen wieder angestiegen, und zwar nicht nur gegenüber 1983, sondern auch gegenüber 1982. Die bisher vorliegenden Angaben für das Jahr 1985 lassen eine leicht steigende Tendenz bei der Beihilfe und bei der privaten Krankenversicherung erwarten.

Bei der privaten Krankenversicherung betrugen der Rückgang 1983 gegenüber 1982 rund 1,6 v.H., der Anstieg 1984 gegenüber 1982 rund 3 v.H.. Bei der Beihilfe des Bundes (ohne Bahn und Post) betrugen der Rückgang 1983 gegenüber 1982 0,1 v.H., der Anstieg 1984 gegen-

über 1982 jedoch wieder 7,6 v.H.. Soweit Angaben von Ländern und Gemeinden vorliegen, ist eine entsprechende Entwicklung zu verzeichnen.

Vergleicht man die Entwicklung der Ausgaben der privaten Krankenversicherung für Arzthonorare in einem längerfristigen Zeitraum mit den entsprechenden Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, so zeigt sich bis einschließlich 1982 eine deutlich höhere Kostenexpansion im privatärztlichen Bereich, die nach Inkrafttreten der GOÄ 1983 kurzfristig von einem Rückgang, danach von einem deutlich flacheren Anstieg der Ausgaben abgelöst wurde. Allerdings ist die mit der GOÄ angestrebte Abflachung des Honorarniveaus etwa auf den Stand von 1981 nicht eingetreten (vgl. dazu Abschnitt B III. zu b). Da der leichte Rückgang auf 1983 beschränkt blieb, werden die von den Ärzten behaupteten gravierenden Einkommenseinbußen insgesamt nicht bestätigt.

2. Durchschnittliche Gebühr je Einzelleistung

Anhaltspunkte für die finanziellen Auswirkungen der GOÄ lassen sich auch aus einem Vergleich der Durchschnittsgebühr je Leistung aufgrund der Stichproben der privaten Krankenversicherung vor und nach dem Inkrafttreten der GOÄ gewinnen. Die Durchschnittsgebühr je Leistung wurde ermittelt aus dem Gebührenaufkommen dividiert durch die Anzahl der abgerechneten Leistungen. Sie besagt zwar nichts über die Höhe der Einkommen insgesamt oder je Arzt, läßt aber erkennen, wie die Entwicklung der Vergütung je erbrachter Einzelleistung tendenziell verlaufen ist.

625/85 B

Im ambulanten Bereich erhielt ein Arzt vor und nach der Novellierung der GOÄ im Durchschnitt jeweils rund 24 DM je Leistung. [9] Die Durchschnittsgebühr für stationäre Leistungen lag vor und nach der Novellierung jeweils bei rund 29 DM. Über alle abgerechneten Leistungen im ambulanten und stationären Bereich ergibt dieser Vergleich eine Durchschnittsgebühr von jeweils rund 26 DM vor und nach dem Inkrafttreten der GOÄ. Bei der Durchschnittsgebühr ist also gegenüber 1982 ein Absinken des Gebührenniveaus insgesamt nicht erkennbar.

3. Einfluß sonstiger Faktoren auf das Honorar der Ärzte

Bei der Beurteilung der Entwicklung des Honoraraufkommens und der Arzteinkommen ist zu berücksichtigen, daß diese nicht nur von der Ausgestaltung des Gebührenrechts, sondern von einer Reihe weiterer Faktoren beeinflußt werden. Ins Gewicht fällt vor allem der Anstieg der Zahl der Ärzte, auf die sich das Gebührenaufkommen rechnerisch verteilt. Im Jahre 1982 gab es 62 418 frei praktizierende Ärzte. 1983 stieg die Zahl auf 64 032 und 1984 auf 65 780 Ärzte, das sind gegenüber 1982 rund 5,5 v.H. mehr. Bei einem Anstieg der Ausgaben um 3 v.H. im gleichen Zeitraum von 1982 bis 1984 muß sich für die durchschnittlichen Einnahmen ein Rückgang ergeben, der nicht unmittelbar auf die

9) Hierbei wird die Durchschnittsgebühr nach der Stichprobe von 1982 verglichen mit der Durchschnittsgebühr der Stichproben von 1983 und 1984.

