

Ist seit Inkrafttreten der GOZ 2012 tatsächlich durchschnittlich der Steigerungsfaktor 2,3 anzusetzen ?

Vereinzelte Private Krankenversicherungen (PKVen) behaupten unverblümt, dass ab 2012 für GOZ-Leistungen eigentlich nur noch durchschnittlich der 2,3-fache Steigerungsfaktor berechnet werden dürfe. Darüber hinausgehende Faktoren seien nur bei „ganz extremen“ Besonderheiten möglich.

Hierzu der § 5 GOZ in der ab 2012 gültigen GOZ:

§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses

(1) Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes. Gebührensatz ist der Betrag, der sich ergibt, wenn die Punktzahl der einzelnen Leistung des Gebührenverzeichnisses mit dem Punktwert vervielfacht wird. Der Punktwert beträgt 5,62421 Cent. Bei der Bemessung von Gebühren sind sich ergebende Bruchteile eines Cents unter 0,5 abzurunden und Bruchteile von 0,5 und mehr aufzurunden; die Rundung ist erst nach der Multiplikation mit dem Steigerungsfaktor nach Satz 1 vorzunehmen.

(2) Innerhalb des Gebührenrahmens sind die Gebühren unter Berücksichtigung der Schwierigkeit und des Zeitaufwandes der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung nach billigem Ermessen zu bestimmen. Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalles begründet sein.

Bemessungskriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, haben hierbei außer Betracht zu bleiben.

In der GOZ gibt es (ausser den Zuschlägen nach GOZ 0110, 0500 – 0530 – diese werden stets im 1,0-fachen Steigerungsfaktor berechnet sowie dem Zuschlag nach GOZ 0120 – dieser wird starr mit dem einfachen Gebührensatz der Hauptleistung berechnet) keine Leistungen, bei denen ein anderer Gebührenrahmen als 1,0 – 3,5 bzw. ein durchschnittlicher Steigerungsfaktor (z.B. 2,3) festgelegt ist. **Die Auffassungen dieser vereinzelter PKVen, seit Inkrafttreten der GOZ 2012 sei durchschnittlich der Steigerungsfaktor 2,3 anzusetzen, sind daher gebührenrechtlich unzutreffend und stehen im krassen Widerspruch zu § 5 GOZ.**

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der Punktwert der GOZ seit 1988 unverändert ist (schon im Oktober 2004 hat das Bundesverfassungsgericht darauf hingewiesen, dass der tatsächlich anwendbare Gebührenrahmen in der GOZ ab Steigerungsfaktor 2,4 beginnt, da ein Absinken unter die Honorierung des BEMA in der Gesetzlichen Krankenversicherung – nämlich den 2,3 – fachen Steigerungssatz - wohl kaum als angemessen zu bezeichnen wäre) und nur ca. 14 (in Worten 14) Leistungen in der GOZ 2012 letztlich fühlbar angehoben worden sind (z.B. Inlays, Kronen, Brückenanker). Im Gegenzug sind praktisch alle bisherigen Analogleistungen in die GOZ 2012 mit deutlich niedrigeren Punktzahlen „eingepreist“ worden als diejenigen, die 2011 auch höchstgerichtlich als angemessen eingestuft worden sind (z.B. Dentinadhäsive Rekonstruktionen, Membranen, Augmentationen u.v.m.).

Ungefähr 70 % der Leistungen in der GOZ 2012 haben dieselbe Punktzahl wie 1988, d.h. der Gebührenrahmen in Euro ist identisch wie 1988. Eben deshalb gibt es diese hohe Anzahl von Leistungen in der GOZ 2012, bei denen man sehr hohe Faktoren jenseits Steigerungsfaktor 2,3 ansetzen muss oder sogar eine Vereinbarung nach §2 Abs.1 und GOZ über Steigerungsfaktor 3,5 treffen muss, um überhaupt das Honorar zu erzielen, das die Gesetzliche Krankenversicherung beim Hartz IV-Empfänger bezahlt. Vor diesem Hintergrund ist eine maximale Verwerfung der Begründungspflicht nach § 5 Abs. 2 GOZ entstanden. Die Begründungspflicht ist nur noch eine bürokratische Farce ohne realen gebührenrechtlich sinnvollen Hintergrund.

Dr. Peter Klotz, Dr. Andreas Moser
Referat für Privates Gebühren- und Leistungsrecht des ZBV Oberbayern