

Gebührenordnung für Ärzte

Das angemessene Honorar

A U T O R



RA Manfred Specht

Rechtsberatung im Verband

Geschäftsführer einer
Privatärztlichen
Verrechnungsstelle

E-Mail:
m.specht@pvs.de

Die durch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgeschriebenen Honorarsätze entsprechen in weiten Teilen nicht mehr den Gegebenheiten des heutigen Wirtschaftslebens. Sie sichern dem Arzt im Einzelfall keinen Anspruch auf eine seinen Leistungen entsprechende Vergütung zu (in Anlehnung an OLG Düsseldorf AZ 8U 181/00 vom 27.09.2001).

„Darf es ein bisschen mehr sein?“ - Die übliche Frage des Verkäufers: „Darf es ein bisschen mehr sein?“ wird in den meisten Fällen mit „Ja“ beantwortet. Dabei weiß der Kunde, für dieses bisschen mehr zahlt er auch mehr. Anders ist es bei der Inanspruchnahme der ärztlichen Leistung. 90% der Patienten bezahlen nicht unmittelbar für die ärztliche Leistung; sie kennen nicht einmal deren Wert. Nur der verschwindend geringe Teil von 10% der Bevölkerung bezahlt unmittelbar einen Preis für die Inanspruchnahme des Arztes.

GOÄ steht im Missverhältnis...

Dabei ist es sowohl Patient als auch Arzt klar, dass es sich um einen Austausch von Leistung und Gegenleistung handelt. Als Gegenleistung für seine ärztliche Leistung soll der Arzt die übliche Vergütung bzw. das angemessene Honorar erhalten. Doch wer legt fest, was im Rahmen der ärztlichen Vergütung angemessen ist? Obwohl der niedergelassene Arzt die wirtschaftlichen Chancen und Risiken seiner Tätigkeit eigenverantwortlich trägt, bestimmt er nicht persönlich „seinen Preis“. Er hat nicht die Möglichkeit entsprechend dem Grundsatz der freien Marktwirtschaft zu handeln, wo Angebot und Nachfrage den Preis bestimmen und Käufer und Verkäufer im Rahmen der Vertragsfreiheit den Preis für die Leistung aushandeln. Nein – der Arzt ist bei der Abrechnung seiner Leistungen an die durch die GOÄ statuierten Höchst- und Mindestsätze gebunden.

... zur Leistung des Arztes

Wird hierdurch bereits in sein Grundrecht auf freie Berufsausübung unmittelbar eingegriffen, so stellt sich die Frage, ob der Grundrechtsschutz nicht erst recht leerläuft, wenn die gesetzliche Vergütung mit der wirtschaftlichen Entwicklung nicht mehr Schritt hält und ein offensichtliches Missverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung entsteht. Mit dem OLG Düsseldorf hat erstmalig ein Oberlandesgericht entschieden, dass zwi-

schen den durch die GOÄ festgelegten Gebührensätzen und den durch den Arzt effektiv erbrachten Leistungen in bestimmten Fällen ein Missverhältnis existiert, welches es rechtfertigt, trotz eigentlich gebührenrechtlicher Regelung des ärztlichen Honorars durch die GOÄ, unter Anwendung des § 6 Abs. 2 GOÄ eine analoge Berechnung anhand gleichwertiger Leistungen vorzunehmen. Zumindest für den Bereich der Lebertransplantation geht das OLG nunmehr davon aus, dass das in Ziffer 3184 GOÄ festgelegte Honorar nicht mehr sachgerecht sei, die Taxe des § 612 BGB also nicht mehr die angemessene Vergütung, auf die der Arzt einen Anspruch hat, darstellt.

Anders als sich dies aus der Sicht der Kostenträger – private Krankenversicherungen und öffentlicher Dienst – darstellt, wonach die Festlegung der Gebühren für ärztliche Leistungen durch die GOÄ allein im Interesse des Patienten erfolgt, wird durch die Entscheidung des OLG der sozialen Schutzfunktion der GOÄ in jeder Hinsicht Rechnung getragen. Diese soll nämlich dazu dienen, einen Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Interessen von Patienten und Ärzten herbeizuführen, indem sie das Risiko ausschließt, entweder ein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen, oder nur ein zu geringes Honorar fordern zu dürfen.

