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

# Teil 8: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

**In dieser Folge gibt die Redaktion weitere Einblicke in die Feststellungsklage, die vom BDIZ EDI initiiert und vom Justiziar Prof. Dr. Thomas Ratajczak erarbeitet wurde. In Teil 8 geht es weiter mit BEMA-Z über GOÄ bis schließlich die GOZ beschrieben wird.**

## BEMA-Z (ab 1978)

Zur gleichen Zeit wurde auf derselben Rechtsgrundlage auch der einheitliche Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen neu vereinbart.

Für die Primärkassen gab es den Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) und den einheitlichen Bewertungsmaßstab BEMA-Z, für die Ersatzkassen den Zahnarzt-Ersatzkassen-Vertrag (EKV-Z).

Der EKV-Z galt – mit regelmäßigen Anpassungen – bis zum 30.6.2018. Seit dem 1.7.2018 gibt es für die vertragszahnärztliche Versorgung nur noch den BMV-Z als einheitlichen Bundesmantelvertrag für alle Krankenkassen. Eine Besonderheit bestand im Gebührenrecht. Während bei den Kassenärzten (der Ausdruck Vertragsärzte wurde damals noch nicht verwendet) für Primär- und Ersatzkassen getrennte Gebührenordnungen vereinbart wurden, gab es bei den Kassenzahnärzten eine einheitliche Gebührenordnung mit unterschiedlichen Punktwerten für die Versorgung von Versicherten der Primär- und Ersatzkassen.

Diese Unterschiede bestehen bei den Vertragszahnärzten bis heute (2023) fort. Die Abrechnung kassenzahnärztlicher Leistungen, die nicht im BEMA-Z enthalten waren, erfolgte auf der Grundlage der GOÄ 1965 (Nr. 3 BEMA-Z in der Fassung bis zum 31.12.2003).

## GOÄ (ab 1983)

Die als vorläufig bezeichnete GOÄ 1965 blieb bis zur GOÄ 1982 17 Jahre lang unverändert „vorläufig". Die GOÄ 1982 trat am 1.1.1983 in und die Adgo am selben Tag außer Kraft.

Wurde für die GOÄ 1965 die E-Adgo zur Grundlage genommen, wurde für die GOÄ 1982 auf die kassenärztlichen Gebührenordnungen zurückgegriffen.

Der schon erwähnte Bericht des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 23.12.1985 beschreibt dies als „Fortschreibung dieser Tradition der Wechselwirkung" zwischen kassenärztlichen und privatärztlichen Gebührenordnungen (BR-Drs. 625/85 vom 27.12.1985, S. 24).

Mit der Gebührensystematik der GOÄ 1965/GOZ 1965, die Mindestsätze ausnahmslos als Geldbetrag in DM anzugeben, brachen § 5 Abs. 1 GOÄ 1982 und später § 5 Abs. 1 GOZ 1988.

© 279photo – stock.adobe.com

- An die Stelle des jeder Leistung zugeordneten Geldbetrages traten Punktzahlen.
- Es wurde ein Punktwert als zentraler Abrechnungsfaktor zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung eingeführt, allerdings keine Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung vorgenommen.
- Die möglichen Steigerungsfaktoren wurden auf die Bandbreite von 1,0 bis 3,5 reduziert, mit einer weiteren Reduzierung für Labor- und Röntgenleistungen (1,0- bis 2,5-fach).

Das Honorar errechnete sich erstmals (und bis heute unverändert) nach folgender Rechenformel (s. § 5 Abs. 1 Satz 2 GOÄ 1982/GOZ 1988):

**Punktzahl (Zahl) x Punktwert (DM-Betrag) x Steigerungssatz (Zahl)**

An die Stelle der Deutschen Mark trat mit der Währungsreform der Euro.

Der Punktwert für die GOÄ wurde auf 10 DPf festgesetzt (3 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ 1982), für die GOZ mit einer Verzögerung von sechs Jahren ebenfalls (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ 1988).

Die Bundesärztekammer hatte bereits 1967 einen von ihr erarbeiteten Entwurf einer neuen GOÄ mit rund 1.700 Gebührenpositionen vorgelegt.

Zur Begründung für die Anpassung und Änderung der GOÄ 1982 führt der Verordnungsentwurf aus:

> *„Die im Gebührenverzeichnis der GOÄ festgelegten Gebührensätze sind seit 1965 nicht angehoben worden. Die in der Zwischenzeit eingetretene wirtschaftliche Entwicklung haben die Ärzte dadurch ausgeglichen, dass sie nach und nach ein Mehrfaches der Einfachsätze liquidieren. Die durchschnittliche Liquidationshöhe ist auf diese Weise bis zum Jahr 1981 auf das etwa Dreieinhalbfache der Einfachsätze des Gebührenverzeichnisses angestiegen. Die Spannenregelung der geltenden GOÄ hat allerdings nicht die Aufgabe, die unterlassene Anpassung der Einfachsätze an die wirtschaftliche Entwicklung auszugleichen, sie soll es vielmehr ermöglichen, unter Berücksichtigung aller Umstände im Einzelfall eine angemessene Vergütung zu erreichen."*

Die GOÄ 1982 brachte eine weitgehende Neugestaltung der ärztlichen Gebührenpositionen. Dazu heiß es in der Begründung (a. a. O., S. 9):

> *„Die einzelnen Leistungspositionen des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sind ebenfalls seit 1965 nicht verändert oder ergänzt worden. Neue oder weiterentwickelte ärztliche Leistungen sind daher im Gebührenverzeichnis nicht enthalten. Das hat zur Folge, dass die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische und technische Entwicklung von den Ärzten nur über die analoge Bewertung berücksichtigt werden könnte. Hinzu kommt, dass durch die Entwicklung neuer Technologien, insbesondere in der Laboratoriumsmedizin zahlreiche Leistungen heute erheblich kostengünstiger erbracht werden können. Das hat zu einem Missverhältnis zwischen den Vergütungen für die überwiegend persönlichen ärztlichen Leistungen einerseits und den sonstigen ärztlichen Leistungen andererseits geführt."*

Die Punktwertfestsetzung begründet der GOÄ 1982-Entwurf wie folgt (a. a. O., S. 10):

> *„Mit der Festsetzung des Punktwertes auf 10 Deutsche Pfennige werden die einfachen Gebührensätze der neuen Gebührenordnung – bezogen auf den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung – in etwa den durchschnittlichen Vergütungen der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen.*
>
> *Nach aktuellsten verfügbaren Daten beträgt der Punktwert im 2. Quartal 1982 im Bereich der RVO-Kassen im Durchschnitt 10 Pfennige, im Ersatzkassenbereich 11,4 Pfennige, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt 10,4 Pfennige. In diesem Zusam-*

*menhang ist darauf hinzuweisen, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der rd. 90 v. H. der Bevölkerung versichert sind, keine Gebührenspannen gibt. Die hier zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Vergütungssätze sind mischkalkulierte Beträge, durch die sowohl leichtere als auch schwierigere Leistungen angemessen vergütet werden.*

*Mit der Festsetzung des Punktwertes auf 10 Pfennige wird in etwa eine gleiche Erhöhung der Gebühren erreicht, wie sie im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung seit 1965 zwischen den Ärzten und Krankenkassen ausgehandelt worden ist. Damit wird der zwischenzeitlichen wirtschaftlichen Entwicklung unter Berücksichtigung der medizinisch-technischen Entwicklung in angemessener Weise Rechnung getragen."*

Die Gleichung lautete als 1982 wie schon 1965:

**1,0-fach GOÄ 1982 = BMÄ**

Zu den durch die GOÄ 1982 verursachten Kosten heißt es auf S. 2 der BR-Drucksache:

*„Die Länder werden als Kostenträger der gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz mit zusätzlichen Kosten belastet. Der Umfang der Mehrbelastung hängt davon ab, in welcher Höhe die Länder die seit 1965 nicht erhöhten einfachen Gebührensätze anheben werden. Es kann aber davon ausgegangen werden, dass die Mehrbelastung durch Einsparungen bei der Beihilfe in etwa ausgeglichen wird. Darüber hinaus ist eine Mehrbelastung öffentlicher Haushalte nicht zu erwarten."*

## Zwischenbemerkung zur Analogabrechnung

An dieser Stelle sei eine Zwischenbemerkung gestattet. Neben den aktuell geltenden Gebührenordnungen GOÄ 1996 und GOZ 2012 besteht mittlerweile (2023) eine nicht mehr überschaubare Zahl von analog abgerechneten Leistungen.

Der von der Bundeszahnärztekammer jährlich aktualisierte Katalog selbstständiger gemäß § 6 Abs. 1 GOZ analog zu berechnender zahnärztlicher Leistungen listet aktuell 205 Leistungen auf – und enthält den Hinweis, die Liste sei nicht abschließend.

Der aktuelle Katalog des BDIZ EDI umfasst 295 Analogleistungen.

Die GOZ 2012 selbst umfasst (nur) 211 Leistungen.

In der GOÄ ist die Situation bei den Analogleistungen längst so entgleist, dass für die GOÄ ein von Bundesärztekammer und dem Verband der privaten Krankenversicherungen konsentierter und bepreister Vorschlag mit rund 7.000 Gebührenpositionen für eine komplett neue GOÄ vorliegt.

