

BLZK

Bayerische Landeszahnärztekammer, Postfach 70 10 68, 81310 München
Präsident

Bayerisches Staatsministerium
für Umwelt und Gesundheit
Herrn Ministerialrat Frank Plesse
Postfach 81 01 40
81901 München

**Bayerische
Landeszahnärzte
Kammer
Präsident**

**Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für
Zahnärzte (GOZ)**

Ihr Zeichen: 32g-G8509.2-2008/6-4

21. November 2008

Aktenzeichen:
030403-200811-763

Gemeinsame Stellungnahme von:

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht:

**Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK)
Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB)
Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ), Landesverband Bayern
Zukunft Zahnärzte Bayern e.V. (ZZB)
Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa e.V. (BDIZ EDI)
Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e.V. (BDK), Landesverband Bayern**

Ansprechpartner:
Christine Pfannerer
Telefon 089 72480-152
Telefax 089 72480-153
cpfannerer@blzk.de

Sehr geehrter Herr Ministerialrat Plesse,

die Unterzeichner nehmen hiermit gemeinsam zu dem Entwurf einer Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte Stellung.

Die durch uns vertretenen Organisationen lehnen den Entwurf der neuen GOZ, wie er sich nach dem Referentenentwurf darstellt, ebenso wie die Bundeszahnärztekammer auf ihrer außerordentlichen Vertreterversammlung am 15.11.2008 in Berlin, in toto ab. Lediglich am Rande möchten wir anmerken, dass wir über die Art und Weise, wie das Bundesgesundheitsministerium bei dem Referentenentwurf mit der deutschen Zahnärzteschaft umgeht, in höchstem Maße erstaunt waren.

Die GOZ 2009 würde in der im Referentenentwurf vorliegenden Fassung sowohl die Vorgaben ihrer Ermächtigungsgrundlage in § 15 ZHG als auch die sich aus Art. 12 Abs. 1 GG ergebenden Vorgaben an die angemessene Honorierung zahnärztlicher Leistungen verletzen. Das wird besonders augenscheinlich bei der geplanten Punktwertanhebung, aber auch bei den Bewertungsabsenkungen in den Bereichen Zahnersatz, Kieferorthopädie und der Implantologie.

Körperschaft
des öffentlichen Rechts
Fallstraße 34
81369 München
Telefon 089 72480-0
www.blzk.de

Ohne an dieser Stelle ausführlich auf Inhalt und Bewertung einzelner Leistungsziffern einzugehen, möchten wir vier Punkte herausgreifen:

1. Punktwert
2. Selektivvertrag nach § 2a GOZ
3. § 2 GOZ
4. Mehrkostenregelung.

1. Punktwert

Der Referentenentwurf sieht eine Punktwertsteigerung um 0,458553 % zum 01.07.2009 vor. Die letzte Punktwertfestsetzung erfolgte zum 01.01.1988. In der Zwischenzeit werden also 21 ½ Jahre ohne Punktwertanpassung vergangen sein.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte sich in seiner Entscheidung vom 12.12.1984 – 1 BvR 1249/83 u.a. – (BVerfGE 68, 319) mit der Parallelnorm zu § 15 ZHG in § 11 BÄO zu befassen und dabei zur Interpretation dieser Norm folgende Ausführungen gemacht:

„Mit der für Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG genügenden Deutlichkeit lassen sich aus der Ermächtigungsnorm auch "Tendenz" und "Programm" umreißen, die durch die zu erlassende Rechtsverordnung nach dem Willen des Gesetzgebers verwirklicht werden sollen, so daß sich feststellen läßt, welchem Zweck die Verordnung zu dienen bestimmt ist. Wenn der Ordnungsgeber verpflichtet wird, den berechtigten Interessen von Ärzten und Patienten Rechnung bei der Bestimmung der Gebührensätze zu tragen, so wird damit der Zweck hervorgehoben, nämlich einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen von Ärzten und Patienten herbeizuführen, weder ein zu hohes Entgelt entrichten zu müssen noch ein zu geringes Honorar fordern zu dürfen. Zugleich wird durch die Begrenzung auf Mindest- und Höchstsätze unter Berücksichtigung der berechtigten Interessen von Ärzten und Patienten auch das Ausmaß der zu treffenden Regelung bestimmt. Hieraus läßt sich der mögliche Inhalt der zu erlassenden Verordnung voraussehen; dem Ordnungsgeber sind die Grenzen aufgezeigt, die er einzuhalten hat, soll die Verordnung von der Ermächtigung gedeckt sein.“

Das in § 15 ZHG angelegte Programm gilt auch für die Bewertung der GOZ 2009. Dabei erlauben wir uns, zur Auslegung des § 15 ZHG und zur Beurteilung der GOZ 2009 einige Programmsätze aus dem Verordnungsentwurf zur GOZ 1988 vom 26.06.1987 (BR-Drs. 276/87) in Erinnerung zu rufen.

