Aus der Feststellungs- und Verpflichtungsklage von sechs Zahnärzten gegen die Bundesrepublik

Teil 6: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

In loser Folge veröffentlicht die Redaktion an dieser Stelle Auszüge aus der Feststellungsklage, die der BDIZ EDI begleitet. In diesem sechsten Teil geht es um die Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ.

Die Klage lässt sich nicht ohne Darlegung des Ausmaßes an Nichtbeachtung gesetzlicher Vorgaben durch das Bundesgesundheitsministerium sachgerecht begründen. Dafür ist die rechtshistorische Entwicklung der aktuell geltenden Gebührenordnungen von besonderer Bedeutung.

Von der ersten sich mit ärztlichen Gebührensätzen befassenden Kurfürstlich Brandenburgisch-Preußischen Taxordnung vom 17.3.1623 bis zur am 1.9.1924 in Kraft getretenen Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (Preugo) legten sämtliche Gebührenordnungen Abrechnungsspannen mit Mindest- und Höchstsätzen fest, wobei die Gebührenordnung i. d. R nur subsidiär für den Fall galt, dass nichts anderes zwischen Patient und Behandler vereinbart wurde (Grundsatz der vollen Abdingbarkeit).

Gebührenordnungen, die für den Behandler vollständig abdingbar sind, haben einen sehr viel geringeren Rechtfertigungsdruck hinsichtlich ihrer Inhalte und Aktualität als Gebührenordnungen, an die sich der Behandler halten muss.

Diese Gebührenordnungen galten jeweils einheitlich für Ärzte und Zahnärzte (teilweise auch noch zusätzlich für Tierärzte, so z. B. die Preußische Medicinaltaxe vom 21.6.1815).

Die Preugo trat durch Bekanntmachung des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt betreffend den Erlass einer Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1.9.1924 (VMB1. 1924, S. 371) in Kraft. Rechtsgrundlage war § 80 Abs. 2 GewO.

Die Preugo 1924 hatte Vorgängerversionen. Im Rahmen der Klagebegründung spielt jedoch nur die Fassung ab dem 1.9.1924 eine Rolle.

Zur Begründung der Mindest- und Höchstsätze führt Dietrich, die Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 15.3.1922, Klinische Wochenschrift 1922, 905 [907] aus:

> *2. Der Spielraum zwischen den Mindest- und Höchstsätzen ist so weit bemessen, daß für eine angemessene Bewertung aller in Betracht kommenden Einzelfälle selbst in der jetztzeit der Neureichen genügend Raum gegeben ist; er beträgt meist das zehnfache, gelegentlich aber auch das zwanzigfache des Mindestsatzes.*

Die Preugo enthielt als Gebührenordnung einheitlich die Vergütung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen sowohl bei Kassenpatienten als auch bei Selbstzahlern.

© 279photo – stock.adobe.com

Die Mindestsätze der Preugo galten für die Behandlung, „wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten" sind (§ 2 S. 1 Preugo).

Sie galten im Grundsatz auch für Versicherte von Krankenkassen, die sich als Versicherte durch eine Kassenbescheinigung ausweisen (§ 2 S. 3 Preugo).

Eine Erhöhung der abgerechneten Sätze für die Versicherten der Krankenkassen war aber möglich, wenn „besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Mehr des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen" (§ 2 S. 2 Preugo).

Rechtsgrundlage für die Behandlung von Kassenpatienten war damals die am 1.1.1914 in Kraft getretene Reichsversicherungsordnung (RVO). Die Preugo gab die Gebührenspannen direkt in Goldmark an, spätere Gebührenordnungen setzten nur noch den Mindestwert und Steigerungsfaktoren fest. Die Gebührenspannen beliefen sich bis maximal Faktor 20. Die Beträge sind gem. § 4 Satz 1 Preugo in Goldmark angegeben. Für die Bezahlung in Papiermark enthielt § 4 S. 2 Preugo Umrechnungsvorgaben. Für den Vergleich der Gebührenordnungsstrukturen ist festzuhalten, dass 1,0-fach Preugo = RVO galt. Dieser Grundsatz, dass die Behandlungshonorare für Kassenpatienten dem 1,0-fachen Satz der privat(zahn)ärztlichen Gebührenordnungen entsprechen, wurde bis 1994 durchgehalten.

