

Argumentationspapier gegen die GKVisierung der privat(zahn)ärztlichen Versorgung

Eckpunkte:

1. Forderung nach zügiger Novellierung von GOZ/GOÄ
2. Schutzfunktion von GOZ/GOÄ für freien Arztberuf
3. Verbraucherschutzfunktion von GOZ und GOÄ für die Versicherten
4. Keine Öffnungsklausel
5. Keine „BEMA-tisierung“/„EBM-isierung“ von GOZ/GOÄ
6. Vorschlagsmodell/Selbstverwaltungslösung statt Institutslösung
7. Keine Übertragung von GKV-Fehlentwicklungen auf privatärztliche Versorgung
8. Differenzierte Ausgabenbetrachtung der PKV
9. Vorschläge zur Stärkung der PKV
10. Übergeordnete Bedeutung GOZ/GOÄ für Attraktivität der kurativen ärztlichen Tätigkeit/Rolle des Arztes für die Gesundheitswirtschaft

zu 1. Novellierungen von GOZ und GOÄ überfällig

Die letzte Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) reicht in das Jahr 1987 zurück, die letzte umfassende Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fand im Jahr 1983 statt. Der Punktwert der GOÄ wurde seit 1983 von 10,0 auf 11,40 Pfennig = 5,8273 Cent angehoben, das entspricht einer Anhebung um 14 % über einen Zeitraum von nunmehr 27 Jahren, die kumulative Inflationsrate für den gleichen Zeitraum betrug dem gegenüber 52 %. Vor diesem Hintergrund begrüßen Ärzteschaft und Zahnärzteschaft, dass die neue Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung von Oktober 2009 eine Anpassung von GOZ und GOÄ an den aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung der Kostenentwicklungen in Aussicht gestellt hat.

Die Beratungen zur Novellierung der GOZ stehen nunmehr vor dem Abschluss. Im Anschluss hieran muss unverzüglich die Novellierung der GOÄ eingeleitet werden. Die Bundesärztekammer hat hierzu einen qualifizierten, ausgewogenen Vorschlag für eine neue GOÄ erarbeitet, der die Beratungsgrundlage für den anstehenden Novellierungsprozess bilden muss.

zu 2. Amtliche Gebührenordnungen GOZ und GOÄ als Ausgangsbasis des freien Arzt-/Zahnarztberufs

Da Gesundheit ein übergeordnetes Gut ist, hat der deutsche Gesetzgeber das Gesundheitswesen nicht dem freien Markt überlassen. Amtliche Gebührenordnungen sichern die ordnungsgemäße Erfüllung der dem freien Arztberuf/Zahnarztberuf im Allgemeininteresse übertragenen Aufgabe. Die Verhinderung eines unter Umständen ruinösen Preiswettbewerbs durch Gewährleistung Existenz sichernder Mindesthonorarsätze ist die Grundlage jeglicher Qualitätssicherung.



Es besteht ein parteienübergreifender Konsens, das deutsche Gesundheitswesen für wettbewerbliche Elemente zu öffnen. Ein Qualitätswettbewerb um die beste Patientenversorgung ist auf eine stabile, leistungsgerechte Finanzierungsgrundlage angewiesen. Einen Preiswettbewerb auf Kosten der Patientinnen und Patienten lehnen Ärzteschaft und Zahnärzteschaft strikt ab.

zu 3. Verbraucherschutzfunktion von GOZ und GOÄ

Amtliche Gebührenordnungen für die Freien Berufe schützen auf der anderen Seite die Auftraggeber, das heißt unsere Patientinnen und Patienten, durch Festlegung von Höchstsätzen vor finanzieller Überforderung. GOÄ und GOZ erfüllen eine Verbraucherschutzfunktion.

Gerade in einem stärker marktorientierten Gesundheitswesen ist die Doppelschutzfunktion von GOZ und GOÄ für Patienten und Ärzte/Zahnärzte unverzichtbarer denn je.

zu 4. Schwächung von individueller Vertragsautonomie, Kostenerstattungsprinzip und fairem Wettbewerb durch einseitige Öffnungsklausel für die privaten Krankenversicherungen

Im Zuge der Novellierung der GOZ ist geplant, über eine einseitige Öffnungsklausel zugunsten der privaten Krankenversicherungen sowie der Kostenträger der Beihilfe Direktverträge mit einzelnen Ärzten oder Ärztegruppen unter kompletter Abdingbarkeit der GOZ zu ermöglichen. Die Einführung einer solchen Öffnungsklausel in die GOZ würde ein unmittelbares Präjudiz für die anstehende Novellierung der GOÄ darstellen. Mit dieser Öffnungsklausel könnten die privaten Krankenversicherungen Preisabsprachen völlig unabhängig von GOZ und GOÄ treffen.