Entsprechend den durch das Gericht zu Zi. 3184 GOÄ getroffenen Aussagen muss ein derartiges Missverhältnis zwischen Leistung und Honorierung auch im Rahmen weiterer Abrechnungsziffern vermutet werden. Infolge inflationärer wirtschaftlicher Gesamtlage und stetiger Steigerung der mit der ärztlichen Behandlung für den Arzt verbundenen Kosten, erscheint die gegenwärtige Bewertung einzelner Leistungen durch die bestehenden Vergütungsregelungen unangemessen und für den Arzt nicht mehr hinnehmbar.

Die wohlklingenden Äußerungen der privaten Krankenversicherungen, der Arzt solle für eine qualitativ

L I N K S

www.olg-duesseldorf.nrw.de
Oberlandesgericht Düsseldorf

Leistungspflicht der Versicherungen

gute Arbeit auch das ihm zustehende Geld bekommen, trifft heute damit offensichtlich nicht immer zu. Es war vielmehr notwendig durch gerichtlichen Einsatz zu klären, was durch § 11 der Bundesärzteordnung für die

Anwendung der GOÄ ohnehin bereits rechtlich fixiert ist: „(es)... ist **den berechtigten Interessen der Ärzte** und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

BGH zur Kostentragung bei alternativer Medizin

Der BGH hatte in zwei am 30.10.2002 ergangenen Urteilen (IV ZR 60/01; IV ZR 119/01) über die Klage zweier Verbraucherschutzvereine gegen Krankenversicherungen zu entscheiden. Die Verbraucherschutzvereine begehrt von den Krankenversicherungen, die Verwendung von folgender Klausel in ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung zu unterlassen:

„Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.“

Die privaten Krankenversicherungen hatten diese Klausel aufgrund eines Urteils des BGH aus dem Jahre 1993 (BGH NJW 1993, 2369) in ihre Musterbedingungen aufgenommen. In dem genannten Urteil hatte der BGH eine Klausel der Musterbedingung von 1976 wegen Verstoßes gegen § 9 AGB für unwirksam erklärt. Nach dieser Bestimmung bestand für den Krankenversicherer keine Leistungspflicht für wissenschaftlich nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel. Nach der Auffassung des BGH benachteiligte die Klausel die Versicherungsnehmer deshalb unangemessen, weil sie die Leistungspflicht für Methoden und Arzneimittel der Alternativmedizin auch dann ausschloss, wenn sie ebenso erfolgversprechend waren wie die der Schulmedizin oder wenn es bei unheilbaren und noch nicht erforschten Krankheiten auch in der Schulmedizin noch keine allgemein anerkannte Heilungsmethode gab.

Die jetzt von den Klägern beanstandete Klausel genügt jedoch nach der Auffassung des BGH den Ansprüchen des § 9 AGBG bzw. § 307 Abs. 1 und 2 BGB. Es liegt keine unangemessene Benachteiligung der Versicherungsnehmer vor. Die Klausel enthält eine für den Versicherungsnehmer durchschaubare Regelung über die Leistungspflicht für Methoden und Arzneimittel der Schulmedizin und der Alternativmedizin. Der Versicherer leistet für Methoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind und daneben für Methoden und Arzneimittel der Alternativmedizin, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben. Bei unheilbaren und nicht erforschten Krankheiten, für deren Behandlung es keine von der Schulmedizin überwiegend anerkannte und keine erfolgversprechende Methoden der Alternativmedizin gibt, stehen schulmedizinische und nichtschulmedizinische Behandlungsansätze gleichrangig nebeneinander. Die so auszulegende Klausel beschreibt damit den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einer Weise, die den Anforderungen nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes aus dem Jahr 1993 entspricht.

Nach dem letzten, vom Kläger nicht angegriffenen Absatz der Klausel kann der Versicherer seine Leistung jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre.

AUTOR



RA Tim Arenz
Justiziar

E-Mail:
t.arenz@pvs.de

LINKS

www.bundesgerichtshof.de
Bundesgerichtshof in Karlsruhe