

27.05.94

Empfehlungen
der Ausschüsse

G - Fz - In - K

zu Punkt ... der 670. Sitzung des Bundesrates am 10. Juni 1994

Vierte Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

A

Der **federführende Gesundheitsausschuß (G)**,

der **Finanzausschuß (Fz)** und

der **Ausschuß für Innere Angelegenheiten (In)**

empfehlen dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes nach Maßgabe nachstehender Änderungen zuzustimmen:

1. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 (§ 2 Abs. 1 Satz 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 1 ist § 2 Abs. 1 Satz 1 wie folgt zu fassen:

"Durch Vereinbarung kann nur für Leistungen, die auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht werden und für die der leistende Arzt in der Vereinbarung erklärt, daß sie über das Maß einer medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgesetzt werden."

Begründung:

Die Abdingbarkeit der GOÄ ist gegenüber der bestehenden Rechtslage einzuschränken auf Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind. Nur in diesen Fällen ist der Patient nicht auf die Leistungserbringung durch den Arzt angewiesen, und ein soziales Schutzinteresse ist nicht gegeben.

31. MAI 1994

Ausgeliefert am

(noch Ziff. 1)

Soweit Leistungen medizinisch indiziert sind, ist nach dem Grundsatz des ärztlichen Gebührenrechts "gleicher Preis für gleiche Leistung" zu verfahren. Ärztliche Spezialisten sind in der Regel an einer Spezialeinrichtung (Uniklinik o.ä.) fest angestellt; die GOÄ bietet ihnen ausreichenden Honorierungsraum.

- G 2. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2 Satz 1 und 2)
(§ 4 Abs. 2 Sätze 3 bis 6)

- a) In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 sind in § 4 Abs. 2 Satz 1 die Worte "oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden" zu streichen.
- b) In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 ist in § 4 Abs. 2 Satz 2 wie folgt zu fassen:

"Satz 1 gilt nicht für niedergelassene Ärzte in eigener Praxis."

Folgeänderung:

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 sind in § 4 Abs. 2 die Sätze 3 bis 6 zu streichen.

Begründung:

Der Patient schließt den Behandlungsvertrag mit dem Arzt lediglich in der Absicht ab, daß der Vertragspartner selbst die ärztlichen Leistungen erbringt. Dies ist die Geschäftsgrundlage. Es widerspricht diesem Vertragszweck, wenn nach bisherigem Recht der ärztliche Vertragspartner ohne Zustimmung des Patienten die geschuldete Leistung von anderen Ärzten erbringen lassen und wenn er dann nach der GOÄ liquidieren darf, als hätte er selbst geleistet. Die bisherige Handhabung entspricht nicht dem persönlichen Vertrauensverhältnis Patient-Arzt.

G

3. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 (§ 4 Abs. 2a - neu -)

Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 Abschnitt C. VIII. Nr. 41a - neu -
(Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen - Abschnitt C. VIII.
Zuschläge zu ambulanten Operations- und Anästhesieleistungen)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 2 ist nach § 4 Abs. 2 folgender Abs. 2a - neu -
einzufügen:

"(2a) Für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer
anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, kann der Arzt eine
Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr
berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis
aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen operativen
Einzelschritte. Die Rufbereitschaft sowie das Bereitstehen eines Arztes oder
Arztteams sind nicht berechnungsfähig."

Folgeänderung:

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 3 ist in Abschnitt C. VIII. nach Nummer 41 folgende
Nummer 41a - neu - einzufügen:

'41a. Die Allgemeinen Bestimmungen nach der Überschrift "L. Chirurgie,
Orthopädie" sind wie folgt zu fassen:

"Allgemeine Bestimmungen

Zur Erbringung der in Abschnitt L aufgeführten typischen operativen
Leistungen sind in der Regel mehrere operative Einzelschritte erforderlich.
Sind diese Einzelschritte methodisch notwendige Bestandteile der in der
jeweiligen Leistungsbeschreibung genannten Zielleistung, so können sie nicht
gesondert berechnet werden.