GOÄ zurückzuführen ist und den die GOÄ nicht zu korrigieren hat. Zu berücksichtigen ist dabei auch, daß der steigenden Zahl der Ärzte ein ständiger Rückgang der Bevölkerung gegenübersteht. Dies hat dazu geführt, daß selbst im Zeitraum von 1982 bis 1984 die Zahl der Einwohner je niedergelassenem Arzt von 988 auf rd. 930 zurückging.[10)] Dieser Rückgang hat sich auf den Anteil der Privatversicherten nicht in vollem Umfang ausgewirkt, da die Zahl der Privatversicherten in diesen Jahren angestiegen ist.

Bei alledem ist nicht berücksichtigt, daß es auch Änderungen im Verhalten der Patienten bei der Inanspruchnahme von Leistungen, Veränderungen in der Leistungsstruktur der Ärzte und Verschiebungen im Leistungsspektrum zwischen einzelnen Arztgruppen gibt, weil für diese Faktoren keine Erhebungen zur Verfügung stehen.

III. Verhältnis von persönlichen und medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen

Durch die neue GOÄ wurden die persönlichen Leistungen des Arztes im Verhältnis zu den medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen aufgewertet. Im ambulanten Bereich stieg der Anteil der persönlichen Leistungen an der Gesamtzahl der abgerechneten Leistungen von rund 62 v.H. auf rund 63 v.H., im stationären Bereich nahm der Anteil von rund 60 v.H. auf rund 65 v.H. zu. Beim Gebührenaufkommen ist die strukturelle Verschiebung zu Gunsten der persönlichen Leistungen deutlicher ausgeprägt (vgl. Anlage).

10) Quellen:
Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1985, Köln Februar 1985; Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Reihe 1, Gebiet und Bevölkerung; eigene Berechnungen

6257857

Verschiebungen zwischen den beiden Leistungsarten lassen sich auch am Vergleich der Durchschnittsgebühr je abgerechneter Leistung vor und nach dem Inkrafttreten der GOÄ zeigen. Betrug die Durchschnittsgebühr je abgerechnete persönliche Leistung nach der Stichprobe von November 1982 rund 20 DM, so ist anhand der Vergleichsstichproben von 1983 und 1984 ein Anstieg auf rund 26 DM festzustellen, also eine Zunahme von rund 30 v.H.. Bei den medizinisch-technischen Leistungen ergibt der entsprechende Vergleich eine durchschnittliche Absenkung von rund 32 DM (1982) auf rund 26 DM (1983/84), also von rund 19 v.H.. Die neue GOÄ hat also mit der Aufwertung der persönlichen Leistungen gegenüber den medizinisch-technischen ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen beiden Leistungsarten bewirkt. Die Vermutung der Bundesärztekammer, daß das Absinken des Gebührenaufkommens für medizinisch- technische Leistungen mit dem kleinen Gebührenrahmen in Verbindung gebracht werden muß, ist durchaus plausibel. Allerdings ist aus den Verschiebungen zwischen beiden Leistungsarten nicht auf Einkommenseinbußen insgesamt zu schließen, da der Anteil der persönlichen Leistungen am Gebührenaufkommen etwa doppelt so hoch ist wie der Anteil der medizinisch-technischen Leistungen und der Prozentsatz der Aufwertung der persönlichen Leistungen den Prozentsatz der Absenkung der medizinisch-technischen Leistungen um rund 10 v.H. übersteigt.

IV. Auswirkungen für einzelne Arztgruppen

Auch für das Gebührenaufkommen der einzelnen Arztgruppen liegen keine statistischen Angaben vor. Es lassen sich lediglich Tendenzen anhand der Durchschnittsgebühren für die ärztlichen Leistungen und anhand eines Vergleichs der früheren und jetzigen durchschnittlichen Steigerungssätze erkennen.

1. Verschiebungen bei persönlichen und medizinisch-technischen Leistungen

Bei den persönlichen Leistungen lassen sich bei allen Arztgruppen Steigerungen der Durchschnittsgebühren in unterschiedlichem Umfang erkennen. Oberhalb des durchschnittlichen Anstiegs von rund 30 v.H. liegen im ambulanten Bereich die Kinderärzte, Internisten, Urologen und Ärzte für Allgemeinmedizin. Einen Rückgang weisen die Chirurgen auf.

