

AMTLICHE GEBÜHRENORDNUNG FÜR ÄRZTE

Im Fadenkreuz des Wettbewerbs

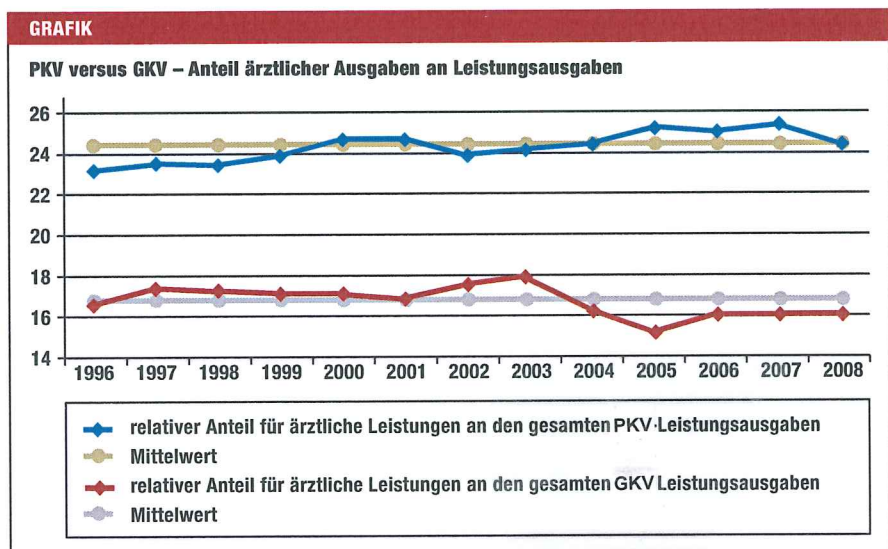
Die Bundesärztekammer warnt vor einem ruinösen Preiswettbewerb zulasten der Versorgungsqualität, wenn der Gesetzgeber die privatärztliche Gebührentaxe für selektivvertragliche Lösungen öffnet.

Die Beratungen zur Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nähern sich dem Ende. Damit steht eine entscheidende Weichenstellung auch für die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) an: Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und die Beihilfe-Träger wollen Qualität, Mengen und Preise (zahn-)ärztlicher Leistungen künftig selbst bestimmen und fordern die Einführung einer Öffnungsklausel für Selektivverträge zwischen den Versicherern und Ärzten. Als Erfolg und Vorbild werden die Rabattverträge bei Arzneimitteln gehandelt. Folgen nun bald Rabattverträge für ärztliche Leistungen? Das muss verhindert werden. Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut und darf im Interesse der Patienten nicht dem freien Markt überlassen werden.

Der PKV-Verband begründet seine Forderung nach der Öffnungsklausel mit den im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeblich überproportional gestiegenen Ausgaben für ärztliche Leistungen. Ohne Möglichkeit, die Preise für ärztliche Leistungen frei aushandeln zu können, sei die Wettbewerbsfähigkeit der privaten Krankenversicherungen gefährdet.

Konstanter Ausgabenanteil

Dabei hat es eine „Kostenexplosion“ bei den privatärztlichen Leistungen nie gegeben. Tatsache ist, dass der Ausgabenanteil für ambulante privatärztliche Leistungen seit 15 Jahren durchschnittlich bei 24 Prozent der Gesamtleistungsausgaben in der PKV liegt (GKV: durchschnittlich 17 Prozent, siehe Grafik). Allein dies widerlegt schon die vom PKV-Verband genährte Le-



gende von der „Kostenexplosion“ bei den privatärztlichen Leistungen. Das Delta im Vergleich der Ausgabenanteile zwischen PKV und GKV ist eindeutig auf die Budgetierung im vertragsärztlichen Bereich zurückzuführen. Im Jahr 2009 war die Ausgabendynamik im Vergleich zu 2008 in der GKV (plus 6,1 Prozent für ambulante Arztbehandlung, plus 6,5 Prozent für stationäre Leistungen) sogar deutlich größer als in der PKV (plus 2,1 Prozent, plus 3,4 Prozent). Im Jahr 2010 zeigten sich wiederum vergleichbare Anstiege bei den Leistungsausgaben für ambulante ärztliche Leistungen gegenüber dem Vorjahr (GKV: plus 4,1 Prozent, PKV: plus 4,6 Prozent).

Steigende Ausgaben für die ärztliche Versorgung sind kein solitäres Problem der PKV, sondern auch in der GKV und in allen anderen OECD-Staaten zu beobachten. Sie sind primär demografiebedingt. Zu dem Parallelverlauf der Ausgabenentwicklung für ärztliche Leistun-

gen in PKV und GKV passt auch, dass von den Ärzten immer weniger privatärztliche Leistungen über dem Regelhöchstsatz abgerechnet werden (1997: 19,3 Prozent der Leistungen, 2008: 12,3 Prozent).

Auf Basis der Zahlen des ersten Halbjahrs prognostizierte der PKV-Verband für 2010, dass die Steigerung der Beitragseinnahmen mit sechs Prozent höher sein wird als der Ausgabenzuwachs bei den Versicherungsleistungen mit 4,5 Prozent. Bereits im Jahr 2009 haben die privaten Krankenversicherungen trotz pessimistischer Prognose deutliche Gewinne erzielt.

Dennoch: Auch die PKV muss aus Verantwortung gegenüber der Versichertengemeinschaft über die Finanzierbarkeit der demografiebedingt steigenden Gesundheitsausgaben nachdenken. Die Ärzteschaft erkennt dies nicht. Kritikwürdig ist jedoch die Strategie der PKV, den Fokus der Ursachenanalyse einseitig und mitunter irreführend auf die Ausgabenentwicklung bei

Die Mär von der Kostenexplosion: Der Ausgabenanteil für ambulante privatärztliche Leistungen ist seit 15 Jahren konstant.

den ärztlichen Leistungen zu lenken. Fragwürdig ist auch der Widerspruch, ihre Situation einerseits als demografiefester und zukunftsfähiger als die der GKV darzustellen (wegen der Bildung von Altersrückstellungen und der Risikokalkulation der Tarife), andererseits aber als schlechter (Legende von der Kostenexplosion) und nicht zeitgemäß, weil ihr GKV-analoge Instrumente zur Steuerung der Patienten und des Leistungsangebots fehlten. Bisweilen unterstellt die PKV angebliche Qualitätsdefizite in der privatärztlichen Versorgung, um ihre Forderung nach Absenkung der Honorare begründen zu können. Zugleich preist sie, wenn es um den Wettbewerb mit der GKV geht, die größere Zufriedenheit der privat versicherten Patienten.

Hohe Maklerprovisionen

Bei genauer Analyse der internen Strukturen und Arbeitsabläufe der PKV ist erkennbar, dass ein hoher Anteil an Kostensteigerungen durch die PKV selbst generiert wird. Zu nennen sind hier vor allem die exorbitant hohen Maklerprovisionen im Versicherungsgeschäft. So wurden mehr als 50 Prozent dessen, was 2009 für ambulante Arztbe-

handlungen an Leistungsausgaben angefallen ist (fünf Milliarden Euro), für Maklerprovisionen aufgewendet (2,6 Milliarden Euro). In Anbetracht dieser dramatischen Entwicklung bei den Abschlussaufwendungen betonte die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht in einer Pressemitteilung vom 9. Dezember 2010, dass die Vorstände der Versicherungsunternehmen ihren Kunden gegenüber in der Verantwortung stünden. Sie hätten deshalb dafür Sorge zu tragen, dass die Abschlusskosten einen angemessenen Rahmen nicht überschreiten – „schließlich müssen diese über die Versicherungsprämie finanziert werden“.

