



## **Eine einheitliche Gebührenordnung für Ärzte**

### **Beschluss Sonderparteitag 21. Januar 2018:**

Wir wollen das Ende der Zwei-Klassen-Medizin einleiten. Dazu muss sich die Versorgung nach dem Bedarf der Patientinnen und Patienten und nicht nach ihrem Versicherungsstatus richten. Hierzu sind eine gerechtere Honorarordnung, die derzeit erhebliche Fehlanreize setzt, sowie die Öffnung der GKV für Beamte geeignete Schritte.

### **Bisherige Verhandlungsergebnisse im Koalitionsvertrag:**

„Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden. Deshalb wollen wir ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängender medizinischen, rechtlichen, und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

### **Status Quo:**

#### **Wie funktioniert das System heute?**

Das Finanzierungssystem für gesetzlich und privat Versicherte, die ambulant behandelt werden, läuft derzeit in zwei komplett unterschiedlichen Systemen ab.

Für Kassenpatienten erhalten ambulante Ärzte Gelder von den jeweiligen Krankenkassen entsprechend dem sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Für Privatversicherte dagegen gibt es die sog. Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Unabhängig von der Forderung einer Angleichung dieser beiden Gebührenordnungen befinden sich beide Systeme derzeit in Überarbeitung durch die entsprechenden Berufs- und Gesundheitsverbände. Diese Überarbeitung soll bis 2019 abgeschlossen sein. Da beide Systeme hochkomplex sind und die Neuordnung der Gebühren heftige politische Kämpfe zwischen den ambulanten Ärzten einerseits und andererseits zwischen Ärzten und Krankenkassen bzw. Versicherungsgesellschaften auslösen, ist unklar, ob dieses Datum eingehalten werden kann. Bei einer Neuordnung bzw. Zusammenführung der Gebührensysteme wären diese Kämpfe um Einfluss und Geld vorprogrammiert, so dass auch ungewiss bliebe, ob eine solche Reform in einer Wahlperiode zu schaffen ist.

In der GOÄ werden die ärztlichen Leistungen mit Punktzahlen versehen. Jeder Punkt entspricht einem Centbetrag. Da die GOÄ-Anpassung bisher immer gescheitert ist, datieren viele Leistungsentsprechungen noch von 1982 und entsprechen damit nicht mehr dem heutigen medizinischen Wissen und modernen Behandlungsmethoden. Deshalb werden die Leistungen heute üblicherweise über die Punktzahlen und Hebesätze errechnet, was dazu führt, dass die

Ärzte für Leistungen bei Privatversicherten sehr viel mehr Geld erhalten als bei gesetzlich Versicherten.

Der EBM weist wie die GOÄ den einzelnen Leistungen Punktzahlen zu. Diese sind allerdings nicht mit festen Eurobeträgen hinterlegt. Der EBM ist damit kein Preisverzeichnis wie die GOÄ, sondern regelt eher, wie das gesamte zur Verfügung stehende Honorarvolumen auf die unterschiedlichen Arztgruppen verteilt wird. Die Leistungen werden mit Pauschalen vergütet, die bei den Arztgruppen unterschiedlich ausfallen. Zusätzlich gibt es eine Mengenbegrenzung bei der Vergütung, d.h. nur bis zu einem bestimmten vorher festgesetzten Wert werden die ärztlichen Leistungen voll vergütet, darüber hinaus nur teilweise (sog. Regelleistungsvolumina).

### **Reform zu einem einheitlichen Vergütungssystem**

Die Kurzbeschreibung der beiden Vergütungsordnungen zeigt bereits auf, dass eine Vereinheitlichung ein rechtlich und technisch schwieriges Unterfangen ist. Nichtsdestotrotz wäre es bei der Einführung einer Bürgerversicherung nötig, damit die finanziellen Vorteile für Privatpatienten abgebaut werden.

Eine Angleichung hätte verschiedene Auswirkungen, sowohl für die Ärzte als auch die Versicherungen.

Bei einer Angleichung, die unterhalb des Niveaus der heutigen GOÄ stattfindet, würden Ärzte zum Teil finanzielle Einbußen hinnehmen müssen. Deshalb lehnen deren Berufsverbände die Angleichung ab. Dabei ist aber zu beachten, dass die Arztgruppen regional sehr unterschiedlich betroffen sind. Im bundesweiten Durchschnitt machen Hausärzte rund 20% ihres Umsatzes mit Privatpatienten. Bei Orthopäden sind es dagegen 47,3%, die also sehr viel stärker von niedrigeren Gebühren betroffen wären. Zudem ist die Anzahl an Privatversicherten im Osten sehr viel geringer als im Westen Deutschlands. Kurz gesagt: Ein Hausarzt aus Rostock würde eine Angleichung der Gebührenordnung viel weniger treffen als einen Radiologen in Starnberg.

Bei einer Vereinheitlichung der Gebührenordnung auf einem Niveau oberhalb des jetzigen EBM-Volumens verdienen viele Ärzte mehr als heute. Diese steigenden Kosten müssten von den Krankenkassen abgefangen werden und – bei zu erwartendem Finanzmangel – über steigende Krankenversicherungsbeiträge an die Versicherten weitergegeben werden. Der Kieler Gesundheitsökonom Thomas Drabinski geht von Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung von bis zu 8,4 Milliarden Euro aus. Das entspräche einer Beitragssteigerung um 0,6 Beitragssatzpunkte. Parallel zu diesen Belastungen für gesetzliche Krankenversicherung würden die privaten Versicherungsunternehmen massiv entlastet, wenn das Vergütungsniveau im Vergleich zur heutigen GOÄ abgesenkt würde.

Eine Angleichung der Gebührenordnung muss daher unbedingt finanziell hinterlegt werden und von weiteren Schritten zu einer Bürgerversicherung begleitet werden. Für sich



alleinstehend könnte die Reform sehr schnell für die gesetzlich Versicherten zu einer enormen finanziellen Belastung werden.

### **Öffnung der GKV**

Ca. 10 Prozent der Versicherten in Deutschland sind in der PKV versichert. Von diesen sind wiederum ca. 60 Prozent beamtinnen und Beamte. Die Länder und der Bund bieten ihren Beamtinnen und Beamten ein Beihilfesystem an, das bislang für die Länder und den Bund kostengünstiger ist. Laut einer Bertelsmann-Studie wird sich dies auf Grund der demografischen Entwicklung verändern und für die Länder wird das Zahlen des Arbeitgeberbeitrags in die Gesetzliche Krankenversicherung attraktiver.

Die Öffnung der GKV für Beamtinnen und Beamten wäre ein wichtiger Schritt hin zur Bürgerversicherung. Das Land Hamburg hat diesen Schritt für ihre Landesbeamten geöffnet.