Die wirtschaftliche Entwicklung wird seit Inkrafttreten der GOZ 1988 durch eine Teuerungsrate im Bereich der Dienstleistungen von deutlich mehr als 50 % geprägt.

Als wichtigstes Ziel der GOZ 1988 wird im Zusammenhang mit § 15 ZHG „die Anpassung des zahnärztlichen Gebührenrechts an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung“ bezeichnet (ebd., S. 51). Außerdem müsse der Verordnungsgeber „unter dem Gesichtspunkt des Gleichheitsgrundsatzes die seit 1983 gültigen Regelungen des ärztlichen Gebührenrechts berücksichtigen“ (ebd.). Das Ziel einer einheitlichen Vergütung für die gleiche Leistung wird mehrfach betont (u.a. S. 53). Seit 1996 ist dieses Ziel verlassen und der Punktwert der GOÄ höher. Der in § 5 Abs. 1 GOZ 2009 vorgesehene Punktwert von 5,65 Cent liegt um 0,17873 Cent oder 3,066% unter (!) dem Punktwert der GOÄ 1996 von 5,82873 Cent.

Die GOZ 2009 übernimmt als Ansatz nicht die Gleichstellung zwischen GOÄ und GOZ, sondern zwischen dem nach § 87 Abs. 2 und 2h SGB V erlassenen Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) und der GOZ. „Ausgangspunkt des Bewertungsgefüges der neuen GOZ sind die Bewertungsrelationen des BEMA“ (Referentenentwurf, Begründungsteil, S. 3). „Intention“ ist es, „dass im ambulanten Bereich für die private Krankenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung bei vergleichbaren Leistungen vergleichbare Vergütungsregelungen – mit der Möglichkeit der Abweichung im Gebührenrahmen – gelten sollen“ (ebd., S. 4).

Damit übernimmt das nunmehr für die GOZ zuständige Bundesministerium für Gesundheit eine seit Jahren erhobene Forderung des PKV-Verbandes. Hierbei wird jedoch nicht beachtet, dass die Kriterien des BEMA dem Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V genügen müssen. Danach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die GOZ dagegen hat die Gebühren für die zahnärztlichen Leistungen an die zahnmedizinische und wirtschaftliche Entwicklung anzupassen. Die Argumentation zur Anpassung des Punktwertes ist im Begründungsteil des Referentenentwurfs niedergelegt: „Die Vergütungen der GOZ wurden seit 1988 nicht angepasst. Aber auch ohne finanziell wirksame Veränderung der GOZ zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Ausgaben für Zahnbehandlung im Privatbereich. Insgesamt ist davon auszugehen, dass mit einer Steigerung des Honorarvolumens von insgesamt rd. 10,4 v.H. unter Berücksichtigung des bisherigen Ausgabenanstieges ohne Veränderung der GOZ eine angemessene Anpassung an die Kosten- und Einkommensentwicklung erfolgt“ (ebd., S.7).

Das Bundesgesundheitsministerium will den Ausgabenanstieg durch die faktische Nichtanhebung des Punktwertes kompensieren, ohne die Ursachen des Ausgabenanstiegs klar zu benennen.

Die Ursachen für den zweifellos vorhandenen Ausgabenanstieg sind in folgenden Bereichen zu suchen, die allesamt mit der Frage nach der Anpassung des Punktwertes nichts zu tun haben:

- Massive Ausweitung der Behandlungsmöglichkeiten seit 1988 im Bereich der plastischen Füllungen und damit in einem mengenmäßig relevanten Bereich. Dahinter verbirgt sich zwar ein Ausgabenanstieg als Folge moderner Versorgungsmöglichkeiten, nicht aber ein die wirtschaftliche Entwicklung kompensierender Ausgabenanstieg. Das Bundesgesundheitsministerium behauptet, die Bewertung dieser Füllungen würde deutlich angehoben. Das Gegenteil ist der Fall, wenn man diese Bewertung mit der bisher üblichen Abrechnung analog Nrn. 215 – 217 GOZ vergleicht. Eine einflächige dentinadhäsive Rekonstruktion ist bisher analog GOZ 215 mit 550 Punkten bewertet. Bei einem Faktor von 2,3 ergibt dies einen Betrag von EUR 71,15. In dem Referentenentwurf sind dagegen für die gleichen Leistungen die Positionen 205 und 215 vorgesehen, dies entspricht 210 Punkten. Ebenfalls bei einem Faktor von 2,3 ergibt dies einen Betrag von EUR 59,13. Dieses Beispiel ist leider kein Einzelfall: Zweiflächige dentinadhäsive Rekonstruktionen, abgerechnet analog GOZ 216 mit einem Steigerungsfaktor von 2,3, ergeben heute einen Betrag von EUR 106,07. Geplant ist im Referentenentwurf, dieselbe Leistung mit den Positionen 207 und 216 abzurechnen, so dass sich lediglich ein Betrag von EUR 88,24 ergibt. Diese Beispiele lassen sich beliebig weiterführen. Wie das BMG angesichts dieser Zahlen behaupten kann, die Bewertung dieser Füllungen würde deutlich angehoben, ist nicht nachvollziehbar.
- Im konservierenden Bereich dürfte es gerade in den letzten Jahren auch zu einer deutlichen Kostensteigerung im Bereich der endodontischen Leistungen gekommen sein, bedingt durch die Entwicklung, die dieses Fach in den letzten zehn Jahren genommen hat. Damit geht jedoch ebenfalls keine Kompensation der wirtschaftlichen Entwicklung einher, dies ist vielmehr dem medizinischen Fortschritt geschuldet. Gerade die in der Endodontie als besonders zeitaufwendig angesehene Aufbereitung eines Wurzelkanals soll nach Nr. 250 GOZ 2009 schlechter vergütet werden als nach GOZ 1988. Sogar deutlich schlechter soll die Wurzelkanalfüllung nach Nr. 252 GOZ 2009 bewertet werden (-20 %).

