

Die Anästhesie in der neuen GOÄ – Sachstand und Forderung des BDA

J. Karst · A. Schleppers · M. Stolaczyk · F. Vescia

BDAktuell

Aus der Gebührenkommission

Rechtsstellung der Gebührenordnung und Sachstand bis 2016

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist gemäß § 11 der Bundesärzteordnung eine Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmungspflicht des Bundesrates. Das bedeutet, weder die Bundesärztekammer (BÄK), noch andere ärztliche Institutionen können eine Neufassung der GOÄ beschließen; sie muss von der Bundesregierung verordnet werden. Die derzeit gültige GOÄ wurde größtenteils 1982 verordnet; 1996 wurden einige Leistungen reformiert und der Punktwert angehoben. Im Jahr 2020 wurde lediglich die Leichenschau reformiert. Gebühren und Leistungsbeschreibungen der aktuellen GOÄ sind also vollkommen veraltet. Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesregierungen seit 1996 in zahlreichen Beschlüssen aufgefordert, eine Novellierung der GOÄ in Angriff zu nehmen und gemeinsam mit der Ärzteschaft zu erarbeiten. Nachdem diese Appelle „ungehört“ blieben, hatte die Bundesärztekammer in den „00er“ Jahren ein eigenes Modell erarbeitet. Laut BÄK wurde in der Folge von verschiedenen Bundesministern eine Einigung mit dem Verband der privaten Krankenversicherern (PKV) und den Beihilfestellen auf einen gemeinsamen Vorschlag zur Voraussetzung für eine Novellierung gemacht. Seit den 2010er Jahren unternahm dann die BÄK in verschiedenen Anläufen den Versuch, einen gemeinsamen Vorschlag mit dem

PKV-Verband zu erarbeiten. Ärztliche Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften hatten zwar Vorschläge eingebracht, waren jedoch in den detaillierten Verlauf der Verhandlungen mit dem PKV-Verband nicht eingebunden. Der Unmut über mangelnde Informationen und ungenügende Einbindung von Fachvertretern führte sogar zur Einberufung eines außerordentlichen Deutschen Ärztetages im Januar 2016. Dieser Ärztetag beauftragte dann die BÄK unter der Verhandlungsführung des damaligen Präsidenten Prof. Frank-Ulrich Montgomery, die Verhandlungen mit dem PKV-Verband abzuschließen.

Neustart des Projektes ab 2016 mit Verbänden und Fachgesellschaften

Nachdem bis März 2016 eine solche Einigung mit der PKV, insbesondere zu den Gebührenwerten, nicht erzielt werden konnte, beschloss der Vorstand der Bundesärztekammer einen „Neustart“ des Projektes. Ab Mai 2016 wurden 133 ärztliche Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften intensiver als bisher in die Erstellung und Abstimmung einer neuen GOÄ mit der PKV einbezogen [1]. Das im Entwurf erstellte Leistungsverzeichnis wurde zunächst mit allen ärztlichen Berufsverbänden nochmals diskutiert und nachfolgend mit der PKV unter Berücksichtigung von über 2.600 Änderungs-

vorschlägen der Fachvertreter konsentiert. Darauf aufbauend wurde mit den Verbänden und Fachgesellschaften eine betriebswirtschaftliche Bewertung der Leistungen erstellt. Der BDA war hierbei federführend für die Bereiche Anästhesie und Intensivmedizin eingebunden. Insofern wurde unserer Forderung vom Januar 2016 nach Beteiligung entsprochen [2].

In zahlreichen Sitzungen konnten die Vorschläge des BDA zu den Inhalten und Abrechnungsbestimmungen gegenüber der PKV eingebracht werden. Der Natur der Sache folgend mussten an der einen oder anderen Stelle Kompromisse eingegangen werden; der Großteil der Vorschläge konnte jedoch umgesetzt werden. Das Kapitel D der neuen GOÄ „Anästhesieleistungen, Palliativ. Schmerztherapie“ umfasst nunmehr 77 Gebührenpositionen gegliedert in 41 Hauptleistungen und 36 Zuschläge (Tab. 1). Die umfangreiche Berücksichtigung von Zuschlägen war notwendig geworden, da die neue GOÄ keine Steigerungssätze mehr beinhalten sollte. Seitens der PKV war die Abschaffung der Steigerungsmöglichkeit zur *conditio sine qua non* für weitere Gespräche gemacht worden. Um bestimmte Erschwernisse oder technische Ausführungen auch weiterhin berechnen zu können, war die Forderung nach Zuschlägen daraufhin einhellig von fast allen Fachvertretern gestellt worden.

