

Der Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen

GOÄ – Quo vadis – 1982 ... 1996 ... 2008?

1. Historie

In der Berufsordnung für die hessischen Ärztinnen und Ärzte findet sich eine Bestimmung, dass auf Antrag eines Beteiligten die Ärztekammer gutachterliche Äußerungen über die Angemessenheit einer Honorarforderung abgibt (§ 12 Abs. 3 BO). Zu beachten ist zudem § 5 Abs. 1 des Heilberufsgesetzes, in dem die unterschiedlichen Aufgaben der Kammer aufgeführt sind – z. B. Gutachten zu einschlägigen Fragen auf Ersuchen von Beteiligten anzufertigen sowie in strittigen Fällen, die während der Berufsausübung entstanden sind, zu schlichten. Zu diesen potentiellen Streitigkeiten zählen auch solche über ärztliche Liquidationen.

Im Jahr 1991 hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen hierzu einen beratenden Ausschuss – den Gebührenordnungsausschuss – eingerichtet. Seit April 1999 besteht die personelle Besetzung dieses Gremiums unverändert aus Professor Dr. U. Finke (Allgemeine Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie), Professor Dr. A. Hellstern (Innere Medizin – Schwerpunkt Gastroenterologie) und Dr. Th. Klippstein (Innere Medizin – Schwerpunkt Hämatologie/Internistische Onkologie). Die Geschäftsführung hat Assessorin Cornelia Rupp-Siemer (Juristin in der Rechtsabteilung) inne. Bei Bedarf wird von Gutachtern anderer Fachgebiete zusätzlicher Sachverstand eingeholt. Der Ausschuss tagt in der Regel in monatlichen Abständen, die Bewertungen sind als Empfehlungen zu verstehen.

Die Grundlage jeder gutachterlichen Äußerung ist die GOÄ. Diese wurde zuletzt im Jahre 1996 novelliert. Eine den Fortschritt und die Spezialisierung der mo-

deren Medizin berücksichtigende Anpassung ist bis heute aber nicht erfolgt. Die GOÄ weist in vielen Gebieten nur den Stand der Medizin aus dem Jahr 1982 auf, eine Reform wäre also dringend geboten. Die Bundesärztekammer hat ihren Beitrag zu einer den aktuellen medizinischen Erfordernissen angepassten GOÄ geleistet. Jetzt ist es an der Politik, dieses auch umzusetzen.

2. Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – Private Krankenversicherung (PKV)

Die Systematik dieser beiden Versicherungsformen unterscheidet sich grundsätzlich. Beide Versicherungsformen bedienen sich in ihren Gebührenordnungen (EBM/GKV – GOÄ/PKV) einer Bewertungsrelation der einzelnen medizinischen Leistungen in Punktzahlen. Die Festsetzung des Punktwertes erfolgt aber unterschiedlich.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung, die einen floatenden Punktwert je nach Leistungsbedarf aufweist, ist im Bereich der GOÄ (privaten Krankenversicherung) ein fester Betrag in Cent pro Punkt definiert. Somit gibt es hier eine Einzelleistungsvergütung. Das wirtschaftliche Risiko der Leistungsmenge und des Leistungsumfanges trägt faktisch die Krankenversicherung. Durch Anpassung der Beitragshöhe kann dieses an die Versicherten vollumfänglich weitergegeben werden.

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung liegt das finanzielle Risiko des steigenden Leistungsbedarfes – paradoxerweise – alleine bei den Leistungserbringern (den behandelnden Ärzten), obwohl die Notwendigkeit von quantitativ und qualitativ umfangreicheren Leistungen medizinisch bedingt ist, z. B. durch

das höhere Alter mit erhöhter Morbidität der Versicherten oder durch den wissenschaftlichen Fortschritt mit neuen diagnostischen und therapeutischen Methoden. Dies hat zu einem kontinuierlichen Verfall des Punktwertes geführt, weil der Gesetzgeber eine seit 1993 unveränderte an den Einnahmen orientierte feste Ausgabenobergrenze (Gesamthonorarbudget) bestimmt hat. Komplizierte und für den einzelnen Arzt nahezu unverständliche Honorarverteilungsverträge verschlimmern noch zusätzlich die finanzielle Not der Kassenärzte. Derartige Regelungen zur Kostendämpfung waren wesentlicher Bestandteil aller von der Politik verordneten Gesundheitsreformen. Im Ergebnis ist dadurch die wirtschaftliche Existenz der niedergelassenen Vertragsärzte und mancher Kollegen im Krankenhaus grundsätzlich bedroht und ohne die Behandlung privat versicherter Patienten nicht mehr möglich. Dieser Sachverhalt der „Quersubventionierung“ von nicht mehr kostendeckend zu erbringenden EBM-Leistungen in der GKV ist nicht im Verborgenen geblieben. Es ist daher davon auszugehen, dass im Falle einer Novellierung der GOÄ versucht werden wird, die aus der GKV bekannten Elemente zur Kostenbegrenzung und Mengensteuerung auch in den Bereich der privatärztlichen Tätigkeit einzuführen, um so durch wirtschaftliche Vorgaben die Systematik der Einzelleistungsvergütung auszuhebeln.