- * Ein deutlicher Anstieg der Leistungen im Bereich Prophylaxe, allen voran die Einführung von PZR, und neue systematische Therapieansätze im Bereich der Parodontologie. Für diesen Bereich will das BMG den Honoraranteil um „knapp 60 v.H. ansteigen lassen“ (ebd., S. 5). Ob das zutrifft, weiß wohl niemand, da in die Bewertung der Auswirkungen des GOZ-Entwurfs „eine Vielzahl von Annahmen über das derzeitige und das künftige privatärztliche Abrechnungsgeschehen eingegangen“ sind, über die das Ministerium keine Rechenschaft ablegt (ebd., S. 7).¹ Besieht man sich die Situation aber genauer, dann stammt die Ausweitung überwiegend aus der Einführung neuer Gebührensätze. Der wirtschaftlichen Entwicklung wird damit nicht Rechnung getragen.
- * Anzunehmen ist auch, dass die Einführung neuer teurerer Materialien im Bereich der Prothetik zu einer deutlichen Zunahme der zahntechnischen Ausgaben geführt hat. Dass sich die Entwicklung des zahnärztlichen Honoraranteils an der Prothetik seit vielen Jahren zu Ungunsten der Zahnärzteschaft verschiebt und der Prothetikanteil an der Gesamtabrechnung mittlerweile schon bis zu 80 % erreicht, stellt keinen wirtschaftlichen Ausgleich für die Zahnärzteschaft, allenfalls für das Zahntechnikerhandwerk dar.
- * Im Bereich der Implantologie konzediert das Bundesgesundheitsministerium, dass „sich die zahnmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten seit Inkrafttreten der geltenden GOZ erheblich erweitert“ haben (ebd., S. 6) und deshalb das Gebührenverzeichnis „umfassend neu zu gestalten“ war. Im Gegensatz dazu wird im Referentenentwurf dem vor allem durch eine deutliche Bewertungsreduktion gegenüber dem Arbeitsentwurf vom Mai 2007 Rechnung getragen (z.B. bei der 901: -110 Punkte (jetzt Ziffer 801) und bei der 902: -805 Punkte (jetzt Ziffer 802)). Bedenkt man, dass implantatgetragene Prothetik für eine zunehmend älter werdende Bevölkerung eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität bedeutet, nimmt das Bundesgesundheitsministerium auf die Behandlungserfordernisse dieses Personenkreises nicht die geringste Rücksicht.
- * Der große Bereich der bisher analog nach GOÄ abrechenbaren Leistungen wird zwar in der neuen GOZ weitgehend abgebildet, aber mit zum Teil deutlichen Bewertungsabschlägen gegenüber der GOÄ, ohne dass sich hierfür im Referentenentwurf auch nur der geringste Begründungsansatz findet.

¹ In der Antwort der Bundesregierung vom 05.10.2007 auf die Kleine Anfrage verschiedener Abgeordneter zur Novellierung der GOZ heißt es zur Datenlage: „Es gibt keine zusammenfassende Statistik über die Höhe des privatärztlichen Honorarvolumens“ (BT-Drs. 16/6577, S. 3)

- Im Bereich der KFO liegt die Bewertung der kieferorthopädischen Leistungen im Vergleich GOZ 88 zur GOZ 2009 teilweise sogar bis zu 30% niedriger. Nicht dass hier nach 21 Jahren eine inflationsausgleichende Steigerung stattgefunden hätte, hier erfolgte sogar eine Abwertung.
- Sicher nicht liegt die Ausgabensteigerung im Abrechnungsverhalten. Im Durchschnitt stieg der Abrechnungsfaktor vom 2,3-fachen Satz im Jahr 1988 nur unwesentlich auf heute etwa den 2,51-fachen Faktor (~ +9 %).

Fazit: Die Behauptung des Bundesgesundheitsministeriums, es habe einen kompensatorischen Ausgabenanstieg unter der GOZ 1988 gegeben, ist bei näherer Betrachtung eine reine Willkürbehauptung, fußend offenbar auf der – unausgesprochenen – Prämisse, dass die Zahnärzteschaft selbst die Folgekosten des zahnmedizinischen Fortschritts zu tragen habe.

