

Gebührenordnung

großen Schwankungsbreite. Es ist deshalb unmöglich, den Anteil der Sachkosten an den GOÄ-Gebühren generell und allgemein verbindlich zu bestimmen. Wollte man sie spitz berechnen, würden die stationären Sach- und Personalkosten bei den meisten ärztlichen Leistungen die Einzelsätze der GOÄ um ein Mehrfaches überschreiten.

Als ein besonders krasses Beispiel sei die Nummer 440 GOÄ angeführt, die die Leistungen sämtlicher beteiligten Ärzte an einer 24stündigen Intensivbehandlung umfaßt und mit 800 Punkten bewertet ist. Es müßte auch jedem medizinischen Laien verständlich sein, daß die Sach- und Personalkosten einer 24stündigen Intensivbehandlung diesen Satz in aller Regel um mehr als das Zehnfache überschreiten. Bei anderen Leistungen mag das Mißverhältnis nicht ganz so grotesk sein, es ist jedoch bei den meisten spezifischen stationären ärztlichen Leistungen ebenso evident.

Der Verordnungsgeber hat in seiner Begründung zur GOÄ empfohlen, als Maßstab für den Sachkostenanteil an den GOÄ-Gebühren den Nebenkostentarif der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG-NT) heranzuziehen. Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), in der die Sachkosten ohne jede nachvollziehbare Berechnungsgrundlage pauschal festgelegt sind. Da die neue GOÄ aus dem für die gesetzliche Krankenversicherung geltenden BMÄ entstanden und mit ihr weitgehend identisch ist, wäre für die ärztliche Sachleistung zumindest nicht der DKG-NT, sondern der zwischen der DKG und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vereinbarte KBV-NT das analoge Sachkostenverzeichnis. Aber auch dieser Sachkostentarif ist nicht Bestandteil der GOÄ und besitzt somit keinen rechtsverbindlichen Charakter. Vielmehr wäre der Verordnungsgeber ver-

pflichtet gewesen, den Sachkostenanteil an den GOÄ-Gebühren autoritativ festzusetzen, wenn er schon fordert, daß dieser von den nach § 5 berechneten Gebühren abzuziehen und in der Rechnung bei den einzelnen Leistungen anzugeben ist.

Da der Verordnungsgeber dieser – eigentlich selbstverständlichen – rechtlichen Verpflichtung nicht nachgekommen ist, wird sich zwischen den liquidierenden Ärzten und den Zahlungspflichtigen ein unlösbarer Streit um die Höhe des Sachkostenabzuges entwickeln.

3. Werden sämtliche Sach- und Personalkosten der stationären Behandlung vom Arzthonorar zugunsten des Patienten abgezogen, bleibt selbstverständlich kein Raum mehr für eine Kostenerstattung des liquidationsberechtigten Arztes an den Krankenhausträger. Es dürfte weder rechtlich noch wirtschaftlich zumutbar sein, von dem Resthonorar noch einmal einen Sach- und Personalkostenanteil – dieses Mal zugunsten des Krankenhausträgers – abzuziehen. Als einzige Verpflichtung des liquidationsberechtigten Arztes bleibt die Erstattung der anteiligen Arzt-Personalkosten, die in dem Volumen der „Sach- und Personalkosten“ im Sinne der Verordnung zweifellos nicht enthalten sind. Die Vereinbarungen in den Dienstverträgen über die Kostenerstattung im liquidationsberechtigten Tätigkeitsbereich verlieren wegen Veränderung der Geschäftsgrundlage insoweit ihre Verbindlichkeit.

Für die Höhe des Kostenfaktors „anteilige Arzt-Personalkosten“ gibt der sogenannte „Arztabschlag“ vom großen Pflegesatz, d. h. die Differenz zwischen dem großen und dem um die Arzt-Personalkosten geminderten Pflegesatz für Wahlleistungspatienten, einen zutreffenden Anhalt. Insbesondere aus der Bayerischen Pflegegesetzverordnung läßt sich dieses Prinzip schlüssig ableiten. Dabei ist zu beachten, daß sich in diese,

streng auf die Arzt-Personalkosten limitierte Kostenerstattung die an der Behandlung beteiligten liquidationsberechtigten Ärzte in ihrer Gesamtheit zu teilen haben, denn es kann jetzt nur noch darum gehen, die durch den ermäßigten Pflegesatz verursachte effektive Mindereinnahme des Krankenhauses auszugleichen. Dabei ist zu bedenken, daß der liquidationsberechtigte Arzt zumindest einen erheblichen Teil der ärztlichen Leistungen beim Wahlleistungspatienten selbst erbringt, also dafür ärztliche Mitarbeiter nicht in Anspruch nimmt.

Die Situation wird dadurch noch zusätzlich belastet, daß nach dem Willen des Verordnungsgebers nach dem 1. Juli 1984 offenbar das umgekehrte Prinzip gelten soll: Nun soll der liquidierende Arzt die Sach- und Personalkosten nicht mehr von seinem Honorar abziehen, sondern an den Krankenhausträger abführen. Dies setzt voraus, daß der Pflegesatz des Wahlleistungspatienten von diesen Kosten entlastet wird. Aber selbst wenn der Arzt sein gesamtes, nach der GOÄ bemessenes Honorar an den Krankenhausträger weiterleiten würde, wäre dadurch keine Kostendeckung zu erzielen, da die Gebührensätze der GOÄ weit unter den effektiven Sach- und Personalkosten einer stationären Krankenhausbehandlung liegen.

Sollte der Verordnungsentwurf der Bundesregierung den Bundesrat unverändert passieren, wird er für die Krankenhäuser und ihre liquidationsberechtigten Ärzte zu nahezu unlösbaren Problemen führen, die die Geschäftsgrundlage der meisten Anstellungsverträge in Frage stellen. Darüber hinaus wären auch sämtliche Belegärzte von den Bestimmungen der Verordnung in gleicher Weise betroffen.

Prof. Dr. med.
Hans Wolfgang Opderbecke
Obere Schmiedgasse 11
8500 Nürnberg 1