Der Bundesgesundheitsminister nahm ihn auf dem letztjährigen Deutschen Ärztetag entgegen, mehr aber auch nicht.

Denn, wie es die *Ärztezeitung* online am 22.12. 2010, 5:00 Uhr so treffend in eine Schlagzeile fasste: „Am Ende entscheidet das Geld der Länder über die GOÄ."

Die in den Begründungen zu GOÄ 1982 und GOZ 1988 angewandte Sachlogik hätte längst dazu führen müssen, dass GOÄ und GOZ angepasst werden.

## EBM (ab 1988)

Der EBM wurde als einheitliche Gebührenordnung für die kassenzahnärztlichen Leistungen zum 1.1.1988 eingeführt und löste BMÄ und E-GO ab.

## GOZ (ab 1988)

Die GOZ wurde sechs Jahre nach der GOÄ 1982 angepasst. Die Notwendigkeit dafür sah der Verordnungsgeber „schon aus Gründen der Gleichbehandlung von Ärzten und Zahnärzten" (BR-Drs. 276/87 vom 26.6.1987, S. 45).

Weiter heißt es (ebd.):

> *Die Ermächtigungsvorschriften für den Erlaß von Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte, § 11 der Bundesärzteordnung und 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde (Zahnheilkundegesetz), sind inhaltsgleich.*

Die Zielsetzung der GOZ 1988 wird in der Drucksache (S. 51) wie folgt beschrieben:

> *Das wichtigste Ziel der Novellierung der GOZ ist die Anpassung des zahnärztlichen Gebührenrechts an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung. Nach der Ermächtigungsvorschrift des § 15 des Zahnheilkundegesetzes, die mit Wirkung vom 1. Juli 1982 ihre heute gültige Fassung erhielt, hat der Verordnungsgeber bei der Novellierung den berechtigten Interessen der Patienten ebenso Rechnung zu tragen wie den Interessen der Zahnärzte. Außerdem muß er unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes die seit 1983 gültigen Regelungen des ärztlichen Gebührenrechts berücksichtigen.*

Die Notwendigkeit der Neubeschreibung der zahnärztlichen Leistungen wird mit dem seit 1965 nicht mehr geänderten oder ergänzten Leistungsverzeichnis begründet. Eine größere Zahl an Leistungen sei veraltet, das Leistungsverzeichnis lückenhaft. Die Zahnärzte hätten den Privatpatienten zunehmend Leistungspositionen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für kassenzahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) und Positionen aus sogenannten Analogie-Listen in Rechnung gestellt. Dadurch sei im privatzahnärztlichen Bereich die Rechtsklarheit verlorengegangen (ebd., S. 51).

Im Gegensatz zur GOÄ 1982, für die der EBM Vorlage wurde, hielt der Verordnungsgeber den BEMA-Z nicht als Grundlage für ein neues Leistungsverzeichnis der GOZ geeignet. Die Leistungsbeschreibungen seien teilweise veraltet, vielfach nicht aus sich selbst heraus verständlich, der Aufbau des BEMA-Z sei unsystematisch und unübersichtlich (ebd., S. 51f.).

Einige neuere Leistungsbeschreibungen des BEMA-Z – wie z. B. die Positionen für Aufbissbehelfe – seien allerdings in der GOZ 1988 übernommen worden in der Überlegung, dass zu große Unterschiede zwischen der kassenzahnärztlichen und der privatzahnärztlichen Gebührenordnung die Abrechnung in der Zahnarztpraxis erschweren. Wie schon in der Vergangenheit könne es sich andererseits empfehlen, den BEMA-Z – insbesondere in der äußeren Gestaltung – stärker an die neue GOZ anzupassen (ebd., S. 52). Sinn und Zweck der Umstellung auf Punktzahlen und der Einführung des Punktwertes erklärt der Regierungsentwurf zur GOZ 1988 in Rekapitulation der Überlegungen zur GOÄ 1982 wie folgt (ebd., S. 49):

Der Gebührenrahmen, der von 1983 an auch bei den Ärzten vom einfachen bis zum sechsfachen Satz reichte, wurde auf eine Spanne vom Einfachen bis zum Dreieinhalbfachen des Einfachsatzes eingeschränkt. Auf diese Weise wurde die Erhöhung des Einfachsatzes ausgeglichen und eine kostenneutrale Umstellung der alten auf die neue GOÄ ermöglicht. Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen.

