

## GOÄ: Verhandlungsführer Dr. Reinhardt antwortet auf Fragen der Ärztekammer Berlin

**Die Ärztekammer Berlin hat dem Verhandlungsführer der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, einen Fragenkatalog zum Sachstand der GOÄ-Novelle geschickt. Nachfolgend können Sie seine vollständigen Antworten und die dazugehörigen Kommentierungen der Ärztekammer Berlin lesen.**

### **Legende:**

Schwarze Schrift: Text von Dr. Reinhardt im Original

Grüne Schrift: Fragen mit zugehörigen Erläuterungen der Ärztekammer Berlin

Blaue Schrift: Anmerkungen der Ärztekammer Berlin zu den Antworten von Dr. Reinhardt

### **Vorbemerkungen:**

Die GOÄ hat 1988 einige kleinere Änderungen erfahren und schließlich 1996 noch eine (marginale) Anpassung des Punktwertes. Mit einem Satz: sie ist hoffnungslos veraltet – sowohl was die Leistungslegenden wie auch die Preise angeht. Deswegen fordern Deutsche Ärztetage seit 1999 immer wieder den Ordnungsgeber auf, die GOÄ zu erneuern. Die BÄK schlug in den späten 90er Jahren dem BMG sogar eine Vertragslösung vor – die PKV und die BÄK sollten einen Vertrag schließen, der dann automatisch Gültigkeit erlangte. Dies wurde von der Politik abgelehnt. 2002 hat die BÄK dann den Vorschlag einer Verhandlungslösung gemacht: PKV und BÄK sollten eine GOÄ konzipieren und dem BMG zur Verabschiedung vorlegen. Wieder erfolgte die Ablehnung durch ein von Ulla Schmidt geführtes BMG. 2006 – unter der Führung von Professor Jörg-Dietrich Hoppe – begann die BÄK dann mit dem „GOÄ-Projekt“. Ziel war es, selber eine komplette GOÄ auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kalkulationen zu erstellen und dem Ministerium zur Inkraftsetzung zu übergeben. Vorbild war der Schweizer Gebührenkatalog „tarmed“ – folgerichtig arbeiteten wir mit der Firma „pnw“ zusammen, die auch für den tarmed verantwortlich gewesen war.

Im Jahre 2010 waren erste systematische Elemente einer neuen GOÄ fertiggestellt. Leider aber hatten unsere Kontrahenten – die PKV – die Zeit ebenfalls genutzt. Sie legten dem BMG eine auf Basis des EBM und seines Kölner Kommentars entwickelte GOÄ vor, die – naturgemäß – wesentlich schlechtere Vergütungen für die Ärzte vorsah. Der damalige Gesundheitsminister Rösler forderte die Parteien auf, sich zu einigen. Diese Grundposition wurde im weiteren Verlauf dann von den nachfolgenden Ministern Bahr und Gröhe bestätigt. Die vordringlichste Aufgabe des neuen Präsidenten der Bundesärztekammer war es, eine Plattform für Verhandlungen mit dem PKV Verband (und später auch der Beihilfe) zu schaffen. Vor diesem Hintergrund wurde die GOÄ-Novelle zur Chefsache erklärt! Die Grundlagenvereinbarung gelang nach zähen Verhandlungen mit dem Vorsitzenden des PKV-Verbandes Anfang 2012. Seitdem verhandeln Unterhändler des PKV-Verbandes und der Beihilfeträger mit der Spitze des GOÄ-Ausschusses der Bundesärztekammer.

### **Zu den Fragen:**

#### **1. Zu den „Empfehlungen“ der Gemeinsamen Kommission (GEKO)**

Der 119. DÄT hat beschlossen, dass die GEKO ausschließlich Empfehlungen aussprechen und keine Entscheidungen treffen darf (Beschluss I-05).

Nun heißt es in §§ 1 Absatz 2 und 6 Absatz 2 GOÄneu jedoch weiterhin: „Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.“ Dies betrifft u. a. den Ansatz

einer Analogziffer. Nach § 5 Absatz 2 GOÄneu ist zudem die Steigerung des Gebührensatzes entgegen den Empfehlungen der GEKO ausgeschlossen.