Zahnärztliche Leistungen sind Teil des Gesundheitsmarktes und gehören damit zu einem der wenigen wirklich zukunftsträchtigen Märkte in Deutschland. Eigentlich sollte man erwarten, dass die Investitionen in diesem Bereich nicht abgebremst werden. Wenn das Bundesgesundheitsministerium die Ausgaben scheut, dann muss es über Wege der Selbstbeteiligung im privat(zahn)ärztlichen Sektor nachdenken. Die Zahnärzteschaft ist Dienstleister. Gerade in der Zahnmedizin kann der Patient zwischen verschiedenen Therapiemöglichkeiten wählen. Die GOZ hat nur eine vernünftige Kalkulationsgrundlage bereit zu stellen. Es ist auch nicht Aufgabe der GOZ, dadurch Leistungen umzusteuern, dass willkürlich Leistungen abgewertet werden (so insbesondere in der Kieferorthopädie und der Prothetik). § 15 ZHG erfordert eine sachgerechte Bewertung der einzelnen Leistung. Die faktische Nichtanhebung des Vergütungsniveaus um den Teuerungsausgleich, insbesondere die Nichtanhebung des Punktwertes verstößt gegen § 15 ZHG.

Die Forderung nach einem Teuerungsausgleich ist nach § 15 ZHG berechtigt. Das sieht auch das Bundesgesundheitsministerium so, allerdings nicht in der Begründung des Referentenentwurf zu § 5 Abs. 1 GOZ 2009, sondern in der Begründung zu § 8 GOZ 2009. Dort heißt es:

„Mit der Neufassung des § 8 wird die Regelungssystematik der GOÄ zu Entschädigungen (Wegegeld und Reiseentschädigungen) übernommen. Die Absätze 1 bis 3 entsprechen den §§ 7 bis 9 der GOÄ. Die Beträge werden entsprechend der Kostensteigerung seit 1996 (Inkrafttreten der letzten GOÄ-Novellierung bis zum Inkrafttreten der neuen GOZ) angepasst. Die Erhöhung des Kostenanteils orientiert sich an den Angaben des Statistischen Bundesamtes zum Verbraucherpreisindex im Bereich Waren und Dienstleistungen für Privatfahrzeuge. Die Erhöhung des Aufwandsanteils entspricht der allgemeinen mit dieser Verordnung vorgesehenen Honorarsteigerung.“

Umgesetzt wird diese Ankündigung beim Wegegeld (§ 8 Abs. 2 GOZ 2009) durch eine Erhöhung der GOÄ-Sätze von 1996 im Mittelwert um 20,136 %, beim Kilometergeld um eine Erhöhung von 61,538 % und beim Abwesenheitsgeld um 9,525 % (jeweils § 8 Abs. 3 GOZ 2009).

Nicht umgesetzt wird diese Ankündigung beim Punktwert und nur punktuell bei einzelnen Leistungen. In der schon in Fußnote 1 zitierten Stellungnahme der Bundesregierung vom 05.10.2007 heißt es auf S. 5:

„Im Hinblick auf betriebswirtschaftlich erforderliche kostendeckende Sollumsätze ist auf die Daten der Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) aus den Jahren 2004 und 2005 hinzuweisen, die im KZBV Jahrbuch 2006 veröffentlicht worden sind. Diese Kostenstrukturerhebungen weisen für die alten Bundesländer im Jahr 2005 durchschnittliche Praxisausgaben je Praxisinhaber von 240 714 Euro aus, einschließlich der darin enthaltenen Kosten für Arbeiten von Fremdlaboratorien in Höhe von 65 303 Euro. Um diese Praxis-kosten einschließlich eines Einkommens für den Praxisinhaber von durchschnittlich 111 103 Euro decken zu können, ist im Rahmen der Annahmen dieser Kostenstrukturanalyse bei einer durchschnittlichen Zahl von 1 474 Behandlungsstunden im Jahr ein Umsatz von 239 Euro pro Behandlungsstunde notwendig.“

Rechnet man die Fremdlaborkosten – weil Durchlaufkosten – heraus, beträgt der erforderliche Umsatz pro Stunde nach Ansicht der Bundesregierung 194,38 €.

Das Bundesgesundheitsministerium wird seinen eigenen Bewertungsvorgaben nicht gerecht, wobei anzumerken ist, dass nach der Logik der Betriebswirtschaft es keinen Unterschied machen sollte, ob die 194 € Umsatz pro Stunde zum 1,0-, zum 2,3- oder zum 3,5-fachen Steigerungsfaktor gemacht werden.