Tabelle 1

Übersicht Anzahl Gebührenpositionen aktuelle versus neue GOÄ [1].

Kapitel	Bezeichnung	GOÄ aktuell	GOÄ neu	Differenz	Hauptleistungen	Zuschläge	Anteil Zuschläge
B	Grundleistungen, Allgemeinmedizin	64	103	39	80	23	22 %
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	177	397	220	240	157	40 %
D	Anästhesieleistungen, Palliativ. Schmerzth.	35	77	42	41	36	47 %
E	Physikalisch medizinische Leistungen	43	84	41	78	6	7 %
F	Innere Medizin, sonst. nicht-oper. Leistungen	144	407	263	223	184	45 %
G	Neurologische, Psychiatrie, Psychotherapie	45	128	83	113	15	12 %
H	Gynäkologie und Geburtshilfe	107	101	-6	85	16	16 %
I	Leistungen zur konservativen Augenheilkunde	162	72	-90	67	5	7 %
J	Leistungen zur konservativen HNO	153	118	-35	83	35	30 %
K	Leistungen zur konservativen Urologie	145	24	-121	18	6	25 %
L	Chirurgie	677	2.532	1.855	1.702	830	33 %
M	Ärztliche Laboratoriumsleistungen	926	1.151	225	1.151	0	0 %
N	Zell- und gewebebasierte Leistungen	15	45	30	39	6	13 %
O	Strahlendiagn., MRT, Nuklearmed., Strahlenth.	214	310	96	238	72	23 %
P	Sektionsleistungen	9	4	-5	4	0	0 %
R	Rehabilitationsmedizinische Leistungen	0	3	3	3	0	0 %
S	Sonstige Leistungen (Komplementär)	0	39	39	37	2	5 %
	Gesamt	2.916	5.595	2.679	4.202	1.393	25 %

Grundlagen zu Leistungsinhalten und Preisfindung in der neuen GOÄ

BÄK und PKV-Verband hatten sich in den Abstimmungen darauf geeinigt, regelhaft im Zusammenhang erbrachte Leistungen, sofern fachlich geboten, in Leistungskomplexen zusammenzufassen. Nicht regelhaft erbrachte Leistungen sollten weiterhin als Einzelleistungen berechnungsfähig sein, technische Besonderheiten oder Erschwernisse sollten zusätzlich in Zuschlägen zu den Hauptleistungen abgebildet werden. Einerseits sollte so das Abrechnungsverfahren vereinfacht, andererseits eine betriebswirtschaftliche Bewertung ermöglicht werden. Als Bewertungsmethode wählte die BÄK die sogenannte Kostenträgerzeitrechnung, die die Einzelkomponenten Arztleistung, pflegerische Leistung, technische Leistung und Gemeinkosten beinhaltet. Diese vier Leistungskomponenten basieren jeweils auf Minutenwerten („Kostensätzen“), die

multipliziert mit der jeweiligen Leistungszeit die Bewertung der Komponente ergeben. Die so berechneten Bewertungen der Komponenten ergeben in der Summe die Gebühr der Gesamtleistung. Von der Bundesärztekammer wurde hierbei ein Arztlohn von 1,80 € je Minute zu Grunde gelegt (zusätzlich geringere Kostensätze für die erste und zweite ärztliche Assistenz). Darüber hinaus wurden sieben Personalkategorien, mit unterschiedlichen Kostensätzen, sowie Kostensätze für über 800 Geräte vorgegeben [1].

Im Jahr 2018 konnte das gesamte Leistungsverzeichnis ohne Bepreisung zwischen BÄK, den Fachvertretern der ärztlichen Verbände und Fachgesellschaften und dem PKV-Verband konsentiert werden. Zwischen der BÄK und den ärztlichen Fachvertretern wurden auf Grundlage dieses Leistungsverzeichnisses der jeweilige Zeit- und Personalaufwand zur Berechnung der Gebührenwerte festgelegt.

Im Ergebnis resultierte im Jahr 2019 ein von der BÄK als „ärztzeigene GOÄ“ bezeichneter Entwurf.

