

Der Gebührenordnungsausschuss – kompetent mit beschränkter Wirkung

Ärztliche Tätigkeit und angemessene Vergütung waren und sind Dauerthemen berufspolitischer Auseinandersetzungen. Im GKV-Bereich wird kontrovers über das Diktat der Budgets, die Honorarverteilung mittels Punktwerten und die entsprechenden Folgen für die Patientenversorgung diskutiert. Im Bereich der Privatversicherten stehen die ökonomischen Zwänge defizitärer Krankenhäuser, der sachgerechte Umgang mit einer im Prinzip veralteten GOÄ sowie die mögliche Novellierung dieser Gebührenordnung im Mittelpunkt der Diskussion.

Mit dem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber reagiert und ganz zuletzt überraschend einen Systemwechsel in der GKV zugelassen, indem er eine zumindest teilweise Aufhebung der stringenten Budgetierung verfügt hat. Damit wurde erstmalig von der Politik ein Zusammenhang eingeräumt zwischen der Qualität der ambulanten medizinischen Patientenversorgung mittels freier Ausübung des Arztberufes und einer realitätsbezogenen angemessenen Vergütung. Einen derartigen Zusammenhang gibt es allerdings auch bei der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus.

In der Regel werden die Begriffe „Freiberuflichkeit“ und „selbstständige ärztliche Tätigkeit“ synonym verwendet. Dabei wird aber übersehen, dass auch angestellte Ärzte medizinisch frei tätig sind und dem gleichen Berufsrecht wie die in der Praxis tätigen selbstständigen Vertragsärzte unterliegen. Das bedeutet für beide Gruppen, dass medizinische Entscheidungen frei von ökonomischen Vorgaben (zum Beispiel der Krankenhausleitung) bzw. finanziellen Interessen (zum Beispiel Honorarverteilung) zu sein haben. In der Realität existieren diese „Vorgaben“ aber durchaus sowohl für die Selbstständigen in der Praxis als auch für die Angestellten im Krankenhaus.

Heutzutage sind alle Krankenhausärzte einschließlich der Chefärzte völlig vom Krankenhaus abhängig. Sie können dabei durchaus ökonomischen Zwängen, bei-

spielsweise bei der Indikationsstellung von wirtschaftlich lohnenden Operationen, ausgesetzt sein. Diese Abhängigkeit wird grundsätzlich begünstigt durch den totalen Verzicht der Krankenhausärzte auf ihr GOÄ-Honorar bei der stationären Behandlung von Privatpatienten im Krankenhaus.

Die jungen Chefärzte werden mit Vertragsbedingungen konfrontiert, die im Ergebnis einen vollständigen Honorarverzicht bedeuten mit Zufluss der Geldbeträge aus privatärztlicher Liquidation an den Krankenhausträger.

Für die Erstellung der Liquidationen beauftragen die zugehörigen Verwaltungen zunehmend sogenannte Abrechnungsbüros (privatärztliche Verrechnungsstellen). Diese „Institute“ werden in Prozent von der Höhe der Honorarsummen bezahlt und viele haben mit dem „Totschlagargument“ einer prinzipiell veralteten GOÄ die perfekte Ausnutzung der Gebührenordnung zu ihrem Geschäftsmodell gemacht. Davon kann der Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) „so manches Liedchen singen“. Immer wiederkehrende strittige Anwendungen bestimmter Gebührenpositionen mit Ausweitung und fehlerhafter Interpretation sind hier häufig die Regel. Auch der Zahl und Anwendung „neu ersonnener“ Analogpositionen sind kaum Grenzen gesetzt.

Die einschränkenden gutachterlichen Äußerungen des Ausschusses werden von diesen Büros kaum zur Kenntnis genommen. Unter erneuter phantasievoller Auslegung von vorhandenen, aber wenig bis nicht fallbezogenen Urteilen wird gerne (pseudojuristisch gebührenrechtlich) „eindrucksvoll“ widersprochen. Letztendlich bleibt so die gutachterliche Äußerung des Ausschusses, der prinzipiell nur beraten und empfehlen kann, ohne Effekt – beim nächsten Mal finden sich in identischen medizinischen Sachverhalten die gleichen fehlerhaften, aber den Honorarumsatz steigernden Positionen in den Liquidationen wieder. Viele Probleme werden allerdings durch die veraltete GOÄ selbst aus-

gelöst. Die Vergütungshöhe stimmt nicht mehr, die dort vorhandenen Leistungen bilden die moderne Medizin nicht mehr ab, sodass ein „Wildwuchs an Analogziffern“ zustande kommt. Eine entsprechend novellierte GOÄ könnte die Rechtsunsicherheiten hier durchaus beheben.

Ob Patienten strittige Beträge bezahlen müssen, ist letztendlich einem Gerichtsurteil vorbehalten. Ausgangspunkt ist immer der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient. Die private Krankenkasse hat eigentlich nur zu erstatten. In der Realität kürzt sie aber einen großen Teil der gestellten Rechnungen zumindest teilweise. Gerichtliche Auseinandersetzungen hierüber erfolgen immer über die Patienten selbst, die von der privaten Krankenkasse instrumentalisiert werden, indem diese die Erstattung ablehnt. Ein Gericht urteilt dann nicht grundsätzlich, sondern immer über den betreffenden Einzelfall. Diese gerichtliche Auseinandersetzung will man aber verständlicherweise eher vermeiden, denn welcher krankheitsbedingt wiederkehrende Patient würde nicht beim durchaus berechtigten Einbehalt von Rechnungsbeträgen negative Auswirkungen auf seine weitere medizinische Behandlung befürchten?

