

## **BETRACHTUNGEN ZUR ÄRZTLICHEN GEBÜHRENORDNUNG (GOÄ)**

*Klaus Günterberg*

### **Die Struktur der GOÄ 96**

Im Vergleich zu der Vorgängerin, der PREUGO war die GOÄ, wie wir sie kennen, ein großer Fortschritt. Ein allgemeiner Teil regelt grundsätzliche Fragen ärztlicher Vergütung, das Leistungsverzeichnis definiert detailliert die Art und über eine Punktzahl den vergleichbaren Wert einzelner ärztlicher Leistungen, neue medizinische Verfahren können vorübergehend, bis zur Übernahme in die GOÄ, über eine Analogbewertung berechnet werden. Die Vergütung jeder Einzelleistung errechnet sich durch Multiplikation ihrer Punktzahl mit einem Steigerungsfaktor und einem Punktwert. Ein erhöhter Zeitaufwand und Erschwernisse bei der Leistungserbringung werden über den Steigerungsfaktor berücksichtigt. Über eine Änderung des Punktwertes kann die GOÄ der Inflation angepasst werden.

Mit dieser Struktur haben die Väter der GOÄ eine Regelung geschaffen, die den individuellen Umständen ärztlicher Tätigkeit gerecht wird, die der medizinischen Entwicklung angepasst werden kann und die auch über eine Änderung des Punktwertes eine einfache Anpassung an die Inflation ermöglicht. Ein kluges, eigentlich ein Generationenwerk.

Jede ärztliche Gebührenordnung muss aber in Abständen im Leistungsverzeichnis dem Fortschritt und über den Punktwert der Inflation angepasst werden. Das ist bei der GOÄ 96 bisher nur bei sehr wenigen Leistungspositionen geschehen, der Punktwert ist seit 1996 unverändert.

### **GOÄ, Inflation und Kaufkraft**

Etwa 10 % der Bevölkerung sind gegenwärtig privat kranken-vollversichert, bekommen Rechnungen nach der GOÄ. Die GOÄ betrifft aber auch die Menschen, die privat zusatzkrankenversichert sind, betrifft auch alle Leistungen, die von den Krankenkassen nicht übernommen werden (sog. IGe-Leistungen) und auch alle Menschen, die als Selbstzahler ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen, betrifft insgesamt einen erheblichen Anteil der Bevölkerung. Direkt betroffen sind auch die meisten Ärzte.

#### **Tabelle 1**

Privatärzte, ambulant tätig

Vertragsärzte \* /\*\*

Impfzentren \*

Chefärzte mit Liquidationsberechtigung

Klinikärzte \*\*\*

Krankenhäuser \*\*\*

Kur- und Rehabilitations-Einrichtungen \*\*\*

Privatärztliche Einrichtungen

\* *sofern sie auch Privatversicherte und Selbstzahler behandeln*

\*\* *sofern sie IGe-Leistungen erbringen*

\*\*\* *sofern sie auch ambulant behandeln*

Indirekt betroffen ist aber eigentlich jeder Arzt. Nur eine angemessene Gebührenordnung gibt ihm die Möglichkeit, aus einem Angestelltenverhältnis in die Selbständigkeit zu gehen, nur eine angemessene GOÄ gibt ihm eine starke Position bei allen Gehaltsverhandlungen. Dass der Punktwert aber seit 1996 praktisch unverändert, nie an die Inflation angepasst worden ist, führte dazu, dass ärztliche Arbeit von Jahr zu Jahr immer schlechter bezahlt wurde, bezahlt wird. Die Größenordnung, um die es bei der Anpassung der GOÄ an die Inflation geht, zeigt Tabelle 2 \*).

<b>Tabelle 2</b>		<b>Inflations- Rate</b>	<b>Kaufkraft bezogen auf 1996</b>	<b>Aufwand für Warenkorb in EURO</b>
<b>Jahr</b>	<b>lfd.</b>	<b>in %</b>	<b>In %</b>	
1996	1	1,30	100,00	<b>100,00</b>
1997	2	2,00	98,00	102,00
1998	3	0,90	97,12	102,92
1999	4	0,60	96,54	103,54
2000	5	1,40	95,18	104,99
usw.				
2020	25	0,50	71,82	138,86
2021	26	3,10	69,40	143,17
2022	27	7,90	63,92	<b>154,48</b>

Grundlage für diese Berechnung sind die staatlich veröffentlichten Werte der Inflation, bezogen stets auf den Vorjahreswert; so wie auch die Wissenschaft, der Staat, die Wirtschaft und die Gewerkschaften die Kaufkraftverluste durch die Inflation berechnen. Dazu wurde *ein Warenkorb von 100 €* (in 1996 noch 200 DM) zugrunde gelegt, für den man, so das Endergebnis, dann *Ende 2022 schon 154 €* ausgeben musste.