Im stationären Bereich lassen die bisher ausgewerteten Stichproben nicht für alle Arztgruppen repräsentative Aussagen zu. Erst die Auswertung weiterer Stichproben des Jahres 1985 wird besser abgesicherte Erkenntnisse bringen können. An der Spitze stehen nach ersten Hinweisen mit überdurchschnittlichem Anstieg der Durchschnittsgebühr für persönliche Leistungen die Anästhesisten und Internisten.

Auch bei den medizinisch-technischen Leistungen sind Unterschiede zwischen den Arztgruppen beim Vergleich der Durchschnittsgebühren festzustellen. Über dem Prozentsatz der durchschnittlichen Absenkung von rund 19 v.H. liegen im ambulanten Bereich die Orthopäden und die Kinderärzte, im stationären Bereich die Chirurgen und die Gynäkologen. Trotz des Rückgangs der Durchschnittsgebühr für medizinisch-technische Leistungen weisen die Laborärzte im ambulanten Bereich, die Radiologen im ambulanten und stationären Bereich einen Anstieg der Durchschnittsgebühr auf.

62585 B

Es kann aufgrund der abgerechneten Einzelleistungen angenommen werden, daß sich bei beiden Leistungsarten ein Übergang zu höherwertigeren Leistungen bemerkbar macht. Das stark ausdifferenzierte Gebührenverzeichnis mit insgesamt rund 2400 Einzelleistungen gibt dazu ausreichend Spielraum, der auch gut genutzt wurde. Während 1982 nach dem alten Leistungsverzeichnis insgesamt 730 verschiedene Einzelleistungen abgerechnet wurden, waren es nach der neuen GOÄ bis zu 1.300.

Faßt man die Ergebnisse zusammen, so fallen die Zuwächse bei den Laborärzten und Radiologen auf, die möglicherweise auf zu hohe Punktzahlen bei einzelnen einschlägigen Leistungen hindeuten. Bei den Chirurgen könnte der Rückgang der Durchschnittsgebühr für persönliche Leistungen Anlaß geben, die Punktzahlen insbesondere operativer Leistungen zu prüfen. Allerdings fällt auf, daß z.B. diese Arztgruppe unter der Geltung der GOÄ 1965 überdurchschnittlich hohe Steigerungssätze angewandt hat, so daß die Durchschnittsgebühr nach der neuen GOÄ zwangsläufig niedriger sein mußte.

2. <u>Durchschnittliche Steigerungssätze und Abweichungen einzelner Arztgruppen</u>

Auswirkungen der neuen GOÄ auf einzelne Arztgruppen hängen eng mit der früher üblichen Anwendung der Steigerungssätze nach der GOÄ 1965 zusammen. Nach der GOÄ 1965 hatten die Ärzte für die Bemessung ihrer Honorare einen Gebührenrahmen bis zum Sechsfachen der Einfachsätze. Eine Auswertung des Liquidationsverhaltens vor Einführung der neuen GOÄ ergab, daß die Ärzte im ambulanten Bereich durchschnittlich einen Steigerungssatz in Höhe des 3,46fachen, im stationären Bereich einen Steigerungssatz in Höhe des 3,8fachen berechneten. Nach Stichproben im ersten Jahr der Geltung der neuen

GOÄ betrug der durchschnittliche Steigerungssatz im ambulanten Bereich das 2,1fache und im stationären Bereich das 2,32fache. Differenziert man nach persönlichen und medizinisch-technischen Leistungen, so ergaben sich bei den persönlichen Leistungen durchschnittliche Steigerungssätze von 2,29 (ambulant) und von 2,61 (stationär); bei den medizinisch-technischen Leistungen betrugen die Steigerungssätze 1,86 (ambulant) und 1,88 (stationär).

Da die Einfachsätze der neuen GOÄ im Durchschnitt um etwa 64 v.H. angehoben wurden, hat die neue GOÄ trotz des reduzierten Gebührenrahmens bei persönlichen Leistungen einen verbesserten Honorarspielraum gegeben, wie die Entwicklung der durchschnittlichen Gebühr je abgerechneter Einzelleistung zeigt. Für die Liquidation medizinisch-technischer Leistungen hat die GOÄ den Spielraum allerdings deutlich enger gestaltet und damit die bezweckte Absenkung dieser Leistungen erreicht.