Der Entwurf einer neuen GOÄ am Beispiel der Allgemeinanästhesie

Neben Leistungen für den anästhesiologischen Stand-by, für die Analgosedierung und für die verschiedenen Regionalanästhesieverfahren steht mit der neuen Nr. 1704 (vorläufige Nummerierung im BÄK-Entwurf) eine Leistung für die Allgemeinanästhesie zur Verfügung. Die fiberoptische und die seitengetrennte Intubation sind wie das BIS-Monitoring, die kontrollierte Blutdrucksenkung und die Wärmetherapie in separaten Zuschlägen zur Nr. 1704 abgebildet. Neben diesen Zuschlägen sind Zuschläge für die ambulante Erbringung und für Kinder bis zu 8 Jahren oder für Patienten mit mangelnder Mitwirkungsfähigkeit (aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung) vorgesehen.

Die Nr. 1704 ist für die ersten 30 Minuten der Anästhesiepräsenzzeit der Allgemeinanästhesie berechnungsfähig, die Nr. 1705 stellt die „Verlängerungsziffer“ als Zuschlag für weitere vollendete 30 Minuten, die Nummer Nr. 1706 die „Abschlussziffer“ für weitere angefangene 30 Minuten dar (Abb. 1).

Die Nr. 1704 beschreibt die Allgemeinanästhesie unter Verwendung einer Larynxmaske oder mit endotrachealer Intubation, mit Masken- oder Jetventilation. Die medikamentöse Prämedikation ist obligatorisch ebenso umfasst wie die Anlage eines oder mehrerer venöser Zugänge (inklusive ggf. durchgeführter Lokalanästhesien vor der Venenpunktion), die somit nicht mehr gesondert berechnungsfähig sind.

Das Standardmonitoring (Pulsoxymetrie, EKG-Monitoring, nicht-invasive RR-Messungen, Temperatur- und Cuffdruckmessungen, Kapnometrie und Gasmessungen) ist im Leistungskomplex vollständig umfasst. Die Relaxometrie, die Anlage einer Magensonde oder eines Harnblasenkatheters sind ebenfalls Bestandteil

des Leistungskomplexes und nicht wie bisher gesondert berechnungsfähig. Von der PKV war initial gefordert worden, die gesamte Infusionstherapie, unabhängig von der Anzahl der verabreichten Infusionen, im Leistungskomplex zu umfassen und somit nicht mehr berechnungsfähig zu stellen. In den Abstimmungen hierzu konnte durch die Intervention des BDA erreicht werden, dass „nur“ die ersten beiden Infusionen im Komplex abgebildet sind, die Infusionstherapie ab der dritten Infusion ist zukünftig über einen Zuschlag gesondert berechnungsfähig (nicht in der Abbildung aufgeführt). Ebenfalls gefolgt sind BÄK und PKV-Verband der Forderung des BDA, EEG- und/oder Bispectral Index (BIS)-Messungen zumindest bei erwartbarer cerebraler Ischämie in einem Zuschlag berechnungsfähig zu stellen (Nr. 1710, Abb. 2), die routinemäßige Überwachung der Narkosetiefe ist im Leistungskomplex als Teilleistung beschrieben.

Betriebswirtschaftliche Bewertung im Sinne einer Mischkalkulation

Nach der Konsentierung der Leistungsinhalte und Zuschläge standen die Beteiligten vor der Herausforderung, eine korrekte Kalkulation der Leistungen durchzuführen. Der BDA wurde um Angaben zur notwendigen ärztlichen und pflegerischen Leistungskomponente gebeten. Hierbei war zu berücksichtigen, dass das gesamte anästhesiologische (ASA I bis VI) und operative Spektrum, sowohl ambulant als auch stationär, kalkulatorisch umfasst werden musste. Die Reduzierung der Gebühr auf einen €-Wert ohne Möglichkeit der Steigerung bei Erschwernissen, beispielsweise für Patienten mit anästhesiologisch relevanten Vorerkrankungen, machte Annahmen notwendig, um die Gebühr korrekt herzuleiten. Zwar konnten wie oben beschrieben einige Erschwernisse in Zuschlägen abgebildet werden, die unterschiedlichen Herausforderungen seitens der Patienten mussten jedoch bei der Kalkulation der