Die Erfahrung des „Provisionswettbewerbs“ sollte Anlass genug sein, um bei der etwaigen Einführung weiterer Wettbewerbselemente in die GOÄ Behutsamkeit walten zu lassen. Dies gilt besonders dann, wenn damit wie bei der Öffnungsklausel tief in den individuellen Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt eingegriffen werden kann. Zwar soll das Zustandekommen eines Selektivvertrags auf Basis der Öffnungsklausel von der Zustimmung des Versicherten und des Arztes abhängig gemacht werden, doch

in der Realität werden die Patienten die Einflüsse auf die Preise, Mengen und Qualität der Leistungen, die mit solchen Verträgen verbunden sind, kaum einschätzen können. Theoretisch könnte die Öffnungsklausel sogar als „Selektionsklausel“ für schlechte Risiken unter den privat versicherten Patienten genutzt werden. Die (Zahn-)Ärzteschaft lehnt jedenfalls die ihr im Referentenentwurf der GOZ von 2009 zugeordnete Rolle desjenigen, der die Zustimmung des Versicherten zu einem Selektivvertrag einholen soll, strikt ab.

Das Dilemma der Beihilfe

Aber auch die Vertreter der Beihilfe fordern die Einführung freier Preisvereinbarungen über ärztliche Leistungen und die Absenkung des Regelhöchstsatzes vom 2,3-fachen auf den 1,7-fachen Steigerungsfaktor. Dabei hat der Bundesgerichtshof das 2,3-fache als durchschnittlichen Steigerungssatz anerkannt, weil die Punktwertanhebung seit 1987 unzureichend war (Az.: III ZR 54/07).

Die aktuell von den Oppositionsparteien des niedersächsischen Landtags geforderte Absenkung des Gebührenrahmens soll unter-

DER VORSCHLAG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR EINE NEUE GOÄ

Unter Einbeziehung von circa 160 ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften hat die Bundesärztekammer eine Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums erarbeitet. Dabei wurden nicht nur neue Leistungen, wie zum Beispiel neue Operationsmethoden und medizintechnische Innovationen, in das Leistungsverzeichnis integriert, sondern auch zahlreiche Kapitel und Subkapitel völlig neu konzipiert. Dem Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung entsprechend wurden Gebührenpositionen für die Versorgung chronisch kranker Patienten aufgenommen; bisher können diese Leistungen nur über mehr oder weniger konfliktive Analogbewertungen, beispielsweise analog der Nr. 34 GOÄ, dargestellt werden.

Neu geschaffen wurden Subkapitel unter anderem für die Palliativmedizin und die multimodale Schmerztherapie sowie für ärztliche Leistungen aus dem Bereich der Rehabilitationsmedizin.

Komplexere Leistungen, wie größere operative Eingriffe und interventionelle Maßnahmen, wurden unter Erfassung der methodisch notwendigen Einzelschritte legendiert. Die Bundesärztekammer erwartet hiervon für die Zukunft eine erhebliche Reduzierung von Abrechnungskonflikten und Auslegungsfragen, die aus der Verschärfung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2 a GOÄ im Jahre 1996 ohne gleichzeitige Anpas-

sung der Leistungslegenden resultierten. Das Leistungsverzeichnis wird ergänzt um ein komplexes Regelwerk von Abrechnungsbestimmungen. Dieses ist nicht erst für die spätere Anwendung der neuen GOÄ relevant, sondern bereits schon für die Hochrechnungen der finanziellen Auswirkungen der neuen GOÄ unabdingbar.