Werden mehrere Eingriffe in der Brust- oder Bauchhöhle in zeitlichem
Zusammenhang durchgeführt, die jeweils in der Leistung die Eröffnung dieser
Körperhöhlen enthalten, so darf diese nur einmal berechnet werden; die
Vergütungssätze der weiteren Eingriffe sind deshalb um den Vergütungssatz
nach Nummer 2990 oder Nummer 3135 zu kürzen." '

...

(noch Ziff. 3)

Begründung:

Der neue § 4 Absatz 2a stellt die Geltung des Komplexleistungsprinzips angemessen heraus.

Satz 2, der im Referentenentwurf der Verordnung bereits enthalten war, dient der Klarstellung der grundsätzlichen Anwendbarkeit des Ziel- oder Komplexleistungsprinzips auch im operativen Bereich.

Die Änderung in Abschnitt C. VIII. ist eine Folgeänderung der Einführung des § 2a - neu - und war bereits im Referentenentwurf der Verordnung enthalten.

Fz 4. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a Doppelbuchst. bb (§ 5 Abs. 1 Satz 3)
In

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a ist der Doppelbuchstabe bb zu streichen.

Als Folge werden

- in Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst a der bisherige Doppelbuchstabe cc Doppelbuchstabe bb

nur Fz - Artikel 2 Satz 3 und

nur Fz - Artikel 3 Satz 2 gestrichen.

Begründung:

Eine lineare Anhebung des Punktwertes um 0,4 Pfennig (das entspricht einer Erhöhung um 3,6 v.H.) ab dem 1. Januar 1995 würde zu erheblichen Mehrausgaben für die öffentlichen Haushalte führen. Mehraufwendungen für Beihilfeleistungen, die angesichts des großen Änderungsbedarfs der GOÄ akzeptiert werden müssen, ergeben sich ohnehin bereits aus strukturellen Maßnahmen der Verordnung, wie z.B. durch die Aufwertung der persönlichen Tätigkeit des Arztes oder die Einführung von Zuschlägen für ambulante Operations- und Anästhesieleistungen. Bei der gegenwärtigen Haushaltssituation - insbesondere auch der neuen Länder - ist eine Punktwertanhebung nicht vertretbar. Gleichzeitig ist bei Anhebung des Punktwertes mit zusätzlichen Belastungen für die Beihilfeberechtigten zu rechnen, da die für die Krankenfürsorge aufzubringenden Versicherungsbeiträge dann stärker steigen würden, als es die jetzige Kostenentwicklung erfordert. Eine Mehrbelastung zur individuellen Absicherung der Restkosten durch eine ergänzende Krankenversicherung kann Beamten in den Beitrittsländern bei derzeit 80 vom Hundert der Dienstbezüge nicht zugemutet werden. Beamte der neuen Länder müssen in der Regel die gleichen Versicherungsbeiträge aufbringen wie Beamte des Altbundesgebietes, damit ein ausreichender Versicherungsschutz im Krankheits-, Geburts- und Todesfall gewährleistet ist.

...

Fz

5. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a1 - neu - (§ 5 Abs. 2 Satz 4)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 wird nach Buchstabe a folgender Buchstabe a1 eingefügt:

"a1) In § 5 Abs. 2 Satz 4 wird jeweils das Wort "2,3fach" durch das Wort "2fach" ersetzt."

Als Folge wird in Artikel 1 Nr. 8 Buchst. b Doppelbuchst. aa in § 12 Abs. 3 Satz 1 der erste Halbsatz wie folgt gefaßt:

"Überschreitet eine berechnete Gebühr nach Absatz 2 Nr. 2 das 2,0fache des Gebührensatzes, ist dies mit den patientenbezogenen Besonderheiten der einzelnen Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen."