Abbildung 1

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1704	Allgemeinanästhesie mit Larynxmaske oder endotrachealer Intubation, Maske oder Jet, einschließlich medikamentöser Prämedikation und Legen eines oder mehrerer peripher venöser Zugänge, ggf. einschließlich <ul style="list-style-type: none"> • Lokalanästhesie für die Anlage • Anlegen von bis zu zwei Infusionen • Cuffdruckmessung • kontinuierlicher Pulsoxymetrie • intermittierender nicht-invasiver Blutdruckmessung • kontinuierlichem EKG-Monitoring und Herzfrequenzmessung • Temperaturmessungen • Überwachung der Atemfrequenz und des Atemvolumens sowie der Compliance • kontinuierlicher Kapnometrie und Narkosegasmessung (auch Sauerstoff) • inspiratorisch und expiratorisch • routinemäßiger Messung/Überprüfung der Narkosetiefe • Legen einer Magensonde • Legen eines Blasenkatheters • Relaxometrie, Dauer bis zu 30 Minuten	143,05 €
1705	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1704, je weitere vollendete 30 Minuten	103,33 €
1706	Zuschlag für die Fortführung der Leistung nach Nummer 1704, je weitere angefangene 30 Minuten <i>Der Zuschlag nach Nummer 1706 ist nur als Abschlussleistung berechnungsfähig.</i>	53,01 €

Leistungslegende Allgemeinanästhesie in der neuen GOÄ.

Abbildung 2

Nummer	Titel / Zusatz / Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1708	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die fiberoptische Intubation <i>Der Zuschlag nach Nummer 1708 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1709 nicht berechnungsfähig.</i>	53,73 €
1709	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die seitengetrennte Intubation, einschließlich fiberoptische Kontrolle	59,11 €
1710	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für EEG- und/oder Bispectral Index (BIS)-Messungen und/oder nahinfrarotspektroskopische (NIRS)-Messungen der regionalen zerebralen Sauerstoffsättigung bei nachweislich zu erwartender oder operativ- bzw. lagerungsbedingt auftretender zerebraler Ischämie (z. B. Karotis-Thrombendarterektomie, risikobehaftete Kopflagerungen, extrakorporale Zirkulation) und/oder bei Kombination von Allgemein- und rückenmarksnaher Anästhesie	42,52 €
1711	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für die kontrollierte Blutdrucksenkung auf Anforderung des Operateurs <i>Der Zuschlag nach Nummer 1711 ist für die Senkung eines kurzzeitig erhöhten Blutdrucks sowie neben der Überwachung einer Herz-Lungenmaschine nicht berechnungsfähig.</i>	24,85 €
1712	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für kontrollierte Wärmetherapie (Zwei-Höhlen-Eingriff, OP-Dauer über 120 Minuten, dokumentierte Hypothermie (<35 Grad))	72,36 €
1713	Zuschlag zu der Leistung nach Nummer 1704 für kontrollierte Wärmetherapie (Zwei-Höhlen-Eingriff, OP-Dauer über 120 Minuten, dokumentierte Hypothermie (<35 Grad)) bei einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr <i>Der Zuschlag nach Nummer 1713 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1712, 1745, 1746 oder 1747 nicht berechnungsfähig.</i>	84,67 €
1747*	Zuschlag zu den Leistungen des Abschnitts D I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 71,76 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung <i>Maßgeblich für den Ansatz eines Zuschlags nach Nummer 1745, 1746 oder 1747 ist die erbrachte Hauptleistung mit dem höchsten nicht unterschreitbaren Gebührensatz des Abschnitts. Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist einmalig je Sitzung berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist neben dem Zuschlag nach Nummer 1745 oder 1746 nicht berechnungsfähig. Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist nur berechnungsfähig, sofern die Leistungslegende der Hauptleistung inklusive ihrer Teilleistungen keinen Alters- oder Kindbezug aufweist. Der Zuschlag nach Nummer 1747 ist nicht neben einem Zuschlag mit besonderem Leistungsinhalt berechnungsfähig, der eine Altersangabe enthält. Die zugrundeliegende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.</i>	57,71 €

Auszug berechnungsfähiger (Erschweris-)Zuschläge zur Allgemeinanästhesie in der neuen GOÄ.

* dargestellt ist nur der Kinderzuschlag zur Allgemeinanästhesie, im Gebührenverzeichnis existieren darüber hinaus noch 2 Kinderzuschläge für geringer bewertete Verfahren (Nrn. 1745 und 1746).

