

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP I Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Dr. med. Bernhard Rochell, Berlin

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Rochell, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich möchte Ihnen einen kurzen Überblick über die bisherige Historie geben. Es wird immer wieder völlig zu Recht gefragt: Warum dauert das so lange? Woran liegt das denn? Ich möchte Ihnen berichten über den aktuellen Stand der Verhandlungen mit dem PKV-Verband bzw. über die Perspektive, wie es weitergehen kann, wenn Herr Gröhe seine optimistischen Aussagen von heute Morgen hoffentlich wahrmacht.

Im Koalitionsvertrag der im vergangenen Jahr abgelösten schwarz-gelben Koalition wurde die Novellierung der GOÄ im Konzert mit der Novellierung der GOZ ausdrücklich als Ziel genannt, wobei die damalige Bundesregierung schnell die Reihenfolge festgelegt hatte: GOZ – in Klammern gesagt: als besser beherrschbares Risiko aus der Sicht der Politik – vor GOÄ. Die GOZ-Novelle ist im Jahr 2011 auf den Verordnungsweg gebracht worden. Man hat sich entsprechend der Reihenfolge im Jahr 2011 auch mit den Partnern der privaten Krankenversicherung und der Bundesärztekammer zusammengesetzt und vonseiten der Politik die Anforderung gestellt, dass sich beide Seiten, also Bundesärztekammer und PKV-Verband, erst auf ein gemeinsames Konzept zur Novellierung der GOÄ einigen müssen, bevor irgendetwas auf der politischen Ebene läuft. Das war als zwingende Voraussetzung erklärt worden.

Weiterhin hatte man aus Sicht der Politik die Vorstellung: Wir formulieren es salopp als „Highlander-Prinzip“, dass nur eines von beiden Modellen, also entweder Reinkultur PKV-Verband oder Reinkultur Bundesärztekammer, diesen Konsensprozess überleben könne. Es war natürlich absehbar, dass dies vielleicht nicht so ganz das richtige Konzept sein konnte, dass eine Seite ihre Vorstellungen vollständig über Bord wirft und der anderen Seite zustimmt.

Im Jahr 2011 haben Sie entsprechend einer Vorlage des Vorstands die EntschlieÙung gefasst, die besagt, dass die GOÄ unverzüglich novelliert werden soll. Es soll ein betriebswirtschaftlich sauber kalkuliertes Konzept der neuen GOÄ zugrunde liegen. Sie haben sich sogar darauf besonnen, sich zu einer Verhandlungsstruktur zu äußern, indem der Antrag, der zur EntschlieÙung wurde, ausdrücklich vorsieht, dass man eine Art privatärztlichen Bewertungsausschuss bildet, der die permanente Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ zukünftig übernimmt. Dabei hat man damals wohl ein kleines schielendes Auge auf Strukturen im SGB V geworfen. Darauf komme ich später noch zurück.

Weitere EntschlieÙungen sagen ebenfalls: zügig eine neue GOÄ, in Kombination mit der klaren Aussage: keine Öffnungsklausel.

Das ist im Jahr 2011 mit den drei Anträgen zusätzlich zum Vorstandsantrag gefordert worden.

Nachdem das „Highlander-Prinzip“ verworfen wurde und wir eigentlich schon vor der Aufgabe standen, wurde im März/April 2012 auf Spitzenebene ein sogenannter Letter of Intent abgefasst, der schon damals die Aussicht auf die Entwicklung eines gemeinsamen Integrationsmodells auf Basis des Modells der Bundesärztekammer vorsah, natürlich unter der Voraussetzung, dass in das Modell der Bundesärztekammer die PKV ihre Vorstellungen einbringen kann.

Im Mai 2012 gab es eine ernüchternde Verlautbarung aus der Politik, dass die GOÄ-Novelle entgegen der Ankündigung im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung in der in 2013 endenden Legislaturperiode nicht mehr umsetzbar sei. Wir haben im zweiten Halbjahr 2012 sehr aufwendige und sehr frustrane Verhandlungen mit dem PKV-Verband geführt, die mehr oder weniger ergebnislos blieben.