Exemplarisch lässt sich die Missachtung der in der Antwort auf die Kleine Anfrage (siehe Fußnote 1) zum Ausdruck gekommenen Regeln des Bundesgesundheitsministeriums an den Leistungsziffern zeigen, die in der GOZ 2009 mit Mindestzeitvorgaben versehen sind:

GOZ-Nr.	Leistungsinhalt	Punktmenge	Faktor 2,3	Umsatz / Std.
3	Eingehende Beratung ≥ 10 Min.	150	19,49 €	max. 116,96 €
4	Beratung mit Bezugspersonen ≥ 15 Min.	220	28,59 €	max. 114,36 €
401	Befundaufnahme PAR ≥ 30 Min.	500	64,98 €	max. 129,95 €
701	Klinische Funktionsanalyse ≥ 45 Min.	750	97,46 €	max. 129,95 €
725	Anleitung zu speziellen Übungen ≥ 15 Min.	225	29,24 €	max. 116,96 €

Tabelle 1 - Berechnung der zeitbezogenen Ziffern mit Punktwert von 0,0565 €

Legt man den vom BMG errechneten Stundensatz von EUR 194,00 zugrunde, ergibt sich, dass nicht einmal bei einem Steigerungsfaktor von 2,3 die Mindestzeitvorgaben erfüllt werden können (§ 5 Abs. 1 S. 1 GOZ sieht für die Bemessung der Gebührenhöhe das Einfache bis Dreieinhalbfache des Gebührensatzes vor).

Anhand der vorstehenden Vorgaben lässt sich auch die erforderliche Punktwertsteigerung berechnen. Um exakt auf einen Stundenumsatz von 194,38 € zu kommen, müsste der Punktwert für diese Leistungen wie folgt liegen:

GOZ-Nr.	Erforderlicher Punktwert	Erforderliche Punktwertsteigerung gegenüber 1988
3	0,09390 €	66,20 %
4	0,09604 €	69,98 %
401	0,08451 €	49,58 %
701	0,08451 €	49,58 %
725	0,09390 €	66,20 %

Tabelle 2 - Erforderliche Punktwertsteigerung bei 194,38 €/Std.

Seit Rechtskraft der geltenden GOZ ist der allgemeine Preisindex um rund 57 % gestiegen. Der Entwurf sieht eine Anhebung des Punktwertes um lediglich 0,46 % vor.

Sieht man die erforderlichen Punktwertsteigerungen gegenüber 1988 in der Tabelle 2, gehen diese sogar über den allgemeinen Preisindex von 57% hinaus. Um einen angemessenen Ausgleich zu schaffen, müsste zumindest der Wert dieses Preisindexes Grundlage für eine Erhöhung des Punktwertes sein. Die Anhebung des Punktwertes um lediglich 0,46% wird vom zahnärztlichen Berufsstand als deutliches Zeichen der Missachtung eines ganzen Berufsstandes durch das Bundesgesundheitsministerium gesehen.

Gerade in Bayern werden die Auswirkungen aufgrund der wesentlich höheren Kosten und des größeren Anteils an Privatpatienten, Privatpraxen und GKV-Versicherten, die sich für andersartige, gleichartige sowie Mehrkostenleistungen entscheiden, gravierend sein.

Zu den Aufgaben des Gebührenverordnungsgebers gehört dabei insbesondere, die Kostenstruktur der ihre Praxis hauptberuflich ausübenden Zahnärzte zu berücksichtigen (so BVerfG, 15.12.1999, aaO. für eine Anwaltskanzlei; ebenso BVerfG, 07.06.2000 – 1 BvR 23/00 u.a. –, FamRZ 2000, 1280). Es ist daher – weil verfassungsrechtlich geboten – richtig, wenn die Bundesregierung auf die Kleine Anfrage am 05.10.2007 auf „betriebswirtschaftlich erforderliche kostendeckende Sollumsätze“ als für die Neugestaltung der GOZ maßgebliche Grundlage verweist.

Umgekehrt verletzt die Nichtbeachtung dieses verfassungsrechtlichen Gebots den Art. 12 Abs. 1 GG.

Das BVerfG hat in einem Beschluss vom 19.10.2000 – 1 BvR 2365/98 – (NJW-RR 2001, 1203) der Sache nach entschieden, dass gesetzliche Honorierungsregelungen eine auskömmliche Vergütung gewährleisten müssen. Es ging dabei um die Vergütung eines Rechtsanwalts als Zwangsverwalter. Aus der Fallkonstellation ergibt sich, dass die konkrete Tätigkeit angemessen vergütet werden muss und es nicht darauf ankommt, ob der Rechtsanwalt insgesamt mit seiner anwaltlichen Tätigkeit ein angemessenes Einkommen erzielen kann.

Die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) ist dem Bundesverfassungsgericht darin gefolgt (s. z.B. BGH, 12.09.2002 – IX ZB 39/02 –, BGHZ 152, 18; BGH, 13.05.2004 – III ZR 344/03 –, BGHZ 159, 142; BGH, 05.11.2004 – IXa ZB 34/03 –, ZfIR 2005, 472; ebenso z.B. LG Frankfurt (Oder), 28.11.2003 – 19 T 656/03 –, DZWIR 2004, 169).

