

Preisunterschiede für medizinische Leistungen

Nur durch Quersubventionierung erhalten Kassenpatienten moderne Medizin

Werter Kollege J.,

Sie fragen nach den Gründen für den (von Ihnen als grotesk bezeichneten) Preisunterschieden bei der Betreuung von Kassen- und Privatpatienten: „Es ist dem gesunden Menschenverstand einfach nicht verständlich zu machen, warum ein und dieselbe ärztliche Leistung, an zwei verschiedenen Menschen erbracht, einmal 15 und das andere mal 150 Euro wert sein soll, nur weil auf dem einen Menschen das Etikett "Kasse" und auf dem anderen das Etikett "Privat" klebt. Was hat der Wert einer Leistung mit dem Versicherungsstatus zu schaffen?“

Ich denke, die Gründe sind Ihnen schon bekannt, nur sind dem Laien die Preisunterschiede schwer verständlich zu machen. Ich will es versuchen:

Um eventuellen Missverständnissen vorzubeugen: Wir Ärzte führen jeden Eingriff, jede bildgebende Diagnostik und jede Laborleistung mit derselben Sorgfalt aus, unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten. Auch jeder Notfall wird gleichermaßen bestmöglich behandelt. Der spürbare Unterschied für den Patienten liegt vor allem im Service, in der Wartezeit, manchmal auch in der Zeit, die sich der Arzt für die Beratung nimmt.

Um weiteren Missverständnissen vorzubeugen: Wir sollten die Begriffe „Wert“ und „Preis“ nicht gleichsetzen. Natürlich hat eine gleiche medizinische Leistung, ob Beratung, Untersuchung oder Behandlung, einen selben Wert. Welchen *Preis* der Kostenträger dann dafür bezahlt, und woraus die Preisunterschiede resultieren, das ist die noch zu beantwortende Frage.

Wird die gleiche Leistung dem (Vertrags-)Arzt beim Privat-Patienten zu hoch bezahlt? Oder wird die Leistung beim Kassen-Patienten zu niedrig bezahlt? Ist das Glas nun halb voll oder halb leer? Der Zweck bestimmt die Worte.

Es ist verständlich, dass Kostenträger der PKV (die privaten Versicherer und der Staat als Träger der Beihilfe für die Beamten) gern die Preise der GOÄ senken würden, die Krankenkassen als Kostenträger der GKV dagegen eine Preisanpassung für ihre Versicherten nach oben, an die GOÄ; beide scheuen Mehrkosten wie der Teufel das Weihwasser. Wenn sie eine einheitliche Gebührenordnung für alle fordern, so meinen sie – unausgesprochen – damit eine Anpassung der GOÄ nach unten, an den EBM.

Diese Haltungen sind verständlich. Schließlich unterliegen die Kostenträger wirtschaftlichen Zwängen. Jeder Kaufmann (und wir als Privatperson übrigens auch) versucht, seine Ausgaben zu reduzieren; wo er Waren oder Dienstleistungen (einschlich Mitarbeiter) billiger haben kann, wird er sie billiger einkaufen. Aber auch Ärzte und Krankenhäuser unterliegen wirtschaftlichen Zwängen; wirtschaftliche Gesetze wirken auch in der Medizin.

Üblicherweise ergeben sich die Preise von Waren aus einem Wechselspiel von Angebot und Nachfrage, die Löhne und Gehälter aus den Gegengewichten Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften, aus einem Wechselspiel von Arbeitskampf und Verhandlungen.

Nur in der Medizin funktioniert dieses Wechselspiel nicht. Der EBM und die GOÄ sind nicht das Ergebnis eines solchen Wechselspiels, sondern Gebührenordnungen, die vom Gesetzgeber erlassen wurden und werden. Der Gesetzgeber aber ist parteiisch. Der Bund und die Länder müssen für die Beihilfekosten ihrer Beamten aufkommen und bezuschussen auch die GKV mit Milliarden.

Auf der anderen Seite haben die Ärzte kaum Möglichkeiten des Arbeitskampfes. Ein Streik größeren Ausmaßes würde irgendwann Menschenleben kosten, was mit dem ärztlichen Ethos

unvereinbar wäre. Und es haben die (Vertrags-)Ärzte keine durchsetzungsfähige Interessenvertretung. Ihre ärztlichen Standesvertretungen (KV'en, KBV, Ärztekammern und BÄK) haben sich als Körperschaften des öffentlichen Rechts in eine völlige Abhängigkeit vom Gesetzgeber begeben, der inzwischen über die Satzungen bestimmt, Einblick in die innere Strukturen hat, die Beschlüsse der Körperschaften unter seinen Vorbehalt gestellt hat, die Vorstände durch einen Staatskommissar ersetzen und damit auch über die Mittel der Körperschaften bestimmen könnte. Da ist es verständlich, dass diese „Interessenvertretungen“ auch keine Streikkasse gebildet haben.

Dieses Ungleichgewicht und die Parteilichkeit des Gesetzgebers und haben dazu geführt, dass der Gesetzgeber bei der Einführung des neuen EBM im Jahr 2005 die ärztlichen Leistungen kommentarlos von einem betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,1 Cent auf 3,5 Cent abwerten konnte, ohne dass die ärztlichen „Interessenvertreter“ auch nur ansatzweise protestiert hätten. Seit 2005 wird also den Vertrags-Ärzten ihre Arbeit von den Krankenkassen nur zu 69 Prozent des damals kalkulierten Preises vergütet. Die reale Abwertung ärztlicher Arbeit liegt unter Berücksichtigung der Inflation deutlich höher.

Die Parteilichkeit des Gesetzgebers und das beschriebene Ungleichgewicht haben auch dazu geführt, dass der Gesetzgeber die GOÄ seit 1996 unverändert gelassen hat, dass diese Gebührenordnung weder dem medizinischen Fortschritt noch der Inflation angepasst wurde. Wo in unserer Gesellschaft gelten noch Preise von 1996?? Unter Berücksichtigung allein der Inflation werden den Ärzten diese Leistungen so nur noch zu 64% des ursprünglichen Preises bezahlt.

Zwei Beispiele sollen das Ergebnis der geschilderten Entwicklung verdeutlichen:

Der (Vertrags-)Arzt bekommt (ohne Berücksichtigung eventueller Kürzungen wegen Überschreitung seines Budgets) eine Vergütung für die

Untersuchung einer Frau zur Krebsfrüherkennung	nach EBM 17,85 €,	nach GOÄ 83,90 €
Beratung bei einem Schwangerschafts-Konflikt	nach EBM 8,05 €,	nach GOÄ 78,66 €

Ausgewählt wurden nur vergleichbare Beispiele, die dem Laien vom Zeitumfang und der Bedeutung her auch verständlich sind und bei denen kein technischer Aufwand den Vergleich erschwert. Wichtig ist: Bei der Vergütung der Ärzte handelt es sich um *Einnahmen*, die man nicht mit *Einkommen* gleichsetzen darf; zwischen Einnahmen und verfügbarem Einkommen liegen noch Kosten und Steuern. Die Beispiele machen deutlich: Die Vergütung nach EBM ist nicht Existenz sichernd, die Vergütung nach GOÄ zwar deutlich höher, m. E. aber auch nicht angemessen. Nur in der Mischkalkulation, durch eine Quersubventionierung, ist das vertragsärztliche System noch haltbar.

Ich komme auf Ihre ursprüngliche Frage zurück. Die verschiedenen Gebührenordnungen sind nur historisch zu verstehen: Die GKV ist zurückzuführen auf die Bismarcksche Sozialgesetzgebung von 1883. Ursprünglich eine Pflichtversicherung als Maßnahme gegen Elend und Not der arbeitenden Bevölkerung, ausgedehnt in den 1970er Jahren auf fast alle Bevölkerungsschichten, sichert die GKV heute 85 Prozent der Bevölkerung ab. Die 1901 zugelassenen privaten Krankenversicherungen dienten der Absicherung der nicht Pflichtversicherten. Seit 1884 existiert auch die Unfallversicherung.

Eigentlich haben wir für ärztliche Leistungen zu viele Gebührenordnungen. Wozu braucht man für Kassenpatienten einen EBM, für Privat-Patienten die GOÄ, für die Unfallversicherung noch eine Gebührenordnung und noch eine weitere für die Postbeamten? Wir fragen uns oft, ob so viele Krankenkassen nötig sind. So sollten wir auch einmal die vielen Gebührenordnungen hinterfragen: Ist diese Vielfalt noch zeitgemäß? **Eigentlich**

genügt doch eine Gebührenordnung --- vorausgesetzt, sie bildet die Preise für ärztliche Leistungen so ab, dass sie kostendeckend und angemessen sind. Und das ist des Pudels Kern.

Wo die Vertreter der Krankenkassen oder der Politik *eine* einheitliche Gebührenordnung fordern, denken sie vermutlich an Preise des EBM. Zumindest suchen sie eine für die GKV „kostenneutrale“ Lösung, was letztlich dasselbe ist. Wo Ärzte solche Forderungen nach *einer* einheitlichen Gebührenordnung hören, befällt sie ein historisch gewachsenes abgrundtiefes Misstrauen: Eine einheitliche Gebührenordnung auf der Grundlage des EMB würde sie ihrer Existenzgrundlage berauben.

Die zwei Beispiele machen dem gesunden Menschenverstand deutlich, warum dieselbe ärztliche Leistung, je nach Versicherungsstatus, zwei Preise hat: Nur durch diese Quersubventionierung ist den (Vertrags-)Ärzten und Krankenhäusern überhaupt noch eine dem medizinischen Fortschritt angemessene Medizin für die Kassenpatienten möglich.