Die neue GOÄ hat bewußt keinen Ausgleich zugelassen für früher generell angewandte überdurchschnittlich hohe Steigerungssätze, wie das etwa bei einer größeren Zahl von Beleg- und Krankenhausärzten oder auch bei einzelnen Arztgruppen der Fall war. Wenn z.B. die Chirurgen nach der Stichprobe November 1982 durchschnittlich das 4,12fache liquidiert haben (ambulant sogar fast 4,5fach), so mußten Einbußen eintreten, weil die Bemessungskriterien der neuen GOÄ eine entsprechend hohe durchschnittliche Liquidation nicht mehr zuließen. Es kann also bei Arztgruppen mit rückläufiger Durchschnittsgebühr für persönliche Leistungen nicht generell eine Unterbewertung von Einzelleistungen angenommen werden. Vielmehr ist stets auch die Anwendung der Steigerungssätze früher und heute zu prüfen.

625/85 B

G. Bewertung und Schlußfolgerungen der Bundesregierung

I. Beurteilung der Grundsätze der GOÄ

Nach Abwägung aller befürwortenden und kritischen Stellungnahmen zur GOÄ kommt die Bundesregierung zu dem Schluß, daß sich die Neuregelung des ärztlichen Gebührenrechts bewährt hat. Die GOÄ hat sich im Berichtszeitraum bei Ärzten, Patienten und Erstattungsstellen eingespielt. Nicht selten haben finanzielle Vorteile der GOÄ - vor allem bei der Vergütung der persönlichen ärztlichen Leistungen - dazu geführt, daß Vorurteile gegen die neue GOÄ abgebaut wurden.

Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sind für die Bundesregierung keine überzeugenden Gründe dafür deutlich geworden, die tragenden Grundsätze der GOÄ zu ändern. Die GOÄ hat nicht nur die Interessen der Ärzte, sondern auch die schutzwürdigen Interessen der Patienten zu berücksichtigen. Dies gilt z.B. für den mit der Neuregelung verbundenen erhöhten Verwaltungsaufwand, der zu Gunsten der Patienten in Kauf genommen werden muß, weil eine Überprüfung ärztlicher Rechnungen nur möglich ist, wenn bestimmte Mindestangaben vorgeschrieben werden. Auch das Bundesverfassungsgericht hat inzwischen bestätigt, daß die Regelungen des § 12 GOÄ über die Anforderungen an die Erstellung der ärztlichen Rechnung den Arzt nicht unverhältnismäßig belasten, gemessen an den gewichtigen Interessen der Patienten, die Rechnung vor der Zahlung des Honorars zu überprüfen [11] Im Übrigen haben moderne Bürotechnik und elektronische Datenverarbeitung wesentlich zum Abbau des anfänglich befürchteten Verwaltungsaufwandes beigetragen.

---

[11] Beschluß vom 8.3.1985 - 2 BvR 221/85, NJW 1985, S. 2187

Die Bundesregierung wird über eine Weiterentwicklung der GOÄ mit den Beteiligten Gespräche aufnehmen. Hierbei wird insbesondere zu erörtern sein, wie der Tendenz zu der auch von den Ärzten letztlich nicht gewollten Einheitsgebühr mit einer differenzierteren und leistungsgerechteren Liquidation besser begegnet werden kann. Es ist auch zu prüfen, wie die Einhaltung der Begründungspflicht bei Überschreiten des Schwellenwertes sichergestellt werden kann. Die Weiterentwicklung des ärztlichen Gebührenrechts erfordert bei aller Gegensätzlichkeit der Interessen letztlich die Zusammenarbeit aller Beteiligten, um sachgerechte, angemessene und praktikable Lösungen zu finden.

II. Bewertung des Gebührenaufkommens und der medizinisch-technischen ärztlichen Leistungen

Die Bundesregierung ist nach den bisherigen Erkenntnissen der Auffassung, daß ein ungerechtfertigtes Absinken des Gebührenaufkommens allgemein nicht festzustellen ist. Weder die Ausgabenentwicklung der Beihilfe und der privaten Krankenversicherung noch die Analyse des Vergleichs der Durchschnittsgebühren vor und nach dem Inkrafttreten der GOÄ lassen nennenswerte Rückgänge im gesamten Gebührenaufkommen erkennen. Auch Verschiebungen zu Lasten der medizinisch-technischen Leistungen haben wegen der Aufwertung der persönlichen Leistungen insgesamt nicht zu Verlusten geführt.