Die behandelnden Chefärzte tangiert dies alles nicht. Sie haben die Rechnung selbst nicht erstellt und sehen sowieso nichts vom Honorar auf ihrem Konto.

Diese Einstellung ist aber mehr als nur problematisch, denn letztendlich zeichnen sie als behandelnde Ärzte verantwortlich.

Die behandelten Patienten haben sich mit der Beauftragung eines Abrechnungsbüros einverstanden erklärt. Die standardisierten Einwilligung- und Aufklärungsbögen enthalten hier in der Regel – in Analogie zum ärztlichen Angestelltenverhältnis im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) – den „beruhigenden“ Hinweis auf die dadurch mögliche Konzentration der Ärzte auf ihre medizinische Tätigkeit frei von Abrechnungsbürokratie.

Im Zweifelsfall sind sie aber trotzdem „die Dummen“ und setzen sich dann schriftlich mit erheblichem „bürokratischen“ Aufwand für eine fehlerhafte Anwendung der Gebührenordnung auseinander.

Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten einzugehen, ist die späte Einsicht der Politik bemerkenswert, im vertragsärztlichen Bereich zumindest ansatzweise die Budgetgrenzen aufzuheben. Den Ärzten ist nämlich grundsätzlich kein Vorwurf zu machen, dass sie sich in mehr als 25 Jahren stringenter Budgetierung dann auch nach den wirtschaftlichen Zwängen von Begrenzungen gerichtet und ihre Arbeit den Budgets angepasst haben. Es besteht eben doch ein Zusammenhang zwischen einer dem Berufsrecht entsprechenden freien Berufsausübung und der zugehörigen Vergütung. Für die GKV hat die Politik das zumindest teilweise anerkannt, für die GOÄ aber bisher noch nicht.

Eine eigenständige, insbesondere vom Klinikträger unabhängige Vergütung der

Krankenhausärzte wäre aber dringend notwendig und ginge in der Folge auch einher mit der ebenso notwendigen Gleichberechtigung in den Krankenhausführungsstrukturen. Auch die Arzt-Patientenbeziehung würde verbessert durch vermehrtes Vertrauen in die ärztlichen Entscheidungen unabhängig von der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses. Tatsächlich aber besteht weiterhin die völlige finanzielle Abhängigkeit der angestellten Ärzte von ihrem Arbeitgeber. Würden zum Beispiel die Krankenhausärzte ihr Liquidationsrecht zurück erhalten, könnte auch die Arbeit des Gebührenordnungsausschusses der LÄKH effektiver sein. Die gutachterlichen Äußerungen der dem Ausschuss angehörenden Ärzte würden sicherlich mehr Beachtung von denjenigen Kollegen erfahren, die ihre Abrechnungen auch selbst erstellt haben. Die von den Krankenhausleitungen beauftragten gewinnorientierten Abrechnungsstellen hingegen sind generell auf eine Maximierung

der Abrechnungsbeträge ausgerichtet und nehmen die einschränkenden Äußerungen eines Gutachterausschusses nur beiläufig zur Kenntnis. Daher gäbe es auch hier einen „TSVG-ähnlichen“ Handlungsbedarf.

Für den Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen:

Dr. med. Thomas Klippstein
 Vorsitzender des
 Gebührenordnungsausschusses
 E-Mail:
 th.klippstein@gmx.de



Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Nachrichten

Gedenkstätte Hadamar – als Lernort lebendig erhalten

Der Hessische Ministerpräsident Volker Bouffier (kl. Foto) hat Mitte September die Gedenkstätte Hadamar besucht – als erster hessischer Ministerpräsident überhaupt.

Hadamar ist die größte Gedenkstätte für medizinische Verbrechen mit über 20.000 Besuchern im Jahr. Sich mit Hadamar und seiner Geschichte zu beschäftigen heißt



auch, sich mit Medizinethik, mit Risiken der Verletzung von Patientenrechten und mit Pflichten für Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzte auch im heutigen aktuellen Zeitraum zu befassen.

In jüngerer Zeit hat die Zahl der Anfragen von Angehörigen von ermordeten Psychiatriepatienten, aber auch Angehörigen der damaligen Wehrmacht, zugenommen. Angehörige von Mitarbeitern der damali-

gen Tötungsanstalten finden oftmals jetzt erst die Zeit und die innere Bereitschaft, um Anfragen zu ihren Angehörigen an die Gedenkstätte zu stellen.

Volker Bouffier setzt sich dafür ein, die Gedenkstätte weiter auszubauen.

Die räumliche Ausweitung der Einrichtung, mit Übernahme von Räumen im Westflügel des Gebäudes, benötigen finanzielle Unterstützung

– vom Land Hessen, den Trägern der Einrichtung und vom Bund, um Realität zu werden. Bouffier wies in seiner Rede darauf hin, dass die Unterstützung der Gedenkstätte Aufgabe des Landes sei und dass über parteipolitische Blickwinkel hinaus auch für die Zukunft gewährleistet



Hadamar als Gedenk- und Lernort erhalten und ausbauen: Volker Bouffier, hessischer Ministerpräsident, rückte mit seinem Besuch die Bedeutung der Gedenkstätte auch für die Zukunft wieder in den Fokus.

sein müsse, dass dieses Haus lebendig bleibe als Einrichtung, die die Vergangenheit dokumentiert, als ein Lernort für Studierende und Schüler sowie als Bühne der Auseinandersetzungen mit medizinischen Fragestellungen heutiger Zeit. Die Landesärztekammer Hessen ist im wissenschaftlichen Beirat vertreten und hält einen „kurzen Draht“ zur Gedenkstätte in Hadamar.

Dr. med. Sigmund Drexler