Begründung:

In über 90 v.H. der GOÄ-Abrechnungen liquidieren die Ärzte ihre Leistungen mit dem sog. Schwellenwert als Multiplikator, dem höchsten Wert also, zu dem eine schriftliche Begründung nicht notwendig ist. Der Intention der GOÄ, Arztleistungen innerhalb der üblichen Streuung des Schwierigkeitsgrades (einfach, mittelschwer, schwierig) entsprechend dem jeweiligen Schwierigkeitsgrad differenziert unterhalb der Begründungsschwelle, sehr schwierig oberhalb der Schwelle (mit Begründung) abzurechnen, wird also generell rechtswidrig entgegengehandelt.

Nach der BASYS-Studie des PKV-Verbandes kostet die durchschnittliche GOÄ-Leistung 225 v.H. der vergleichbaren GKV-Leistung. Diesem Mißbrauch kann mit den bisherigen Vorschriften nicht wirksam begegnet werden, da die Gebühr innerhalb des vorgegebenen Rahmens kaum nachprüfbar ist und die Liquidationen sich deshalb ausschließlich nach der "Liquidationsethik" des einzelnen Arztes richten.

Es ist deshalb notwendig, eine Festgebühr einzuführen. Als Übergangslösung bis zur Einführung dieser Festgebühr (nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage - § 11 BÄO) wird die vorgeschlagene Begründungsschwelle zu einem Rückgang der Gebühren auf einen Wert führen, der (immer noch) sicherstellt, daß eine ärztliche Leistung auf hohem Niveau ohne besondere Begründung abgegolten werden kann. Die durchschnittliche GOÄ-Leistung läge dann bei rd. 200 v.H. der vergleichbaren GKV-Kosten.

- Fz 6. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchstabe b (§ 5 Abs. 3), Nummer 8 Buchstabe b
In Doppelbuchstabe aa (§ 12 Abs. 3 Satz 1) und Absatz 2 Nr. 1 (Gebührenverzeichnis für
ärztliche Leistungen Abschnitt A)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 ist der Buchstabe b wie folgt zu fassen:

'b) Absatz 3 wird wie folgt gefaßt:

"(3) Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen bemessen sich nach dem Einfachen bis Zweifachen des Gebührensatzes. Absatz 2 Satz 4 gilt mit der Maßgabe, daß an die Stelle des 2,3fachen des Gebührensatzes das 1,5fache des Gebührensatzes tritt."

Als Folge ist

a) in Artikel 1 Abs. 1 Nr. 8 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa in § 12 Abs. 3 Satz 1 die Angabe "1,8fache" durch die Angabe "1,5fache"

und

b) in Artikel 1 Abs. 2 Nr. 1 in Abschnitt A das Wort "Zweieinhalbfachen" durch das Wort "Zweifachen"

zu ersetzen.

Begründung:

Die überwiegend technischen Leistungen nach § 5 Abs. 3 sind, insbesondere nach der Neufassung einschlägiger Kapitel, weiterhin im Verhältnis zu den überwiegend persönlichen Leistungen mit einem zu hohen Gebührenrahmen versehen. Der nach der vorstehenden Änderung reduzierte Schwellenwert (1,5fach) bzw. Höchstwert (2,0fach) ist, insbesondere im Vergleich zu den Sätzen der gesetzlichen Krankenversicherung, noch weit genug. Die Bund-Länder-Kommission für das Beihilferecht hat dieses Anliegen befürwortet.

Fz 7. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. d - neu - (§ 5 Abs. 5 - neu -)

a) In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 wird nach Buchstabe c folgender Buchstabe d angefügt:

"d) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 angefügt:

"(5) Für nach Standardtarif Versicherte bemessen sich die Gebühren für die Leistungen nach dem Einfachen bis zum 1,7-fachen, für Leistungen nach Absatz 3 nach dem Einfachen bis zum 1,3-fachen des Gebührensatzes (Gebührenrahmen für Standardtarif)."

b) Als Folge

werden in Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. a Doppelbuchst. aa in § 5 Abs. 1 Satz 1 die Worte "Absätzen 3 und 4" durch die Worte "Absätzen 3 bis 5" ersetzt.

