

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

Teil 10: Entstehungsgeschichte von GOÄ und GOZ

Dieser Teil umfasst den Weg der Gebührenordnungen von der GOÄ ab 1988 bis zur Punktwerthöhung bei GOÄ 1996 und der Nichterhöhung bei der GOZ, was zum Klageantrag Nr. 4 führt. In diesem Teil wird wieder eine sehr spannende Diskussion zwischen den betroffenen Beteiligten und im Bundesrat wiedergegeben. Dieser Teilbeitrag zeigt auch auf, warum die Feststellungsklage auf die Ungleichbehandlung abzielt. Scannen Sie auf jeden Fall die QR-Codes.

GOÄ (ab 1988)

Zeitlich mit nur kleiner Verzögerung zur GOZ wurde der Punktwert der GOÄ durch die 3. Verordnung zur Änderung der GOÄ vom 9.6.1988 von 10 DPf auf 11 DPf erhöht (s. BR-Dr. 118/88 vom 10.3.1988). Das entspricht einer Anhebung des Punktwertes um zehn Prozent innerhalb von knapp sechs Jahren. Begründet wird die Anhebung damit, die Erhöhung des Punktwertes berücksichtige die Entwicklung der Praxiskosten und gewährleiste eine Beteiligung des Arztes an der wirtschaftlichen Entwicklung seit 1983 (ebd., S. 41).

Man kann den erforderlichen Wert durch einfachen Dreisatz auf die 41 Jahre seit 1982 umrechnen und käme dann auf 68,33 Prozent Anpassungsbedarf. Tatsächlich angepasst wurde in diesem Zeitraum um 11,4 Prozent. Das liegt – wie noch zu zeigen sein wird – weit unter den bei der GOZ erfolgten Anpassungen (s. dazu näher unten bei Ziffer 16, S. 104 ff.).

Neu gefasst wurde in der GOÄ 1982 der auch für Zahnärzte wichtige Abschnitt L Kapitel IX über mund-, kiefer- und gesichtschirurgische Leistungen. Von einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ wurde abgesehen. Sie könne erst dann erfolgen, wenn mit

dem erst seit dem 1.10.1987 geltenden neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab gesicherte Erfahrungen gesammelt worden seien (ebd., S. 41).

EBM (ab 1993)

Zum 1.1.1993 wurden der BMÄ und die E-GO in Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in § 87 Abs. 2a und 2b SGB V i. d. F des Art. 1 Nr. 45 Buchstabe b) GLSG (BGB1 1992, S. 2266) in ein einheitliches Gebührenverzeichnis (EBM) zusammengefasst.

Im Gegensatz zu GOÄ und GOZ wird der EBM seit vielen Jahren durchschnittlich viermal im Jahr jeweils zu Quartalsbeginn aktualisiert und fortentwickelt, die Punktwerte werden einmal jährlich neu vereinbart.

Die aktuelle Version des EBM gilt seit dem 1.7.2023. Sie umfasst 2.016 Seiten im DIN A4-Format. Zum Vergleich: Die am 1.7.2000 in Kraft getretene Version des EBM umfasste 251 DIN A4-Seiten.

Die Einführung des Standardtarifs in der PKV zum 1.7.1994

§ 257 Abs. 2a SGB V erzwang ab dem 1.1.1993 über den Umweg des sonst nicht mehr übernahme-



fähigen Zuschusses zur privaten Krankenversicherung des Arbeitnehmers die Einführung eines brancheneinheitlichen Standardtarifs für die PKV. Der insbesondere für ältere PKV-Versicherte gedachte Standardtarif sollte es ermöglichen, Versicherungsschutz im Umfang der GKV und zu einem mit der GKV vergleichbaren Beitrag auch bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen zu erhalten (s. BT-Drs. 12/3608 vom 5.11.1992, Seite 116).



§ 5b Satz 1 GOÄ und § 5a Satz 1 GOZ begrenzten den abrechenbaren Steigerungsfaktor bei den normalen Leistungen ab dem 1.1.2000 verpflichtend auf den 1,7-fachen Steigerungsfaktor, beließen es aber unverändert bei fehlendem Kontrahierungszwang.

Eingefügt wurden die beiden Normen durch Art. 17 und 18 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 (BGB I S. 2626 [2654]), obwohl es zum 31.12.1997 in Deutschland gerade einmal 1.059 Standardtarifversicherte gab (BT-Drs. 14/125 vom 23.6.1999, S. 124).



Schon zuvor gab es die Empfehlung der Bundesärztekammer zu einer entsprechenden Faktorbegrenzung bei den Abrechnungen (*Deutsches Ärzteblatt* 1994, 3408).

§ 5a GOZ wurde zwischenzeitlich wieder aufgehoben.

Man ging 1994 davon aus, dass der 1,7-fache Steigerungsfaktor in etwa den Sätzen des EBM und des BEMA-Z entsprach.