Für Zahnärzte sah die Preugo für die Versicherten der Krankenkassen in Abschnitt IV einen eigenen Gebührenkatalog vor (Preugo von 1924, Volkswohlfahrt 1924, 385 f.). Eine spezielle ärztliche Gebührenordnung für Kassenpatienten gab es in der Preugo nicht. Für die Bestimmung der Gebührenhöhe im Normalfall bestimmte § 3 Preugo, dass

> *„die Höhe der Gebühren innerhalb der festgesetzten Grenzen nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles, insbesondere nach der Beschaffenheit und Schwierigkeit der Leistung, der Vermögenslage der zahlungspflichtigen, den örtlichen Verhältnissen usw., zu bemessen" sei.*

Die Preugo erhielt durch die Verordnung PR Nr. 74/52 vom 11.12.1952 (BAnz. 1952, Nr. 243, S. 1) bundesrechtliche Geltung.

Die Mindestsätze der Preugo wurden 1953 und 1957 in zwei Schritten um insgesamt rund 77 Prozent erhöht, wodurch der wirtschaftlichen Entwicklung Rechnung getragen werden sollte.

Die Preugo galt in der Bundesrepublik Deutschland offiziell bis zum 31.3.1965, in der Deutschen Demokratischen Republik bis zur Wiedervereinigung am 3.10.1990. Tatsächlich nutzten aber die Primärkassen die Preugo als Abrechnungsgrundlage bis zur Vereinbarung des Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (BMÄ) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Bundesverbänden der Primärkassen im Jahre 1971 (s. Hess/Thüsing/Ulrich/Wille/Wollenschläger, Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem?, 2018, S. 4).

Die Preugo hatte bis zum 31.3.1965 zuletzt als Rechtsgrundlagen die §§ 11 BÄO, 15 ZHG.

Adgo (ab 1928)

Die Preugo wurde vom Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) von Anfang an scharf kritisiert. Sie trage „weder in wissenschaftlicher Beziehung noch in materieller Hinsicht den Bedürfnissen der Ärzte hinreichend Rechnung". Als

Alternative legte der Hartmannbund mit der Adgo zum 1.1.1928 eine privatrechtliche Gebührenordnung auf, auf die sich Ärzte und Patienten vertraglich einigen konnten. Eine dem heutigen § 2 Abs. 1 S. 1 GOÄ/GOZ entsprechende Norm, die das komplette Loslösen von den Strukturen der staatlichen Gebührenordnungen verbietet, kannte die Preugo nicht. Die Adgo fand in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Inkrafttreten der GOÄ 1982 am 1.1.1983 Anwendung. Sie wies bereits 670 Gebührenpositionen auf (s. Nienhaus, Neue GOÄ – Ende der Privat-Adgo, Deutsches Ärzteblatt 1982, Heft Nr. 48 vom 3.12.1982, S. 51f.).

E-Adgo (ab 1929)

Die Adgo bildete 1929 die Basis für die E-Adgo, die Gebührenordnung für die Ersatzkassen, als Vereinbarung zwischen der KBV und dem Verband der Ersatzkrankenkassen (heute Verband der Ersatzkassen – vdek). Aus der E-Adgo wurde später die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO). Die E-Adgo wurde Grundlage der am 1.4.1965 in Kraft getretenen GOÄ 1965.

BEMA-Z (ab 1962)

Zum 1.7.1962 trat nach jahrelangen Verhandlungen der für die Behandlung von Versicherten der Primärkassen geltende Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen in Kraft. Dieser löste die auf der Basis des Teils IV der Preugo entwickelte Kassenzahnärztliche Gebührenordnung (Kazgo) und den Kassenzahnärztlichen Röntgentarif ab.

Der BEMA-Z wurde 1966 um Leistungsziffern für die Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, 1972 um die kieferorthopädische Versorgung und schließlich ab dem 1.1.1975 um Leistungsziffern für Zahnersatz erweitert, nachdem das BSG mit Urteil vom 24.1.1974 – 6 RKa 6/72 – diesen der kassenzahnärztlichen Versorgung zugeordnet hatte.

Der BEMA-Z enthielt schon 1962 Einzelleistungsvergütungen. Dieses Grundprinzip besteht bis heute (2023) fort. Der BEMA-Z wurde – jedenfalls in Teilen – Vorbild für die GOZ 1965 (s. ZM 1964, 996).

In der nächsten Ausgabe geht es weiter mit GOÄ 1965/GOZ 1965.

RAT