Begründung:

Zu a):

Der Standardtarif sieht nach § 257 Abs. 2 a ab 1.7.1994 Leistungen vor, die den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit "vergleichbar" sind. Er steht denjenigen privat Versicherten offen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und über eine Versicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem zuschlußberechtigten Versicherungsschutz verfügen. Der Versicherungsbeitrag des Standardtarifs darf den durchschnittlichen Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht übersteigen. Da nach GOÄ abgerechnete Arztleistungen inzwischen durchschnittlich 225 v.H. der vergleichbaren GKV-Leistungen kosten, muß für die privat nach Standardtarif Versicherten die abgesenkte Festgebühr eingeführt werden, weil sonst der Versicherungsbeitrag nach Standardtarif nicht auf die gesetzlich vorgegebene Höhe begrenzt ist.

(noch Ziff. 7)

Die Einführung des Standardtarifs führt mittel- bis langfristig zu einer deutlichen Verringerung der Zuschüsse zum Krankenversicherungsbeitrag und damit der aufzuwendenden Kosten der Arbeitgeber. Außerdem wird davon ausgegangen, daß in der privaten Krankenversicherung auch ein beihilfekonformer Standardtarif (Quotentarif) für Beamte, Richter und Soldaten im Ruhestand angeboten wird (vgl. Art. 32 Gesundheitsstrukturgesetz). Insoweit lassen sich auch Haushaltsmittel der Gebietskörperschaften für Beihilfeargaben einsparen. Eine Kostenschätzung des Einsparvolumens ist nicht möglich, weil die Versicherungsbeiträge des Standardtarifs noch nicht feststehen.

zu b)

Folgeänderung zu Buchst.a Eine weitere Absenkung der Leistungen ist nicht erforderlich, da der aus der weitgehend automatisierten Leistungserbringung entstandene Rationalisierungsgewinn bereits in Form des neuen Absatz 4 angemessen berücksichtigt ist.

G

8. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 3a - neu - (§ 6 Abs. 3 - neu -)

In Artikel 1 Abs. 1 ist nach Nummer 3 folgende Nummer 3a - neu - einzufügen:

'3a. In § 6 wird folgender Absatz 3 angefügt:

"(3) Beim Bundesministerium für Gesundheit wird ein Beirat mit Vertretern der Ärzteschaft, der Länder und der Privaten Krankenversicherung gebildet, der Empfehlungen dazu abgibt, welche Leistungen des Gebührenverzeichnisses als gleichwertig im Sinne des Absatzes 2 anzusehen sind."

Begründung:

Die Bildung von Analoggebühren sollte nicht wie bisher ohne Einflußmöglichkeiten für Kostenträger dem einzelnen abrechnenden Arzt überlassen bleiben, weil sich hier Wildwuchs bildet. Um die Abrechnung neuer Leistungen und damit die Weiterentwicklung der GOÄ vernünftig zu kanalisieren, muß das vorgeschlagene Beratungsgremium geschaffen werden, das Empfehlungen erarbeiten kann.

G

9. Zu Artikel 1 Abs. 1 Nr. 8 Buchst. oa - neu - (§ 12 Abs. 1)

In Artikel 1 Abs. 1 Nr. 8 ist in § 12 vor Buchstabe a folgender Buchstabe oa - neu - einzufügen:

'oa In Absatz 1 werden nach dem Wort "entsprechende" die Worte "und vom Rechnungsaussteller unterzeichnete" eingefügt."

