

Redaktion:  
Haedenkampstraße 5  
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41  
Telefon: (02 21) 40 04-1  
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d

Verlag und Anzeigenabteilung:  
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40  
5000 Köln 40 (Lövenich)  
Telefon: (0 22 34) 70 11-1  
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

# DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

## Die Ideologen zielen auf die Einebnung der Privatpraxis

Referentenentwurf für  
eine neue Gebührenordnung

Bundesarbeitsministerium  
betreibt Angleichung an  
das Kassenarztrecht

Existenzbedrohung für die  
private Krankenversicherung

Vilmar: Vertragsfreiheit  
zwischen Arzt und Patient  
soll in wesentlichen Punkten  
beseitigt werden

Nach 16 Jahren macht die Bundesregierung ernsthafte Anstrengungen, eine neue amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) fertigzustellen, um endlich die von ihr selbst so bezeichnete Übergangsregelung von 1965 abzulösen und um gleichzeitig ein Stück Systemveränderung zu erreichen. Der Ärger mit dem veralteten Verzeichnis, über das die medizinische Entwicklung längst hinweggegangen ist und dessen Gebührenansätze von der stetigen Inflation überholt sind (Preisindex 1965: 63,8; 1981: 124,4), könnte also ein Ende finden. Doch neuer Ärger steht ins Haus: Die Verlagerung der Kompetenz für die GOÄ auf jenes Ministerium, das auch für die gesetzliche Krankenversicherung zuständig ist und dem die ominösen „Kostendämpfungsgesetze“ entstammen, scheint dem Verordnungsentwurf schlecht zu bekommen. Der Referentenentwurf aus dem Arbeitsministerium ist jedenfalls gekennzeichnet vom Mißtrauen gegen die Ärzte und von ideologischen Vorbehalten gegen die Privatpraxis. Der Wunsch, auch den privaten Sektor an das RVO-Recht anzugleichen, den Privatpatienten quasi zum Kassenpatienten zu machen, ist unverkennbar.

Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar – der Bundesärztekammer-Vorstand hat über das Opus aus dem Arbeitsministerium am 11. September eingehend beraten – sieht eine „Weichenstellung für die Einbeziehung der GOÄ in das Kassenarztrecht“. Vilmar verweist dabei auf fünf Neuerungen, die das Arbeitsministerium durchsetzen will:

- ▶ Angleichung der Gebührenordnung an den Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen, den die soziale Krankenversicherung im Gefolge des Kostendämpfungsgesetzes von 1977 einführen mußte.
- ▶ Richtsätze für die Bemessung der Gebührenhöhe.
- ▶ Ausrichtung jener Gebühren, die *öffentliche* Leistungsträger zu zahlen haben, an den Sätzen der allgemeinen Ortskrankenkassen.
- ▶ Übernahme von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsvorschriften aus dem Kassenarztrecht.
- ▶ Installierung eines „Beirats“ zur Weiterentwicklung des Vergütungsrechtes nach Art der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Besetzung des Beirates auch mit Vertretern der sozialen Krankenversicherung.

## Eine alte Geschichte

Das Bundesarbeitsministerium hat den Entwurf für eine neue amtliche Gebührenordnung vorgelegt. Die GOÄ ist eine Rechtsverordnung, die die Bundesregierung auf der Basis der Bundesärzteordnung (eines Bundesgesetzes) erläßt. Der Bundesrat muß ihr zustimmen.

Zuletzt wurde die Gebührenordnung 1965 novelliert; die GOÄ löste damals die alte Preugo (Preußische Gebührenordnung) ab. Deren allgemeine Bestimmungen, gekennzeichnet vom Grundsatz der Vertragsfreiheit zwischen Arzt und Patient, wurden allerdings beibehalten; das Leistungsverzeichnis wurde im wesentlichen der E-Adgo (Ersatzkassengebührenordnung) entnommen – „bis zum Erlaß einer von Grund auf neu erarbeiteten Gebührenordnung“ (Bundesregierung). 1967 hat die Bundesärztekammer der

Bundesregierung einen völlig neu strukturierten Entwurf übergeben und seitdem eine GOÄ-Novellierung regelmäßig angemahnt. Im Bundesgesundheitsministerium wurde daraufhin zwar jahrelang verhandelt – eine Hinhaltetaktik des Ministeriums. Erst in der Regierungserklärung vom Dezember 1976, die Kompetenz für die GOÄ war auf das Bundesarbeitsministerium übergegangen, wurde die Absicht bekundet, jetzt doch zu einem Ergebnis zu kommen.

Vor der Bundestagswahl 1980 stellte das Arbeitsministerium den Ärzten eine Novelle in Aussicht, machte aber aus undurchsichtigen (?) Gründen später einen Rückzieher.

Was jetzt präsentiert wird, unterscheidet sich merklich von den Andeutungen und Versprechungen, die vor der Wahl lanciert wurden: die Ideologen, die Ehrenberg flankieren, haben sich federführend durchgesetzt.