Für den BEMA-Z liegt eine Untersuchung des PKV-Verbandes vom Mai 2002 mit dem Titel „Vergleich der Vergütungen zahnärztlicher Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und im Standardtarif der PKV“ vor, die zu dem Ergebnis kommt, dass die vertragszahnärztliche Vergütung nach dem Standardtarif für den Untersuchungszeitraum im Jahr 2000 nicht unter der vertragszahnärztlichen Vergütung liegt (S.101).

Die Untersuchung liegt mir als PDF des PKV-Verbandes vor. Im Internet ist sie nicht mehr auffindbar.

Für 1994 galt folglich bereits:

1,7-fach GOÄ = EBM

1,7-fach GOZ = BEMA-Z

GOÄ (ab 1996)

Die GOÄ erfuhr durch die am 1.1.1996 in Kraft getretene vierte Änderungsverordnung vom 18.12.1995 vor allem Änderungen bei den Laborleistungen und ist seitdem – von einer unbedeutenden Änderung durch die 5. Änderungsverordnung vom 21.10.2019 (enthielt nur Änderungen hinsichtlich der Leistungen bei Todesfeststellung) abgesehen – seit nunmehr 27 Jahren unverändert. Die meisten Gebührensätze gelten unverändert seit 1982, also seit nunmehr 41 Jahren.

Der Entwurf zur GOÄ 1996 wurde bereits am 17.3.1994 vorgelegt (BR-Dr. 211/94).



Der GOÄ 1996 waren umfangreiche Vorarbeiten und Änderungsvorschläge durch die Bundesärztekammer vorausgegangen. Der Deutsche Ärztetag hatte bereits im Jahr 1991 eine Weiterentwicklung des Leistungsverzeichnisses der GOÄ 1982 angemahnt. Das Bundesministerium für Gesundheit übersandte 1993 zwei Arbeitsentwürfe zur Änderung der Gebührenordnung zur Stellungnahme an Bundesärztekammer und KBV, fertigte anschließend einen Referentenentwurf, zu dem der Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands eine Stellungnahme mit umfangreichen Berechnungen über die quantitativen Auswirkungen der vorgesehenen Novelle beisteuerte, die eine Verringerung des Gesamthonorariums aller Ärzte und insbesondere der leitenden Krankenhausärzte errechnete. Nach intensiven Gesprächen zwischen Bundesrat und Bundesministerium für Gesundheit sowie zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und der Bundesärztekammer hat der Bundesrat die 4. Änderungsverordnung am 3.11.1995 mit einigen Änderungen des Regierungsentwurfs beschlossen.

Zu den Gründen für die Anpassung führt der Verordnungsentwurf aus:

„Während im EBM die in der Zwischenzeit fortgeschrittene medizinische und technische Entwicklung durch Anpassungen der Vertragspartner in kurzen Zeitabständen fortlaufend berücksichtigt werden konnte, ist das Gebührenverzeichnis der GOÄ in weiten Teilbereichen zunehmend hinter dem Stand der medizinischen und technischen Entwicklung zurückgeblieben. Dies hat zur Folge, dass gegenwärtig eine Vielzahl von in ihrer Erbringungsweise wesentlich veränderten oder im Gebührenverzeichnis noch nicht enthaltenen Leistungen nur analog abgerechnet werden können, während andere Leistungen des Gebührenverzeichnisses obsolet geworden sind, sodass dieses das heutige Leistungs- und Abrechnungsgeschehen nur noch unzureichend widerspiegelt.

Zwischen allen Beteiligten ist deshalb die Notwendigkeit einer umfassenden Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses unter Berücksichtigung der medizinischen und technischen Entwicklung unbestritten“ (ebd., S. 88).

Vorschlag zur Prüfung einer Vertragsgebührenordnung

Der gerade zitierte Begründungsabschnitt führte zu einer Bitte des Bundesrates, zu prüfen, ob es sich empfiehlt, das derzeit staatlich verordnete Gebührensystem durch ein Vergütungssystem (mit staatlicher Zwangsschlichtung) abzulösen, das gesamtvertraglich zwischen Leistungsanbieter- und Kostenerstattungsseite vereinbart wird (s. Plenarprotokoll des Bundesrates der 690. Sitzung vom 3.11.1995, S. 524; BR-Drs. 688/95 vom 23.10.1995, S. 146), also zu einem Verfahren, wie es in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert ist und zu den bereits erwähnten engmaschigen Anpassungsrhythmen geführt hat.

Zum
Plenarprotokoll:



Die Bundesregierung berichtete dem Bundesrat über das Ergebnis ihrer Sondierungen am 11.3.1998 (BR-Drs. 240/98 vom 13.3.1998).