Die Bundesregierung kann aber nicht ausschließen, daß eine nicht bezifferbare Zahl von Ärzten im Berichtszeitraum Einkommenseinbußen erfahren hat, die allerdings nur teilweise durch die GOÄ bedingt sein können, da das Gebührenaufkommen insgesamt wieder gestiegen ist. Ins Gewicht fällt auch die Zunahme der Zahl der niedergelassenen Ärzte. Es muß berücksichtigt werden, daß es aufgrund der mit der GOÄ verbundenen Zielsetzungen

zwangsläufig zu Einbußen bei einzelnen Arztgruppen kommen mußte; denn es sollte nicht nur ein ausgewogeneres Verhältnis von persönlichen und medizinisch-technischen Leistungen erreicht werden, das Gebührenaufkommen sollte auch gerechter unter den Ärzten verteilt werden. Beide Ziele sind tendenziell erreicht worden; es wird Aufgabe der Weiterentwicklung der GOÄ sein, dort, wo unter Beachtung dieser Ziele noch Verbesserungen möglich sind, weitere Korrekturen vorzunehmen.

Es ist dagegen nicht beabsichtigt, Korrekturen in solchen Fällen vorzunehmen, in denen Einkommenseinbußen eingetreten sind, weil der Gebührenrahmen der alten GOÄ in den letzten Jahren vor dem Inkrafttreten der neuen GOÄ ohne angemessene Berücksichtigung der Bemessungskriterien zu hoch ausgeschöpft worden war. Ebensowenig können Einkommensveränderungen, die auf die ständige Zunahme der Zahl der Ärzte in Verbindung mit dem Rückgang der Bevölkerung oder ein verändertes Verhalten von Patienten oder Ärzten zurückgehen, durch Korrekturen der GOÄ ausgeglichen werden.

Zur Frage, ob und in welchem Umfang sich Korrekturen bei der Bewertung medizinisch-technischer ärztlicher Leistungen und ihrer Zuordnung zum kleinen oder großen Gebührenrahmen als notwendig erweisen, bedarf es noch weiterer Untersuchungen. Dabei wird zu berücksichtigen sein, daß nach bisherigen Erkenntnissen bei Laborärzten und Radiologen trotz einschränkender Regelungen bei der durchschnittlichen Gebühr für medizinisch-technische Leistungen im Vergleich zu anderen Arztgruppen ein Anstieg festgestellt werden konnte. Dieses Ergebnis spricht gegen eine Beseitigung der Laborhöchstwerte und wird möglicherweise zusätzliche Korrekturen erforderlich machen. Eine Veränderung der Zuordnung zum Gebührenrahmen kann bei einzelnen Leistungen mit besonders hohem ärztlichen Anteil, wie z.B. bei der Strahlenmedizin notwendig werden.

III. Bewertung der Auswirkungen für einzelne Arztgruppen

Die Auswirkungen der GOÄ auf die einzelnen Arztgruppen lassen einige Verschiebungen erkennen, die beabsichtigt waren wie z.B. die Zuwächse aufgrund der Aufwertung der persönlichen Leistungen bei Arztgruppen, die vom Mißverhältnis der beiden Leistungsarten besonders nachteilig betroffen waren. Andererseits gibt es einzelne Arztgruppen, bei denen die Bewertungen der persönlichen Leistungen im Verhältnis zu den persönlichen Leistungen anderer Gruppen überprüft werden müßten. Dies gilt insbesondere für krankenhaustypische, vor allem operative Leistungen. Insgesamt läßt das ausgewertete Material erkennen, daß das früher bestehende Mißverhältnis von persönlichen und medizinisch-technischen Leistungen zwar korrigiert wurde, aber die mit der GOÄ angestrebte Verschiebung hin zu den persönlichen Leistungen im Berichtszeitraum noch nicht voll erreicht werden konnte.

Weitergehende Schlußfolgerungen zu den einzelnen Arztgruppen läßt das bisherige Datenmaterial nicht zu. Im wesentlichen ist nur das Datenmaterial des Jahres 1984 voll aussagefähig, weil in den Ausgaben des Jahres 1983 noch Rechnungsbeträge aus der Zeit der GOÄ 1965 enthalten sind. Verläßlichere Aussagen werden erst möglich sein, wenn auch die Daten des Jahres 1985 mit den bisherigen verglichen werden können, zumal die Regelungen für den stationären Bereich nach einer Übergangsphase von zwei Jahren erst am 1. Januar 1985 vollständig in Kraft getreten sind. Bei der Weiterentwicklung der GOÄ werden auch die für die Auswirkungen auf die Arztgruppen notwendigen Daten des Jahres 1985 berücksichtigt werden.

