

19.12.84

Antrag

des Landes Hessen

zur

Zweiten Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

und

Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung

Punkt 27 der 545. Sitzung des Bundesrates am 20. Dezember 1984

Der Bundesrat möge beschließen:

Zu Artikel 1 und 2

a) Artikel 1 ist wie folgt zu fassen:

"Artikel 1

Änderung der Gebührenordnung für Ärzte

Die Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522),
geändert durch die Verordnung vom 20. Dezember 1983 (BGBl. I S. 1500),
wird wie folgt geändert:

Nach § 6 wird folgender § 6 a eingefügt:

" § 6 a

Gebühren bei stationärer Behandlung

(1) Bei stationären und teilstationären privatärztlichen Leistungen
sind die nach dieser Verordnung berechneten Gebühren um 25 vom Hundert
zu mindern, Gebühren für die in den Abschnitten A, E, M und O des Ge-
bührenverzeichnisses genannten Leistungen sind um 35 vom Hundert zu
mindern. Soweit Leistungen nach Satz 1 von einem Belegarzt erbracht
und berechnet werden, gilt jeweils der halbe Minderungssatz.

(2) Die nach Absatz 1 geminderten Gebühren gelten die dem Krankenhaus entstehenden Kosten im Sinne des § 4 Abs. 3 nicht ab. Neben den nach Absatz 1 geminderten Gebühren darf der Arzt Kosten nicht berechnen; die §§ 7 bis 10 bleiben unberührt."

b) Artikel 2 ist wie folgt zu fassen:

"Artikel 2

Anderung der Bundespflegesatzverordnung

Die Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333, 419), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 22. Mai 1979 (BGBl. I S. 583), wird wie folgt geändert:

1. § 3 Abs. 2 Satz 2 wird gestrichen.

2. § 18 Abs. 6 Satz 2 erhält folgende Fassung:

"Für stationäre und teilstationäre privatärztliche Leistungen entfällt ein Kostenabzug."

3. Das Selbstkostenblatt (Anlage 1, zu § 18 Abs. 2) wird wie folgt geändert:

a) In den Abschnitten B 1, B 2 und B 3 wird jeweils in Teil VII der Buchstabe b gestrichen.

b) In der Anmerkung 3 zu Abschnitt B 1, in der Anmerkung 4 zu Abschnitt B 2 und in der Anmerkung 4 zu Abschnitt B 3 werden jeweils die Worte "§ 368 n Abs. 2 Satz 1 RVO" durch die Worte "§ 368 n Abs. 3 Satz 1 und 2 RVO" ersetzt.

c) Abschnitt E Teil II wird wie folgt geändert:

Die Überschrift erhält folgende Fassung:

"Umwertung der Berechnungstage in kostengleiche Berechnungstage".

Begründung:

Allgemeines

Das Ziel, doppelte Kostenberechnungen zu Lasten der selbstzahlenden Privatpatienten im Krankenhaus zu vermeiden, läßt sich auf dem mit diesem Änderungsvorschlag verfolgten Weg der Minderung der GOÄ-Gebühren verwaltungstechnisch einfach und unbürokratisch lösen.

Das Pflegesatzrecht wird völlig von Problemen entlastet, die sich im Zusammenhang mit den "als" Kostenerstattung der Ärzte im Selbstkostenblatt abzuziehenden Beträgen und mit dem Arztkostenabschlag bei "ärztlichen Wahlleistungen" nach § 6 BPflV ergeben und die

immer wieder zu Auseinandersetzungen zwischen den Betroffenen führen. Die Lösung über die GOA hat zudem den Vorzug, daß auch bei solchen Patienten doppelte Kostenberechnungen vermieden werden, die in Krankenhäusern privatärztlich stationär behandelt werden, die nicht unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung fallen.

Darüber hinaus werden mit einer Novellierung des Krankenhausrechts angestrebte Regelungen, anstelle des tagesgleichen allgemeinen Pflegesatzes andere Entgeltformen einzuführen, nicht verbaut.

Nicht zuletzt schließt die Lösung auch bisher praktizierte Subventionsmechanismen zu Lasten der privaten Krankenversicherung und der öffentlichen Beihilfe aus. Der von der Bundesregierung beschlossene Weg würde dagegen dazu führen, daß die von den Krankenhausärzten zu leistenden und letztlich von den Privatpatienten zu finanzierenden Kostenerstattungen an die Krankenhäuser in Form von Pflegesatzminderungen zu rd. 90 % denjenigen Patienten zugute kämen, die keine privatärztlichen Leistungen beanspruchen und bezahlen.