Übersetzt auf den (zahn)ärztlichen Bereich ist also darauf abzustellen, ob die in den Gebührenordnungen enthaltenen Leistungen je für sich angemessen vergütet sind. Der Zahnarzt muss sich nicht auf eine Mischkalkulation verweisen lassen.

In der GOZ 2009 unternimmt das Bundesgesundheitsministerium den Versuch, das Gebührenverzeichnis eng an das unter den Aspekten des Wirtschaftlichkeitsgebotes erstellte „Bewertungsgefüge“ des BEMA anzubinden und übernimmt dazu „die Bewertungsrelationen des BEMA“ (RE, ebd., S. 3).

Im sog. Arbeitsentwurf zur GOZ 2009 (Stand 21.05.2007) heißt es in einer Anmerkung zur damals vorgesehenen Nr. 625b:

„Die Grundbewertung folgt der im Bema vorgesehenen Berechnung mit der Annahme $3x\ GOZ_{neu}\ 625 = 3x18\ BP$ und $1x\ GOZ_{neu}\ 630 (1x30\ BP) = 84\ BP = 756\ Punkte$.“

Daraus ergibt sich, dass das Bundesgesundheitsministerium die BEMA-Punktemengen mit 9,0 multipliziert hat, um die neuen GOZ-Punktemengen zu erhalten. Eine Analyse sowohl des Arbeitsentwurfs wie des Referentenentwurfs bestätigt diese Erkenntnis. Der Median der BEMA-relationierten Ziffern liegt bei exakt 1 : 9,0. Beim Mittelwert gibt es natürlich Abweichungen, wobei die Veränderung des Mittelwertes von Arbeitsentwurf (1 : 9,31) zu Referentenentwurf (1 : 8,81) den in der Detailanalyse bestehenden Eindruck bestätigt, dass der Referentenentwurf gegenüber dem Arbeitsentwurf eine deutliche Bewertungsverschlechterung erfahren hat, wofür vor allem die Bereiche Prothetik, Kieferorthopädie und Implantologie verantwortlich sind.

Die GOZ 2009 will nicht nur die Gebührenbeschreibungssystematik des BEMA übernehmen, sondern auch die Bewertungssystematik.

Damit verletzt das Bundesgesundheitsministerium sowohl den ihm durch § 15 ZHG vorgegebenen Gestaltungsspielraum als auch Art. 12 Abs. 1 GG.

Die GOZ kennt kein § 12 SGB V entsprechendes Wirtschaftlichkeitsgebot. Sie beschreibt vielmehr die Grundlagen der Vergütung zahnmedizinisch notwendiger wie mehr als zahnmedizinisch notwendiger Leistungen.

Die Gebührenordnung muss, wie der BGH in seiner Entscheidung vom 13.05.2004 – III ZR 344/03 – (BGHZ 159, 142) zu Recht betont hat, auch hochwertige Leistungen angemessen honorieren, ohne dass der Arzt / Zahnarzt gezwungen ist, auf die freie Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ / GOÄ auszuweichen.

Gebührenordnungen sollten nicht dazu gemacht werden, die interpretatorischen Fähigkeiten von Versicherungssachbearbeitern oder Juristen zu testen, sondern den Normadressaten den Weg zur ordnungsgemäßen Abrechnung ihrer Leistungen zu sichern. Sie sind dabei so auszugestalten, dass die gesetzlichen Vorgaben eingehalten werden. Die gesetzliche Vorgabe für die GOZ findet sich in § 15 ZHG. Die berechtigten Interessen der Zahnärzte bestehen darin, für ihren Aufwand leistungsadäquat honoriert zu werden. Die berechtigten Interessen der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten bestehen nicht darin, dass der Aufwand, den sie für die Leistung erbringen müssen, als Folge der Geldentwertung und der Nichtanpassung des Punktwerts der GOZ wenigstens an die Lebenshaltungskostenentwicklung seit 1988 immer geringer wird.

Ergebnis:

Die Nichtanhebung des Punktwertes um den Teuerungsausgleich verletzt sowohl die gesetzlichen Vorgaben des § 15 ZHG als auch Art. 12 Abs. 1 GG.

2. Selektivvertrag nach § 2a GOZ

§ 2a GOZ 2009 übernimmt Regelungsmechanismen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, die dort u.a. in den §§ 73, 73a, 73b, 140a ff. SGB V enthalten sind.

Die Öffnungsklausel ist rechtswidrig und fördert ruinösen Wettbewerb. Nach § 15 ZHG muss eine Gebührenordnung ruinösen Wettbewerb verhindern, einen Ausgleich zwischen den widerstreitenden Interessen von Zahnärzten und Patienten schaffen und die Transparenz der Abrechnung garantieren.

