

und Computerausdrucken sowie zum Ersatz von Schreibaufträgen.

Danach stellt sich die rechtliche Situation, die die Versorgungsämter im Einvernehmen mit dem nordrhein-westfälischen Arbeitsministerium ab August 2000 bei der Festsetzung der Entschädigung berücksichtigt, wie folgt dar: Befundberichte nach Nr. 3 der Anlage zu § 5 ZSEG sind keine Gutachten im Sinne des § 8 Abs. 1 Ziff. 3 ZSEG. Befundberichte auf dem Vordruck des Versorgungsamtes und Computerausdrucke stellen zudem immer Urschriften dar, also keine entschädigungspflichtigen Kopien oder Zweitausfertigungen.

Der mit der Erstellung eines Befundberichtes verbundene Schreibaufwand ist nach Auffassung des BSG mit der eigentlichen Entschädigung von zur Zeit 20 DM bis 40 DM abgegolten. Für angeforderte Abschriften bzw. Ablichtungen, auch für die Handakte des Arztes, erstattet die Versorgungsverwaltung dagegen weiterhin für die ersten 50 Seiten eine DM und für jede weitere Seite 30 Pfennige.

Die vorgenannte Entschädigungsregelung geht davon aus, dass – im Gegensatz zu den Gerichten – die Versorgungsverwaltung von den Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich keine Gutachten anfordert. Die Ärzte werden insoweit nicht als Sachverständige, sondern nur als „sachverständige Zeugen“ in Anspruch genommen.

Computerausdrucke und undifferenzierte Befundunterlagen

Wird die Anfrage des Versorgungsamtes lediglich durch Übersendung eines unbearbeiteten vollständigen Ausdrucks aus dem Computer oder einer Kopie der Patientenakte beantwortet, erhält der Arzt auf der Grundlage des § 2 ZSEG eine Mindestentschädigung von jeweils vier DM für seine Zeu- genaussage und für seinen Praxisaufwand, also höchstens acht DM statt bisher 20 DM bis 40 DM für die Erstellung eines Befundberichtes.

Abgesehen davon wirft die Übermittlung von Patientendaten an das Versorgungsamt, die nicht für die Entscheidung über den Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter benötigt werden, rechtliche Fragen des Datenschutzes und der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht auf. Aus den vorgenannten Gründen sollte daher von einer undifferenzierten Bearbeitung von Anfragen des Versorgungsamtes Abstand genommen werden. Ein mit Hilfe des Computers erstellter Bericht, der inhaltlich dem Befundbericht – Vordruck der Verwaltung – entspricht, wird wie ein solcher entschädigt. Zusätzlich erstattet das Versorgungsamt die angefallenen notwendigen Portokosten.

Gesetzesänderung in Arbeit

Das Bundesministerium der Justiz hat bereits im November 1998 einen Arbeitsentwurf zur Änderung des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG) vorgelegt, der zur

Zeit noch in der Diskussion ist. Die voraussichtlichen Bestimmungen dieses Gesetzes („Gesetz über die Entschädigung von ehrenamtlichen Richtern, Zeugen, Sachverständigen, Dolmetschern und Übersetzern“ – JEG), welches das ZSEG ablösen soll, sehen einen Auslagenersatz für die Erstellung der Befundberichte nicht vor. Dafür soll die Entschädigung für die Erstellung eines Befundberichts für das Versorgungsamt zukünftig 35 DM bis 70 DM betragen.

Der 102. Deutsche Ärztetag 1999 hatte bereits den Arbeitsentwurf zur Änderung des ZSEG insbesondere im Hinblick auf die drohende Nivellierung der Sachverständigenentschädigung mit dem Ziele einer Kosteneinsparung mit Entschiedenheit abgelehnt. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf keine Anpassung der Schreibgebühren gemäß § 8 ZSEG oder eine positive Regelung für den Ersatz von Schreibgebühren für die Erstellung von Befundberichten. Im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG muss davon ausgegangen werden, dass auch zukünftig kein Ersatz von Schreibaufträgen für die Erstellung von Befundberichten gezahlt wird.

STANDARDTARIF

Neue GOÄ-Regelung seit 1. Juli in Kraft

Private Krankenversicherung muss „Sozialtarif“ jetzt einem erweiterten Versichertenkreis anbieten.

Nach der Gesundheitsreform 2000 ist die private Krankenversicherung (PKV) seit 1. Juli verpflichtet, einem nunmehr erweiterten Versichertenkreis den sogenannten Standardtarif als brancheneinheitlichen Tarif mit einem Höchstbetrag anzubieten (§ 257 Abs. 2 a Sozialgesetzbuch V – SGB V). Der Versicherungsschutz der berechtigten Versicherungsnehmer ist demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in etwa vergleichbar; die Versicherten können zudem keine Zusatzversicherung ab-

schließen, zum Beispiel für den stationären wahlärztlichen Bereich.

Die zum 1. Januar 2000 in die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eingefügte Vorschrift des § 5 b, die im ersten Halbjahr nur die „alten“ Standardtarif-Versicherten betraf, bestimmt, dass ärztliche Leistungen gegenüber Standardtarif-Versicherten nur noch mit dem 1,1-fachen, 1,3-fachen beziehungsweise 1,7-fachen des Gebührensatzes berechnet werden dürfen.