Es geht aber nicht allein um das Einkommen der Ärzte. Ärztliche Leistungen werden zwar nach der GOÄ vergütet, die Honorare aber sind ihre *Einnahmen*, nicht aber ihr *Einkommen*. Zwischen Einnahmen und Einkommen liegen Kosten, bspw. für Räume, für Geräte und Material, KV und Ärztekammer, für Versicherungen und für die Mitarbeiter. Ohne eine Anpassung der Einnahmen an die Inflation kann es auch keine Anpassung der Gehälter der Mitarbeiter (der MFA, der Röntgen- und Laborassistenten, der angestellten Hebammen, der OP-Schwestern, aller Hilfskräfte) an die Inflation geben.

### Allgemeine Anpassungen an die Inflation

Zur Anpassung des Lebensstandards an die Inflation gibt es in unserem Land für die meisten Menschen Regelungen. *Lohn- und Gehaltsempfänger* werden von Gewerkschaften vertreten, die mit den Arbeitgebern Tarifverträge beschließen. Mitunter wird letztlich noch ein Schlichter hinzugezogen. *Zur Besoldung* der Beamten, der Richter, der Staatsanwälte und der Soldaten wird der Kaufkraftausgleich berechnet. *Mieter* haben mitunter eine Indexmiete; damit wird die Miete an den Verbraucherpreisindex gekoppelt. *Die Diäten* der Abgeordneten von Kommunen, Ländern und Bund sowie die *Parteienfinanzierung* werden automatisch an die allgemeine Lohnentwicklung angepasst. *Die Renten* werden jährlich über den Verbraucherpreisindex angepasst. Empfänger des *Bürgergeldes* erhalten eine Anpassung immer zum 1. Januar.

Zwar können die Steigerungsfaktoren in ärztlichen Rechnungen im Einzelfall und begründet gesteigert werden, eine generelle Abdingung, von ärztlichen Verbänden gegenwärtig propa-

giert, d. h. eine Steigerung *aller* Rechnungspositionen in ärztlichen Rechnungen über die Regelsätze hinaus zum Ausgleich steigender Kosten oder Pauschalhonorare sind aber in Deutschland nicht statthaft; Rechnungen, die gegen Rechtsvorschriften verstießen, wären nichtig. Im Einzelfall wäre für eine Abdingung eine vorherige schriftliche Vereinbarung nötig. Meist führen unbegründete und/oder überhöhte Steigerungssätze aber dazu, dass diese Patienten einen Großteil des Rechnungsbetrages nicht von ihrer Versicherung bzw. auch nicht von ihrer Beihilfe erstattet bekommen. Weil eine solche Rechnungslegung häufig aber zum Vertrauensbruch, zum Arztwechsel und auch zu Rechtsstreitigkeiten führt, ist solche allgemeine Abdingung weder rechtens noch empfehlenswert.

## **Ärzte und die GOÄ**

Freie Berufe handeln, im Gegensatz zu Kaufleuten und Handwerkern, die Bezahlung ihrer Arbeit nie mit ihren Kunden/Klienten/Mandanten/Patienten aus, stets erlässt der Gesetzgeber per Verordnung eine Gebührenordnung und bestimmt auch die regelmäßige Anpassung der Gebührenordnungen an die Inflation. Solche Anpassungen haben andere freie Berufe, bspw. Tier- und Zahnärzte, Apotheker, Hebammen, Rechtsanwälte, Steuerberater, Architekten und Wirtschaftsprüfer, auch regelmäßig bekommen. Nur für Ärzte ist das seit 1996 nicht geschehen, aus nachfolgenden Gründen:

Der Hauptgrund: Jede Anpassung der GOÄ belastet über die Beihilfe für die Beamten sofort und direkt den Haushalt des Staates. *Da ist der Staat, der Gesetzgeber*, für den eigentlich das Gleichbehandlungsgebot seiner Bürger gilt, am Konflikt beteiligt; Juristen würden dazu sagen: *Dieser Richter ist nicht neutral, er steht im Interessenkonflikt.*

Ein zweiter Grund: Ärzte wurden bisher zu den Besserverdienenden gerechnet. Dabei wird aber vergessen oder ignoriert, dass Ärzte schon in der Schule zu den Leistungsfähigsten gehört haben, dass sie sich schon in ihrem Studium ein Maximum an Wissen aneignen und die meisten Prüfungen aller Studienrichtungen bestehen mussten und dass Fachärzte die längste Ausbildungszeit aller Berufe haben. In ihrem Berufsleben haben sie ein Maximum an psychischer Belastung und Verantwortung zu tragen. Vergessen wird auch, dass für ihr Studium und im Beruf ein Höchstmaß an Rückstellung persönlicher Bedürfnisse gefordert ist.

Von Ärzten wird auch eine lebenslange Fortbildung gefordert; sie absolvieren sie in ihrer Freizeit. Ihr Wissensstand unterliegt einer regelmäßigen Prüfung, gemeint ist das cme-System.: Wer als Arzt dem nicht nachkommt, der verliert letztlich seine Zulassung, Das Einkommen der Ärzte steht auch in Zusammenhang mit ihrer Arbeitszeit, mit Überstunden, Bereitschafts- und Notdiensten, mit Nacht- und Wochenendarbeit. Noch immer beträgt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Ärzte mehr als 50 Stunden, wo sonst die zulässige Wochenarbeitszeit vollbeschäftigter Angestellter, Stand 2021, bei 40,5 Stunden liegt. Überdurchschnittlich viele Ärzte arbeiten aus sozialer Verantwortung noch weit über das Renteneintrittsalter heraus. In der Summe *haben Ärzte von allen Berufsgruppen wohl die längste Lebensarbeitszeit.*

Weitere Gründe: Ärzte finden ihre Erfüllung vor allem im Beruf, dadurch sind sie besonders leidensfähig; sie haben keine wirksame Interessenvertretung.

## **Ärztliche Interessenvertretung**

Interessenvertretung braucht Organisation, und selbstverständlich müssen sich jede Organisation und jede Maßnahme der Interessenvertretung an Recht und Gesetz halten. Das deutsche Körperschaftsrecht gibt für die verschiedenen Zwecke der Bürger zahlreiche Körperschafts-

formen vor. Für ärztliche Interessenvertretungen kommen Personengesellschaften (z.B. eingetragener Kaufmann) oder Aktiengesellschaften oder KG oder GmbH nicht, der eingetragenen Verein kaum infrage. Infrage kommt, weil die sich in Staatseigentum befindet, auch keine Anstalt des öffentlichen Rechts (AdöR).

Gewerkschaftlich organisierte Arbeitnehmer veranstalten Kundgebungen, demonstrieren und streiken für ihre Arbeitsbedingungen und ihre Einkommen. Niedergelassene Ärzte haben das gelegentlich auch getan, stets vergeblich. Weil: *Kundgebungen und Demonstrationen ohne Streikbereitschaft nichts erreichen*. Inzwischen nimmt die Öffentlichkeit von Demonstrationen kaum noch Notiz. So sind z. B. in der Hauptstadt jeden Tag viele Demonstrationen angemeldet, an manchen Tagen bis zu 34. Größere Demonstrationen behindern den Straßenverkehr, so dass bei den davon Betroffenen überwiegend Aversionen entstehen, mag das Anliegen einer Demonstration noch so berechtigt sein.

Für die Streiks der gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmer haben ihre Gewerkschaften ihre Streikkasse. Wie die gefüllt ist und wann sie leer sein würde, das wissen die Arbeitgeber nicht.

Zur wirksamen Interessenvertretung braucht es, wie gesagt, Organisation und Organisationen. Es vertreten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die KBV die Interessen der Kassen-(Vertrags-)Ärzte, die Ärztekammern und die BÄK die Interessen aller Ärzte. Dann gibt es noch die ärztlichen Verbände (die Berufsverbände der Haus- und Fachärzte, die Freie Ärzteschaft, MEDI, die IG Med, die PVS, den Privatärztlichen Bundesverband u.a.) und regionale ärztlichen Genossenschaften. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften widmen sich rein wissenschaftlichen Aufgaben.