Die geplante Öffnungsklausel ist mit keiner dieser Vorgaben zu vereinbaren. Mit ihr können die privaten Versicherungsunternehmen Patientenströme lenken und damit unangemessene Forderungen am Markt durchsetzen. Bundesweite Vertragsnetze großer Versicherungsunternehmen kämen Preiskartellen gleich. Zahnärzte und Patienten wären schutzlos gegenüber Vergütungssenkungen, Positivlisten für Werkstoffe und Eingriffen in die medizinische Weisungsfreiheit. Letztlich würde der Kostendruck Konzentrationsprozesse auslösen – große urbane Zahnkliniken würden kleine Praxen außerhalb der Ballungsräume verdrängen. Mittelfristig würden Landstriche ohne zahnärztliche Versorgung entstehen, wie dies in der Allgemeinmedizin bereits häufig zu beklagen ist.

Zu § 2a GOZ 2009 liegen bereits zwei Rechtsgutachten vor. Beide dürften Ihnen bekannt sein. Wir sehen bei dieser Norm schwerwiegende ordnungspolitische (wettbewerbs- und kartellrechtliche) Fragestellungen.

Vereinbarungen über die Abweichung von der GOZ sind klassische Konditionen- und Preiskartelle und unterfallen § 1 GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen) sowie – europarechtlich – Art. 81 ff. EG. Die Öffnungsklausel verstößt gegen EU-Recht. Außerdem bedeutet die Öffnungsklausel innereuropäische Wettbewerbseinschränkungen (Verstoß gegen Art. 81 ff. des Vertrags zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft). Denn der Abschluss von Verträgen durch große PKV-Unternehmen mit einer Vielzahl von Versicherten und ebenso von Zahnärzten im gesamten Bundesgebiet würde zu erheblichen Marktbarrieren für europäische Mitbewerber führen. Dies verstößt nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs klar gegen den EU-Vertrag.

Die Öffnungsklausel schränkt Patientenrechte ein. Das Bundesgesundheitsministerium erklärt, es sei ausreichend, dass die Vereinbarungen lediglich ermöglicht würden und nicht verbindlich seien. Außerdem müssten ja die Patienten einwilligen. Aber PKV-Versicherte oder Beihilfeberechtigte, die nur über einen Versicherungsschutz auf der Grundlage eines derartigen Vertrags verfügen, werden wirtschaftlich, vielleicht aber auch rechtlich gezwungen sein, sich nur auf Grundlage dieser Verträge behandeln zu lassen. Die gleichgewichtige Aushandlung eventueller abweichender Vereinbarungen zwischen Zahnarzt und Patient auf Augenhöhe wird so durch ungleichgewichtige Kartellstrukturen ersetzt.

Sachgerecht wäre es aber, wenn man die in § 2a Abs. 1 GOZ 2009 enthaltene Möglichkeit der völlig freien Vereinbarung – welche sowohl § 1 Preugo vom 01.09.1924 als auch § 1 Satz 2 Bugo-Z vom 18.03.1965 kannte – in § 2 Abs. 1 GOZ übernimmt und – unter dem Gesichtspunkt des Überforderungsschutzes – das in § 2a Abs. 1 Satz 3 (und Abs. 3) GOZ 2009 enthaltene Konzept der Rahmenempfehlung in einen neuen § 2 Abs. 4 GOZ integrierte. Dann könnte auf die ordnungspolitisch höchst bedenkliche Norm des § 2a GOZ komplett verzichtet werden.

3. § 2 GOZ

§ 2 des GOZ-Entwurfs missachtet die Handlungs- und Vertragsfreiheit der Patienten. Nach der vorgesehenen Neufassung soll eine abweichende Vereinbarung nur über die Höhe der Vergütung erlaubt sein, nicht aber über eine Lösung von der Gebührenordnung insgesamt (§ 2 GOZ). Dies verstößt gegen die in Deutschland grundrechtlich geschützte Vertragsfreiheit. Die betreffende Formulierung (§ 2 Abs. 1 GOZ) sollte daher durch eine Alternative ersetzt werden, welche ebenfalls eine freie Vereinbarung unabhängig von der GOZ erlaubt.

Die angesprochene Änderung des § 2 Abs. 1 GOZ ist ohnehin aus verfassungsrechtlichen Gründen (Art. 12 Abs. 1 GG – Verhältnismäßigkeitsgrundsatz) geboten. Wenn das Bundesgesundheitsministerium befürchtet, Zahnärzte könnten ihre Patienten „reihenweise übers Ohr hauen“, dann kann man sich mildere, weniger einschneidende und damit verhältnismäßigere Mittel als das völlige Verbot der komplett freien Vereinbarung denken. Das Totalverbot des § 2 GOZ etwa zur Vereinbarung von Zeithonoraren führt in allen modernen Entwicklungsgebieten der Zahnheilkunde wie der Endodontie, der Implantologie und auch der Parodontologie zu unsinnigen kalkulatorischen „Verrenkungen“ bei den Steigerungsfaktorvereinbarungen, die aber nach gegenwärtiger Rechtslage notwendig sind, um den dabei zu betreibenden Aufwand zahnärztlich angemessen honoriert zu bekommen. Dabei geht es nicht um die sachgerechte Honorierung für sog. „Übungsbehandlungen“, sondern um die sachgerechte Honorierung der Experten, also gerade derjenigen Zahnärzte, deren Qualität durch die Patienten besonders nachgesucht werden sollte. Dafür bietet sich die Vereinbarung von Zeithonoraren geradezu an.