Was enthält nun der Gebührenordnungsentwurf aus dem Bundesarbeitsministerium in dem von Vilmar heftig angegriffenen „allgemeinen Teil“?

**Abdingbarkeit:** Auch künftig kann von der Gebührenordnung abgewichen werden. Im Unterschied zur bisherigen Regelung, nach der vertraglich vereinbart werden konnte, die GOÄ generell zu ersetzen, soll künftig jedoch nurmehr von der Gebührenhöhe abgewichen werden können (die allgemeinen Bestimmungen und die GOÄ-Struktur wären demnach bindend). Das bedeutet einen auch verfassungsrechtlich bedenklichen Angriff auf die Vertragsfreiheit. Abweichungen müssen künftig schriftlich vereinbart werden; dafür werden bis ins Detail reichende Vorschriften gemacht.

**Multiplikator:** Formal wird auch in dem Entwurf an der Gebührenspanne festgehalten. Während bisher bis zum 6fachen der Einzelsätze liquidiert werden kann, soll künftig höchstens der Dreifachsatz berechnet werden dürfen, bei den technischen Leistungen (physikalisch-medizinische Leistungen; Laboruntersuchungen; Histologie, Zytologie und Zytogenetik; Strahlendiagnostik, Anwendung von Radionukliden, Strahlentherapie) nur der Zweifachsatz.

Das Arbeitsministerium will diese maximalen Sätze jedoch nur in Ausnahmefällen gelten lassen, als „Regelspanne“ soll der Zweifachsatz (bzw. das 1,5fache bei den technischen Leistungen) gelten. Wer darüber hinaus gehen will, muß das im einzelnen begründen. Die Höhe des Richtsatzes entspreche, so erklärt das Ministerium, „in etwa der Auffassung der Bundesärztekammer, die in ihrem gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung im April 1981 herausgegebenen Aufruf an die Ärzte davon ausgeht, daß der sogenannte Mittelsatz nur in begründeten Ausnahmefällen überschritten werden darf“.

Das Arbeitsministerium will, so Vilmar, ganz offensichtlich die Vertragsfreiheit zwischen Patient und Arzt in wesentlichen Punkten beseitigen; das kann von der Ärzteschaft nicht hingenommen werden.

Der Referentenentwurf wird von der Ärzteschaft, namentlich auch in Fachgesellschaften und Berufsverbänden, noch im Detail geprüft: Das gilt für die einzelnen Positionen des Gebührenverzeichnisses (deren Zahl ist von rund 1000 auf etwa 2400 angestiegen), das gilt besonders aber für die vom Bundesarbeitsministerium aufgeworfenen Grundsatzfragen. Am 3. Oktober wird sich das Präsi-

dium des Deutschen Ärztetages, dem alle wesentlichen ärztlichen Verbände angehören, in einer Sondersitzung mit dem Entwurf beschäftigen. Der Präsident der Bundesärztekammer appelliert heute schon an die Ärzteschaft, sich nicht auseinanderdividieren zu lassen. Die GOÄ treffe die einzelnen Arztgruppen zwar mit unterschiedlicher Härte, scheine einige auch zu begünstigen – so, wenn die Grundleistungen zu Lasten der sogenannten technischen Leistungen angehoben werden –, doch, so warnt Vilmar: „Hier geht es nur scheinbar um Geld. Tatsächlich wird erneut versucht, über die Gebührenordnung das System zu verändern.“

► Vilmar zu dieser Begründung: „Das ist infam und eine Täuschung der ahnungslosen Öffentlichkeit.“ Denn der vom Arbeitsministerium fälschlich apostrophierte Brief habe sich „auf eine völlig andere Gebührenordnung, nämlich auf die jetzt geltende“ bezogen und stehe in ganz anderem Zusammenhang. Der empfohlene Mittelwert gehe von der geltenden Gebührenspanne aus und setze selbstverständlich Vertragsfreiheit voraus, wonach der Arzt unter Berücksichtigung des Einzelfalls liquidieren kann. Gerade diese individuelle Bemessung werde aber vom Arbeitsministerium mit der Regelspanne eingeschränkt. Hinzu komme auch, daß das Ministerium ausdrücklich das Bemessungskriterium „Vermögens- und Einkommensverhältnisse“ ablehne.

Gegenüber den öffentlichen Leistungsträgern muß, so der Entwurf, grundsätzlich nach den örtlich geltenden AOK-Sätzen abgerechnet werden. Das entspreche im wesentlichen dem geltenden Recht, heißt es. In der bisherigen GOÄ wird freilich nicht auf die AOK-Sätze verwiesen, sondern auf die „Einfachsätze“ der GOÄ – ein kleiner aber bezeichnender Unterschied.