Dementsprechend haben Sie uns in Ihrer EntschlieÙung aus dem Jahr 2012, die sich mehr an die Politik richtet, den PKV-Verband an den Verhandlungstisch zurückzubringen, auf die ursprünglich verabschiedete Linie hinweisen wollen, mit dem Appell, dass vonseiten der PKV Bewegung ins Spiel kommen muss.

Nachdem, wie gesagt, im zweiten Halbjahr 2012 die Verhandlungen frustriert verliefen, haben wir als einseitige Initiative an die Bundesregierung die Forderung gerichtet, den GOÄ-Punktwert entsprechend einem Inflationsausgleich zu erhöhen. Unser Präsident Montgomery hat das im Dezember 2012 an den damaligen Bundesgesundheitsminister Bahr herangetragen. Dann hat Bundesgesundheitsminister Bahr beim Neujahrsempfang 2013 der Bundesärztekammer bereits eine Absage erteilt. Diese Absage wurde erneuert, nachdem der Deutsche Ärztetag im Jahr 2013 sich diese Forderung der Bundesärztekammer zu Eigen gemacht hatte. Das wurde durch einen weiteren Antrag bestätigt.

Wir haben diese Forderung nach dem Deutschen Ärztetag erneuert. Wir haben aber auch erneut eine klare Absage vonseiten der Politik, und zwar sowohl vom Bund als auch von den Ländern, erfahren.

Seit Juni 2013 herrscht ein bisschen Glasnost bei den Gesprächen mit dem PKV-Verband. Herr Bahr persönlich hat uns wiederholt dringend dazu aufgefordert, die Beratungen zwischen PKV und Bundesärztekammer wieder aufzunehmen und einen Kompromiss vorzulegen, dem sich die Bundesregierung und der Bundesrat nicht verweigern könnten. Entsprechend dieser Aufforderung haben wir die Beratungen wieder aufgenommen und haben es in diesem Anlauf geschafft, bis zum November 2013 eine Rahmenvereinbarung abzuschließen. Sie mögen die gemeinsamen Ziele mit den Zielen, die Theo Windhorst gerade vorgestellt hat, was die Grundlage einer gemeinsamen Version werden soll, vergleichen. Sie werden feststellen, dass die wesentlichen Ziele als gemeinsame Ziele in die gemeinsame Rahmenvereinbarung übernommen werden konnten, nämlich die Ablösung der vollständig überalterten GOÄ, die Stärkung der Transparenz, der Abrechnungssicherheit und der Verständlichkeit. Wenn Sie heutzutage auf der Basis der zwischen beiden Seiten im Konsultationsausschuss Ärzte vereinbarten Analogbewertung abrechnen, versteht Sie der Patient möglicherweise schon nicht mehr, obwohl Sie sich als abrechnende Ärztin oder abrechnender Arzt vollständig im legalen Bereich bewegen.

Wenn Sie beispielsweise eine Tumorprostatektomie durchführen, finden Sie für die modernen Verfahren keine adäquate GOÄ-Ziffer. Sie finden aber eine geeignete Analogziffer, die allerdings eine herzchirurgische Operation betrifft. Auch wenn die Krankenversicherung oder die Beihilfe versteht, dass Sie korrekt abgerechnet haben, hat der Patient, der die Rechnung zuerst sieht, die Frage: Warum habe ich als Urologiepatient eine Herzoperation auf der Rechnung stehen? Dass einem das Herz auch einmal in die Hose rutschen kann, mag aus diesem Umstand abgeleitet sein. Das kann aber in der heutigen Zeit nicht mehr vermittelt werden. Die Analogabrechnungen werden eher zur Regel als zur Ausnahme. Sie sind leider auch dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht automatisch vom Kostenträger anerkannt werden. Es gibt

zunehmend Probleme durch Abrechnungsstreitigkeiten, die gegebenenfalls gerichtlich ausgetragen werden müssen. Das wird zunehmend zur Regel.