Die KV'en, die KBV und auch die Ärztekammern organisieren als selbstständige Organisationen die Selbstverwaltung ihrer Mitglieder. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts (KdöR) haben mit dieser Rechtsform auch staatliche Aufgaben übernommen, dazu bestimmte Hoheitsrechte bekommen und sich zur Erfüllung der ihnen übertragenen Aufgaben verpflichtet. Mit der Annahme dieser Rechtsform haben sie sich aber auch staatlicher Weisung und Aufsicht unterworfen, ihre Souveränität abgegeben.

Während AdöRs, bspw. die Rundfunkanstalten, vom Staat finanziert und im Eigentum des Staates sind, sind KdöR von den Mitgliedern finanziert und im Eigentum der Mitglieder. Für die Verbindlichkeiten einer Körperschaft haften die Eigentümer, bei der AdöR der Staat. KdöR sind insolvenzunfähig; ggf. haften die Mitglieder. KdöR sind in ihren Leistungen steuerfrei. Werden sie allerdings privatwirtschaftlich tätig, so unterliegen auch sie der Ertrags- und Umsatzsteuer(USt.)-Pflicht.

Die Vorsitzenden von KV'en, KBV und ärztlichen Kammern beziehen inzwischen Gehälter in der Größenordnung von Ministerpräsidenten. Da ist nicht zu erwarten, dass sie bei Konflikten mit ihrer Aufsichtsbehörde ihren Posten gefährden und/oder zurückgeben würden. Auch sie stehen mit ihren exorbitanten Gehältern im Interessenkonflikt; ihrer Hauptaufgabe, in Zeiten der Inflation den Rückgang des Lebensstandards ihrer Mitglieder und Wähler rückgängig zu machen, kommen sie nicht nach.

Alle Beschlüsse einer Kassenärztlichen Vereinigung als KdöR, von der Bestellung ihres Vorstands über die Verwendung der Mittel bis zur Änderung der Satzung, können von der Aufsichtsbehörde kassiert werden. Wenn eine KV evtl. rechtswidrig handeln oder ihren Aufgaben oder Verfügungen der Aufsichtsbehörde nicht nachkommen sollte, kann die Aufsichtsbehörde, das zuständige Ministerium, nach § 78b SGB V einen Staatskommissar (im Gesetzestext: „entsandte Person“) schicken, der die Rechte und Aufgaben des Vorstands übernimmt. Die Höhe seiner Vergütung bestimmt die Aufsichtsbehörde, die Vergütung zahlt die KV. Von

anderen KdöR, bspw. von Religionsgemeinschaften, sind derartige Einflussmöglichkeiten des Staates nicht bekannt, ggf. wird ihnen der Status als KdöR entzogen.

*Ärztliche KdöR sind bei einer solchen Rechtslage unfähig und deshalb ungeeignet, wirtschaftliche Interessen ihrer Mitglieder, bspw. zur Gebührenordnung oder zu Honoraranpassungen an die Inflation, gegen den Staat, der ja die Aufsichtsbehörde stellt, durchzusetzen.* Gewerkschaften könnten unter solcher Fremdbestimmung und Einsicht in und Einflussnahme auf ihre Finanzen nicht existieren.

Für die Vergütung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung gilt der EBM, darüber hinaus gilt für alle Ärzte die GOÄ; für die GOÄ ist deshalb die Bundesärztekammer zuständig. Die hat inzwischen den Entwurf einer neuen GOÄ dem Gesundheitsminister übergeben, den Inhalt den Ärzten aber verschwiegen. Soweit bekannt geworden, hat dieser Entwurf mit der Struktur der GOÄ 96 nur noch sehr wenige Gemeinsamkeiten.

Eine öffentliche Diskussion innerhalb der Ärzteschaft über eine verbesserte GÖÄ und über die Höhe eines angemessenen Punktwertes fand nicht statt; Demokratie innerhalb einer Organisation sieht anders aus. Man stelle sich einmal vor, eine Gewerkschaftsführung würde ihre Mitglieder nicht über ihre Forderungen an die Arbeitgeber informieren.