625/85 D

IV. Angemessenheit des Punktwertes

Für den Berichtszeitraum kann davon ausgegangen werden, daß der in § 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ festgelegte Punktwert von 10 Deutschen Pfennigen im privatärztlichen Bereich eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen sicherstellt. Die Einfachsätze der GOÄ orientierten sich zur Zeit ihres Inkrafttretens an den Vergütungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Durchschnitt lag der Punktwert im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung 1982 bei 10,4 Pfennigen. Gegenwärtig ist er auf knapp 11 Pfennige angestiegen und liegt zwischen 10 Pfennigen bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen und 12 Pfennigen bei den Ersatzkassen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Punktwerte für Laborleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als Folge der pauschalierten Vergütung deutlich unter dem Punktwert für die sonstigen ärztlichen Leistungen liegen, und zwar zwischen 6 Pfennigen bei Betriebskrankenkassen und 9 Pfennigen bei den Ersatzkassen. Insgesamt ist der durchschnittliche Punktwert der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber 1982 also nicht wesentlich gestiegen, so daß aus dieser Entwicklung keine Notwendigkeit der Anhebung des Punktwertes der GOÄ abgeleitet werden kann.

Auch die gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die seit 1982 nur eine geringe Steigerung von Preisen und Löhnen aufweist, rechtfertigt zum jetzigen Zeitpunkt keine Anpassung des Punktwertes. Die Bundesregierung wird die weitere Entwicklung der gesamtwirtschaftlichen Daten und des Gebührenaufkommens im Jahre 1986 beobachten und ihre Entscheidung über eine Erhöhung des Punktwertes daran orientieren.

V. Weiterentwicklung der GOÄ

Nach Auswertung der zum Bericht eingegangenen Stellungnahmen und nach Abwägung aller bisher vorliegenden Erkenntnisse hält die Bundesregierung es für erforderlich, einige Änderungen der GOÄ zur Diskussion zu stellen.

1. Zulässigkeit der Vereinbarung einer Pauschalvergütung

Die Vereinbarung einer Pauschalvergütung ist - auch nach der Rechtsprechung - nicht zulässig. Gleichwohl sind Sonderfälle denkbar, in denen eine solche Vereinbarung durchaus im Interesse des Arztes und des Patienten liegen könnte. Die Bundesregierung wird prüfen, ob für solche Vereinbarungen besondere Abrechnungsvorschriften entwickelt werden können.

2. Eindeutigere Abgrenzung der Praxiskosten von den Auslagen

Die bisherige Abgrenzung der Praxiskosten von den Auslagen, die sich aus den Bestimmungen des § 4 Abs. 3 und des § 10 GOÄ ergibt, gibt zu Zweifelsfragen im ambulanten und stationären Bereich Anlaß. Im Interesse der Transparenz der ärztlichen Rechnung sollten solche Zweifelsfragen durch eine klarere Abgrenzung der beiden Vorschriften ausgeräumt werden. Dabei sollten die Besonderheiten der pauschalierten Auslagenerstattung im ambulanten Krankenhausbereich berücksichtigt werden.

3. Konkretisierung der Grenzen ärztlicher Leistungen

In der Praxis des niedergelassenen Arztes ergibt sich im allgemeinen eine reibungslose Zuordnung der ärztlichen Leistungen. Dagegen werden im stationären Bereich einem liquidationsberechtigten Arzt häufig Leistungen von nichtärztlichen Fachkräften zugerechnet, die nach der Verordnung deswegen nicht abrechenbar sind, weil

der Arzt im Einzelfall weder Aufsicht noch Weisung über diese Personen ausüben kann. Eine genauere inhaltliche Beschreibung der Begriffe "Aufsicht und Weisung" in § 1 Abs. 2 GOÄ könnte größere Rechtsklarheit bewirken und unzulässige Abrechnungen verhindern. Außerdem muß die Entwicklung des Umfangs der Privatliquidation im stationären Krankenhausbereich im Verhältnis zu den mit dem Pflegesatz abgegoltenen allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 der Bundespflegesatzverordnung) sorgfältig beobachtet werden.