Hauptleistung berücksichtigt werden. Im Ergebnis folgte die BÄK den Eingaben des BDA. Grundlegend war hierbei die Annahme, dass ca. 10 % der Anästhesien bei Ein- und Ausleitung (Nrn. 1704 und 1706) einen weiteren Anästhesisten und/oder Anästhesiepflegekraft notwendig machen. Darüber hinaus mussten die Kosten für die Technik (Anästhesiearbeitsplatz, inkl. Monitoring etc.) ebenso abgebildet werden wie Energie und Raumkosten.

Die betriebswirtschaftlichen Daten hierfür wurden einem Datenpool und einem Betriebsmodell entnommen, welches der BÄK von einem externen Dienstleister (Fa. Prime Networks) zur Verfügung gestellt und durch Eingaben der Fachexperten ergänzt wurde [1].

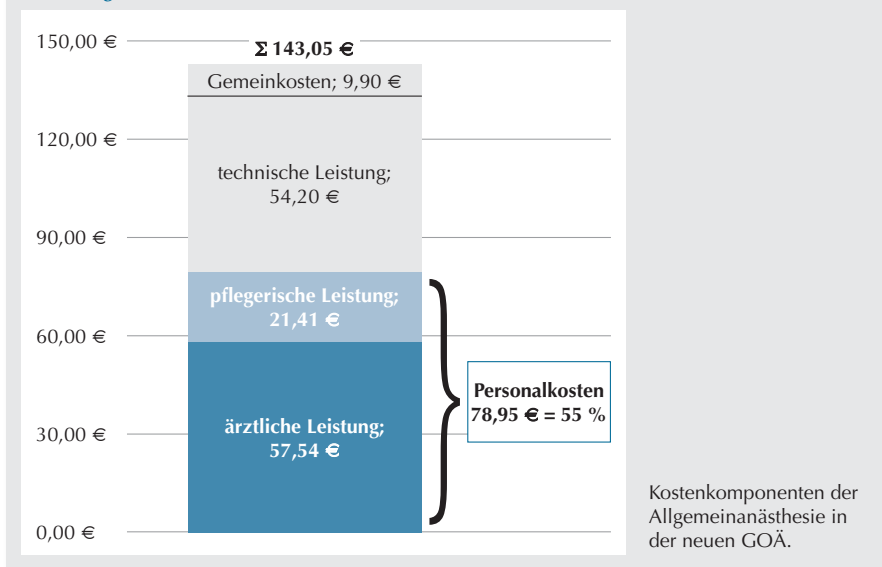
Im Ergebnis resultiert für die ersten 30 Minuten Allgemeinanästhesie eine Bewertung von 143,05 €, für die Fortführung je vollendeter 30 Minuten von 103,33 € und als Abschlussleistung (Ausleitung) für angefangene 30 Minuten von 53,01 € (Abb. 1).

55 % der so berechneten Gebühr entfallen auf die Arzt- und Pflegekosten, der Rest stellt die Kosten für die Technik, Energie- und Raumkosten dar (Abb. 3). Der PKV-Verband hatte der BÄK im Jahr 2015 eine Preissteigerung durch Einführung der neuen GOÄ von 5,8 % (+/- 0,6 %) angeboten. Diese Steigerung sollte die Ausgabenentwicklung der PKV und Beihilfe nach Einführung der neuen GOÄ über alle Leistungen darstellen, und zwar als reiner „Preiseffekt“ unabhängig

von morbiditätsbedingten Steigerungen, Inanspruchnahmeverhalten, Zahl der Versicherten etc. Um diesen „Korridor“ zu erreichen hatte die BÄK vorgeschlagen, die initial berechneten Gebührenwerte durch die Anhebung der Produktivität der Kostenkomponente Pflege zu senken. Initial war eine Produktivität von 80 % angenommen worden (also 20 % Ausfallzeit oder Nebentätigkeiten). Durch Anhebung der Produktivität auf 90 % wäre beispielsweise der Gebührenwert für die Allgemeinanästhesie für die ersten 30 Minuten von 143,05 € auf ca. 137 € gesunken.

