

## Große Koalition

# Ende von Privatmedizin und GOÄ?

## AUTOREN

**Dr. Wolfgang Popp (li.)**

Geschäftsführer der MediTrust AG, Basel

**Peter Gabriel (re.)**

Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses im PVS-Verband

**Das, was hinter vorgehaltener Hand immer wieder mal gemunkelt wurde, scheint festere Konturen anzunehmen. Das BMGS plant, EBM und GOÄ zu fusionieren, was nur gleichbedeutend mit einer ‚feindlichen Übernahme‘ sein kann, m.a.W. der EBM 2000 plus soll zukünftig auch für den Bereich der PKV Geltung haben, was einer faktischen Abschaffung der GOÄ in heutiger Form gleichkommen würde.**

Der Hintergrund: Nach der Unausweichlichkeit einer grossen Koalition und dem Scheitern von Gesundheitsprämie und Bürgerversicherung ist ein ‚dritter Weg‘ (vgl. Ärzte Zeitung vom 6.10.2005) erforderlich. Dieser dritte Weg soll einen gemeinsamen Finanzausgleich von GKV und PKV vorsehen, was ‚ähnliche Leistungskataloge‘ voraussetzen würde. Die Pläne im Ministerium sollen schon so weit gediehen sein, dass ein ‚vergleichbares Honorierungssystem‘ für GKV und PKV geschaffen werden soll (vgl. Schütze-Brief vom 6.10.2005). Angeblich befasst man sich mit dem ganz konkreten Versuch einer Übertragung der EBM-Modalitäten auf den Bereich der PKV.

Die Konsequenzen wären unschwer absehbar: Ein Desaster für die PKV, den privat Krankenversicherten und den privatmedizinisch tätigen Arzt.

Ist der EBM 2000 plus nun so schlecht und die GOÄ so gut, dass sich die Frage einer Fusionierung der Gebührenordnungen mit Leitfunktion des EBM schon vom Grundsatz her verbietet? Dieser Ansatz sollte zunächst in rationaler Weise geprüft werden, bevor man sich in einem kollektiven, standspolitischen Aufschrei übt, der in Zeiten unausweichlicher Kompromisse ehemaliger politischer Widersacher – ohne mit stichhaltigen Argumenten unterlegt zu sein – wenig Gehör finden dürfte.

**These 1**

Gegenüber seiner Vorgängerversion, dem EBM 96, ist der neue EBM nicht zuletzt wegen seiner klaren arztgruppenspezifischen Strukturierung und der fundierten, mehrfach at-

**These I: Der EBM 2000 plus ist wahrhaftig keine schlechte Gebührenordnung, aber er ist massgeschneidert für die GKV und für den Bereich der PKV daher absolut unbrauchbar.**

testierten betriebswirtschaftlichen Abstützung als unbestreitbarer Fortschritt bei der vertragsärztlichen Vergütung anzusehen. Der EBM 2000 plus ist also alles andere als eine schlechte Lösung, wobei die Verhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen deutliche Spuren hinterlassen haben und einiges von der ursprünglichen Vision einer Abrechnung zu festen Euro-Preisen zunächst einmal auf der Strecke geblieben ist. Es ist also trotz aller Fortschritte nicht alles Gold, was glänzt: Da hätten wir einmal das inadäquate kalkulatorische Referenzeinkommen von 0,78 Cent pro Minute, mit dem ärztliche Leistung unterhalb des Preisniveaus manches Handwerkers feilgeboten werden muss, zum anderen die veraltete Datenbasis. Bei der Festlegung des leistungsbezogenen Zeitbedarfs wird der EBM zudem von der Fallzahlproblematik eingeholt: Bei den üblichen Fallzahlen von 1.500 und mehr im Quartal besteht bei einem kalkulatorischen Arbeitszeitkontingent von ca. 30.000 min pro Quartal kein ausreichendes Polster für zeitlich umfassender dimensionierte Untersuchungs-

und Behandlungsschritte. Es bleiben im Durchschnitt gerade mal 20 min Zeit für einen Patienten. Die Folge: Die Zeitansätze müssen nachträglich ‚eingedampft‘ werden, und der Arzt muss die Behandlung schneller durchziehen, um auf seine Kosten zu kommen.

Mit der ‚Bildung ablaufbezogener Leistungskomplexe‘ ist die Komplexierung beim EBM 2000 plus so weit vorangeschritten, dass auf vielen Fachgebieten nur noch wenige Abrechnungsziffern das Spektrum ärztlicher Tätigkeit widerspiegeln. Am Beispiel der Augenheilkunde ist die Relation beim konservativen Abschnitt in etwa folgende: 60 abrechenbaren GOÄ-Ziffern stehen 10 EBM-Ziffern gegenüber. Die Konsequenz dieser Komplexierung ist mangelhafte Transparenz. Diese mangelnde Transparenz ist insbesondere in einem System der Kostenerstattung nicht hinnehmbar, bei dem der Patient zunächst einmal Rechnungsadressat und Zahler ist, der sich von Leistungskomplexen und ihren Inhalten wenig vorstellen und mit der notgedrungen komplizierten Legendierung des EBM wenig anfangen kann. Damit würde ein erster, sehr wichtiger und auch im Bereich der GKV geforderter Kontrollfilter (man denke an die ‚Patientenquittung‘) ausfallen, m.a.W. eine Gebührenordnung bei Kostenerstattung muss auch dem zunehmend aufgeklärten Patienten Rechnung tragen.