(noch Ziff. 9)

Begründung:

Mit der Unterzeichnung der Rechnungen soll seitens des Rechnungsausstellers dokumentiert werden, daß er die Rechnung hinsichtlich ihrer sachlichen Richtigkeit überprüft hat. Dies ist erforderlich, da die Rechnungen weitgehend von medizinisch nicht vorgebildetem Personal erstellt werden, das regelmäßig nicht bei der Leistungserbringung anwesend ist. Außerdem stellt sich mit der zunehmenden Verbreitung von Personalcomputern in Arztpraxen vermehrt das Problem des Echtheitsnachweises bei auf neutralem Papier erstellten Rechnungen (Fälschungssicherheit).

Auf entsprechende Regelungen in § 9 Abs. 1 Steuerberatergebührenverordnung, § 18 Abs. 1 Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte und § 154 Abs. 1 Kostenordnungen wird hingewiesen.

G 10. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 (Abschnitt B. III. Nr. 30 Abs. 1 bis 3)
(Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen - Abschnitt B. III. Spezielle Beratungen und Untersuchungen)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 2 ist in Abschnitt B. III. Nr. 30

- in Absatz 1 das Wort "Erstanamnese" durch das Wort "Anamnese" zu ersetzen,
- Absatz 2 wie folgt zu fassen:

"Die Erhebung einer homöopathischen Anamnese von mindestens einer halben Stunde bei einem Kind wird mit der Hälfte der Gebühr, von einer halben bis zu einer Stunde mit dreiviertel der Gebühr und von über einer Stunde mit der Gebühr abgerechnet."

- Absatz 3 wie folgt zu fassen:

"Wird die Leistung nach Nummer 30 innerhalb eines Jahres mehrfach berechnet, ist dies in der Liquidation besonders zu begründen."

...

(noch Ziff. 10)

Begründung:

Mit der Begrenzung der Abrechnungszeit auf homöopathische Erstanamnesen, sowie der gleichzeitigen zeitlichen Begrenzung auf ein Jahr geht die Verordnung an der zwingenden medizinischen Notwendigkeit vorbei. Zudem wird die Therapiefreiheit homöopathisch tätiger Ärzte und Ärztinnen unvertretbar beeinträchtigt. Die Änderung berücksichtigt nunmehr die Therapiefreiheit und medizinische Notwendigkeit bei gleichzeitiger Mißbrauchsbegrenzung durch die Einführung der Begründungspflicht.

Es ist nicht sinnvoll, die Behandlung im Rahmen einer Gebühreuziffer vom Alter des Kindes abhängig zu machen. Die Länge der Anamnese hängt nicht vom Alter, sondern von Art und Schwere der Erkrankung ab! Eine homöopathische Anamnese kann bei der ersten und in den folgenden Konsultationen ebenso umfangreich notwendig sein, wie bei einem Erwachsenen, wenn Art und Schwere der Erkrankung dies erfordern.

Fz 11. Zu Artikel 1 Abs. 2 Nummer 2 (Abschnitt V des Gebührenverzeichnisses)

Abschnitt V des Gebührenverzeichnisses wird wie folgt geändert:

- a) Der Leistungslegende zu Buchstabe F wird folgende Anmerkung angefügt:

"Der Zuschlag nach Buchstabe F ist neben den Leistungen nach den Nummern 45, 46, 48, 52 und 60 nicht berechnungsfähig."

- b) In Satz 2 der Anmerkung zu der Leistungslegende zu Buchstabe H wird die Angabe "Nummern 45, 46, 48 und 52" durch die Angabe "Nummern 45, 46, 48, 52 und 60" ersetzt.

Begründung:

Nach Abschnitt B Buchstabe F und H des Gebührenverzeichnisses der GOÄ dürfen Ärzte für in der Zeit von 20 bis 22 Uhr oder von 6 bis 8 Uhr bzw. an Samstagen, Sonn- und Feiertagen erbrachte Leistungen (u.a. Visiten und Konsilien - Nummern 45, 46 und 60 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ) Zuschläge berechnen.