Die Erweiterung um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Schaffung neuer Subkapitel sowie die methodische Vorgabe, komplexere Leistungen im Sinne des Zielleistungsprinzips von § 4 Abs. 2 a GOÄ trennschärfer als bisher in der alten GOÄ voneinander abzugrenzen, hat trotz selbstverständlicher Streichung inzwischen obsoleter Leistungen zu einer Erhöhung der Gesamtanzahl von Gebührenpositionen geführt: Das von der Bundesärztekammer neu konzipierte GOÄ-Leistungsverzeichnis umfasst nunmehr insgesamt 4 065 Gebührenpositionen (2 993 Positionen ohne laborärztliche Leistungen) gegenüber 2 916 Gebührenpositionen heute (1 990 Positionen ohne Labor). Aus der Vergrößerung des Leistungsverzeichnisses sollte jedoch nicht voreilig der Schluss gezogen werden, Privatabrechnungen würden künftig umfangreicher ausfallen als bisher. Das Gegenteil ist der Fall: Die von der Bundesärztekammer in Kooperation mit den privatärztlichen Verrechnungsstellen durchgeführten Feldversuche zur neuen GOÄ haben

schiedslos für alle Beamte gelten – das heißt nicht nur für ältere Beamte mit niedrigen Bezügen oder Versorgungsempfänger mit kleinen Pensionen, für die die Einrichtung eines sozialen Schutztarifs im Sinne des Standardtarifs nachvollziehbar wäre. Das Problem der Bezahlbarkeit der Beihilfe würde somit nach dem Rasenmäherprinzip auf die Ärzteschaft abgewälzt. Verkannt wird, dass es für Bund und Länder unverändert günstiger ist, an der Beihilferegelung und Kostenerstattung auf Basis der GOÄ festzuhalten, als wenn sie für alle ihre Beamten GKV-Beiträge zu leisten hätten. Denn im Rahmen der Beihilfe werden nur die tatsächlich anfallenden Leistungsausgaben erstattet. Auch der Vorschlag, neu in den Beamtenstatus eintretenden Bediensteten des Landes die Wahlmöglichkeit der Mitgliedschaft in der GKV zu eröffnen, dürfte nicht zu den erhofften Einsparungen führen.

Die Bundesärztekammer lehnt die Einführung der Öffnungsklausel aus den dargelegten Gründen ab. Auch eine „kleine“ Öffnungsklausel, zum Beispiel nur für laborärztliche Leistungen, würde den Einstieg in einen Preiswettbewerb be-

deuten und mit Sicherheit bald auf andere ärztliche Leistungsbereiche übergreifen. Außerdem muss sich die Regierungskoalition fragen lassen, wie die Einführung einer „Einkaufsklausel“ für die privaten Krankenversicherungen mit der verkündeten Stärkung des freien Heilberufs in Einklang steht. Die Attraktivität der kurativen (zahn-)ärztlichen Tätigkeit dürfte bei einer zunehmenden „GKVisierung“ der privatärztlichen Versorgung mit Sicherheit nochmals geschwächt werden.

Statt die privatärztliche Versorgung dem freien Markt zu überlassen, erwartet die Ärzteschaft vom Gesetzgeber, dass er seiner Verantwortung für einen fairen Interessenausgleich zwischen Patient und Arzt im Sinne von § 11 Bundesärzterordnung nachkommt. Damit die GOÄ die ihr zugeordnete Funktion des fairen Interessenausgleichs zwischen Arzt und Patient erfüllen kann, muss sie jedoch dringend aktualisiert werden (*siehe Kasten*).

Die Schutzfunktion erhalten

Es besteht ein parteienübergreifender Konsens darüber, dass sich das Gesundheitswesen für mehr Wettbewerb öffnen soll. Die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen

für mehr Wettbewerb innerhalb und zwischen GKV und PKV (eine Forderung, die bereits 1992 in Lahnstein erhoben wurde), bis hin zur Konvergenz der Systeme, ist keine Frage mehr des „Ob“, sondern nur noch des „Wie“ und des „Wann“.