Auch für die GOZ galt also:

**1,0-fach GOZ 1988 = BEMA-Z.**

In der Begründung zu § 5 GOZ heißt es ergänzend (ebd., S. 68):

> *Die Gebührensätze (Einfachsätze) ergeben sich aus den Punktzahlen des Gebührenverzeichnisses, vervielfacht mit dem Punktwert. Sie lösen die DM-Beträge der alten GOZ ab. Der Punktwert wird auf 11 Pfennige festgesetzt. Ihm kommt die Funktion zu, den Wert der Punktzahlen im Preisgefüge anderer Dienstleistungen zu bestimmen.*

Über die den Steigerungsfaktoren im Gebührenrecht ab 1983 (bei der GOÄ) bzw. ab 1988 (bei

der GOZ) beizumessende Bedeutung wurde die Regierungsbegründung zur GOÄ (ebd., S. 9) bereits weiter vorn im Text zitiert.

Zu den kostenmäßigen Auswirkungen der GOZ 1988 heißt es in der BR-Drs 276/87, S. 2:

> *D. Kosten*
>
> *Die Gebührenordnung von 1965 wird – unter Einschluß der neu aufgenommenen Leistungsbereiche – auf der Grundlage des gegenwärtigen Gebührenvolumens im wesentlichen kostenneutral auf die neue Verordnung umgestellt. Bund, Länder und Gemeinden werden deshalb nicht mit zusätzlichen Kosten belastet.*

Dieselbe Begründung findet sich ausführlicher auf S. 58 f. der Drucksache.

Die GOZ 1988 brach wie schon zuvor die GOÄ 1982 mit der Gebührensystematik von 1965 (s. § 5 Abs. 1 GOZ 1988):

- An die Stelle des jeder Leistung zugeordneten Geldbetrages traten Punktzahlen.
- Es wurde ein Punktwert als zentraler Abrechnungsfaktor zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung eingeführt, ohne dass eine Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung vorgenommen wurde.
- Die möglichen Steigerungsfaktoren wurden auf die Bandbreite von 1,0 bis 3,5 reduziert, mit einer weiteren Reduzierung für Labor- und Röntgenleistungen.

Das Honorar errechnete sich nach folgender Rechenformel (s. § 5 Abs. 1 Satz 2 GOZ 1988):

**Punktzahl (Zahl) x Punktwert (DM-Betrag) x Steigerungssatz (Zahl)**

Der Punktwert für die GOZ wurde auf 11 DPf festgesetzt (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOÄ 1982), für die GOZ mit einer Verzögerung von sechs Jahren ebenfalls (§ 5 Abs. 1 Satz 3 GOZ 1988).

Das Verhältnis der Einfachsätze der GOZ 1988 zum BEMA-Z ist in etwa wie bei der GOÄ 1982 zum BMÄ:

**1,0-fach GOZ 1988 = BEMA-Z**

In der Begründung heißt es dazu (S. 54):

> *Die Einfachsätze der GOZ werden gegenüber den Beträgen der alten GOZ im Durchschnitt erheblich angehoben, in einer Reihe von Fällen sogar mehr als verdoppelt, z. B. bei Füllungen. Sie entsprechen allerdings nicht generell den Vergütungssätzen der gesetzlichen Krankenversicherung.*

Unverändert blieben aber für Zahnärzte die GOÄ 1982 und für Ärzte die GOZ 1988 anwendbar. Die Crossover-Klauseln fanden sich in § 6 GOÄ 1982 und in § 6 GOZ 1988. Der Verordnungsgeber wollte Leistungen, die von Ärzten und Zahnärzten erbracht werden, nicht in beiden Gebührenverzeichnissen abbilden:

> *„Von einer Aufnahme solcher Leistungen in beide Gebührenverzeichnisse wurde abgesehen, um eine einheitliche Vergütung für die gleiche Leistung sicherzustellen" (ebd., S. 53).*

In der von der ZÄK herausgegebenen Festschrift *50 Jahre Bundeszahnärztekammer 1953 – 2002*, Berlin 2002, findet sich auf S. 39 f. folgende Aussage:

> *Keine Gebührenerhöhung seit 1965*
>
> *Benachteiligt fühlten sich die Zahnärzte auch deshalb, weil die neue Gebührenordnung keine Erhöhung gegenüber 1965 brachte. Erklärtes Ziel der Bundesregierung war eine „kostenneutrale" Umstellung der Bugo auf die GOZ. Der BDZ kam anhand von Beispielsrechnungen zu dem Ergebnis, dass die neue Gebührenregelung eine Verschlechterung gegenüber der alten bedeute.*
>
> **RAT**

Der Beitrag wird fortgesetzt mit der Gebührensystematik von GOÄ und GOZ im 9. Teil.