### **Frage Ärztekammer Berlin: Kann man angesichts solcher Regelungen noch von Empfehlungen sprechen?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Die Adressaten für die Aufgaben der GeKo sind einerseits das BMG und andererseits die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte. Für Ärztinnen und Ärzte bedeutet dies, dass sie von den Empfehlungen der GeKo abweichen können und im Streitfall selbstverständlich den Rechtsweg beschreiten können. Dies gilt vice versa auch für den Patienten bzw. die Versicherer. Durch die Konstruktion der GeKo hat sich der Verordnungsgeber dazu bekannt, sich mit zwischen der Bundesärztekammer, dem PKV-Verband und der Beihilfe konsentierten Empfehlungen auseinanderzusetzen. Darüber hinaus sind die Empfehlungen der GeKo rechtsprägend, nicht rechtsverbindlich.

§ 5 Abs. 2 GOÄneu-E wurde gestrichen.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Die Verordnung (GOÄneu) schreibt die Beachtung der Entscheidungen einer Kommission (GEKO) für den abrechnenden Arzt zwingend vor (§§ 1 Abs. 2, 6 Abs. 2 GOÄneu). Der Arzt hat gegen die Entscheidungen der GEKO keine Rechtsmittel. Hält er sich bei seiner Abrechnung nicht an die Vorgaben der GEKO, handelt er rechtswidrig und macht sich ggf. sogar strafbar (Abrechnungsbetrug). Dass einem Arzt im Falle einer strafrechtlichen oder zivilrechtlichen Verurteilung der Rechtsweg offen steht, ändert nichts an der Rechtsverbindlichkeit der Vorgabe der GEKO. Der Begriff „rechtsprägend“ ist an dieser Stelle irreführend und fehl am Platz.

## **2. Zu Analogbewertungen**

Der 119. DÄT hat beschlossen, dass die Bildung von Analogziffern „genauso“ wie in der aktuellen GOÄ zu erhalten ist (Beschluss I-17).

Heute darf der bei der BÄK bestehende gemeinsame Konsultationsausschuss lediglich Empfehlungen zur analogen Anwendung der GOÄ und diese nur gegenüber dem betreffenden Arzt, der zuständigen Landesärztekammer oder der Bundesärztekammer abgeben. Die Empfehlungen des gemeinsamen Konsultationsausschusses sind, wie es der Name schon sagt, für den abrechnenden Arzt nicht verbindlich.

Nach § 11a Absatz 2 Buchstabe d des vorliegenden Entwurfs der BÄO soll jedoch die GEKO Empfehlungen zur analogen Anwendung der Gebührenordnung abgeben, die gemäß § 6 Absatz 2 GOÄneu für den abrechnenden Arzt verbindlich sind. Einigen sich zudem die Mitglieder der GEKO nicht auf eine Empfehlung zur analogen Bewertung einer bestimmten Leistung, dann soll gemäß § 11a Absatz 3 BÄO-Entwurf das Bundesgesundheitsministerium über die Möglichkeit der Analogbewertung entscheiden.

### **Frage Ärztekammer Berlin: Wie soll diese neue Systematik mit dem oben genannten Beschluss des 119. DÄT vereinbar sein?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Die Empfehlungen der gemeinsamen Kommission sind wie Beschlüsse des Konsultationsausschusses rechtsprägend, nicht rechtsverbindlich. Dies gilt für alle Empfehlungen und Bereiche, die in der Gemeinsamen Kommission erörtert werden. Ärzte können weiterhin selbstständig für Leistungen, die nicht im Leistungsverzeichnis enthalten sind, Gebührensatz analog abrechnen, soweit die Leistung erst nach dem 01.01.2016 entwickelt wurde, oder die als Verlangensleistungen erbracht werden.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Die Verwendung des Ausdrucks „sind zu beachten“ lässt unzweifelhaft keine Spielräume für den Rechtsanwender. Der große Unterschied zwischen

der aktuellen Rechtslage und der geplanten Rechtslage bei den Analogbewertungen liegt darin, dass der Arzt heute selber Analogbewertungen finden und anwenden darf. Die Empfehlungen des heutigen sog. Gemeinsamen Konsultationsausschusses sind nicht verbindlich. Die GOÄneu sieht demgegenüber eine zwingende Beachtung der sog. Empfehlungen der GEKO vor. Ein riesen Unterschied. Die Pflicht zur Beachtung der Empfehlungen der GEKO bei den Analogbewertungen führt zudem dazu, dass die Beratungsmöglichkeiten der Landesärztekammern abgeschnitten werden. Die ärztliche Selbstverwaltung beschneidet sich mit einem solchen Verordnungsentwurf selber.