Gewerkschaften brauchen für ihre Verhandlungen, für ihre Streik- und Tariffähigkeit eine gewisse Mächtigkeit, eine angemessene Mitgliederzahl, ihre Organisation und eine Streikkasse. Ärztliche Verbände in Form eingetragener Vereine haben weder die Mächtigkeit noch die Mittel für eine erfolgversprechende Interessenvertretung der Ärzteschaft, weshalb auch sie für umfangreiche Interessenvertretungen gänzlich ungeeignet sind. Alle Appelle der Verbände, alle Beschlüsse der Ärztetage und alle ärztliche Protestaktionen, alle Bemühungen der Ärzte um eine Anpassung der GOÄ blieben bisher erfolglos.

Gewerkschaftlich organisierte Arbeitnehmer veranstalten Kundgebungen, demonstrieren und streiken für ihre Arbeitsbedingungen und ihre Einkommen. Niedergelassene Ärzte haben das gelegentlich auch getan, stets vergeblich. Weil: *Protestaktionen, Kundgebungen und Demonstrationen ohne Streikbereitschaft nichts erreichen.* Inzwischen nimmt die Öffentlichkeit von Demonstrationen kaum noch Notiz. So sind z. B. in der Hauptstadt jeden Tag viele Demonstrationen angemeldet, an manchen Tagen bis zu 34. Größere Demonstrationen behindern den Straßenverkehr, so dass bei den davon Betroffenen überwiegend Aversionen entstehen, mag das Anliegen einer Demonstration noch so berechtigt sein.

Gewerkschaftlich organisierte Arbeitnehmer streiken auch, ihre Gewerkschaften haben dazu auch eine Streikkasse. Wie die gefüllt ist und wann sie leer sein würde, das wissen die Arbeitgeber nicht.

Der Gesetzgeber hat durch seine Untätigkeit gezeigt, dass er keine Anpassung der GOÄ an die Inflation will, alle Versprechungen der Politik wurden nicht eingehalten. So kamen und kommen aus der Ärzteschaft immer wieder Rufe nach Streikmaßnahmen, wie man sie auch aus anderen EU-Ländern kennt.

Streiks angestellter Ärzte der Kliniken, unter Erhalt aller Notfallbehandlungen, gab es, meist nur mit begrenztem Erfolg. Diese Erfolge waren aber nur möglich, weil die Streiks gewerkschaftlich organisiert waren, öffentlichkeitswirksam und vor allem, weil sie die wirtschaftlichen Interessen der Klinikbetreiber berührten. Gewerkschaften sind Körperschaften für Arbeitnehmer, niedergelassene Ärzte sind aber Arbeitgeber; darum kommt auch die Organisationsform Gewerkschaft für ihre Interessenvertretung nicht infrage.

Wo Ärzte streiken und dabei, unvermeidbar, notwendige Behandlungen verschieben oder unterlassen würden, käme es unzweifelhaft zu Gesundheitsschäden der Betroffenen, ja sogar zu Todesfällen. Darum können Ärzte im Notdienst, können Unfallchirurgen, Notfallmediziner,

Geburtshelfer, Dialyse- und Palliativärzte, die Beispiele ließen sich fortsetzen, nicht streiken. Es kann auch der Hausarzt seine Nachbarn in Not nicht ohne Hilfe lassen. Und es gibt andererseits in der ambulanten Medizin auch Bereiche, bspw. die Pathologie, die Genetik, die Pharmakologie und Toxikologie, wo deren Streik von der Öffentlichkeit überhaupt nicht wahrgenommen würde.

Die ethische Grundeinstellung der Ärzte, „primum nihil nocere“ (erstens nicht schaden), diese selbst auferlegte Streikunfähigkeit, zumindest im ambulanten Bereich, ist die ärztliche Besonderheit, die der Gesetzgeber nutzt, die GOÄ seit 1996 unverändert zu lassen, um zu Lasten der Ärzte selbst zu sparen.

Praxis-Schließungen bei Konflikten mit den Krankenkassen und dem Gesetzgeber gab es immer nur kurzzeitig, sie waren nie nachhaltig. Sie waren aus verschiedenen Gründen auch nie erfolgreich: Junge Ärzte, durch den Erwerb einer Arztpraxis meist in sechsstelliger Höhe hochverschuldet, können sich Wochen ohne Einnahmen, schlichtweg nicht leisten, ihre Banken buchen für den Praxiskredit pünktlich Zins und Tilgung ab, Miete, Gehälter und andere Festkosten aber laufen auch weiter. Die Beteiligung an Praxisschließungen war darum immer sehr gering. Gegen Einnahmefälle durch Krankheit können Ärzte sich versichern, gegen solche durch Streik nicht

Praxisschließungen und/oder alle Maßnahmen in großem, öffentlich wahrnehmbarem Maß bräuchten Organisation, Organisation braucht Mitarbeiter, Räume und Bürotechnik, braucht Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, braucht Geld. All das ist für Praxisschließungen aber nicht oder, wenn überhaupt, nur rudimentär vorhanden.

Jede Praxisschließung, die – unvorhersehbar, versehentlich, zufällig oder gar zwangsläufig – zu Gesundheitsschäden oder zum Tod von Menschen führt, würde, so berechtigt sie auch wäre, zum Unverständnis der Öffentlichkeit, zur Strafverfolgung und zum Widerstand der Politik führen. Und schließlich könnte der Zulassungsausschuss, von den Krankenkassen dominiert, feststellen, dass der eine oder der andere Vertragsarzt bei längerer Praxisschließung „seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt“ habe und ihm die Zulassung entziehen. Ob die ärztlichen Versicherungen für nachfolgende Rechtsstreitigkeiten und Schadensersatzansprüche aufkommen würden, ist fraglich.

In der Summe der zu erwartenden Folgen würden Praxisschließungen auch künftig nur eine geringe Teilnahme haben, nur kurzzeitig sein und letztlich erfolglos bleiben. Dennoch gibt es zur Durchsetzung berechtigter Interessen Möglichkeiten organisierten ärztlichen Handelns: *Es gibt zahlreiche Teile ärztlicher Tätigkeit, die nicht kurativ sind, die kosmetischen, prophylaktischen, persönlichen, finanziellen oder verwaltungstechnischen Interessen der Leistungsempfänger dienen oder die an Toten erbracht werden, die man unterlassen könnte, ohne die Gesundheit von Menschen zu gefährden* \*).

Organisation braucht, wie dargestellt, Räumlichkeiten, Mitarbeiter und Öffentlichkeitsarbeit, braucht dazu Geld. Geld kann aber nur aus Einlagen der Mitglieder/Teilhaber/Genossen, aus Beiträgen, aus kaufmännischer Tätigkeit oder durch Spenden kommen. Mit Spenden für ärztliche Organisationen ist aber nicht zu rechnen. Kauf von Geschäftsanteilen oder Mitgliedsbeiträge sind bei jeder Organisation unverzichtbar; je höher sie sind, desto weniger Mitglieder wird die Organisation allerdings haben. Kann eine Organisation aber bessere Tarifverträge, Gehälter oder eine besser dotierte Gebührenordnung durchsetzen, kommt der Nutzen gewöhnlich auch Nichtmitgliedern zugute. Erfolge führen aber auch zu steigenden Mitgliederzahlen. Letztlich kommt als einzige Körperschaft für eine wirksame wirtschaftliche Interessenvertretung der Ärzte, die GOÄ ist nicht das einzige Problem, nur eine Körperschaft infrage: die Ge-

nossenschaft. Sie allein bietet Freiwilligkeit, Beitragsgerechtigkeit, die Möglichkeit von Einnahmen über kaufmännische Tätigkeit, Kostensenkung über Einkaufsgemeinschaft, eine außenstehende und staatlich unabhängige Aufsicht über die satzungsmäßige Verwendung der Mittel und sogar eine Gewinn-Ausschüttung bei erfolgreicher kaufmännischer Tätigkeit. Die Rechtsform der Genossenschaft ermöglicht auch die Bildung einer Rücklage, auf die der Staat weder Einblick noch Zugriff hätte. Mitglieder, die durch Maßnahmen finanzielle Einbußen hätten, bekämen einen Ausgleich. Für viele, insbesondere für junge Ärzte wäre das eine existenzielle Voraussetzung für ihre Teilnahme.

Weitere Einzelheiten zu Struktur, Vor- und Nachteilen ärztlicher Organisationen können nachgelesen werden: <https://www.dr-guenterberg.de/publikationen-in-presse-buechern/>, dort unter 1990 bis 2008 /Ärztliche Gemeinschaften.

## **GOÄ und Umsatzsteuer**

Ärztliche Leistungen galten früher als von der Umsatzsteuer(USt.)-Pflicht befreit, nach einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 14.9.2000 aber nur noch dann, wenn sie mit kurativer Zielstellung erbracht wurden. Für die meisten Behandlungsfälle trifft das auch zu. Andere ärztliche Leistungen (bspw. aus rein kosmetischen Gründen, Lehr- und Vortragstätigkeit, Tauglichkeits-, Vaterschafts-, Gerichtsgutachten oder Leichenschau) sind stets USt.-pflichtig. Bei wiederum anderen hängt die USt.-Pflicht von der Zielstellung ab. Brust-Implantate bspw. können nach Brustkrebs oder auch aus kosmetischen Gründen eingelegt werden, Bescheinigungen können manchmal dem Gesundheitsschutz und manchmal der Erlangung von Geldleistungen dienen. Dazu findet sich eine detaillierte Liste unter <https://www.dr-guenterberg.de/wp-content/uploads/2022/10/USt-Arzt-Tabelle-1466.pdf> .

Nach dem Steuerrecht wird auch der Arzt, wie jeder Bürger, mit seinen gesamten Einnahmen als steuerpflichtige Einheit behandelt. Alle Einnahmen aus USt.-pflichtiger medizinischer Tätigkeit, in und außerhalb seiner ärztlichen Praxis, werden mit allen seinen Einnahmen aus unternehmerischer Tätigkeit zusammen bewertet. Sofern der Arzt nur einen geringen Umsatz an USt.-pflichtigen Einnahmen hat, der Grenzwert liegt derzeit bei 22.000 Euro pro Jahr, was für die überwiegende Zahl der Ärzte zutrifft, kann er gemäß §19 (2) UStG durch Erklärung gegenüber dem Finanzamt als „Kleinunternehmer“ auf die Erhebung der USt. verzichten, muss auch keine abführen. Hat er keinerlei USt.-pflichtige Einnahmen, ist eine solche Erklärung nicht notwendig.

Die GOÄ erwähnt die USt. nicht. *Man darf dennoch nicht davon ausgehen, dass ärztliche Leistungen, nach der GOÄ in Rechnung gestellt, generell USt.-frei wären.* Einzelheiten zu den die USt betreffenden Regelungen, bspw. zu Praxisgemeinschaften, MVZ und Kliniken, zu den von Ärzten verbrauchenden Arznei- und Hilfsmitteln sowie zur korrekten Rechnungsstellung und Buchhaltung in Zusammenhang mit der USt. können nachgelesen werden:

[https://www.dr-guenterberg.de/wp-content/uploads/2022/04/02\\_USt-Arzt-hp-Text.pdf](https://www.dr-guenterberg.de/wp-content/uploads/2022/04/02_USt-Arzt-hp-Text.pdf).

Wirtschaftlich betrachtet bedeutet die Umsatzsteuer für den Arzt einerseits erheblichen bürokratischen Mehraufwand und andererseits auch eine Steuersenkung. Die Umsatzsteuer, von ärztlichen Verrechnungsstellen den Ärzten in Rechnung gestellt, bezieht sich nur auf deren eigene Leistungen und entbindet den Arzt nicht von der Frage: Umsatzsteuer für die eigene Arbeit ja oder nein. Diese Frage sollte sich jeder Arzt, der Rechnungen nach der GOÄ schreibt, beantworten, ggf. ist der Rat eines in dieser Frage erfahrenen Steuerberaters einzuholen. Wird die Umsatzsteuer von USt.-pflichtigen Ärzten einfach nicht erhoben, so kann das für sie zu erheblichen steuerlichen Nachforderungen führen.

## **Zusammenfassung**

Bei Ärzten, und nur bei Ärzten, ist die Berufstätigkeit von lebenslanger Fortbildung und Prüfung des Wissensstandes abhängig - in einer Zeit, wo für höchste Partei- und Regierungsämter weder Lebens- noch Berufserfahrung, ja nicht einmal ein Berufsabschluss gefordert ist. Daraus ergibt sich zwar für Ärzte kein Rechtsanspruch, sehr wohl aber die Berechtigung, eine angemessene Honorierung zu fordern. Auch die Gehälter der hochqualifizierten ärztlichen Mitarbeiter hängen von der GOÄ ab, auch sie haben eine Anpassung ihrer Gehälter an die Inflation verdient.