Zu Artikel 1 Nr. 1:

§ 6 a Abs. 1 sieht zur Vermeidung der ungerechtfertigten Doppelbelastung der Privatpatienten mit Personal- und Sachkosten stationär und teilstationär erbrachter privatärztlicher Leistungen (einmal über die mit dem Pflegesatz erhobenen und einmal über die in den Gebühren enthaltenen Kostenanteile) zwingend eine Minderung der Gebühren um 25 v.H., für Leistungen mit einem überdurchschnittlich hohen Sachkostenanteil von 35 v.H. vor. Die Minderungssätze tragen der unterschiedlichen Kostensituation bei beiden Leistungsgruppen Rechnung. Sie entsprechen den in der weiteren Diskussion um den Referentenentwurf des BMA v. 18.4.1984 vom BMA genannten Sätzen. Dieser Entwurf hatte zunächst einen einheitlichen Minderungssatz in Höhe von 30 v.H. vorgesehen (unter Verzicht auf Kostenerstattungen der liquidierenden Ärzte und Arztkostenabschläge).

Für belegärztliche Leistungen trägt die Minderung in halber Höhe von 25 v.H. bzw. von 35 v.H. dem Umstand Rechnung, daß der Pflegesatz für Belegarztpatienten grundsätzlich mit ärztlichen Personalkosten nicht belastet ist. In einem "reinen" Belegkrankenhaus errechnet sich der Pflegesatz ohnehin ohne Arztkosten, in einem "gemischten" Krankenhaus mit Anstalts- und Belegarztabteilungen bleibt es für die Patienten der Belegabteilungen bei dem Arztkostenabschlag nach § 3 Abs. 2 Satz 2 BPflV. Bei der Berechnung der Minderung ist von der Höhe der nach den §§ 2, 5 oder 6 berechneten Gebühren auszugehen; eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Abs. 1 auch über die Minderungssätze ist also nicht zulässig.

§ 6 a Abs. 2 nimmt die Gebühren für privatärztliche Leistungen, die bei stationärer oder teilstationärer Behandlung erbracht werden, von dem in § 4 Abs. 3 enthaltenen Grundsatz der Kostenabgeltung aus. Die Vorschrift ist eine notwendige Folgeänderung zu der in § 6 a Abs. 1 getroffenen Regelung. Satz 2 stellt klar, daß trotz Nichtabgeltung der Kosten in den Gebühren eine gesonderte Berechnung durch den liquidierenden Arzt zu unterbleiben hat; deshalb scheidet auch eine Abtretung des Vergütungsanspruchs in Höhe solcher Kosten gegenüber dem Zahlungspflichtigen aus. Die Kosten des Krankenhauses können jedoch in den Pflegesatz einbezogen werden.

Zu Artikel 2 Nr. 1

Wegen der in § 6 a GOÄ vorgesehenen Minderung der Gebühren bei stationärer und teilstationärer privatärztlicher Behandlung bedarf es bei "ärztlichen Wahlleistungen" nach § 6 BPflV keines Pflegesatzabschlages mehr, um Doppelbelastungen der Privatpatienten mit Personal- und Sachkosten zu vermeiden. An der rechtlichen Qualifikation der "ärztlichen Wahlleistung" ändert sich durch diese Verfahrensweise nichts. Ein Pflegesatzabschlag bei Leistungen von Belegärzten in Krankenhäusern, in denen neben belegärztlich auch hauptamtlich geleitete Abteilungen bestehen, ist allerdings weiterhin erforderlich. Damit wird der Unterschied berücksichtigt, daß in Belegabteilungen grundsätzlich alle ärztlichen Leistungen von den Belegärzten selbst oder für deren Rechnung erbracht werden.

Zu Artikel 2 Nr. 2

Der neu gefaßte Satz 2 in § 18 Abs. 6 zieht die Folgerung aus der in § 6 a GOÄ eingeführten Honorarminderungspflicht für privatärztliche Leistungen. Er gilt sowohl für ärztliche Wahlleistungen nach § 6 BPflV als auch für privatärztliche Leistungen von Belegärzten. Unbeschadet von Regelungen über einen Vorteilsausgleich ist für eine pflegesatzrelevante Kostenerstattung an das Krankenhaus bei diesen privatärztlichen Leistungen künftig kein Raum mehr. Insoweit ist auch die Geschäftsgrundlage für Regelungen über eine Kostenerstattung der liquidationsberechtigten Krankenhausärzte im stationären bzw. teilstationären Bereich entfallen, die im Nebentätigkeitsrecht der Länder oder in Verträgen zwischen Ärzten und Krankenhäusern enthalten sind. Diese Regelungen müssen jetzt zugunsten der betroffenen Ärzte den veränderten bundesrechtlichen Grundlagen angepaßt werden.