Der unterschiedliche Charakter von GEKO und Gemeinsamen Konsultationsausschuss bei der BÄK wird auch daraus deutlich, dass die GEKO nach dem Entwurf der BÄO unter Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit gestellt werden soll (§ 11a Abs. 1 BÄO-Entwurf). Es wird mit der GEKO also eine Art (Bundes-)Behörde geschaffen! Der Gemeinsame Konsultationsausschuss ist demgegenüber ein unselbständiger Teil der BÄK, die eine Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern ist.

### 3. Zur Steigerung des Gebührensatzes

Der 119. DÄT hat zur Systematik der Steigerung der Gebührenpositionen beschlossen, dass eine ärztliche Honorarrechnung individuell entsprechend dem Aufwand gestaltet werden und hierfür ein Spielraum mit einer freien Wahlmöglichkeit des Faktors in einem gewissen Bereich vorhanden sein muss (Beschluss I-21).

Nach § 5 Absatz 1 GOÄneu sollen Ärztinnen und Ärzte jedoch weiterhin nur nach dem einfachen oder im Ausnahmefall bei besonderer, objektiver Schwere des Einzelfalls mit dem doppelten Steigerungsfaktor abrechnen können. Der doppelte Steigerungsfaktor darf zudem nur in Ansatz gebracht werden, wenn Behandlungsumstände vorliegen, die die GEKO bestimmt hat.

Von einer individuell entsprechend dem Aufwand gestalteten Honorarrechnung und einer freien Wahlmöglichkeit des Steigerungsfaktors innerhalb eines bestimmten Bereichs ist dieser Entwurf weit entfernt.

#### **Frage Ärztekammer Berlin: Wie soll nach der Lesart der BÄK diese Regelung mit dem Beschluss I-21 des 119. DÄT vereinbar sein?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Die Verhandlungsführer der Bundesärztekammer haben in den Abstimmungsrunden mit PKV und Beihilfe die Möglichkeiten erörtert, die Steigerungsfaktoren weiterhin zu erhalten. Sowohl Beihilfe als auch PKV-Verband haben einen Einzelsatz zur *conditio sine qua non* für die Fortführung der Verhandlungen erklärt. Ein Beharren auf einem individuell einstellbaren Gebührenrahmen ist gleichbedeutend mit dem Ende des Novellierungsprozesses.

Allerdings muss hier auch angemerkt werden, dass in den Verbändeanhörungen zu den Leistungsinhalten von einer breiten Mehrheit eine betriebswirtschaftliche Grundkalkulation eingefordert wurde. Eine betriebswirtschaftliche Kalkulation bei der Mehr- und Minderaufwand statistisch erfasst werden, ist nicht mit einem subjektiv einstellbaren Gebührenrahmen vereinbar. Zu den bereits vorhandenen ca. 900 Erschwerniszuschlägen sind in den Verbändegesprächen zum Leistungsverzeichnis darüber hinaus ca. 350 weitere leistungsbezogene Zuschläge vorgeschlagen worden. Diese werden derzeit mit dem PKV-Verband verhandelt.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Die fehlenden Steigerungsmöglichkeiten sollen also mit festgelegten Erschwerniszuschlägen kompensiert werden. Ein Ermessen des abrechnenden Arztes bei der Höhe des Steigerungsfaktors soll es demnach definitiv nicht mehr geben.

#### 4. Zur Geltendmachung des Steigerungsgrundes

Nach § 5 Absatz 2 GOÄneu soll ein Arzt bei besonderer Schwere in einem Einzelfall die Steigerung des Gebührensatzes auf das Zweifache quasi beantragen und insofern ein „Ersuchen“ an die GEKO richten können. Das Ersuchen soll zeitnah im Anschluss an die Erbringung der Leistung über die Bundesärztekammer an die GEKO zu stellen sein. Nun ergibt sich aus dem aktuellen Entwurf zur BÄO, dass der Arzt sich mit einem solchen Anliegen an die Landesärztekammern wenden soll, die sich vermutlich dann für den Arzt an die GEKO zu wenden hat.

**Frage Ärztekammer Berlin: Welcher Aufwand wird damit voraussichtlich auf die Landesärztekammern zukommen? Ist dieses beabsichtigte Prozedere mit irgendeiner Landesärztekammer abgestimmt worden?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** § 5 Abs. 2 ist ersatzlos gestrichen worden. Formal handelt es sich um die Beurteilung der Angemessenheit einer Gebührenforderung, die in den originären Aufgabenbereich der Landesärztekammern fällt.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Zwar sollen Ärztinnen und Ärzte keine „Ersuchen an die GEKO“, mehr richten müssen, welche über die Landesärztekammern zur Abrechnung des zweifachen Steigerungssatzes erforderlich sein sollten. Der Verzicht auf dieses Bürokratiemonster darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Steigerung des Gebührensatzes zukünftig nur für Sachverhalte möglich sein soll, die in einer sog. Positivliste aufgeführt sind. Die Positivliste ist eine Anlage zur GOÄneu und soll von der GEKO erstellt werden. Der heute originäre Aufgabenbereich der Landesärztekammern, die Angemessenheit der Gebührenordnung, d. h. die Höhe des Steigerungsfaktors zu beurteilen, bleibt also nicht bei den Ärztekammern, sondern soll der GEKO übertragen werden.

#### 5. Zur „Negativliste“

Kürzlich wurde verlautbart, dass die umstrittene sog. Negativliste „vom Tisch“ sei. Der PKV-Verband habe der Streichung der Negativliste aus dem Paragraphenteil bereits zugestimmt. In der Negativliste sollten bisher diejenigen Behandlungsumstände gelistet werden, die eine Steigerung des Gebührensatzes auf den doppelten Satz ausschließen. In dem aktuellen Entwurf des § 2 Absatz 1 GOÄneu ist dieser Begriff auch gestrichen worden. Allerdings soll die GEKO weiterhin die Behandlungsumstände feststellen, die eine Steigerung des Gebührensatzes ausschließen, d. h. die GEKO kann unabhängig von der Negativliste Behandlungsumstände von der Steigerung ausschließen.

Irgendwo werden diese Entscheidungen der GEKO sicher auch gelistet werden. Wahrscheinlich auf der Homepage der BÄK.

**Frage Ärztekammer Berlin: Wie würden Sie eine solche Liste dann nennen?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Die Erstellung einer Negativliste ist wie § 5 Abs. 2 im Konsens mit dem PKV-Verband ersatzlos gestrichen worden. Nur im Einvernehmen können durch die GeKo Behandlungsumstände ausgeschlossen werden, die wie oben genannt rechtspragend jedoch nicht rechtsverbindlich sind.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Bei den Feststellungen zu den steigerungsfähigen Behandlungsumständen handelt es sich um die sog. Positivliste, siehe dazu Kommentierung unter Punkt 4. Zu dem Begriff „rechtspragend“ siehe Kommentar unter Punkt 1. Wichtig zu wissen ist hierbei auch, dass bei fehlendem Einvernehmen innerhalb der GEKO das Bundesministerium für Gesundheit entscheidet (§ 11a Abs. 3 BÄO-Entwurf).

## 6. Zu abweichenden Vereinbarungen

Es wird immer wieder behauptet, dass Ärztinnen und Ärzte auch zukünftig von der GOÄ abweichende Vereinbarungen (über die Höhe des Steigerungssatzes) mit ihren Patientinnen und Patienten schließen können. Anders als nach aktuellem Recht muss nach § 2 Absatz 2 GOÄneu jedoch eine solche abweichende Vereinbarung schriftlich begründet werden. Gleichzeitig soll eine abweichende Vereinbarung nach § 2 Absatz 1 GOÄneu unzulässig sein, wenn sie anlässlich von Behandlungsumständen geschlossen wird, für die die GEKO nach § 11a BÄO-Entwurf eine Steigerung des Gebührensatzes ausgeschlossen hat.

**Frage Ärztekammer Berlin: Werden mit diesen Regelungen abweichende Vereinbarungen nicht faktisch kaum noch möglich sein bzw. im Vergleich zur heutigen Rechtslage extrem erschwert?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Durch Wegfall der Negativliste gibt es keine zur aktuell gültigen GOÄ erhöhte Erschwernis bezüglich der abweichenden Vereinbarungen. Auch auf Ebene der aktuell gültigen GOÄ muss die Vereinbarung in einem Schriftstück festgehalten werden. Eine Vereinbarung muss dem Patienten auch heute schon erläutert werden, dies schließt den Grund für die Vereinbarung logischerweise ein.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Es ist schlicht falsch, dass eine von der GOÄ abweichende Vereinbarung heute auch schon den Grund für die Vereinbarung enthalten muss. Im Gegenteil: § 2 Abs. 2 der aktuellen GOÄ schreibt als Inhalt der zwischen Arzt und Patient zu treffenden Vereinbarung folgendes vor: „Dieses (Anm. der Redaktion: das Schriftstück) muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten.“

Warum allerdings trotz Wegfalls des § 5 Abs. 2 GOÄneu weiterhin der Grund für die Vereinbarung eines höheren Steigerungsfaktors in der Vereinbarung genannt werden soll, erschließt sich hier nicht. Sofern eine Überprüfung des Grundes der Vereinbarung nicht stattfindet, gibt es keinen Grund für eine solche Angabe. Sofern nun - so muss man die Antwort des Verhandlungsführers deuten - tatsächlich keine Ausschlussstatbestände für eine abweichende Vereinbarung mehr geregelt werden sollen, wäre das ein echter Erfolg.

## 7. Zur Zuständigkeit der Landesärztekammern

Umstritten sind auch die mit den Entwürfen zur GOÄ und zur BÄO einhergehenden Eingriffe in Landeskompetenzen. Die berufsrechtliche Beratung ihrer Kammermitglieder zur Anwendung der GOÄ ist Sache der Landesärztekammern. Nach dem Berliner Kammergesetz gehört es zudem zu den Aufgaben der Ärztekammer Berlin, gutachtliche Stellungnahmen gegenüber Gerichten zur Angemessenheit einer ärztlichen Honorarrechnung abzugeben. Die Angemessenheit bezieht sich dabei auf den Steigerungsfaktor.

**Frage Ärztekammer Berlin: Aus welchem Grund sollen diese Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung von den Landesärztekammern weg auf die GEKO und am Ende, d. h. bei fehlender Einigung innerhalb der GEKO, auf das Bundesgesundheitsministerium und damit auf den Bund übertragen werden?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Die Gebührenordnung für Ärzte ist eine Verordnung der Bundesregierung, respektive des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung in diesem Zusammenhang sind aktuell hochgradig eingeschränkt. Die Landesärztekammern können in Auslegungsfragen Positionen einnehmen, die weder für die Bundesregierung noch für die Versicherer bzw. Patienten verbindlich sind. Die Einrichtung

der GeKo eröffnet dagegen der ärztlichen Selbstverwaltung für die Zukunft deutlich größere Gestaltungsspielräume.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Die verbindliche Auslegung der GOÄ als Verordnung des Bundes liegt und lag im Streitfall schon immer bei den Gerichten. Weder die Bundesregierung noch die Versicherer haben insofern irgendwelche Kompetenzen (im Sinne von Zuständigkeiten). Das soll sich nach den vorliegenden Verordnungsentwürfen mit der Einrichtung der GEKO aber nun offenbar ändern.

## 8. Zu individuellen Gesundheitsleistungen

Nach dem Willen des 119. DÄT sollen individuelle Gesundheitsleistungen durch die GOÄ nicht behindert werden dürfen (Beschluss I-05).

Bei individuellen Gesundheitsleistungen, die per Definition zusätzlich und medizinisch nicht als notwendig angesehen werden, droht keine ökonomische Überforderung der Patienten. Außerdem werden diese Leistungen in der Regel nicht von der Beihilfe und den privaten Krankenversicherern übernommen.

**Frage Ärztekammer Berlin: Warum entscheiden GEKO und damit auch PKV und Beihilfe nach den aktuellen Entwürfen gleichwohl auch bei diesen Leistungen über die Möglichkeit der Steigerung des Gebührensatzes sowie über Analogbewertungen und haben eine Mitsprache bei der Preisgestaltung?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Individuelle Gesundheitsleistungen sind als Wunschleistungen GKV-Versicherter außerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherungen, auch in Zukunft ausschließlich nach GOÄ abrechnungsfähig. Damit unterliegen sie der kalkulatorischen Bewertung, und damit auch einer rationalen Preisfindung. Dabei ist der Umstand, ob es sich im Einzelfall um eine Wunschleistung handelt, unerheblich. Die nicht Unterschreitbarkeit eines betriebswirtschaftlich gefunden Preises stellt eine Konkurrenzschutzbedingung für die Ärzte dar. Darüber hinaus sind die medizinische Notwendigkeit oder die Stellung einer Leistung zum Beispiel zum Leistungskatalog der GKV auf Leistungsebene nicht zu entscheiden, sondern hängen von den Umständen des Falles ab. Die GeKo kann sich mit Analogbewertungen beschäftigen, dies wird insbesondere dann der Fall sein, wenn es zu Auslegungstreitigkeiten beispielsweise in Form von verweigerter Erstattung seitens der Versicherer kommt. Unabhängig davon kann die Bundesärztekammer, wie bisher, eigene Auslegungsfragen veröffentlichen, beispielsweise durch den Ausschuss „Gebührenordnung“. Zudem regelt § 11a Abs. 2 S. 1 lit. d) BÄOneu-E, dass die GeKo nur Empfehlungen zur analogen Anwendung im Hinblick auf neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren und nicht in Bezug auf Verlangensleistungen trifft.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Nach dem der Ärztekammer Berlin vorliegenden Entwurf der BÄO beschließt die GEKO Empfehlungen insbesondere „zur analogen Anwendung der Gebührenordnung im Hinblick auf neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren“ (§ 11a Abs. 2 lit. d) BÄO-Entwurf). Ein Ausschluss der Verlangensleistungen ist weder ausdrücklich geregelt noch kann die Vorschrift so ausgelegt werden. Man muss im Ergebnis daher davon ausgehen, dass PKV und Beihilfe Mitsprache und Einfluss auf die Preisfindung auch in solchen Bereichen gewährt werden soll, die noch nicht einmal indirekt ihre Interessen berühren.

## 9. Zur Honorarsteuerungsfunktion

Nach dem Willen des 119. DÄT dürfen die Rahmenbedingungen der GOÄneu nicht dazu führen, dass die Gebührenordnung zu einem Honorarsteuersystem umgeformt wird (Beschluss I-05). Das bedeutet: Kostenbegrenzungen durch in der GOÄ festgelegte Gebühren

oder festgelegte Rahmengebühren zum Schutz der Patienten vor finanzieller Überforderung sind in Ordnung (eine der beiden Schutzfunktionen der GOÄ). Eine Systematik zur Steuerung und Begrenzung der Gesamtausgaben der PKV über die GOÄ ist nicht akzeptabel und entspricht nicht dem Willen des 119. DÄT. Ziel muss nach dem Willen des 119. DÄT eine ärztliche Gebührenordnung sein, die in erster Linie das Verhältnis zum Patienten berücksichtigt und nicht zu Versicherungen (Beschluss I-14).

Nach dem aktuellen Entwurf der BÄO bedient sich die GEKO nun jedoch nicht mehr nur für eine Übergangszeit, sondern auf Dauer einer Datenstelle, die mindestens halbjährlich Analysen durchführt und dazu die erforderlichen Daten erhebt. Innerhalb eines Übergangszeitraums sollen die von der Datenstelle erhobenen Daten zur Überprüfung der Ausgaben der PKV je Versicherten dienen. Anhand dieser Daten soll überprüft werden, ob die Ausgaben der PKV innerhalb eines Jahres ab Inkrafttreten der neuen GOÄ um mehr als 0,6 % von einem Vergleichswert abweichen. Tritt dieser Fall ein, soll die Bundesregierung die Neustrukturierung und Neubewertung der Leistungen der GOÄ überprüfen.

Das hört sich so an, als ob hier die Gesamtausgaben der PKV gesteuert und gedämpft werden sollen.

**Frage Ärztekammer Berlin: Ist das nicht eine Hinwendung in Richtung GKV? Und das vermutlich auch auf Dauer, denn aus welchem Grund soll die Datenstelle nunmehr auf Dauer implementiert werden?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Es sind keine Honorarsteuerungsmaßnahmen vereinbart oder geplant. In der dreijährigen Einführungsphase wird lediglich kontrolliert, ob der vereinbarte Preiseffekt eintritt. Die für das ärztliche Honorar maßgeblichen Einflüsse wie Morbidität, Innovationen, Anzahl der Versicherten und Ärzte, Epidemien und Änderung des Inanspruchnahmeverhalten bleiben davon völlig unberührt. Um dies sicherzustellen und nachvollziehen zu können ist die Einrichtung einer Datenstelle unumgänglich. Dabei ist eine maximale Datentransparenz eine Kernforderung. Erst wenn nachvollziehbar nur der Preiseffekt identifiziert werden kann, wird sich die GeKo ggf. mit Maßnahmen beschäftigen. Diese Maßnahmen sind nicht vorgegeben und stehen immer unter dem Vorbehalt der Einvernehmlichkeit zwischen Ärzteseite und Seite der Versicherer. Liegt Einvernehmlichkeit vor, kann das BMG dieser Empfehlung folgen. Das BMG muss aber bei der Entscheidung die Empfehlung der GeKo berücksichtigen. Im Anschluss muss von der Bundesregierung eine Verordnung zur Änderung der GOÄ erlassen werden. Es gibt keinen Automatismus zur Anpassung der GOÄ. Außerdem soll die auf Dauer eingerichtete Datenstelle nach § 11a Abs. 2 S. 1 lit. b) BÄOneu-E auch mögliche Unterbewertungen analysieren und die Ärzteseite damit vor Honorarverlusten schützen.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Einigen sich die Mitglieder der GEKO zur Frage einer vertretbaren Kostenentwicklung nicht, entscheidet das Bundesministerium über eine Neubewertung der Preise. Die Zahlen hierfür liefert die Datenstelle der GEKO. Man kann das gut finden oder nicht. Eine Kostendämpfungssystematik für die PKV ist es in jedem Fall. Das ist jedoch keine anerkannte Funktion der GOÄ. Diese soll den einzelnen Patienten vor finanzieller Überforderung schützen, nicht jedoch die PKV vor zu hohen Gesamtausgaben.

Bei den Berechnungen unberücksichtigt bleiben sollen „nicht durch den Preiseffekt der reformierten GOÄ bedingte Abweichungen“. Gemeint sein sollen Alterung, Morbidität, Epidemien, innovative oder neue Leistungen, Änderungen bei der Anzahl der Versicherten.

**Frage Ärztekammer Berlin: Wie können diese Effekte herausgerechnet werden, ohne über die Versichertendaten zu verfügen?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Grundsätzlich sollen die Daten verwendet werden, die von der Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) von den PKV-Unternehmen amtlich erhoben werden. Diese Daten dienen der Berechnung der sogenannten Kopfschadenstatistik. Grundlage und Referenzwert für die Ausgabenentwicklung nach Verordnung der neuen GOÄ ist der GOÄ-basierte Kopfschaden.

## 10. Zu den Modellvorhaben

Nach § 11b des Entwurfs zur BÄO können BÄK und PKV-Verband zukünftig im Einvernehmen „Lösungen zur modellhaften und befristeten Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität im Rahmen von Modellvorhaben“ entwickeln. Die Modellvorhaben sollen u. a. der Erprobung neuer Versorgungsstrukturen dienen.

Hört sich erst einmal stark nach bekannten Vorschriften im Sozialgesetzbuch V an!

**Frage Ärztekammer Berlin: An was für Modelle ist dabei gedacht? Werden dabei nicht auch von den Berufsordnungen abweichende Kooperationen ermöglicht werden müssen?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** § 11b BÄOneu-E sieht vor, dass die BÄK und der PKV-Verband im Einvernehmen „Lösungen zur modellhaften und befristeten Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität im Rahmen von Modellvorhaben entwickeln“ können. Abgesehen von der Zielsetzung der Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität macht die Regelung bewusst keine Eingrenzungen zu Art, Inhalt und Umfang der Modellvorhaben. Damit können die Modellvorhaben nach § 11b BÄOneu-E ein breites Spektrum medizinischer Versorgungsinhalte, angefangen bei der ergänzenden Förderung ärztlicher Präventionsleistungen über die weitere Optimierung der multidisziplinären ärztlichen Kooperation bei der Versorgung komplexer Krankheitsbilder bis hin zur zusätzlichen Förderung ärztlicher Rehabilitationsbehandlungen etc. betreffen. Eine über solche Modellvorhaben zwangsläufige Ermöglichung „auch von den Berufsordnungen abweichender Kooperationen“ wie in der Fragestellung unterstellt, ist allein schon dadurch gänzlich ausgeschlossen, dass die Modellvorhaben ausschließlich im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer zu Stande kommen können.