Zur Einführung einer solchen Öffnungsklausel in die GOZ bzw. GOÄ fehlt dem Verordnungsgeber nicht nur die Ermächtigungsgrundlage, ein solches Instrument ist auch im Hinblick auf das EU-Wettbewerbsrecht sowie unser eigenes Verfassungsgesetz als höchst problematisch einzustufen. Die geplante Öffnungsklausel würde tief in die Grundsätze der freien Arztwahl und ärztlichen Therapiefreiheit eingreifen. Das Kostenerstattungsprinzip, obwohl dieses laut Koalitionsvereinbarung zwecks Stärkung der Eigenverantwortung und Wahlfreiheiten der Versicherten gestärkt werden soll, würde geschwächt, da aus Sicht der privaten Krankenversicherungen via Öffnungsklausel mehr und mehr Elemente des Sachleistungssystems, wie z. B. Direktabrechnung zwischen Arzt und Krankenversicherung, eingeführt werden sollen.

Die geplante Öffnungsklausel sieht auf den ersten Blick wettbewerbsfreundlich aus, wird de facto aber zu Wettbewerbsverzerrungen führen: gegenüber der Zahnärzteschaft und Ärzteschaft würde die Marktmacht der privaten Krankenversicherungen einseitig gestärkt, und innerhalb der privaten Krankenversicherungen dürfte es zu Konzentrationsprozessen zugunsten der großen Versicherungskonzerne kommen, ungeachtet der tatsächlichen Kundenzufriedenheit im Vergleich der verschiedenen PKV-Unternehmen.

zu 5. Eigenständige Weiterentwicklung von GOZ und GOÄ statt „BEMA-tisierung“ und „EBM-isierung“ der GOÄ

Ärzteschaft und Zahnärzteschaft setzen sich für die Erhaltung einer qualitativ hochwertigen, dem jeweils individuellen Bedarf der Patientinnen und Patienten gerecht werdenden Versorgung ein. Dies muss in einer Stärkung der individuellen Vertragsautonomie zwischen Patient



und Arzt seine Entsprechung finden. In diesem Sinne sind GOZ und GOÄ als eigenständige Einzelleistungskataloge weiterzuentwickeln, um eine transparente, sachgerechte Abbildung des individuellen Behandlungsvertrags zwischen Arzt und Patient im Kostenerstattungssystem zu ermöglichen. Dieses übergeordnete Ziel der amtlichen Gebührenordnungen kann mit einer Angleichung der GOZ oder der GOÄ an die für das GKV-Sachleistungssystem unter Budgetvorgaben entwickelten Vergütungsregelungen BEMA bzw. EBM nicht erreicht werden.

Im Hinblick auf die anstehende Novellierung der GOÄ hat die Bundesärztekammer unter Einbeziehung der rund 160 verschiedenen ärztlichen Berufsverbände und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums über alle Fachgebiete hinweg erarbeitet. Im Hinblick auf die Festlegung der neuen Gebühren hat die Bundesärztekammer ein am Schweizer TARmed orientiertes Preisfindungsmodell entwickelt, das durch aktuelle Versorgungs- und Kostendaten sowie umfangreiche Abrechnungsstichproben abgestützt wird.

zu 6. Vorschlagsmodell – Selbstverwaltungs- statt Institutslösung

Der Vorschlag der Bundesärztekammer für eine neue GOÄ Verantwortung ist geleitet von der Verantwortung für einen im Sinne von § 11 Bundesärzteordnung fairen Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient. Die Bundesärztekammer steht damit für die berechtigten Erwartungen des Gesetzgebers an die Sachnähe, Fachkunde und Arbeitsfähigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung ein. Sollte die Aufgabe der Entwicklung einer neuen GOÄ nach GKV-Vorbild vom Bundesministerium für Gesundheit an ein noch zu gründendes Bewertungsinstitut übertragen werden, so widerspräche dies dem Bekenntnis der Regierungskoalition zum Abbau von Bürokratie und Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips.

Vorschlagsmodell heißt:

- Die Vorarbeiten der BÄK zu Leistungsverzeichnis und Bewertungen als Beratungsgrundlage der Novellierung heranziehen;
- einen zwischen Bundesärztekammer und den Vertretern der PKV-Unternehmen sowie der Beihilfe konsentierten Vorschlag nach Rechtmäßigkeitsprüfung in die Rechtsverordnung übernehmen;
- bei Dissens über einzelne Gebührenpositionen oder –abschnitte Konfliktlösung durch eine paritätisch zusammengesetzte Schiedsstelle mit einem neutralen Vorsitzenden;
- zur Dynamisierung bzw. kontinuierlichen Weiterentwicklung von Leistungs- und Gebührenverzeichnis den Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen zu einem paritätisch zusammengesetzten privatärztlichen Bewertungsausschuss mit Vorschlagsrecht gegenüber dem Verordnungsgeber.

zu 7. Keine Übertragungen von Fehlentwicklungen des GKV-Systems auf die privat(zahn)ärztliche Versorgung