Der EBM 2000 plus kann – allen Problemen zum Trotz – zwar als moderne Gebührenordnung für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gelten. Er ist jedoch von seinem fachgruppenspezifischen Aufbau mit verbindlich geregelter Leistungszugang, seiner hohen Komplexierung, die vom SGB V gefordert wird, seinen politischen Eckwerten sowie – last but not least – von seiner Integration in das Vergütungsgetriebe mit Regelleistungsvolumen und Honorarverteilungsmassstäben her nicht geeignet, auf die GOÄ übertragen zu werden.

**These II: Die GOÄ ist keinesfalls so gut, dass sie nicht verbesserungswürdig erscheinen würde. Sie bietet für den Bereich der PKV jedoch die einzig richtigen und verfolgenswerten Ansatzpunkte.**

## These 2

Ist die heutige GOÄ das Mass aller Dinge und auf der Höhe der Zeit? Leider müssen auch GOÄ-Verfechter mit eingeschränkter Fähigkeit zu Selbstkritik diese Frage mit NEIN beantworten. Die heutige GOÄ braucht drin-

gend eine Weiterentwicklung im Sinne einer Modernisierung. Die Gründe sind bekannt und bedürfen an dieser Stelle keiner Wiederholung, erste, durchaus fundierte Ansätze liegen vor und die Bundesärztekammer hat sich dieser Aufgabe mit grossem Ernst verschrieben.

Im Gegensatz zu EBM und DRG liefert die GOÄ ein sektorübergreifend durchgängiges und nach einheitlichen Standards definiertes Bild des Leistungsgeschehens. Sie wirkt integrativ und bietet sich damit als Honorierungsbasis für zukunftssträchtige Formen der wohl weiter wachsenden integrierten Versorgung an. Mit der GOÄ wird auch eine der zentralen Forderungen jedes Finanzierungssystems im Gesundheitswesen erfüllt, dass gleiches Geld gleichen Leistungen zu folgen hat – gleichgültig, ob in der Praxis oder im Krankenhaus erbracht.

Eine GOÄ muss – als Gegenstück zu einem mangelverwaltenden und zudem auf einer antiquierten Datenbasis beruhenden EBM – fortschrittssichernd wirken. Das hat nichts mit Preistreiberei zu tun. Tatsache ist jedoch, dass man als Arzt in Deutschland einer Mischkalkulation ausgesetzt ist, die auch die meisten anderen Branchen kennen. So kommt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) zu dem Ergebnis, dass die Ärzte bei Privatpatienten im Jahr 2003 ‚fast 3,66 Mrd. Euro höhere Honorare als in der GKV geltend machen konnten‘. Laut PKV-Verband ‚belegt die Studie eindrucksvoll den zusätzlichen Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten zum Gesundheitswesen‘, womit Privatversicherte einen hohen Solidarbeitrag zum Gesundheitswesen leisten. Der PKV-Verband führt fort, dass sich ‚ohne die PKV (Anmerkung der Verfasser: und ohne eine GOÄ) der international hervorragende Versorgungsstandard des deutschen Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung ohne Wartezeiten kaum aufrecht erhalten lassen dürfte‘. Es ist folglich eine Mär,

## FAZIT

- ▶ *Das Plädoyer für eine eigenständige GOÄ kann sich aus guten Gründen nicht darauf konzentrieren, den EBM 2000 plus als schlechte Gebührenordnung zu brandmarken. Genau das Gegenteil ist der Fall. Der neue EBM ist eine für den Bereich der GKV massgeschneiderte Lösung. Der neue EBM ist jedoch in seiner Struktur und Funktionsweise für eine Anwendung im Bereich der privatmedizinischen Versorgung und damit der PKV ungeeignet.*
- ▶ *Dass ein Wegfall der GOÄ und eine Gleichschaltung von PKV und GKV zu einem Wegfall dringend benötigter Quersubventionierungspotentiale für die GKV-Praxis und – in der Folge – zu einem nicht unerheblichen Abbau des Leistungsniveaus – auch im Bereich der GKV – sowie zu einem Anstieg der Insolvenzrate führen würde, ist eine leicht belegbare Tatsache. Neben dem erwarteten Ärztemangel wäre dies ein weiterer Faktor der Ausdünnung der Versorgung im Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft.*

dass sich der Privatversicherte aus dem Solidarsystem verabschiedet hat. Er sichert mit seinen freiwilligen Mehrbeiträgen (via GOÄ) das Versorgungssystem in seiner heutigen Qualität erst ab und gibt dem Arzt die Chance, Qualität auch im Bereich der GKV anzubieten.