

Antrag

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

Hannover, den 02.11.2010

Dämpfung der Aufwendungen für die Beihilfe durch Begrenzung der Arztkosten

Der Landtag wolle beschließen:

Entschließung

Der Landtag fordert die Landesregierung auf:

1. Zur Dämpfung der Kosten der Beihilfe Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, insbesondere der Ärzte- und Zahnärzteschaft, mit dem Ziel aufzunehmen, die im Regelfall geforderten Honorare gemäß der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. für Zahnärzte (GOZ) auf den 1,7-fachen Gebührensatz zu begrenzen.
2. Im Wege einer Bundesratsinitiative den Bundesgesundheitsminister aufzufordern, die Gebührenordnungen der privaten Krankenversicherungen für medizinische Leistungen so zu ändern, dass der Gebührensatz, der ohne besondere Begründung im Einzelfall abgerechnet werden kann, auf den 1,7-fachen Gebührensatz abgesenkt wird.
3. Die Niedersächsische Beihilfeordnung so zu ändern, dass die Leistungen aus der Beihilfe stärker den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen angenähert werden.

Begründung

Rund 650 Mio. Euro hat das Land Niedersachsen im Jahr 2009 für Beihilfeleistungen für Beamtinnen und Beamte, Richterinnen und Richter und Empfängerinnen und Empfänger von Versorgungsleistungen aufgewendet. Im Jahr 2003 lagen die Beihilfeausgaben des Landes noch bei rund 480 Mio. Euro. Knapp 40 % der Aufwendungen für die Beihilfe wurden für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen im Rahmen ambulanter und stationärer Behandlungen bezahlt.

Gemäß § 4 Abs. 2 des Entwurfs der Neufassung der Niedersächsischen Beihilfeordnung richtet sich die Angemessenheit der abrechenbaren ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen nach den für diese Leistungserbringer geltenden Gebührenordnungen der privaten Krankenversicherungen (PKV) - z. B. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) - die vom Bundesgesundheitsminister erlassen werden. Diese sehen für jede einzelne Leistung eine definierte Zahl von Leistungspunkten vor, die - multipliziert mit dem Punktwert - den Gebührensatz ergeben. Je nach Aufwand im Einzelfall können die Leistungserbringerinnen und -erbringer den so ermittelten Gebührensatz zur Abrechnung ihrer konkreten Leistung mit dem Faktor 1 bis 3,5 multiplizieren. Bis zum 2,3-fachen des Gebührensatzes besteht in der Regel keine Notwendigkeit, diesen Ansatz zu begründen. Entsprechend wurden im Jahr 2009 lediglich in 7 % der Fälle im Rahmen der niedersächsischen Beihilfe für ambulante ärztliche Leistungen Gebühren unterhalb des 2,3-fachen Gebührensatzes in Rechnung gestellt. In 83 % der Fälle wurde der Regelhöchstsatz von 2,3 verlangt. Das Berliner IGES-Institut geht in seinem im Januar 2010 vorgelegten Gutachten „Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der PKV vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie davon aus, dass das Honorar für im Rahmen der Gebührenordnungen der PKV abrechenbaren Leistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mehr als doppelt so hoch ist. Bei Laborleistungen liegt es um das 4,5-fache höher, als bei vergleichbaren Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Gutachter zeigen ferner deutliche Disparitäten in der Entwicklung des Leistungsumfangs zwischen privat und gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten auf:

Zwischen 1995 und 2007 sind die Ausgaben der PKV für ärztliche Leistungen um fast 90 % gestiegen, in der GKV lediglich um 26 %. Für Zahnarztpraxen haben die GKV im genannten Zeitraum 3,1 % mehr ausgegeben, bei den PKV betrug die Steigerung 56 %. Für das IGES-Institut liegt deshalb der Schluss nahe, dass die stärkere Deckelung der Ausgaben der GKV dazu geführt hat, dass dieses seitens der Leistungserbringer durch eine deutliche Ausweitung des Leistungsumfangs gegenüber privat Versicherten kompensiert wird.

Da sich der Gesundheitszustand der beihilfeberechtigten Bediensteten und Versorgungsempfänger des Landes und ihrer mitversicherten Angehörigen kaum vom Durchschnitt der gesetzlich versicherten Bevölkerung unterscheiden dürfte, ist diese Selbstbedienung der Leistungserbringer auf Kosten der Steuerzahlerinnen und Steuerzahler nicht länger hinnehmbar.

Die erforderliche Reduzierung der Aufwendungen des Landes für ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Leistungen kann nur erreicht werden, indem die Landesregierung in Verhandlungen mit den Verbänden der Leistungserbringer Entsprechendes vereinbart. Gleichzeitig ist es erforderlich, auf dem Wege einer Bundesratsinitiative den Bundesgesundheitsminister zu einer grundsätzlichen Überarbeitung der letztmalig 1982 stärker novellierten Gebührenordnungen der PKV aufzufordern. Andernfalls dürfte die Verhandlungsposition des Landes mit den Leistungserbringern nicht sehr günstig sein.

Lediglich die Erstattungen im Rahmen der Beihilfe im Regelfall zu begrenzen, würde der einzelnen Patientin bzw. dem einzelnen Patienten abverlangen, mit der Ärztin, dem Zahnarzt oder der Psychotherapeutin vor der Behandlung in entsprechende Honorarverhandlungen einzutreten. Dieses ist nicht nur wegen der schlechten Verhandlungsposition der/des Einzelnen, sondern vor allem aufgrund des dadurch belasteten Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht zumutbar.

Dr. Gabriele Heinen-Kljajić
Parlamentarische Geschäftsführerin