**Kommentar Ärztekammer Berlin:** Die Regelungskompetenzen für das ärztliche Berufsrecht liegt nach dem Grundgesetz bei den Ländern. Daher sind auch die Landesärztekammern diejenigen, die verbindlich Recht für ihre Mitglieder setzen. So sind in den Satzungen der Landesärztekammern u. a. Regelungen zur beruflichen Zusammenarbeit, z. B. im Rahmen von Berufsausübungsgemeinschaften (Gemeinschaftspraxen) oder zum Kompetenzerwerb im Rahmen der Fort- und Weiterbildung, geregelt. Ein ständiger Streitpunkt sind die Regelungen im Sozialrecht, insbesondere im SGB V, mit denen unter dem Deckmantel der beim Bund liegenden Regelungskompetenz bei der Sozialversicherung immer mehr ärztliches Berufsrecht vom Bund mitgeregelt und so in Länderkompetenzen eingegriffen wird. Damit werden Regelungskompetenzen von der ärztlichen Selbstverwaltung (mittelbare Staatsverwaltung) weg auf den Bund (unmittelbare Staatsverwaltung) verlagert. Unmittelbar für jeden Vertragsarzt ist das z. B. spürbar, wenn er trotz erworbener Facharztkompetenzen und Zusatzweiterbildungen für eine Abrechnungsgenehmigung bei der KV noch Fachkunden erwerben oder Prüfungen ablegen muss. Auch die sog. integrierten Versorgungsverträge nach SGB V greifen in das innerhalb der Ärzteschaft ausgehandelte Gefüge der Berufsordnung für Ärzte ein. Nun schlägt die Ärzteschaft selber ein weiteres Einfallstor zur Beschneidung der ärztlichen Selbstverwaltung vor.



## 11. Zu den Kosten

Die GEKO soll mit insgesamt 8 Mitgliedern auskommen, davon 4 Vertreter der BÄK. Die Kosten der GEKO werden bei der BÄK mit 870.000 Euro jährlich veranschlagt. Noch nicht berücksichtigt sind dabei die Aufwendungen für bereits bei der BÄK beschäftigtes Personal und die Kosten des Ausschusses GOÄ bei der BÄK.

Die Private Verrechnungsstelle (PVS) hat in 2014 alleine für 7.658 Kunden, das entspricht ungefähr der Anzahl der in Berlin niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, 5,75 Millionen Rechnungen erstellt. Damit waren dort 585 Mitarbeiter beschäftigt.

**Frage Ärztekammer Berlin: Wenn nur ein Bruchteil der bundesweit privatärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte bei der GEKO z. B. ein Ersuchen auf Anerkennung des doppelten Steigerungsfaktors stellt, wer soll den damit verbundenen administrativen Aufwand leisten und wie soll die derzeit mit insgesamt 8 Mitgliedern geplante GEKO dies bewerkstelligen?**

**Antwort Dr Reinhardt:** Das Ersuchen ist, so wie die Negativliste gestrichen worden (siehe oben).

**Frage Ärztekammer Berlin: Sind die derzeit geplanten Ausgaben für die GEKO nicht viel zu niedrig angesetzt?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Ein Grund für die Streichung des Ersuchens eines einzelnen Arztes war der damit verbundene Aufwand. Durch die Streichung des Ersuchens des einzelnen Arztes scheint aus Sicht der Bundesärztekammer der Aufwand korrekt kalkuliert worden zu sein, jedoch muss hierzu nach Abschluss der Verhandlungen, insbesondere zum Konsenspapier und zur Geschäftsordnung, eine weitere Überprüfung vorgenommen werden.

**Frage Ärztekammer Berlin: Ist das nicht unrealistisch, wenn sich die Ärztinnen und Ärzte zur Geltendmachung des doppelten Steigerungsfaktors zunächst an ihre Landesärztekammer wenden sollen?**

**Antwort Dr. Reinhardt:** Wie oben bereits ausgeführt ist das Verfahren der Antragstellung des einzelnen Arztes an die GeKo gestrichen worden. Bei der Beurteilung des Steigerungsfaktors handelt es sich um die Stellungnahme zur Angemessenheit einer Honorarforderung, die auch heute von der zuständigen Landesärztekammer vorgenommen wird. Die Bundesärztekammer wird selbstverständlich die Landesärztekammern bei allen Fragen zur Anwendung rund um die GOÄ intensiv mit einbeziehen.