Inhalt der Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novelle sind auch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege, damit Innovationen künftig frühzeitig aufgenommen werden. Die GOÄ soll modern bleiben. Deswegen soll sie künftig regelmäßig angepasst werden. Sie soll insbesondere auch nicht Innovationen, die noch nicht in der GOÄ abgebildet sind, verhindern. Deshalb hat man sich darauf verständigt, ausdrücklich das Instrument der Analogbewertung beizubehalten und weiter die Möglichkeit zu schaffen, dass neue Leistungen, die erbracht werden, auch abgerechnet werden können.

Der Unterschied wird nur sein, dass wir relevante, medizinisch bedeutsame oder sehr umsatzstarke Innovationen bald in eine spezielle GOÄ-Ziffer übernehmen wollen, damit die Unsicherheiten, die im Konzert mit einer Analogabrechnung auftreten, durch eine klare eigenständige GOÄ-Ziffer abgelöst werden können.

Ein ganz wesentlicher zentraler Gegenstand der Rahmenvereinbarung – das haben Sie zu Recht in den Entschlüssen der vergangenen Jahre und in den zu diesem 117. Deutschen Ärztetag geführten Diskussionen verlangt – ist die Forderung, dass der gesetzliche Interessenausgleich nach § 11 Satz 3 der Bundesärzteordnung auch künftig erhalten bleibt. Das ist schon geschehen. Beide Partner haben sich in der Rahmenvereinbarung darauf geeinigt, dass dieser Interessenausgleich zentrale Grundlage der künftigen GOÄ bleibt, und zwar in der Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte: einerseits keine ökonomische Überforderung der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten, andererseits eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Ein Wort zur Gremienstruktur, die man sich vorgestellt hat. Dabei geht es insbesondere um die Frage: Wie kann man die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der GOÄ bewerkstelligen? Hierbei sind auch Ängste geäußert worden. Diese Ängste bestehen zu Recht. Ich kann Ihnen erfreulicherweise mitteilen, dass wir den Bewertungsausschuss Ärzte, wie wir ihn im EBM-Bereich kennen, für die GOÄ neu erfinden. Ich komme zurück auf Ihre Entschlüsse aus dem Jahr 2011, in der der Aufbau eines privatärztlichen Bewertungsausschusses mit Schlichtungsfunktionen gefordert wurde. Wir sind nun ein paar Jahre schlauer. Aus meiner Vergangenheit als Honorardezernent der Kassenärztlichen Bundesvereinigung halte ich die Lösung mit dem Bewertungsausschuss Ärzte für durchaus problematisch. Wenn man hier in strittige Bereiche kommt, wird der sogenannte Bewertungsausschuss, der zu gleichen Teilen mit KBV-Vertretern und Vertretern des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenversicherung besetzt ist, der eigentlich zu einer einvernehmlichen Beschlussfassung verpflichtet ist, um zwei weitere neutrale Mitglieder und einen neutralen Vorsitzenden erweitert.

Dann geht es mit schwindelerregender Geschwindigkeit bei streitigen Sachverhalten bei ganz bedeutsamen Angelegenheiten plötzlich zu einer Beschlussfassung, die im Grunde durch die winzige Mehrheit des Schlichters, der entsprechende Verantwortung übernehmen muss, entschieden wird. Das Ganze tritt dann sofort in Kraft.

Wir haben mittlerweile erlebt, dass bei ganz wesentlichen Entscheidungen mehr zur Regel als zur Ausnahme wurde, dass die jeweils unterlegene Seite eher regelmäßig als ausnahmsweise zum Landessozialgericht Berlin-Brandenburg zieht, um gericht-

lich gegen diese Entscheidung vorzugehen. Wenn zwei bis vier Jahre später in höchster Instanz entschieden wird oder eine Zurückverweisung erfolgt, hat man alles andere als eine Rechtssicherheit. Das wollen wir ausdrücklich nicht in der privatmedizinischen Versorgung. Das wollen wir nicht als Instrument für die Weiterentwicklung der GOÄ kopieren. Wir wollen aber mit dieser Gemeinsamen Kommission, die paritätisch mit Vertretern der Bundesärztekammer und des PKV-Verbands besetzt sein soll unter Einbeziehung von Vertretern der Beihilfe, einvernehmliche Empfehlungen an das Ministerium für Gesundheit formulieren können, die das Ministerium als Verordnungsgeber mit Letztverantwortung für die weitere Pflege der GOÄ als Grundlage benutzen kann. Wenn es Streitige Sachverhalte in der Gemeinsamen Kommission gibt, soll es zwar die Option geben, einen Vermittler einzuschalten. Aber Vermittlung bedeutet nicht Schlichtung. Es soll also keine Schlichtung mit einem wirksamen Beschluss am Ende geben, sondern der Vermittler kann beide Seiten durch intelligente Vorschläge zusammenführen. Wenn beide Seiten zustimmen, kann das Ministerium auf dieser Grundlage eine Verordnung erlassen. Wenn aber beide Seiten ihrer ursprünglichen Meinung treu bleiben, sollen sie sich auch nicht verbiegen. Dann muss eben das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage der strittigen Situation versuchen, einen möglichst guten Interessenausgleich zu erzielen. Das ist ja auch die eigentliche Aufgabe der Politik.

Es handelt sich also ausdrücklich nicht um eine Kopie des Bewertungsausschusses oder des Erweiterten Bewertungsausschusses Ärzte. Die Anträge, die Sie in diese Richtung gestellt haben, können wir vollinhaltlich unterstützen. Genau das wollten wir nämlich auch nicht. Deswegen haben wir es so festgelegt.

Ihnen liegt der Text des Doppelinterviews vor. Herr Dükers hat mir gesagt, dass es sich hierbei um eine neue Form der journalistischen Arbeit handelt. Sie finden dort keine Antworten König und Rochell, sondern Sie finden dort bis auf den Punkt abgestimmte Antworten von beiden. Es war nicht leicht, das hinzubekommen. Sie können daraus den Eindruck für Ihre weiteren Beschlüsse gewinnen, was wir schaffen können und was wir nicht schaffen können. Das sind Kompromissantworten.

Sie finden die PKV in Fragen der Beratungsstruktur mit uns ganz einig. Man will den Bewertungsausschuss EBM, wie er im SGB V zu finden ist, nicht kopieren. Man sieht das als Kontrapunkt.

Wie geht es weiter? Wir haben vor, uns auf eine gemeinsame Gesetzesinitiative zu einigen, die wir dann an den Gesetzgeber herantragen. Man hat uns in dem von Herrn Windhorst erwähnten Gespräch im Ministerium gesagt: Wir finden es toll, dass sich beide Seiten einig sind. Holt auch noch die Beihilfe als dritten Partner hinzu, dann werden wir auch handelseinig. Das hat Herr Gröhe heute auch noch einmal dargestellt. Wir wollen die Beihilfe davon überzeugen, dass sie der Rahmenvereinbarung und den dort formulierten Zielen beitreten und die gemeinsame Initiative unterstützen kann.

Weiterhin ist das optimistische Ziel – wer nicht fordert, der nicht fördert – formuliert, dass wir bis Ende 2014 einen gemeinsamen beschlussreifen Vorschlag von Bundesärztekammer und PKV zur GOÄ-Novelle bis ins Detail ausgearbeitet vorlegen. Wir erwarten jetzt von der Politik natürlich ein eindeutiges Signal, dass wir so vorgehen können. Diese Erwartung richtet sich ausdrücklich nicht nur an die Bundesregierung, sondern auch zumindest an die Mehrheit der Bundesländer, wenn die Beihilfe mit an Bord kommt, wozu es optimistische Erwartungen gibt.

Herr Windhorst hat Ihnen zugesagt: Bevor es zu einem Beschluss kommt, werden Ihnen alle wesentlichen Dinge noch einmal vorgelegt. Wir haben auf unserer Informationsveranstaltung am 5. Februar den anwesenden Berufsverbänden und Fachgesellschaften zugesagt, dass wir sie, bevor wir in die heiße Phase der Detailberatungen über einzelne Kapitel und einzelne Gebührenordnungen und deren Bewertung treten, noch einmal in unser Haus bitten, damit sie noch einmal einen prüfenden Blick auf das Ergebnis werfen und uns auf Fehler hinweisen können, auf Dinge, die nach ihrer letzten Anhörung – bei einigen war das im Jahr 2009 – zu aktualisieren sind. Das kann dann noch übernommen werden, damit wir tatsächlich eine neue GOÄ einbringen, die sich auf Ihre Akzeptanz stützt.

Das bedeutet eine Menge von Detailabstimmungen, und zwar auf der einen Seite mit Ihnen als Berufsverbänden und Fachgesellschaften, auf der anderen Seite mit der PKV. Nicht zuletzt mit Blick auf unseren Haushalt wollen wir Zeitverschwendung ersparen. Deshalb fordern wir an dieser Stelle erst das klare politische Signal ein, dass wir hier grünes Licht bekommen und spätestens am Ende der Legislaturperiode durch die Gesetzgebung und die Länder eine neue GOÄ in Kraft gesetzt bekommen.

Damit komme ich zur Rahmenvereinbarung zur GOÄ-Novelle. Wir würden uns gerne wünschen, diese GOÄ-Novelle allein für Sie gestalten zu können. Dann hätten wir, glaube ich, kaum Akzeptanzprobleme. Wir haben natürlich das Problem, dass hier ein Partner mit ins Boot zu holen ist. Die Politik hat uns eindeutig zu verstehen gegeben, dass sie fordert, dass wir uns mit dem PKV-Verband und der Beihilfe einigen.

Wir haben mit der PKV diese Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Da sind viele Ängste geäußert worden. Sie sprechen diese Ängste natürlich zu Recht in der Hinsicht aus, dass solche Ängste in der neuen GOÄ keinen Platz haben. Ich hoffe, dass ich Sie überzeugen kann, dass die Ängste in Bezug auf die Rahmenvereinbarung nicht berechtigt sind. Hier haben wir die Ängste eigentlich ausgeschlossen.

Ich möchte noch auf die wesentlichen Punkte eingehen, und zwar zunächst auf die Mengensteuerung und das Globalbudget. Ich habe gestern Abend erstmalig gehört, dass das Gerücht in Umlauf ist, dass da ein Floaten des GOÄ-Punktwerts vereinbart wurde. Ich ersehe aus einem Entschließungsantrag, dass vereinbart worden sein soll, dass bei einer Morbiditätssteigerung die Bewertung der Leistungen sinkt. Die Forderung, dass wir so etwas nicht hinnehmen dürfen, ist absolut berechtigt. Das findet sich aber auch an keiner Stelle der Vereinbarung.

Wir haben natürlich das Problem, dass die Partner dieser Vereinbarung auf der Seite der Kostenträger fordern, dass sie die Möglichkeit haben, bei ungerechtfertigten Honorarsteigerungen gegensteuern zu können. Es gab ursprünglich auch die Forderung – deswegen ist das sicher auch als Problempunkt angesprochen worden –, dass die PKV ursprünglich durchaus mit solchen Positionen angetreten ist. Wir haben aber statt Mengensteuerung und Globalbudget – das würde bedeuten, dass es, wenn eine gewisse Schwelle erreicht wurde, automatisch eine Abbewertung gibt – ein Monitoring vereinbart, bei dem sich die Situation so darstellt: Es gibt einen Erwartungswert, der mit einem Korridor umgeben wird. Sie werden möglicherweise sagen: Da haben wir schon das Budget. Das ist aber nicht der Fall.

Bei einem Budget gibt es ja nicht die Möglichkeit, bei einer Unterschreitung der Verlaufserwartung eine Aufwertung der GOÄ zu verlangen, weil es bei bestimmten Arzt-

gruppen aufgrund von kurzfristigen Kostenentwicklungen oder Fehlausarbeitungen in der Legende oder in den Bewertungen der GOÄ Probleme gibt.

Beide Seiten können hier neutral intervenieren. Sie können, wenn dieser Korridor, der auch noch festzulegen ist, über- oder unterschritten ist, die Frage stellen: Ist die Bewertung noch sachgerecht? Dann erfolgt entgegen der Budgetphilosophie keine automatische Kürzung oder Erhöhung, sondern es findet erst einmal eine Ursachenanalyse statt, ob die gestellte Frage berechtigt ist.

Wenn festgestellt wird, dass die Überschreitung eines solchen Wertes durch unerwartete Honorarzuwächse erklärt werden kann, weil ein entsprechender Behandlungsbedarf abgerufen wurde, da beispielsweise eine Epidemie aufgetreten ist, wird keinerlei Intervention erfolgen. Wenn aber ein Fehler bei der Legendierung in den Abrechnungsbestimmungen oder aber bei den Bewertungen festgestellt wird – wie gesagt: das gilt in beide Richtungen –, wird das korrigiert, weil wir uns zuvor darauf geeinigt haben, dass das keine sachgerechte Entwicklung war.

Ich komme zu der Frage: Pauschalierung wie im EBM? Die GOÄ ist und bleibt eine Einzelleistungsvergütung. Das wurde vereinbart. Es wurde vereinbart, dass gegebenenfalls arzt- und ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet werden können, wenn regelhaft Einzelleistungen in einer Kette aneinandergereiht werden. Das finden Sie in der GOÄ bereits jetzt bei den operativen Leistungen. Wir meinen, es ist eigentlich eher eine Maßnahme der Entbürokratisierung, dass wir, wenn eine Leistungskette immer gleich abläuft, die einzelnen Bestandteile dieser Leistungskette in einem Komplex zusammenfassen und nicht jede Handreichung in der GOÄ einzeln abbilden. Eine Pauschalierung wie im EBM durch Quartalspauschalen, die auf einen Mittelwert der gesamten Patientenbehandlung kalkuliert werden, werden Sie in der künftigen GOÄ mit uns nicht finden, denn das wäre nicht sachgerecht. Sie haben einen individuellen Behandlungsvertrag mit einer Patientin oder einem Patienten und die Leistungen, die dort erbracht worden sind, müssen adäquat sowohl in ihrer Abbildung als auch in ihrer Bewertung abgebildet und abgerechnet werden. Hier liegt kein kollektivvertragliches Geschehen wie beim EBM vor.

Eine weitere Frage betrifft die Begrenzung des Leistungskatalogs. Hier gibt es die Angst: Werden Innovationen nicht mehr zugelassen? Bekommen wir ein Zulassungsverfahren wie beim G-BA im vertragsärztlichen Bereich? Auch das wird nicht kommen. Wir haben gesagt: Die Analogabrechnungen gelten weiter. Was wir allerdings machen wollen, ist – darauf habe ich vorhin hingewiesen –, dass wichtige neue Leistungen möglichst schnell mit eigenständigen Gebührenziffern abgebildet werden, damit eine klare Abrechnungsgrundlage geschaffen wird.

Ich komme zur Angst vor einem Preisdumping. Mit dem Begriff der Öffnungsklausel war auf unserer Seite immer die Furcht verbunden – das haben Sie in Ihren Entschlüssen wiederholt deutlich gemacht –, dass eine Preisspirale nach unten zur Unterschreitung der GOÄ auf der Basis von privatmedizinischen Selektivverträgen geduldet wird. Wir haben das in der gemeinsamen Vereinbarung dadurch geregelt, dass wir uns einerseits auf nicht unterschreitbare robuste Einzelsätze und andererseits darauf geeinigt haben, dass es durchaus möglich ist, modellhaft neue Versorgungselemente zu testen. Wenn sie ankommen und sich bewähren, können sie in die Gesamt-GOÄ übernommen werden. Wenn wir nicht die gesamte Phalanx der Krankenversicherer auf unsere Seite bekommen, können wir in kleinerem Rahmen solche Modelle erproben.

Es gibt eine Einvernehmensvoraussetzung. Das heißt, man kann uns hier nicht überstimmen, sondern muss uns abholen. Wir werden hier Regelungen, die ärztlich nicht akzeptabel sind, nicht erproben. Wir sehen es als echte beidseitige Chance an, neue Versorgungsansätze zu erproben und bei deren Bewährung schnell zu übernehmen. Das ist ein Muster, das es jetzt im GKV-Bereich so noch nicht gibt.

Die Frage, ob es eine Selbstverwaltung wie beim EBM geben soll, habe ich gerade ausführlich beantwortet.

Es wurde auch die Frage nach einem möglichen Datenmissbrauch gestellt. Es wurden im Vorfeld Forderungen nach einem Bewertungsinstitut laut. Dieses wird es nicht geben, sondern wir sagen: Wir brauchen, wenn wir die GOÄ gemeinsam weiterentwickeln und pflegen wollen, eine gemeinsame akzeptable Datengrundlage. Sie soll durch eine Datenstelle geschaffen werden, die wir uns – da danken wir sehr der FMH – entsprechend dem Vorbild der schweizerischen Datenstelle für den TARMED vorstellen, wo drei Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter sitzen und mit einem schmalstmöglichen Budget die gemeinsame Datengrundlage erarbeiten. Die Daten werden nach bestimmten Fristen wieder gelöscht. Es wird also keine gläserne Arztpraxis bzw. eine gläserne Patientensituation mit Langzeitbeobachtung geben.

Deshalb beantworten wir an dieser Stelle die Ängste mit Nein. Wir sehen keine Grundlage, dass sie aus der Rahmenvereinbarung abgelesen werden können. Wir sind der Überzeugung, dass wir das Entstehen dieser Ängste verhindert haben.

Es stellt sich die Frage: Was tun? Mit der Rahmenvereinbarung entspricht die Bundesärztekammer eigentlich der Beschlussfassung aus den Jahren 2011 und 2012: betriebswirtschaftliche Kalkulation. Es gibt eine Ausnahme: Den Bewertungsausschuss Ärzte im EBM haben wir ausdrücklich nicht kopiert, sondern wir haben hier weiterhin nur eine strukturierte Beratung im Sinne einer Arbeitsstruktur zwischen PKV und Bundesärztekammer geschaffen.

Die Politik unterstützt das gemeinsame Konzept, soweit auch die Beihilfe „mitmacht“. Das müssen Sie natürlich auch mit einbeziehen. Sie müssen allerdings auch berücksichtigen, dass die Politik einseitigen Initiativen der Bundesärztekammer nach dem Motto „Redet nur mit uns, andere gehören gar nicht an den Tisch“ eine klare Absage erteilt hat. Das gilt auch für die neue Bundesregierung. Sie hat leider auch wiederholt einer GOÄ-Punktwertanhebung eine Absage erteilt.

Man kann natürlich überlegen, die alte GOÄ beizubehalten und zu sagen: Wir reaktivieren den Konsultationsausschuss „Gebührenordnung für Ärzte“, der im Grunde in den Schlaf versetzt wurde, weil er bei einzelnen Schritten zur Aufnahme neuer Leistungen nicht die notwendige Einigkeit herbeigeführt hat. Dann hätte man kurzfristig Ruhe. Das klingt zunächst verlockend. Aber die GOÄ wird nicht jünger. Die Abrechnungsprobleme, die Probleme, dass Sie Ihre Leistungen nach dem aktuellen medizinischen Standard nicht wiederfinden, wären nicht beseitigt. Wir werden sicher eher mehr als weniger Rechtsstreitigkeiten bekommen.

Die Gefahr, dass in einer anders konfigurierten Regierungskonstellation sehr schnell mit einem Federstrich die GOÄ abgeschafft würde und man sagen würde, man könne es auf der Grundlage des EBM mit ein paar Anpassungen mit abrechnen, würde größer.

Man muss abwägen, ob man dieses Risiko eingehen will. Dann hätten wir am Ende die Voll-EBMisierung der GOÄ.

Zum Schluss noch ein Wort zu dem Begriff des robusten Einzelsatzes, der nicht leicht zu verstehen ist. Wir können verstehen, dass Sie Ängste haben und sagen: Der Begriff „robuster Einzelsatz“ bedeutet, dass er robust ist, dass wir auch keinen Steigerungsfaktor mehr ansetzen können. Das wollen wir damit ausdrücklich nicht. Wir haben ausdrücklich das Weiterbestehen der Steigerungsfaktoren vorgesehen, dass Sie besonderen Aufwand, besondere Umstände der Erbringung, einen besonderen Zeitaufwand, besondere Schwierigkeiten geltend machen können. Der robuste Einzelsatz ist, wie wir es in der Vereinbarung niedergelegt haben, nicht unterschreitbar. Da ist er robust. Robust soll nach dem statistischen Vokabular auch heißen, dass wir die Leistungserbringung, wie sie sich im Regelfall darstellt, bewerten. Das soll zum Ziel haben, dass die Leistungen künftig nicht im – wie wir meinen – in der Regel hoffnungslos unterbewerteten Einzelsatz der jetzt gültigen GOÄ abgerechnet werden müssen, sondern dass Sie in der neuen GOÄ den Anspruch auf eine Vergütung haben müssen, die die Leistungserbringung im Regelfall entsprechend auskömmlich honoriert. Das steckt hinter dem Vokabular des robusten Einzelsatzes.

Wenn gesagt wird – ich glaube, auch das ist Gegenstand eines Entschließungsantrags –, dass wir bei den alten Einzelsätzen bleiben sollen, damit mehr der Steigerungsfaktor angewendet werden soll, geben wir aber auch die Forderung auf, dass die neue GOÄ eigentlich die Leitwährung sein soll. Eine Leitwährung muss die Leistung so bewerten, wie sie tatsächlich in der Regel erbracht wird. Wenn wir mit der Unterbewertung und einem üppiger ausgestatteten Steigerungsfaktor fortfahren, haben wir eine Teil-EBMisierung der GOÄ erreicht. Wir wollen aber eigentlich mit dieser Leitwährung eine GOÄisierung des EBM erreichen, weil dann auch darüber diskutiert werden kann, warum eine Leistung, wie sie im Regelfall erbracht wird, in der GOÄ höher bewertet wird als im EBM.

Ich habe Ihre Zeit sehr beansprucht. Aus unserer Sicht wäre es wünschenswert, wenn wir diesen Weg der Rahmenvereinbarung weiter beschreiten könnten, wenn Sie uns Ihre Zustimmung dazu geben könnten. Dann läge der Ball jetzt allerdings im Feld der Politik. Ich möchte Ihnen ausdrücklich ganz im Sinne von Herrn Windhorst zusichern – unser Präsident hat heute zum Freihandelsabkommen mit den USA ausgeführt, dass wir Transparenz und nicht Arroganz der Verhandler fordern –, dass wir Ihnen diese Transparenz sehr gern bieten würden. Wir bitten aber um Verständnis, dass wir das nicht in einer öffentlichen Sitzung darstellen, sondern wenn wir das Signal der Politik erhalten haben, würden wir Sie als Berufsverbände und Fachgesellschaften gern an unseren Tisch bitten und Ihnen vollständigen Einblick geben und auch eine umfassende Stellungnahme abgeben.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.