Die GOÄ 96 hat eine bewährte Struktur, muss in ihrem Leistungsverzeichnis aber dringend der medizinischen Entwicklung angepasst werden. Der zugehörige Punktwert, damit auch die Vergütung ärztlicher Leistungen, ist seit 1996 unverändert, ist dringend der Inflation anzupassen. Der Staat, vertreten durch die zuständige Behörde, das BMG, zeigt in dieser Frage ganz zweifellos seine Unwilligkeit, sichtbar an permanenter Untätigkeit in dieser Angelegenheit. Das ist für Ärzte zutiefst verletzend, entwürdigend und demotivierend. Und führt letztlich auch zu erheblichen nachteiligen Folgen für die Gesellschaft.

Eine Anhebung des Punktwerts "in einem Preiskorridor von 5,2 bis 6%", wie zurzeit im Gespräch, ist allerdings völlig absurd. Mit solchen Größenordnungen gingen Gewerkschaften früher in Tarifverhandlungen, zurzeit mit Forderungen zwischen 9 und 12% – bezogen allerdings stets auf die Preissteigerungsrate des vergangenen Jahres. Erst mit einer Anhebung des Punktwertes um 54 Prozent wären Ärzte zwar nicht besser, in ihrem Einkommen aber anderen Bürgern wenigstens wieder gleichgestellt.

Jede Inflationsanpassung der GOÄ belastet auch den Staatshaushalt, da steht der Staat im Interessenkonflikt. Darin liegt der tiefere Grund für seine Untätigkeit in dieser Frage; nur eine wirksame Interessenvertretung der Ärzte kann ihn zur Inflationsangleichung der GOÄ bewegen. Ärztliche Verbände in Form von KdöR besitzen keinerlei Souveränität; jeder Beschluss kann von der Aufsichtsbehörde kassiert werden. Bei größeren Konflikten, bspw. zur Inflationsanpassung der GOÄ, könnten sie vom Staat über einen Staatskommissar geleitet werden, der selbstverständlich die Interessen des Staates vertreten, die Finanzen der KdöR einsehen und über deren Verwendung bestimmen würde. Die Vertreter der Ärzte in ihren KdöR sind mehr vom Staat als von ihren Wählern abhängig. Somit sind weder die ärztlichen Verbände noch ärztliche KdöR für die Durchsetzung angemessener Honoraranpassungen geeignet.

Nur eine einzige Körperschaft, die einer bundesweiten ärztlichen Genossenschaft, bietet in Freiwilligkeit die Rechtsstaatlichkeit, die staatliche Unabhängigkeit, die Mittel und die Mächtigkeit, ärztliche wirtschaftliche Interessen wirksam zu vertreten.

Wir leben in einer Zeit steigender Kosten auch für den Staat. Die steigende Staatsverschuldung galt der Bewältigung der Corona-Pandemie, gilt vor allem der Abwehr des Klimawandels, entsteht wegen steigender Energiekosten und wegen des Ukraine-Krieges. Dennoch werden, auch da wo der Staat die Kosten trägt, die üblichen Anpassungen an die Inflation weiter vorgenommen, bekommen auch andere freie Berufe ihre Anpassungen an die Inflation. *Wo ein Inflationsausgleich für unsere Abgeordneten, für die Vertreter und für die Angestellten des Staates, für die Arbeitnehmer und Mieter, für die Pensionäre und Rentner also rechtens, angemessen und sozial geboten ist, kann eine Forderung der Ärzte auf Gleichbehandlung nicht unethisch sein.*

Als wirksame Mittel ärztlicher Interessenvertretung kommen nur Maßnahmen in Frage, bei denen es nicht um unterlassene Behandlung, sondern um Geld, um Bürokratie und persönliche Lebensgestaltung geht \*).

Will die Ärzteschaft in der Zukunft nicht wieder Jahrzehnte von der allgemeinen Preisentwicklung abgehängt werden, braucht es in einer verbesserten oder in einer neuen GOÄ auch eine Klausel zur regelmäßigen Anpassung an die Inflation.

Dr. Klaus Günterberg  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Berlin  
dr-guenterberg@t-online.de

---

\*) Die vollständige Tabelle finden Sie in der digitalen Version auf der Homepage des Autors