4. Überprüfung der Vorschrift über analoge Bewertung ärztlicher Leistungen

Die Erfahrungen mit der Bewertung von Leistungen, die z.B. im Gebührenverzeichnis der GOÄ nicht enthalten sind, geben Anlaß zur Überprüfung der Vorschrift über die analoge Bewertung. Gerade auch im Hinblick auf die Schwierigkeiten bei der Festlegung analoger Bewertungen ist in einer Reihe von Stellungnahmen angeregt worden, das Gebührenverzeichnis schneller und flexibler anzupassen. Die Bundesregierung wird die Anregung zur grundsätzlichen Erörterung des Problems aufgreifen.

5. Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses

Die Bundesregierung wird auf der Grundlage der bisherigen Erfahrungen die Arbeiten an der Weiterentwicklung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufnehmen. Sie wird dabei anknüpfen an die medizinische, technische und wirtschaftliche Entwicklung seit Inkrafttreten der GOÄ. Da das geltende Leistungsverzeichnis sich an dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (EBM) orientiert, kann die geplante Änderung des EBM nicht unberücksichtigt bleiben.

Es ist außerdem notwendig, die große Zahl der in den Stellungnahmen der Ärzteverbände enthaltenen Änderungs-, Ergänzungs- und Bewertungsvorschläge zum Gebührenverzeichnis der GOÄ in Abstimmung mit den Betroffenen, vor allem mit der Bundesärztekammer zu sichten, zu prüfen und zu vergleichen. Der Vergleich wird jedoch erschwert durch den Umstand, daß die Vorschläge weder nach Umfang und Zahl noch nach dem Bewertungsverhältnis der Leistungen zueinander abgestimmt sind. Schon jetzt läßt sich übersehen, daß die Zahl der Vorschläge für neue Leistungen den Rahmen des Gebührenverzeichnisses bei weitem sprengen würde. Das geltende Verzeichnis ist bereits so stark aufgefächert, daß in Zukunft eher eine Straffung des Verzeichnisses notwendig sein wird.

VI. Ergebnis

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß mit der GOÄ eine Neuregelung für den privatärztlichen Bereich getroffen wurde, die den Interessen der Ärzte und der Patienten gleichermaßen Rechnung trägt. Die tragenden Grundsätze der GOÄ haben sich bewährt. Ein ungerechtfertigtes Absinken des Gebührenaufkommens ist - auch bei den medizinisch-technischen Leistungen - nicht eingetreten. Die von den Ärzten insgesamt und für einzelne Arztgruppen angegebenen gravierenden Einkommenseinbußen sind durch Datenmaterial der Ärzte nicht belegt und auch anhand mittelbarer Daten nicht festgestellt worden. Die Bundesregierung wird aber unter Berücksichtigung der bisher gemachten Erfahrungen insbesondere das Leistungsverzeichnis weiterentwickeln. Zugleich wird sie einzelne Korrekturen der allgemeinen Vorschriften der GOÄ, die sich im Interesse einer reibungslosen Anwendung der GOÄ als notwendig erwiesen haben, vorbereiten. Die Vorarbeiten sollen im Jahre 1986 aufgenommen werden.

Drucksache 625/85

B

Anlage

Anteil der persönlichen und med.-technischen Leistungen an allen Leistungen in Prozent

	Häufigkeit		Anteil am Honorarvolumen	
	persönliche	med.-techn.	persönliche	med.-techn.
		ambulant		
11/82	62,04	37,96	49,49	50,61
11/83	63,97	36,03	61,22	38,78
02/84	61,73	38,27	60,72	39,28
05/84	62,90	37,10	60,91	39,09
08/84	63,32	36,68	61,10	38,90
11/84	63,47	36,46	60,60	39,40
über alle Vergleichs-stichproben	63,08	36,92	60,91	39,09
		stationär		
11/82	59,69	40,31	53,22	46,78
11/83	65,29	34,71	67,80	32,20
02/84	66,49	33,51	69,51	30,49
05/84	64,69	35,31	68,24	31,76
08/84	64,73	35,27	67,24	32,76
11/84	65,23	34,77	67,16	32,84
über alle Vergleichs-stichproben	65,29	34,71	67,99	32,01

Quelle: Vierteljährliche Stichprobenerhebungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.