Die Liquidationsberechtigten Ärzte eines Krankenhauses sind in der Gestaltung ihrer Arbeitszeit weitgehend frei. Es ist vielfach üblich, daß Visiten und Konsilien standardmäßig in der von Buchstabe F umfaßten Zeit (20 bis 22 Uhr oder von 6 bis 8 Uhr) durchgeführt werden (z.B. vor oder nach Operationen). Es erscheint daher nicht gerechtfertigt, hierfür besondere Zuschläge zuzulassen. Die Ärzte waren andernfalls in der Lage, durch entsprechende Arbeitseinteilung ihre Einnahmen erheblich zu erhöhen. Die dadurch auf die öffentlichen Haushalte zukommenden Belastungen entsprechen etwa denjenigen, die durch die - abzulehnende - Punktwertanhebung entstehen.

Ebenso wie die Visiten sollten auch die Leistungen nach Nummer 60 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ (Konsilien) aus der Zuschlagsposition nach Buchstabe H herausgenommen werden.

G

12. Zu Art. 1 Abs. 2 Nr. 52 (Abschnitt M Nr. 11)

In Artikel 1 Abs. 2 Nr. 52 ist in Abschnitt M Nr. 11 die Nummer "4017" durch die Nummer "4014" zu ersetzen.

Begründung:

Redaktionelle Korrektur.

Fz

13. Zu Artikel 4 (Inkrafttreten)

Artikel 4 erhält folgende Fassung:

"Artikel 4

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am Ersten des zweiten auf die Verkündung folgenden Monats in Kraft."

Begründung:

Die Anwendung des in vielerlei Hinsicht umgestalteten Gebührenrechts erfordert eine Vorlaufzeit, die so ausreichend bemessen ist, daß Ärzte und Kostenträger sich entsprechend umstellen können.

B

**Der federführende Gesundheitsausschuß (G) und
der Finanzausschuß (Fz)**

empfehlen dem Bundesrat ferner die Annahme nachstehender EntschlieBungen:

- G 14. Die Bundesregierung wird gebeten zu prüfen, ob im Zusammenhang mit der Änderung der Gebührenordnung für Ärzte auch eine weitere Anpassung der Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie nach der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiet durch eine Änderung der zweiten Gebührenanpassungsverordnung erfolgen kann.

Am 1. Juli 1993 ist durch die zweite Gebührenanpassungsverordnung die Vergütung für Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte, der Gebührenordnung für Zahnärzte sowie der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung im Beitrittsgebiet auf 75 vom Hundert erhöht worden. Seitdem hat sich das Verhältnis der für das Beitrittsgebiet bestimmten Bezugsgröße der Sozialversicherung zu der für die alten Länder geltenden Bezugsgröße erneut verändert. Darüber hinaus ist eine weitere Kostenentwicklung zu verzeichnen.

Unter Berücksichtigung dieser Situation und des Umstandes, daß unerläßliche Voraussetzung für die Angleichung der Lebensverhältnisse im Bundesgebiet auch gleiche Ausgangsvoraussetzungen sind, ist eine weitere Anpassung der Höhe der Vergütungen für Ärzte, Zahnärzte und Hebammen im Beitrittsgebiet geboten und erforderlich.

- G 15. Die Bundesregierung wird gebeten, zu den strukturellen und finanziellen
Fz Auswirkungen der jetzt in die GOÄ eingefügten und aus der Sicht des Bundesrates noch erforderlichen Änderungen bis spätestens 1. Oktober 1997 einen Bericht zu erstatten.