Ein Eingriff in die mischkalkulatorischen Annahmen führt nach Ansicht des BDA jedoch unweigerlich zur Unterdeckung der Personalkosten mit der Gefahr des

Abbildung 3



Qualitätsverlustes bei Einsatz minder qualifizierten oder weniger Personals. Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Inflation mit einhergehenden Preissteigerungen ist der auf Daten von 2017 basierende Kostenanteil technischer Leistungen ebenfalls als tendenziell nicht mehr kostendeckend anzusehen. Aus Sicht des BDA ist jede Reduzierung der Bewertungen somit als fachlich und kalkulatorisch nicht belegbar abzulehnen.

Honorarveränderung zwischen aktueller und neuer GOÄ

Bereits in den Sitzungen zur Kalkulation der Leistungen wurden die Fachexperten gebeten, Angaben zur sogenannten Transkodierung der aktuellen GOÄ zu den neuen Leistungen zu machen. Hintergrund war, dass die BÄK ein Hochrechnungsmodell zur Ausgabenentwicklung der PKV und Beihilfe durch Einführung der neuen GOÄ, erstellen wollte. Der BDA machte in diesem Zusammenhang zum Beispiel Angaben zur Häufigkeit der aktuell abgerechneten Einzelleistungen (Pulsoxymetrie, EKG, Relaxometrie etc.) neben der Nr. 462 als korrespondierende Leistung zur neuen Nr. 1704. Das auf den Angaben der Fachexperten erstellte Hochrechnungsmodell wurde laut BÄK mit dem PKV-Verband im Jahr 2021 konsentiert.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen wurde Bundesgesundheitsminister Prof. Lauterbach das Leistungsverzeichnis der neuen GOÄ übergeben, jedoch ohne Preise. Bundesärztekammerpräsident Dr. Klaus Reinhardt kündigte an, dass man mit der PKV vereinbart habe, einen „Pretest“ durchzuführen, also die parallele Abrechnung von aktueller und geplanter neuer GOÄ, um die finanziellen Auswirkungen abschätzen zu können. In der anschließenden Sitzung des Ärztetags wurde jedoch der Beschluss gefasst, dass die BÄK auch die ärztlicherseits kalkulierten Preise an das BMG übermitteln sollte, sofern bis Ende 2022 keine anschließende Einigung mit dem PKV-Verband erzielt wurde [3]. Nach dem Ärztetag unterrichtete Dr. Reinhardt die Fachvertreter der Verbände und Fachgesellschaften, dass die PKV ihre Zustimmung zum Hochrechnungsmodell der BÄK zurückgezogen hatte und auf einem „Pretest“ bestehe. Dieser sollte bis Dezember 2022 abgeschlossen sein und auf 1.500 realen Rechnungen beruhen.

Nach Ansicht des BDA kann nicht davon ausgegangen werden, aufgrund von lediglich 1.500 Rechnungen repräsentative Aussagen über die finanziellen Änderungen der gesamten GOÄ herzuleiten. Um für etwaige Abwertungsforderungen seitens der PKV ge-

rüstet zu sein, unternahm der BDA eigene Hochrechnungen für den Leistungsbereich Allgemeinanästhesie auf Grund von Rechnungsdaten des PVS-Verbandes. In diese Hochrechnung flossen über 106.000 privatärztliche Rechnungen aus dem Jahr 2019 ein. Ein Ergebnis dieser Hochrechnung war, dass ca. 39 % der privatärztlich (ambulant und stationär) abgerechneten Allgemeinanästhesien eine Dauer von unter 60 Minuten haben. Darüber hinaus konnte anhand der Auswertung eindrucksvoll belegt werden, dass die Annahmen des BDA im Rahmen der Hochrechnungen korrekt waren und dass die von der PKV angegeben exorbitanten Honorarsteigerungen, mit denen der BDA wiederholt konfrontiert wurde, im Bereich Anästhesie haltlos sind. Das Ergebnis der Hochrechnung ist exemplarisch für die ersten 60 Minuten Narkosedauer in Abbildung 4 dargestellt.