Danach standen die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft einer Entstaatlichung des privat-(zahn-)ärztlichen Gebührenrechts und damit einem zwischen Ärzten bzw. Zahnärzten und Kostenträgern vereinbarten Preis- und Leistungsverzeichnis grundsätzlich positiv gegenüber. Die Stellungnahmen der Länder zeigten auf, dass eine Mehrzahl der für Gesundheit zuständigen Ministerien der Länder eine Vertragslösung befürworteten, während sich die für Beihilfefragen zuständigen Ressorts der Länder für eine Beibehaltung des Rechtsverordnungsverfahrens der GOÄ aussprachen. Eine abschließende (politische) Entscheidung dazu, ob eine Abkehr von einer amtlichen, d. h. durch Rechtsverordnung erlassenen Gebührenordnung hin zu einer Vertragsgebührenordnung ermöglicht werden solle, die zwischen den Akteuren der Selbstverwaltung auf Leistungserbringer- und Kostenträgerseite vertraglich vereinbart wird, wurde nicht getroffen.

Die bleibende Konsequenz dieser politischen Unwilligkeit zur grundlegenden Reform ist, dass heute (2023) weder GOÄ noch GOZ auch nur noch näherungsweise

- den Stand von Wissenschaft und Technologie in der Medizin resp. der Zahnmedizin abbilden,
- die Honorare in weiten Teilen hinter den Honoraren zurückbleiben, die für gleiche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden,
- die Leistungsziffern der Gebührenordnungen weitgehend durch Analogleistungen abgelöst sind, sodass
- für Patienten maximale Intransparenz eingetreten ist,
- die zu hohem Verwaltungsaufwand bei Versicherern und Beihilfebehörden führt und im Ergebnis
- die Patienten in die Prozesse oder den Behandler zum Verzicht auf angemessenes Honorar zwingt.



Punktwerterhöhung bei der GOÄ 1996, aber keine Punktwerterhöhung bei der GOZ (Klageantrag Nr. 4)

Der Punktwert der GOÄ erfuhr zum 1.10.1996 eine Erhöhung auf 11,4 DPf. Der Punktwert der GOZ blieb unverändert.

Bereits darin liegt ein Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1, 12 GG. Für identische Leistungen gibt es nach der GOÄ eine höhere Vergütung als nach der GOZ, was sich insbesondere bei der Fachgruppe der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen auswirkt.

Art. 3 Abs. 1 GG lässt bei gleichen Lebenssachverhalten nicht ein bisschen Ungleichheit zu. Man sollte das nicht vertieft begründen müssen.

Es gehört zum historisch gewachsenen Konsens in Deutschland, dass Ärzte und Zahnärzte gebührenrechtlich gleichzubehandeln sind. In der Sitzung des Bundesrates vom 12.2.1965 wurden die 1965 jeweils neu gefassten Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte gemeinsam behandelt. Der Berichterstatter, Herr Staatsminister Junker, Bayern, führte dazu aus (Protokoll der 278. Sitzung des Bundesrates am 12.2.1965, S. 26):

„Mit Ihrer Erlaubnis darf ich die Berichterstattung zu den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte zusammenfassen. Es handelt sich um zusammengehörende Bereiche, die nur im Hinblick auf die Ermächtigung in § 11 Bundesärzteordnung und § 15 Zahnheilkundengesetz in getrennten Verordnungen geregelt werden. Sachlich wäre es nicht gerechtfertigt, für Ärzte und Zahnärzte verschiedenes Recht zu schaffen. Dementsprechend haben die Ausschüsse zu beiden Verordnungen übereinstimmende Empfehlungen beschlossen.“

„Von einer Aufnahme solcher Leistungen in beide Gebührenverzeichnisse wurde abgesehen, um eine einheitliche Vergütung für die gleiche Leistung sicherzustellen.“ (BR-Drs. 276/87, S. 53)



Gleich ist gleich. Dann müssen auch die Rechtsfolgen gleich sein.

Der Arzt A darf insoweit nicht anders behandelt werden als der Arzt B, der Zahnarzt C auch nicht anders als der Arzt A, wenn A, B und C dieselbe Leistung erbringen.

Zwei Beispiele (es lassen sich viele bilden):

GOÄ und GOZ kennen jeweils eine Zuschlagsgebühr für die Anwendung des OP-Mikroskops: Nr. 440 GOÄ, Nr. 0110 GOZ. Beide sind mit 400 Punkten bewertet.

Das ergibt beim Schwellenwert (2,3-fach) für den Arzt 53,61 €, für den Zahnarzt 51,74 €. OP-Mikroskope sind für beide Berufsgruppen teuer.

Beide Gebührenordnungen kennen eine Zuschlagsgebühr für die ambulante Durchführung chirurgischer Leistungen, die mit Punktzahlen von 250–499 Punkten bewertet sind: Nr. 442 GOÄ, Nr. 0500 GOZ. Beide sind mit 400 Punkten bewertet für beide ist nur der 1,0-fache Steigerungsfaktor abrechenbar. Macht für den Arzt 23,31 €, für den Zahnarzt 22,50 €.

Da gibt es nichts zu diskutieren oder zu beschönigen. Es handelt sich jeweils um dieselben Leistungen.

RAT