Der Patient ist durch die Rechtsprechung zur wirtschaftlichen Beratungspflicht des Zahnarztes viel umfassender geschützt als durch alle strukturellen Maßnahmen. Als aktuellstes Beispiel sei auf McZahn[®] hingewiesen, ein Projekt, das sich zunächst großen Rückhalts bei den gesetzlichen Krankenkassen erfreuen durfte, nun aber insolvent ist.

Ordnungspolitisch stellt sich die Frage, wie Patienten effektiv davor geschützt werden können, nur noch ein Kostenfaktor in den Kalkulationen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen zu sein. Der einzige Verbündete in diesem Kampf ist ihr Arzt und Zahnarzt. Dass dies kein abstraktes Problem ist, weiß jeder Arzt und Zahnarzt aus täglicher Erfahrung.

4. Mehrkostenregelung

Durch die neue Mehrkostenregelung bei Füllungen werden gesetzlich Versicherte, die zuzahlen, zu Privatpatienten zweiter Klasse. Immer mehr gesetzlich Versicherte wünschen Leistungen oberhalb des von der gesetzlichen Versicherung erstatteten Niveaus und schließen dazu eine so genannte Mehrkostenvereinbarung ab (§ 28 SGB V). Nicht nur genießen sie dadurch für die betreffende Maßnahme eine volle Privatbehandlung – auch die Versichertengemeinschaft profitiert von der bewährten Regelung. Denn der Kassenpatient erhält wie privat Versicherte eine reale Rechnung über das Gesamthonorar für die erbrachte Leistung, über den von der Versichertengemeinschaft erbrachten Anteil und den auf ihn entfallenden Betrag. Dies ist mit Blick auf das wichtige Ziel der Kostentransparenz im Gesundheitssystem bedeutsam.

Der Referentenentwurf sieht im Bereich der Füllungstherapie eine neue Regelung vor. Statt der vollen Privatleistung sollen privat zuzahlende Kassenpatienten zukünftig lediglich die Verwendung von Kompositis bei der abschließenden Füllung als Privatleistung erhalten - die davon logisch nicht trennbare vorbereitende Zahnbehandlung wird zur gesetzlichen Leistung erklärt. Das ist rechtssystematisch unlogisch. Vor allem aber wird gesetzlich Versicherten damit bei bestimmten Füllungen die Wahl der Privatbehandlung größtenteils abgesprochen, denn sie genießen diese nur noch für einen geringen Teil der Leistung, nämlich für die Verwendung eines bestimmten Materials. Sie wären den voll privat Versicherten nicht mehr gleichgestellt.

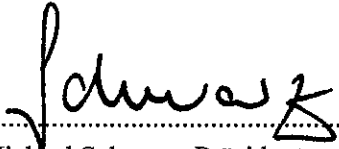
Nicht zuletzt werden die durch die neue Regelung auch Bemühungen nach Transparenz im Gesundheitswesen konterkariert, denn die Rechnung würde nur noch die Materialverwendung ausweisen - über die tatsächlichen Kosten für die Versichertengemeinschaft wären sich die Patienten nicht bewusst.

Wir bitten die Bayerische Staatsregierung eindringlich, sich dafür einzusetzen, dass dieser Referentenentwurf zurückgezogen wird.

Von Seiten der deutschen Zahnärzteschaft wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) auf der Basis der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahnheilkunde die Honorarordnung der Zahnärzte (HOZ) entwickelt. Der Verordnungsgeber wäre gut beraten, diesen Vorschlag der deutschen Zahnärzteschaft ernst zu nehmen.

Gerne stehen wir Ihnen zu weiteren Erläuterungen der ablehnenden Auffassung der hier vertretenen Verbände zur Verfügung.

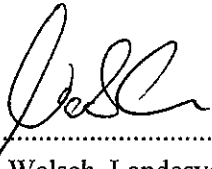
Mit freundlichen Grüßen



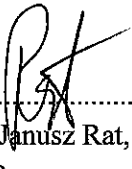
.....
Michael Schwarz, Präsident
BLZK



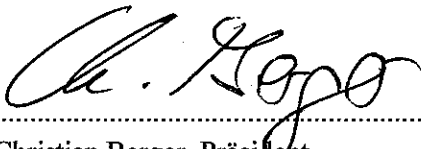
.....
Dr. Janusz Rat, Vorsitzender des Vorstands
KZVB



.....
Dr. Jürgen Welsch, Landesvorsitzender Bayern
FVDZ



.....
Dr. Janusz Rat, Erster Vorsitzender
ZZB



.....
Christian Berger, Präsident
BDIZ EDI



.....
Dr. Claus Durlak, Landesvorsitzender Bayern
BDK