BDA lehnt weiteren Pretest ab und fordert Übergabe der neuen GOÄ ans BMG

Seitens der PKV wurden in den nunmehr jahrelangen Abstimmungen wiederholt nicht zulässige Berechnungen zur angeblichen Honorarsteigerung der anästhesiologischen Leistungen durchgeführt, die vom BDA allesamt widerlegt wurden. Hierbei zeigte sich, dass insbesondere die nicht mehr berechnungsfähigen und im Komplex umfassten Einzelleistungen der Überwachung und Infusionstherapie regelmäßig von der PKV „unterschätzt“ wurden. Mit der oben dargestellten, auf realen Rechnungsdaten basierenden Berechnung hat der BDA nunmehr final nachgewiesen, dass die Bewertungen der neuen GOÄ – zumindest im Bereich Anästhesie – nicht zu überdurchschnittlichen Honorarsteigerungen führen. Der BDA sah sich Anfang Dezember 2022 veranlasst, die BÄK zum Abschluss der offensichtlich zum Scheitern verurteilten Gespräche mit dem PKV-Verband aufzurufen und die Übergabe der ärztlicherseits kalkulierten neuen GOÄ an das BMG bzw. die Bundesregierung zu fordern.

Mit Schreiben vom 2. Januar teilte die BÄK den eingebundenen ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften mit, dass nunmehr die ärztlicherseits kalkulierten Gebührenwerte an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt wurden. Mit der Übermittlung wurde seitens der BÄK gegenüber dem Minis-

terium die Forderung verbunden das Novellierungsverfahren einzuleiten, um weitere Verzögerungen zu vermeiden. Gleichzeitig wurde jedoch betont, dass der o. g. – vom BDA abgelehnte – „Pretest“ weiterhin parallel durchgeführt werde.

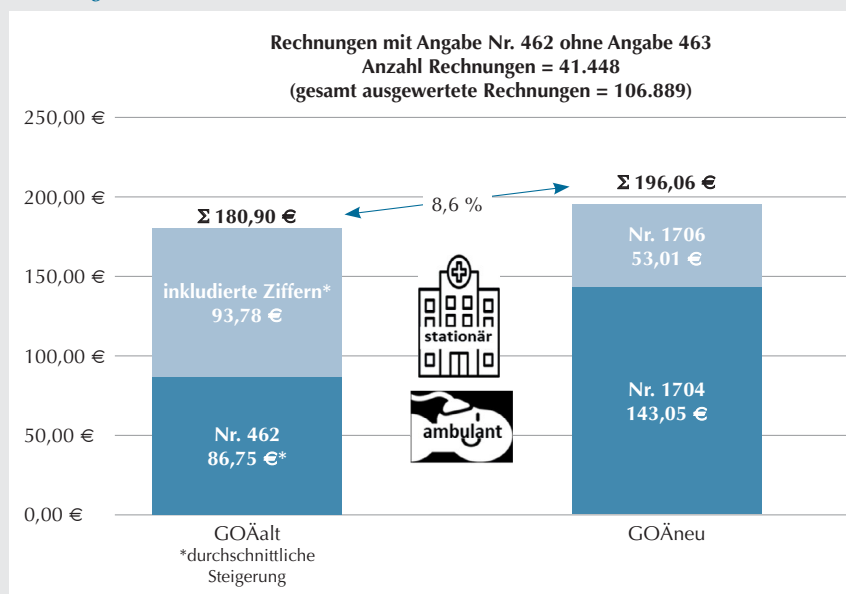
Der BDA bittet seine Mitglieder, sich auch auf regionaler Ebene gegenüber

den Verantwortlichen auf politischer Ebene und in ihrem Kammerbereich für die Novellierung der GOÄ mit den dargestellten betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenwerten einzusetzen.

Literatur

1. Reinhardt K, Stolaczyk M: Sachstand der GOÄ-Novelle. Urologe 2020;59:926–930
2. BDAktuell – GOÄ Aktuell: Update GOÄ-Novellierung. Anästh Intensivmed 2016;57:37–34
3. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerztetag/126.DAET/2022-06-17_Beschlussprotokoll.pdf; Seite 203.

Abbildung 4



Gegenüberstellung der aktuellen und neuen GOÄ auf Grundlage von Rechnungsdaten aus 2019. Allgemeinanästhesien bis zu 60 Minuten.

Korrespondenz- adresse



Dr. med.
Markus Stolaczyk

Leiter Referat Gesundheitspolitik
Leiter der Gebührenkommission
des BDA
Berufsverband Deutscher Anästhesis-
tinnen und Anästhesisten e. V.
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin, Deutschland
Tel.: 0911 9337824
E-Mail: mstolaczyk@bda-ev.de