**Formale Anforderungen an die Arztrechnung:** Ausführlich haben sich Ehrenbergs Bürokraten mit der Form der Arztrechnungen beschäftigt (und zwar so detailliert, als habe ein Steueramtmann i. R., der sich über eine Rechnung geärgert hat, alles aufgeschrieben, was ihm so eingefallen ist, um es den Ärzten mal zu zeigen). Anzugeben sind Datum der Erbringung *jeder* Leistung, Nummer und *Bezeichnung der einzelnen* berechneten Leistungen sowie der jeweilige Betrag und der angewandte Steigerungssatz. Das (und noch vielerlei mehr) bedeutet für den Arzt einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand, gesteht das Arbeitsministerium. Der Verwaltungsmehraufwand sei aber „im Hinblick auf die für den Zahlungs-

pflichtigen gewonnene Transparenz der Rechnungen“ gerechtfertigt.

**Wirtschaftlichkeitsgebot:** Aus dem Kassenarztrecht werden ein generelles Wirtschaftlichkeitsgebot (soll dessen Beachtung der-einst auch von Prüfungsgremien kontrolliert werden?) und viele Abrechnungsbestimmungen übernommen. Zum Teil handelt es sich um Selbstverständlichkeiten, die man glaubt, nun vorschreiben zu müssen, zum Teil um kleinkarierte Anleitungen, wie einzelne Leistungen abzurechnen sind, damit nicht absichtlich oder versehentlich „zu viel“ aufgeschrieben wird.

**Überprüfung der Rechnungen:** Die Länder sollen zur gutachtlichen Überprüfung von Arztrechnungen eigene Institutionen einrichten (bisher machten das „stillschweigend“ die Ärztekammern).

**Regelmäßige Überprüfung der Gebührenordnung:** Das Gebührenverzeichnis soll mindestens alle zwei Jahre überprüft werden. Das Arbeitsministerium strebt offenbar an, dabei den Bemessungsmaßstab aus der sozialen Krankenversicherung zugrunde zu legen. Ein Beirat soll Vorschläge für die Anpassung der Gebühren und des Leistungsverzeichnisses machen; für diesen Beirat, der vom Bundesarbeitsministerium berufen werden soll, sind neben Ärzten private und gesetzliche Krankenversicherungen, Länder und Vertreter der „Zahlungspflichtigen“ sowie „unabhängige Sachverständige“ vorgesehen. Vorsitzender soll einer der Unabhängigen sein. Die Geschäftsführung soll beim Arbeitsministerium liegen.

**Punktwert und Gebührenvolumen:** Das Leistungsverzeichnis enthält keine DM-Werte, sondern Punktzahlen. Der Punktwert soll nach dem Vorschlag des Arbeitsministeriums 10 Pfennige betragen. Er liegt damit geringfügig über dem durchschnittlichen Punktwert der RVO-Kassen und merklich unter dem Punktwert der

Ersatzkassen. Insgesamt, so ergeben zumindest die Berechnungen im Hause Ehrenberg, würde ein Ansatz von 10 Pfennig bei der GOÄ unter dem durchschnittlichen Punktwert der sozialen Krankenversicherung liegen (derzeit laut Arbeitsministerium 10,38).

► Berücksichtigt man, daß künftig nach relativ niedrigen Richtsätzen liquidiert werden soll, dann wird auch hier wieder deutlich, daß die Privatpraxis ins Kassenarztrecht „integriert“ werden soll. Das ist übrigens nicht nur ein ärztliches Problem: für die Private Krankenversicherung, deren wichtigstes Werbeargument damit entfiel, bedeutete die Gleichschaltung eine tödliche Gefahr.

Das Bundesarbeitsministerium verspricht sich – dank der niedrigen Festsetzung des Punktwertes und der restriktiven allgemeinen Vorschriften – eine insgesamt kostenneutrale Novellierung der GOÄ. Allerdings werde dieses Ziel nur erreicht, „wenn die Ärzte weder die Zahl der bisher erbrachten Leistungen erhöhen noch auf andere, höherwertige Leistungen ausweichen, noch in stärkerem Maße von der Möglichkeit der Abdingbarkeit Gebrauch machen“.

Auch hier also wieder die Parallele zur sozialen Krankenversicherung: Die Mengenkompente kommt jetzt auch bei der Privatpraxis ins Spiel. Das Arbeitsministerium sieht sich zwar im Augenblick nicht veranlaßt (und wäre wahrscheinlich auch nicht in der Lage), diese in den Griff zu bekommen. Aber es droht immerhin:

„Es bleibt abzuwarten, wie die Ärzte auf die Novellierung reagieren und welche Auswirkungen mögliche Verhaltensänderungen einzelner Facharztgruppen auf die Gesamteinnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit haben werden. Bei einer zukünftigen Überprüfung des Punktwertes werden deshalb mögliche Verhaltensänderungen auf der Basis neuerer Daten berücksichtigt werden müssen.“ NJ