Die Tendenz, Kostendämpfung auch im Bereich der privaten Krankenversicherungen indirekt in die Erstattungspraxis privatärztlicher Liquidationen einzuführen, lässt sich heute schon in der Arbeit des Gebührenordnungsausschusses erkennen.

3. Tendenzen in der Leistungsbilanz des Ausschusses anhand der GOÄ-Eingaben

Von 1996, dem Jahr der letzten Novellierung der GOÄ, bis zum Jahr 2002 war zahlenmäßig ein kontinuierlicher Anstieg der schriftlichen GOÄ-Vorgänge auf 510 zu verzeichnen. In 2002 (510) kamen sie zu 49 % von Patienten (254), zu 20 % von Ärzten (101) und zu ca. 30 % (154) von den Kostenträgern (PKV, Beihilfe). In der Regel waren entweder die Notwendigkeit, die Angemessenheit oder der Liquidationsumfang der erbrachten medizinischen Leistungen streitig.

Nach 2002 setzte ein Rückgang der Zahlen bis 2007 um insgesamt 24 % (von 510 auf 389) ein. Dabei kam es zu einem Anstieg der Patienteneingaben um insgesamt 23 % von 254 im Jahre 2002 auf 276 in 2007. Damit war der Anteil der Patientenfragen in 2007 auf über 70 % angewachsen. Betrug in 2002 der Anteil der durch die Kostenträger initiierten Vorgänge noch nahezu ein Drittel (33 %), sank er im Jahr 2007 auf 13 % ab. Bei den Arztanfragen fand sich ebenso ein Rückgang (um 30 %) von 110 (25 %) im Jahr 2001, auf 76 (18 %) in 2007.

Im Jahr 2000 wurden 138 Vorgänge in diesem Gremium beraten, in den folgenden beiden Jahren 116 bzw. 113. In 2003 waren 139 Vorgänge zu bewerten, eine Auswirkung der Vielzahl der Eingaben aus 2002. Nach 99 Gutachten in 2004 betrug deren Anzahl 115 in 2005 und jeweils 119 in den Jahren 2006 und 2007.

4. Fazit und Ausblick

Aus den o. a. Zahlen ist zu ersehen, dass die privaten Krankenversicherun-

gen zunehmend auf Anfragen bei der Kammer verzichten. Die einzelnen Vorgänge lassen erkennen, dass die PKVen immer weniger bereit sind, ihren Versichererten die Kosten vollständig und widerspruchlos zu erstatten. Der Kostendruck wird auf die betroffenen Patienten verlagert, die sich ratsuchend an die Kammer wenden.

Die Unzufriedenheit der Patienten wächst. Die Folge ist eine steigende Zahl von Eingaben, die weniger die Honorarhöhe, sondern oftmals die Erstattungspraxis der Versicherungen beinhaltet und in den Vordergrund stellt. Hier versucht der Ausschuss unverändert (s. Hessisches Ärzteblatt 7/2000, 287–88 und 11/2002, 631–32), den weitgehend gleich gelagerten Interessen von Patienten und behandelnden Kollegen gerecht zu werden.

Den privatärztlich tätigen Ärzten ist die Problematik einer veralteten GOÄ bewusst, sie gehen trotz bestehender Unklarheiten – wie eine mannigfache Rechtsprechung zeigt – etwas routinierter mit ihr um. Die Zahl der ärztlichen Anfragen hat sich verringert.

Der Gebührenordnungsausschuss ist – unter Zugrundelegung der formalen und inhaltlichen Vorgaben einer zu überarbeitenden Gebührenordnung – vordringlich um eine erfolgreiche Funktion als Mediator bemüht. Er tut dies, indem er bei seinen Stellungnahmen einerseits grundsätzliche Erwägungen anstellt, andererseits pragmatisch-vermittelnde Kriterien nicht vernachlässigt. Die o. a. Daten können daher als positives Ergebnis interpretiert werden.

Vor dem Hintergrund negativer Erfahrungen mit den Gesundheitsreformen im GKV Bereich sind manche Ärzte mit der Forderung zur Anpassung der GOÄ an die spezialisierte moderne Medizin zurückhaltender geworden. Angesichts fortwährender Sparmaßnahmen mit Pauschalierungen und Budgetierungen in der GKV sind offensichtlich alle „Beteiligten“ im Gesundheitswesen sich des Risikos bewusst, dass auf Veranlassung des Gesetzgebers auch im Bereich der GOÄ die Systematik einer Einzelleistungsvergütung durch Übernahme von kostendämpfenden Maßnahmen verlassen werden könnte. Die wirtschaftlichen Auswirkungen sind dann nicht vorhersehbar. Sie würden aber potentiellen Zugewinn resultierend aus der Einführung neuer Gebührenordnungspositionen in die GOÄ für neue medizinische Methoden mehr als aufheben.

Die privaten Krankenversicherungen scheinen möglicherweise eine derartige Strategie langfristig zu betreiben, indem sie ihre bisherige Erstattungspraxis kontinuierlich restriktiver gestalten, den Rat der Experten in der Selbstverwaltung immer weniger suchen und hierzu analog zum Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenkassen eigene Gutachter einsetzen. Dies geschieht auf dem Rücken der privat versicherten Patienten und auch der sie behandelnden Ärzte. Der Gebührenordnungsausschuss verfolgt diese Entwicklung bewusst und mit Sorge.

*Dr. med. Th. Klippstein
Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses*