

GOÄ Aktuell

Update GOÄ-Novellierung

BDAktuell

Aus der Gebührenkommission

Die in den vergangenen Wochen nachzulesenden Irritationen zum Verhandlungsstand der neuen GOÄ geben eine Vorahnung darauf, welche Unbill wir Ärzte zukünftig von den derzeitigen Verhandlungen und den kommenden Ergebnissen im Novellierungsprojekt zur GOÄ zu erwarten haben.

Auch wenn die Verhandlungsführer insbesondere der Bundeärztekammer (BÄK) nicht müde werden, an allen Stellen Optimismus zu verbreiten, empfindet der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) größte Sorge über die Auswirkungen der neuen GOÄ für unser Fachgebiet. Der BDA sieht die Notwendigkeit einer massiven Überarbeitung der geltenden GOÄ oder auch die Entwicklung einer völlig neuen GOÄ und hat sich hierzu in den vergangenen Jahren, soweit von der BÄK hinzugezogen, intensiv in die

Überarbeitung des anästhesiologischen Leistungsteils eingebracht.

Leider konnten, obwohl die Verhandlungen schon sehr weit fortgeschritten sind, bislang durch die BÄK viele Details der anästhesiologischen Leistungslegende noch nicht zu unserer Zufriedenheit abgeschlossen werden. Dies umfasst insbesondere den Umfang der in einen zukünftigen Leistungskomplex definierten inkludierten Leistungen, die damit verbundenen Ausschlüsse sowie die Definition der berechenbaren Anästhesiezeit. Erste vorliegende Kalkulationen legen den Schluss nahe, dass zumindest unser „genetisches“ Geschäft, die klassische Allgemeinanästhesie, im Vergleich zu heute nicht wirklich besser gestellt werden wird. Eine abschließende Bewertung wird aber erst nach Vorliegen der finalen Leistungslegende sowie der zugehörigen Kalkulationen möglich sein.

Da die Verhandlungspartner von BÄK und PKV sowie dem Ministerium jedoch Stillschweigen über viele Verhandlungsdetails vereinbart haben, werden wir voraussichtlich tiefere Einblicke erst zu einem Zeitpunkt erhalten, an dem Anpassungen kaum mehr möglich sein werden.

An dieser Stelle sollen aber nicht die Feinheiten von neuen Leistungstexten und Kalkulationen und der monetäre Aspekt der GOÄ im Vordergrund stehen, sondern der mit Einführung der neuen GOÄ verbundene fundamentale Paradigmenwechsel.

Wir möchten Ihnen hierzu auszugsweise eine Stellungnahme von Herrn Dr. med. Elmar Wille, dem Vizepräsidenten der Ärztekammer Berlin, wiedergeben, der die einzelnen Aspekte des Paradigmenwechsels höchst treffend formuliert hat:

„Es wurde nämlich zwischen den Parteien Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. und Bundesärztekammer der Entwurf einer gemeinsamen Verordnungsinitiative u.a. zur Novellierung des Paragraphenteils der GOÄ und des § 11 Bundesärzteordnung erarbeitet. Diese Regelungen sehen die Schaffung einer gemeinsamen Kommission vor, die die mit nichts Geringerem als der kontinuierlichen Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ betraut werden soll. Ferner wurde ein Entwurf der Geschäftsordnung der Gemeinsamen Kommission zur Wei-

terentwicklung und Pflege der GOÄ (GeKo) erstellt. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel ist von der Bundesärztekammer mit konzipiert und bereits dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden. Das Inkrafttreten der Regelungen ist zum 1. Oktober 2016 geplant.

Die neue Gebührenordnung als Ausfluss der geänderten Bundesärzteordnung (BÄO)

Kommen wir also zum Kern, zur Änderung der Bundesärzteordnung, auf der

dann alles weitere basiert. Paragraph 11 der Bundesärzteordnung in seiner aktuellen Fassung sagt im Satz 1: „Die Regierung wird ermächtigt durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln.“

Dies war immer so und ist insoweit nichts Neues. Jetzt wird jedoch eine Einfügung vorgeschlagen. Der letzte Satz des Paragraphen 11 soll zukünftig heißen: „Die Empfehlungen der Gemein-

samen Kommission nach Paragraph 11 a sind zu berücksichtigen.“ Und schließlich wird ein Paragraph 11a geschaffen, der die Gemeinsame Kommission beschreibt in ihrer Zusammensetzung und in ihren Grundlagen, wie sie zu arbeiten und welche Kompetenzen sie hat. Das heißt, die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. errichten im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheit eine Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo). In dieser Kommission sind vier Vertreter, die von der Bundesärztekammer benannt werden, zwei vom Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sowie zwei von den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden benannte Vertreter. Die Aufsicht über die Gemeinsame Kommission führt das Bundesministerium für Gesundheit. Bemerkenswert ist hierbei, dass die Beratungen der Gemeinsamen Kommission einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften vertraulich sind. Soviel zur Transparenz, wenn es um die Beratung künftiger Berufsregeln geht. Die Gemeinsame Kommission beschließt Empfehlungen einvernehmlich auf Vorschlag mindestens einer der beteiligten Parteien (PKV, Beihilfestellen, Bundesärztekammer). Eine auf diese Art angenommene Empfehlung wird veröffentlicht. Findet ein Vorschlag für eine Empfehlung kein Einvernehmen, legt die Gemeinsame Kommission den Vorschlag unter Darlegung der unterschiedlichen Standpunkte dem Bundesministerium für Gesundheit zur Entscheidung vor. Im Ergebnis entscheidet nach diesem Konzept also das Bundesministerium u.a. über ärztliche Berufspflichten im Zusammenhang mit der privatärztlichen Abrechnung, deren Regelung aufgrund der Kompetenzen der Länder den Landesärztekammern zugewiesen ist. Auch Auslegungen der Gebührenordnung, z.B. Analogbewertungen, werden nicht mehr, wie heute, alleine durch die ärztliche Selbstverwaltung vorgenommen, sondern im Zweifel durch das Bundesministerium, dem die Interessen der staatlichen Kostenträger, d.h. der Beihilfe,

näher sein werden, als die Interessen der Ärzteschaft.

Welche Sachverhalte werden also künftig durch Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission geregelt und gesteuert werden? Gegenstand solcher Empfehlungen wird die Anpassung der Gebührenordnung an den medizinischen Fortschritt und die Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung sein. Es sollen Empfehlungen erarbeitet werden zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, insbesondere, wenn der Gebührensatz nicht mehr der Summe der Bewertungen der ärztlichen Leistung und des durchschnittlichen Aufwands der nichtärztlichen Leistungskomponenten bei hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung entspricht. Ferner wird die Gemeinsame Kommission zu den zulässigen Behandlungsumständen, die eine Erhöhung des Steigerungssatzes rechtfertigen können Empfehlungen erarbeiten. Denn nach der vorgesehenen Regelung kann nur für abschließend bestimmte Behandlungsumstände eine Steigerung des Gebührensatzes auf das Zweifache erfolgen. Es gibt also nur noch den einfachen und den zweifachen Gebührensatz. Dazwischen nichts. Und wann der Zweifache Gebührensatz in Ansatz gebracht werden kann, wird von der Gemeinsamen Kommission definiert und im Einzelfall sogar bestimmt. Auch eine Negativliste soll erarbeitet werden, aus der die Begleitumstände hervorgehen, bei denen die Anwendung des Steigerungssatzes nicht gerechtfertigt ist. Darüber hinaus wird die Gemeinsame Kommission zum neuen zuständigen Schöpfer und Kontrollgremium der analogen Anwendung der Gebührenordnung im Hinblick auf neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren.

Diese Fortentwicklung der Gebührenordnung war bisher faktisch allein in den Händen der Kammern, wo sicher auch allein die Kompetenz hierfür liegt. Die Bewertung neuer Behandlungs- und Diagnoseverfahren gehört jedenfalls nicht zu den Kompetenzen von Beihilfestellen oder Vorständen der Privaten Krankenversicherungen. Zur

Interpretation der Abrechnungsbestimmungen der Gebührenordnung, zur Entwicklung von Vorschlägen zu deren Anpassung und Klarstellung von Begriffen mittels eines Glossars mögen die nicht-ärztlichen Mitglieder der Gemeinsamen Kommission ihren Beitrag leisten, aber betreffend den Umgang mit Informations-, Beratungs-, Kennzeichnungs- und Dokumentationspflichten bei der Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach der GOÄ sind sie nicht kompetent. Das „Wie lange?“, „Wie intensiv?“, „Wie umfangreich?“, z.B. bei dem Thema Dokumentation, ist eine auf den individuellen Patienten bezogene ärztliche Entscheidung und bedarf nicht der Formalisierung und Regelung durch Empfehlungen einer fernen Gemeinsamen Kommission.

Dass die GOÄ faktisch mit der Schaffung von lediglich einem Einfach- und einem Zweifachsatz in eine Festgebührenverordnung ohne sinnvolle und erforderliche Spielräume umgestaltet wurde, ist ja schon angemerkt worden. Das bisher mögliche individuelle Steigerungsschema wird jedenfalls aufgegeben. Dies, obwohl der 117. Deutsche Ärztetag beschlossen hat: „Der Steigerungsfaktor zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandssteigerungen im Individualfall (besondere Schwierigkeit, besonderer Zeitaufwand, besondere Umstände bei der Ausführung) ist beizubehalten.“ Damit hat der 117. Deutsche Ärztetag zum Ausdruck gebracht, dass es Ärztinnen und Ärzten weiterhin vorbehalten bleiben muss, das ärztliche Honorar unter Berücksichtigung individueller Faktoren innerhalb eines bestimmten Rahmens selber festzulegen. Diesem Beschluss des Deutschen Ärztetages wird das vorliegende Konzept, das nur einen einfachen und einen doppelten Gebührensatz vorsieht, dessen Wahl zudem an enge Voraussetzungen geknüpft ist, nicht gerecht. In diesem Zusammenhang muss zudem betont werden, dass die individuellen Gesundheitsleistungen, die in Deutschland in den einzelnen Fachgebieten in unterschiedlichem Umfang Einzug gehalten haben, durchaus sehr

unterschiedlich im Gebührensatz liquidiert werden, das reicht von 1fach bis 2,3fach, mit praktisch allen möglichen Zehntel Faktoren dazwischen. Warum will man diese Individualisierung nicht? Offenbar will man die Freiheit des Arztes, der Ärztin nicht? Der gesamte Text ist durchzogen von Misstrauen dem ärztlichen Berufsstand gegenüber. Bisherige Entscheidungsspielräume die Ärztinnen und Ärzte hatten, werden ohne erkennbaren Grund aufgegeben, zu Gunsten einer Kommission die zukünftig alles Wesentliche zu entscheiden haben soll. Diese Regelung entspricht dem beim 117. Deutschen Ärztetag zum Ausdruck gebrachten Willen der Deutschen Ärzteschaft nicht.

GOÄneu und Datensammelstelle

Wenn man ferner sieht, welche Aufgaben als Datensammelstelle die Gemeinsame Kommission zu erfüllen hat, wird klar, welches bürokratische Monster da geschaffen werden soll. Diese Datenstelle der Gemeinsamen Kommission soll nach den gleichen Vorgaben erhobene anonymisierte Abrechnungsdaten der Bundesärztekammer, der Beihilfetträger und der PKV sammeln und auswerten. Sollten die Daten der einzelnen Quellen zu einzelnen Analysezeitpunkten nicht vollständig zur Verfügung stehen, arbeitet die Datenstelle auf Teildatenbasis, solange die statistischen Regeln betreffend Übertragbarkeit und methodischer Validität der Aussagen gewahrt bleiben. Dabei ist bemerkenswert, dass die Datenstelle alleine den Zugriff auf die anonymisierten Daten hat, nicht die Mitglieder der Gemeinsamen Kommission. Finanziert werden soll dieses Verfahren zu 50 Prozent durch die Bundesärztekammer. Weitere 50 Prozent trägt der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. Staatliche Stellen, wie etwa die Beihilfe, werden nicht an der Finanzierung beteiligt! Wer das SGB

V und die Realitäten des Vertragsarztrechtes und der vertragsärztlichen Tätigkeit kennt, weiß, dass die Gemeinsame Kommission (GeKo) faktisch ein weiterer Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) sein wird. Hier wird im privaten Bereich geregelt, was bisher dem gesetzlichen Krankenversicherungsbereich vorbehalten war.

Es wird ins privatärztliche zweiseitige Verhältnis Arzt – Patient entsprechend den Interessen der Privatversicherungswirtschaft und der öffentlichen Haushalte hinein dirigiert. Besonders soll in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Empfehlungen der Kommission einvernehmlich erfolgen müssen. Das heißt, die Ärzteseite hat nur 50 Prozent der Stimmrechte mit der Folge, dass ärztliche diagnostische und therapeutische Verfahren hinsichtlich ihrer Häufigkeit und ihrem Leistungsumfang mitbestimmt sein werden von der Privatversicherungswirtschaft sowie den Beihilfestellen. Dies betrifft übrigens auch diejenigen ärztlichen Leistungen, die die Interessen dieser Institutionen gar nicht berühren, wie z.B. die Individuellen Gesundheitsleistungen, ein Großteil der kosmetischen Chirurgie oder der private Gutachtenbereich.

.... Zumal als Folge dieser Regelung ein erheblicher Personalmehrbedarf im Hause der Bundesärztekammer zu erwarten sein wird, um in der Gemeinsamen Kommission bei der Fortentwicklung der GOÄ mit der Kompetenz der Privatversicherungswirtschaft konkurrieren zu können. So liegen bei der Bundesärztekammer z.B. keine Kenntnisse über das Leistungsgeschehen im privatärztlichen Bereich vor. Das unterscheidet die Bundesärztekammer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die auf die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesländer zurückgreifen kann. Im Übrigen fragt man sich,

ob im Gegenzug auch die private Krankenversicherungswirtschaft der Ärzteschaft zukünftig ein Informations- und Mitspracherecht bei der Festsetzung der Beiträge für die Privatkrankenversicherung gewährt wird.

Fazit

Damit kommen wir zum Anfang und Ausgangspunkt zurück. Die Bundesregierung ist ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. Dazu mag sie sich beraten lassen, außer von der ärztlichen Seite auch von der Versicherungswirtschaft. Die unterschiedliche Interessenlage dieser beiden Beteiligten ist aber klar. Soweit in der Praxis das Rechnungsprüfungsverfahren der Beihilfestellen näher betrachtet werden kann, ist dort der Fürsorgegedanke für den Beamten inzwischen auch deutlich geringer gewichtet als das öffentliche Interesse haushaltswirksam Ausgaben zu begrenzen und zu vermeiden. Die GeKo ist ein teures Experiment, das Honorar kostet, und uns nicht – wie die Befürworter meinen – auf längere Sicht ein höheres Honorar sichert. Die Gemeinsame Kommission wird Einengungen und Begrenzungen an Stellen erzeugen, wo bisher solche nicht gegeben waren. Sie verwischt die unterschiedliche Interessenlage der Beteiligten, vermehrt die Intransparenz des Leistungsgeschehens und behindert die Entwicklungen von Innovationen durch Übernahme der gleichartigen hemmenden Regelungen aus dem GKV-Bereich ins privatärztliche Liquidationsrecht. Die zwischen PKV und Bundesärztekammer konsentierten GOÄneu auf der Basis einer entsprechenden geänderten Bundesärzteordnung wird der Ärzteschaft deutlich höhere Ärztekammerbeiträge bringen und auf längere Sicht gleichzeitig geringere Honorare.“

Robuster Einzelsatz

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der betriebswirtschaftlichen Basiskalkulation des s.g. robusten Einzelsatzes. Mit viel Aufwand wurde und wird dieser Satz kalkuliert, um eine Unterschreitung der GOÄ durch s.g. Öffnungsklauseln unter diesen Satz zu verhindern. Zwar ist die Öffnungsklausel nach Angaben der BÄK vom Tisch, und die Verhandlungsführer der BÄK arbeiten mit Hochdruck an der Durchsetzung des robusten Einzelsatzes für einen möglichst großen Anteil der Privatpatienten, gleichzeitig versuchen jedoch PKV und Beihilfe diesen robusten Einzelsatz durch verschiedenste Aktivitäten aufzuweichen. Dabei entspricht der zukünftige robuste Einzelsatz über die gesamte GOÄ etwa dem 2,4-fachen derzeitigen Satz und soll zukünftig 2,4+X entsprechen, wobei dieses X derzeit ausverhandelt wird. Spätestens ab dann ist der Begriff „robust“ nicht mehr zutreffend. Zukünftig wird es voraussichtlich „Sondertarife“ geben, bei denen der robuste Einzelsatz unterschritten werden wird, u.a. wird dies für Beihilfepatienten und Versicherte im Basistarif gelten. Zunehmend versucht jedoch die PKV diese „Sondertarife“ auf weitere Versichertengruppen auszuweiten. Wir können hier nur hoffen, dass unsere Verhandlungsführer hier keine Kompromisse eingehen, schließlich bestimmen wir als Ärzte ja auch nicht die Beiträge der PKV für bestimmte Versichertengruppen mit.

Wir setzen auf den Sachverstand der Delegierten des Deutschen Ärztetages, die hoffentlich auch in ihre Überlegungen einbeziehen, dass ein im stationären Sektor zukünftig geringeres Honorarvolumen sich nicht nur bei den liquidationsberechtigten Ärzten, sondern auch bei den angestellten Ärzten deutlich machen wird.

Der BDA hat sich daher intensiv für eine Erhöhung der Transparenz zu den Verhandlungen und die Forderung nach einem außerordentlichen Ärztetag eingesetzt, der jetzt voraussichtlich im Januar/Februar 2016 stattfinden wird. Wir hoffen dort auf eine intensive Diskussion der Delegierten und wünschen uns, dass die Delegierten einen von politischen Standpunkten unabhängigen Blick auf den Stand der Novellierung werfen mögen und zu einer Entscheidung kommen, die bewertet, ob dieses neue Gebührenwerk mit unseren ärztlichen Vorstellungen tatsächlich kompatibel ist und ob dieser Paradigmenwechsel wirklich von der deutschen Ärzteschaft mitgetragen wird.

Die Gebührenkommission des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten ist nach ausführlicher Würdigung aller Argumente zum einstimmigen Ergebnis gekommen, die Novellierung der GOÄ in der vorliegenden Form entweder ganz abzulehnen oder an den wesentlichen Stellschrauben im Sinne einer wirklichen Gebührenordnung eines freien Berufes nachzuarbeiten. Eine entsprechende Stellungnahme und Empfehlung hat sie unserem Präsidium zugeleitet.

Um gleichzeitig eine zukünftig sachgerechte Abbildung der anästhesiologischen Leistungen zu ermöglichen, stehen der BDA und die Gebührenkommission bereit, um die BÄK weiterhin konstruktiv in der Arbeit zu unterstützen; diese Hilfe muss jedoch durch die BÄK auch angenommen und unsere Empfehlungen dann auch gegenüber den anderen Verhandlungspartnern durchgesetzt werden.



Gebührenkommission des BDA

Prof. Dr. med. Jürgen Biscopig

Karlsruhe
(federführend)

Elmar Mertens

Aachen
(Stellvertreter EBM)

Prof. Dr. med. Alexander Schleppers

Nürnberg
(Stellvertreter GOÄ)

Uwe Fleischmann

Kronach

Jörg Karst

Berlin

Prof. Dr. med. Franz Kehl

Karlsruhe

Prof. Dr. med. Jürgen Peters

Essen

Prof. Dr. med. Dr. h.c. Norbert Roewer

Würzburg

Dr. med. Ulrich Zaune

Düsseldorf