G 16. Der Bericht sollte insbesondere zu folgenden Problemberei-
Fz chen Aussagen treffen:

- Angleichung der privatärztlichen an die vertragsärztlichen Leistungsdefinitionen und Tarife,
- Auswirkungen der verstärkten Ausprägung des Komplexleistungsprinzips und Vorschläge zur weiteren Verstärkung entsprechend § 87 Absatz 2 a SGB V,
- Begrenzung der Chefarztliquidation auf höchstpersönlich erbrachte Leistungen sowie zu einem Liquidationsrecht nachgeordneter Krankenhausärzte,
- Neuordnung der Laborleistungen,
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus und durch niedergelassene Ärzte,
- Höherbewertung der "sprechenden Medizin",
- Änderungen des Abdingungsverhaltens der Ärzte, finanzielle und mengenmäßige Auswirkungen,
- Durchsetzbarkeit eines Standardtarifs nach § 257 Abs. 2a Nr. 2 SGB V,
- Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte.

G 17. Die Bundesregierung wird aufgefordert darauf hinzuwirken, daß in § 11
Bundesärzteordnung Festgebühren ermöglicht werden.

- G 18. Die Bundesregierung wird ferner gebeten, unter Einbeziehung der Länder, der
Fz Bundesärztekammer und des Verbandes der privaten Krankenversicherung
zu prüfen, ob es sich empfiehlt, das derzeitig staatlich verordnete
Gebührensystern durch ein Vergütungssystem (mit staatlicher
Zwangsschlichtung) abzulösen, das gesamtvertraglich zwischen
Leistungsanbieter- und Kostenerstattungsseite vereinbart wird.

Die Bundesregierung wird gebeten, hierzu bis zum 1. Oktober 1997 einen
Bericht zu erstatten.

Begründung gegenüber dem Plenum:

Die Entwicklung des staatlich verordneten
privatärztlichen Gebührenrechts seit 1983
wirft die naheliegende Frage auf, ob die
Fortschreibung dieses Systems im
Verordnungswege im Hinblick auf die
Schwierigkeit und Langwierigkeit dieser
Entwicklung, auch unter Kostengesichtspunkten,
noch zeitgerecht ist. Für eine Änderung des
gegenwärtigen Systems im vorgeschlagenen
Sinne könnte insbesondere sprechen, daß die
Interessen der Ärzte und der Zahlungspflichtigen
einerseits durch die verfaßte Ärzteschaft (Bundesärz-
tekammer), andererseits durch
die Träger und Verbände
der Kostenerstattungsseite (Bei-
hilfeträger, Verband der priva-
ten Krankenversicherung) gleich-
gewichtig repräsentiert werden,
so daß adäquate Verhandlungs-
und Gesamtvertragslösungen als
erreichbar erscheinen. Der Bun-
desgesetzgeber müßte zur all-
seitigen Verbindlichkeit derar-
tiger Gesamtvertragslösungen le-
diglich die erforderlichen ge-
setzlichen Grundlagen schaffen.

Für ein derartiges, in "Selbst-
verwaltung" der betroffenen
Kreise vereinbartes Gebührensy-
stem spricht auch das im Grund-
satz bewährte analoge Vorbild im
Bereich der vertragsärztlichen
Versorgung.

(noch Ziff. 18)

Im übrigen sind Überlegungen in der vorgeschlagenen Richtung auch deshalb geboten, weil die vorgeschlagene Alternative, wenn sich ihre Realisierung empfiehlt, ein sinnvoller Beitrag zur "Entstaatlichung" wäre. Der Gedanke liegt jedenfalls nahe, daß sich der Staat unter den gegebenen Umständen in diesem Bereich auf eine subsidiäre Rolle zurückzieht, indem er außer den erforderlichen gesetzlichen Grundlagen die notwendigen gesetzlichen Vorkehrungen und Instrumente für eine Zwangsschlichtung im Falle der Nicht-einigung der Gesamtvertragsparteien vorsieht und ggf. einsetzt.

C

19. Der Ausschuß für Kulturfragen

empfiehlt dem Bundesrat, der Verordnung gemäß Artikel 80 Abs. 2 des Grundgesetzes zuzustimmen.

*