Damit das deutsche Gesundheitswesen auf dem Weg zu mehr Wettbewerb nicht völlig in die Ökonomisierung und Kommerzialisierung abdriftet, sei daran erinnert, dass Gesundheit ein übergeordnetes Gut ist. Aus diesem Grund hat der deutsche Gesetzgeber amtliche Gebührenordnungen geschaffen. Die GOÄ sichert die ordnungsgemäße Erfüllung der dem freien Arztberuf im Allgemeininteresse übertragenen Aufgabe. Die Verhinderung eines unter Umständen ruinösen Preiswettbewerbs zulasten der Qualität der Versorgung liegt nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern dient vor allen Dingen den Patienten. Der Leuchtturmcharakter und die Doppelschutzfunktion von GOZ und GOÄ für Patienten und Ärzte sind in einem stärker marktorientierten Gesundheitswesen unverzichtbarer denn je. ■

*Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A.
Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der
Bundesärztekammer*

gezeigt, dass vergleichbare Behandlungsfälle auf Basis des neu konzipierten Einzelleistungskatalogs mit wesentlich weniger Gebührenpositionen zielgenauer abgebildet werden können, als dies auf Basis der derzeit noch gültigen GOÄ gegeben ist. Fehlanreize zur baukastenartigen Summation von Gebührenpositionen, ein Kritikpunkt an der heute gültigen GOÄ, wurden beseitigt.

Ein weiteres Kernstück des Bundesärztekammer-Vorschlags einer neuen GOÄ bildet das Bewertungs- und Folgenabschätzungsprojekt. Die Bundesärztekammer hat sich dabei für eine empirisch abgestützte betriebswirtschaftliche Kalkulation ihrer Gebührenvorschläge entschieden. Die große Bandbreite und fachspezifische Unterschiedlichkeit des Leistungsspektrums, von der „sprechenden Medizin“ bis hin zur Protonentherapie, machen es unmöglich, über alle Arztgruppen hinweg von einem durchschnittlichen Stundenumsatz auszugehen. Was jedoch möglich ist – und im Sinne der innerärztlichen Honorargerechtigkeit auch angestrebt werden sollte –, ist die Zugrundelegung desselben kalkulatorischen Unternehmerlohns über alle Arztgruppen hinweg als Ausgangsbasis für die Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils. In Anlehnung an die „Urformel“ des Schweizer Tarmed „AL+TL“ (AL = Arztkosten, TL = Investitions- und Technikkosten) wurde ein komplexer, GOÄ-spezifischer Bewertungsalgo-

rithmus entwickelt und mit ausdifferenzierten Kostenstruktur-Daten hinterlegt, um der fachspezifischen Unterschiedlichkeit der jeweiligen ärztlichen Tätigkeitsschwerpunkte gerecht werden zu können.

Eine Besonderheit des Bundesärztekammer-Bewertungsprojekts ist außerdem die Entwicklung eines Gewichtungmodells, mit dem eine systematische Aufwertung des ärztlichen Leistungsanteils gegenüber der nichtärztlichen Leistungskomponente erzielt wird: Der Einsatz ärztlicher Kompetenz soll sich künftig wieder mehr lohnen. Ergebnis des datengestützten Bewertungsprojekts der Bundesärztekammer ist die Kalkulation „robuster“ Einzelsätze, die sich nicht in einer Berechnung der Ist-Kosten zu einem Zeitpunkt x auf „Break-even-Niveau“ erschöpfen, sondern die perspektivisch notwendigen Ressourcen für eine moderne, individuelle Patientenversorgung beinhaltet, und die Planungssicherheit für die kommenden Jahre erlaubt. Nach Abschluss der Bewertungsphase wurden die Kalkulationsergebnisse auf Basis großer Abrechnungstichproben plausibilisiert und auf Über- und Unterbewertungen sowie innerärztliche Ausgewogenheit überprüft. Die anschließend in Kooperation mit verschiedenen PVS-Verrechnungsstellen sowie ergänzenden Referenz-Krankenhäusern durchgeführten Praxistests ergaben zusätzliche Hinweise zur Anwendbarkeit der neuen GOÄ sowie zur Transkodierung zwischen GOÄ alt und GOÄ neu.