Ärzeschaft und Zahnärzteschaft warnen vor einer Übertragung von Fehlentwicklungen aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung, wie Budgetierung, floatende Punktwerte, die um sich greifende „Institutokratie“ und Überregulierung durch das SGB V, auf die privat(zahn)ärztliche Versorgung. Es wäre geradezu paradox, wenn gerade jetzt, da a) Fehlentwicklungen der vertragsärztlichen Honorierung, u. a. durch Rückkehr zum Einzelleistungsprinzip und Etablierung fester Europreise korrigiert werden und b) der Gesetzgeber darüber hinaus das Kostenerstattungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung ausbauen will, um damit mehr Transparenz und Wahlmöglichkeiten für die Versicherten zu



schaffen und die Eigenverantwortung zu fördern, gleiches in der privatärztlichen Versorgung geschwächt würde.

zu 8. Differenzierte Betrachtung der Ausgabensituation der PKV

Die PKV fordert GKV-ähnliche Steuerungsinstrumente zu einem Zeitpunkt, da diese sich in der gesetzlichen Krankenversicherung bereits als Fehlentwicklungen erwiesen haben. Auch die vom PKV-Verband genährte Legende von der Kostenexplosion bei den ambulanten privatärztlichen Leistungen stimmt nicht. Der Ausgabenanteil für ambulante privatärztliche Leistungen liegt seit nunmehr über zehn Jahren konstant bei durchschnittlich 25 % der gesamten Leistungsausgaben für die private Krankenversicherung. Komplementär hierzu liegt auch der Anteil der privatärztlichen Honorare bei den verschiedenen Facharztgruppen in den letzten zehn Jahren konstant bei durchschnittlich 25 % der Gesamthonorare.

Steigende Gesundheitsausgaben sind kein Solitärproblem der PKV, sondern auch in der vertragsärztlichen Versorgung und allgemein in allen OECD-Staaten zu beobachten. Steigende Gesundheitsausgaben sind demographiebedingt. Statt eine freiwillige GKV-isierung voranzutreiben, sollte die PKV den Beweis antreten, mit der privaten Krankheitsvollversicherung, für die bis zum Jahr 2009 bereits 144 Mrd. Altersrückstellungen gebildet wurden, über ein stabiles Geschäftsmodell zur Meisterung der demographiebedingten Herausforderungen zu verfügen.

zu 9. Wettbewerbsfähigkeit der PKV stärken

Das Geschäftsmodell der PKV, die substitutive, private Krankheitsvollversicherung, wird nicht durch die Ärzteschaft/Zahnärzteschaft, sondern durch die im Zuge der Gesundheitsreformen der letzten Jahre eingeführten Wettbewerbserleichterung zugunsten der GKV gefährdet, wie z. B. durch die Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze und die Einführung einer dreijährigen Wartezeit vor einem möglichen Wechsel in die PKV. Ein weiteres erhebliches Gefährdungspotential stellt der neu eingeführte Basistarif dar, da hier Quersubventionierungen zulasten der PKV-Bestandsversicherten drohen. Wie in der Koalitionsvereinbarung 2009 angekündigt, gilt es, die Auswirkungen des Basistarifs zu beobachten und die Geschäftsfelder von GKV und PKV im Sinne eines fairen Wettbewerbs neu zu ordnen.

Darüber hinaus sollte die PKV eigene, hausgemachte Probleme angehen: Möglichkeiten zu einer vernünftigen Tarifgestaltung, mit der die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden könnte, werden nicht genutzt. Stattdessen leisten sich die PKV-Unternehmen einen Tarifdschungel mit rund 1.000 unterschiedlichen Tarifen ohne jeglichen Steuerungseffekt und einen ruinösen Tarif-Preis-Wettbewerb um PKV-Neukunden zu Lasten der Bestandsversicherten. Abgesehen hiervon werden jährlich rund 2,5 Mrd. Euro – dies entspricht 50 % der jährlichen Ausgaben für ambulante privatärztliche Leistungen – für Abschlussaufwendungen ausgegeben!

zu 10. Die Attraktivität der kurativen ärztlichen/zahnärztlichen Tätigkeit im deutschen Gesundheitswesen nicht noch mehr schwächen

Die Bedeutung des freien Arzt-/Zahnarztberufs für die Qualität der Patientenversorgung und als tragende Säule der Gesundheitswirtschaft darf nicht vernachlässigt werden. Eine Übertragung der Fehlentwicklungen des GKV-Systems auf die privatärztliche Versorgung würde



noch mehr Ärztinnen und Ärzte als bisher von einer kurativen Tätigkeit im deutschen Gesundheitswesen abschrecken.

Ein zunehmender Ärztemangel würde nicht nur einer Verknappung und Entindividualisierung der Patientenversorgung Vorschub leisten, sondern auch den deutschen Arbeitsmarkt in Mitleidenschaft ziehen: Im Jahr 2007 wurden allein von den Arztpraxen und Zahnarztpraxen insgesamt rund 1 Million Arbeitsplätze für Gesundheitspersonal (ärztlich und nicht-ärztlich) gestellt - dies sind 25 % mehr Arbeitsplätze als in der Automobilindustrie noch vorhanden.