Bis 1999 war es den Ärzten freigestellt, dem Wunsch der bisherigen

§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung

Für Leistungen, die in einem brancheneinheitlichen Standardtarif nach § 257 Absatz 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch versichert sind, dürfen Gebühren nur bis zum 1,7fachen des Gebührensatzes nach § 5 Absatz 1 Satz 2 berechnet werden. Bei Gebühren für die in den Abschnitten A, E und O des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,3fache des Gebührensatzes tritt. Bei Gebühren für die in Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses genannten Leistungen gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des 1,7fachen des Gebührensatzes das 1,1fache des Gebührensatzes tritt.

standardtarifversicherten Patienten zu entsprechen, unter Verzicht auf die mögliche Ausschöpfung des Gebührenrahmens gemäß § 5 GOÄ eine reduzierte Honorarberechnung vorzunehmen. Der Gesetzgeber sah sich offenbar verpflichtet und berechtigt, versicherungsrechtliche Regelungen im privatärztlichen Gebührenrecht zu verankern, vergleichbar etwa mit der Bestimmung über die Berechnung privatärztlicher Leistungen im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs (§ 5 a GOÄ).

Standardtarif-Versicherte: Berechtigungsnachweise

Zu den Versicherten, die die Wahlmöglichkeit haben, von einer Krankheitsvollversicherung mit umfangreichem Versicherungsschutz und entsprechend hoher Beitragsleistung in den Standardtarif mit eingeschränktem Leistungsumfang und begrenzter Beitragsbelastung zu wechseln, gehören – wie bereits seit 1994 – Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben.

Den Standardtarif nach den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches 1994 haben bis Ende 1999 lediglich 1.407 Versicherungsnehmer gewählt. Ab 1. Juli ist die Altersgrenze auf 55 Jahre für die Personen gesenkt worden, deren Einkommen unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze von zur Zeit 77.400 DM (alte Bundesländer) liegt. Diese Regelung betrifft auch die Beamten, die in einen beihilfefunktionären Standard-Tarif wechseln wollen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist ein Wechsel auch vor Vollendung des 55. Lebensjahres möglich, zum Beispiel bei Bezug einer Rente oder Pension.

Der Gesetzgeber hat weder im Sozialgesetzbuch noch in der Ge-

bührenordnung geregelt, ob und wie sich der Standardtarif-Versicherte gegenüber dem Arzt auszuweisen hat. Voraussetzung für ein gesetzeskonformes Verhalten der Ärzte ist jedoch, dass der Patient sich vor Beginn der Behandlung gegenüber dem Arzt als Standardtarif-Versicherter ausweist, damit nach Erstellung der Honorarrechnung Streitigkeiten über die Anwendung des höchstmöglichen Faktors für die Bewertung der privatärztlichen Leistungen vermieden werden.

Rechtliche Probleme

Nach Auskunft des Verbandes der privaten Krankenversicherung sind zwei Gruppen von Versicherten zu unterscheiden. Nämlich die Versicherten, die von ihrem Versicherungsunternehmen bereits mit der Card für Privatversicherte mit einem entsprechenden Aufdruck ausgestattet worden sind, und die Versicherten, denen nunmehr ein gesonderter Ausweis erstellt wird.

Rechtliche Probleme können im Einzelfall auftreten, wenn ein Standardtarif-Versicherter sich gegenüber dem Arzt vorsätzlich oder irrtümlich nicht als solcher ausweist und erst nach Erhalt der Arztrechnung die Anwendung der honorarbegrenzenden Regelung des § 5 b GOÄ für sich reklamiert. Der Arzt oder die Ärztin hätte in einem solchen Fall einen Privatpatienten behandelt ohne zu wissen, dass dieser eine gesonderte, nämlich geminderte Honorarberechnung erwartet beziehungsweise verlangt. Ob und in welchem Umfang der Behandlungsvertrag im Hinblick auf die verbindliche Vorschrift des § 5 GOÄ hinsichtlich der Bewertung der ärztlichen Leistungen rechtswirksam

geschlossen worden ist, müsste im Streitfall das zuständige Gericht entscheiden.

Honorarvereinbarung grundsätzlich zulässig

Der Gesetzgeber hat – wie dargestellt – in § 5 b GOÄ die Höchstbegrenzung des privatärztlichen Honorars für die Behandlung Standardtarif-Versicherter festgelegt. Während er den Abschluss einer abweichenden Vereinbarung (Honorarvereinbarung) für privatärztliche Leistungen im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 5 a GOÄ für unzulässig erklärt hat (§ 2 Absatz 1 Satz 2 GOÄ), fehlt eine diesbezügliche Regelung für die Behandlung von Standardtarif-Versicherten.

Somit besteht grundsätzlich neben der grundsätzlichen Entscheidungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte, einen privatärztlichen Behandlungsvertrag überhaupt abzuschließen, auch die rechtliche Möglichkeit, zumindest in wohlbegründeten Einzelfällen durch Verlangen einer Honorarvereinbarung für die Festlegung eines bestimmten Steigerungssatzes die Angemessenheit des ärztlichen Honorars für bestimmte ärztliche Leistungen zu sichern.

Im Hinblick auf die bisherige Zahl der versicherten Personen im Standard-Tarif (1.407 von ca. 7,4 Millionen Versicherten) sollte die Auswirkung der gesetzlichen Neuregelung im Sozialgesetzbuch und im privatärztlichen Gebührenrecht vorerst sorgfältig beobachtet und Überreaktionen sollten vermieden werden, zumal der Standard-Tarif vornehmlich für Versicherte gedacht ist, die aus finanziellen Gründen eine Krankheitsvollversicherung mit höheren Beiträgen nicht finanzieren bzw. die nach Vollendung des 55. Lebensjahres grundsätzlich nicht mehr in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können.

*Rolf Lübbers**

* Rolf Lübbers ist Leiter des Referats Gebührenordnung der Ärztekammer Nordrhein.