



GOÄneu

Stellungnahme der Ärztekammer Berlin

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin

Vorbemerkung

Die Notwendigkeit einer Überarbeitung oder einer völlig neuen GOÄ wird von niemandem bestritten. Die derzeit immer noch geltende GOÄ ist über 30 Jahre alt. Sie beruht auf Daten und einem Leistungsgeschehen im damaligen Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, das 40 Jahre zurück liegt.

Es soll hier nicht Stellung bezogen werden zur Legendierung von Leistungsziffern der einzelnen Fachgebiete und deren Verhältnis zueinander. Auch soll nicht Stellung bezogen werden zu den fachgebietsübergreifenden oder fachgebietsunabhängigen Leistungsziffern. Es soll vielmehr auf den fundamentalen Paradigmenwechsel eingegangen werden, der mit den Änderungen der Verordnungsermächtigung in der Bundesärztleordnung und den damit verbundenen Änderungen im Paragraphenteil der GOÄneu einhergeht. Es geht hierbei nicht nur um neue Gebührentatbestände und Gebührensätze, sondern es geht auch um neue Berufsrechtsregeln, die steuernd in Leistungserbringung, Umfang und Dokumentation ärztlicher Tätigkeit eingreifen. 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 Bundesärztleordnung erarbeitet. Diese Regelungen sehen die Schaffung einer gemeinsamen Kommission vor, 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 Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ (GeKo) erstellt. Der damit einhergehende Paradigmenwechsel ist von der Bundesärztekammer mitkonzipiert und bereits dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden. Das Inkrafttreten der Regelungen ist zum 1. Oktober 2016 geplant.

Die neue Gebührenordnung als Ausfluss einer geänderten Bundesärzteordnung

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 Gemeinsamen Kommission nach Paragraph 11a 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 Auftrag 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 benannten 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.

Sozialrechtliche Strukturen im Privatrecht

Welche Sachverhalte werden also künftig durch Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission geregelt und gesteuert? 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 und zur Entwicklung von Vorschlägen zu deren Anpassung und Klarstellung von Begriffen mittels eines Glossars mögen die nichtärztlichen 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.

Beschluss des 117. Deutschen Ärztetages nicht umgesetzt

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 Beihilfeträger 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.

Kosten des Verfahrens ungeklärt

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 Krankversicherungsbereich 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. Bemerkenswert ist zudem der Umstand, dass der Vorentwurf der Regelung, den der Vorstand der Bundesärztekammer in seiner Sitzung am 13./14.03.2013 beraten hat, eine ganz andere Regelung zur Finanzierung vorsah. Vorgesehen war ein sog. „GOÄ-Systemzuschlag“, d. h. die Kosten für das aufwändige Verfahren sollten nach damaliger Fassung die Patienten tragen. Diese Regelung ist aufgegeben worden zugunsten der alleinigen Finanzierung durch Bundesärztekammer und Versicherungswirtschaft. Nun enthält eigentlich jeder ernstzunehmende Gesetzentwurf eine genaue Darstellung der mit diesem verbundenen Kosten. Eine solche Darstellung sucht man in der Begründung des Entwurfs jedoch vergebens. Eine Entscheidung über den Entwurf verbietet sich allerdings, solange dessen finanzielle Folgen nicht transparent gemacht worden sind. 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 gewähren 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 konsentiertere GOÄneu auf der Basis einer entsprechenden geänderten Bundesärzteordnung wird der Ärzteschaft deutlich höhere Ärztekammerbeiträge bringen und auf längere Sicht gleichzeitig geringere Honorare.

Berlin, 6. November 2015