

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP I Gesundheits-, Sozial- und Berufspolitik

Sachstandsbericht zur GOÄ

Dr. med. Theodor Windhorst, Münster

Vorsitzender der Gebührenordnungsgremien
der Bundesärztekammer

Dr. Windhorst, Vorstand der Bundesärztekammer: Vielen Dank, Monti. Vielen Dank auch dafür, dass ich Ihnen diese unendliche Geschichte erneut aufarbeiten darf. Bei der etwas schwierigen Informationslage kann ich verstehen, dass viele Kolleginnen und Kollegen gern etwas mehr mitgenommen werden wollen auf diesem Weg der Gebührenordnung, die für uns sehr wichtig ist, und zwar nicht nur für die Freiberufler.

Wir hatten vor der Wahl eine Phase, in der wir uns gefragt haben: Haben wir insgesamt eine Fehlinformation gestartet, weil uns die Bürgerversicherung die Arbeit abnehmen wird, eine neue Gebührenordnung in die Tat umzusetzen? Die neue Gebührenordnung, die wir für sehr essenziell halten, ist im Koalitionsvertrag nicht erwähnt. Wir haben eine politische Ebene gefunden, auf der eine Bürgerversicherung oder eine Einheitsversicherung oder das Sozialisieren der Gebührenordnung einer freiberuflich tätigen Versorgungsebene nicht mehr zur Diskussion steht.

Eine Verhandlungsdelegation von uns, bestehend aus unserem Hauptgeschäftsführer Bernd Rochell, Frau König von der Allianz und mir, war bei Herrn Orłowski im BMG. Wir haben leise angeklopft nach dem Motto: Was wird denn jetzt daraus? Es war wirklich sehr gut, dass Herr Orłowski sagte: Obwohl es nicht im Koalitionsvertrag steht, obwohl es dort keine priorisierende Thematik sein sollte, wird es vom Ministerium aber so gesehen und wir kommen weiter.

Wichtig ist Ihr Vertrauen, das Sie im Vorfeld dem Präsidenten bei seiner Wahl entgegengebracht haben, damit er seine Arbeit in seinem Bereich genauso macht wie Herr Rochell auf dem direkten Verhandlungsweg und ich im Gebührenordnungsausschuss. Wir brauchen Ihr richtiges Votum mit Druck, aber auch mit Verständnis dafür, dass wir noch nicht alles offenlegen können, weil wir uns noch auf dem Weg befinden. Wir sind noch nicht ganz fertig. Ich gebe Ihnen von hier aus mein Wort, dass Sie die letzten Abschlüsse absegnen müssen, diejenigen, die Gebietsvertreter sind, und diejenigen, die die Gebührenordnung hinterher anwenden müssen. Wir machen ja eine Gebührenordnung für Sie.

Wir haben mit Herrn Gröhe, wie wir auch heute hören konnten, jemanden, der sagt: Wir müssen in den kommenden vier Jahren, in dieser Legislaturperiode, eine neue GOÄ möglich machen können. Da sind wir auf dem besten Wege.

Bei den Zielen der Weiterentwicklung der GOÄ stehen wir ganz klar zusammen. Es geht um das Kostenerstattungsprinzip, es geht um die Doppelschutzfunktion für Patient und Arzt. Natürlich müssen wir sehen, dass eine Unter- und Überforderung durch die Gebührenordnung ausgeglichen und abgedeckt wird.

Ein ganz wichtiges Prinzip ist die persönliche Leistungserbringung. Natürlich wollen wir auch ein faires Entgelt. Der Weg führt nur über eine persönliche Leistungserbringung mit dem Einpreisen der ärztlichen Tätigkeit, mit dem Einpreisen des ärztlichen Wissens, nicht nur mit der betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die allerdings auch berücksichtigt werden muss. Es geht darum, das, was der Arzt an Leistung erbringt, durch faire Abrechnungsmöglichkeiten in eine Zahl umzumünzen.

Die Berücksichtigung der Kostenentwicklung ist ein Aspekt, den wir mit viel Verve eingepreist haben. Es geht nicht nur um die Sachkostenmittel, es geht nicht nur um die investiven Mittel, nicht nur um Energiekosten und Ähnliches, sondern es geht auch um die Kostenentwicklung, die der einzelne Arzt leisten muss, um seine Ent-

geltsituation durch seine Arbeit am Patienten zu sichern. Wir sprechen immer von robusten Einzelsätzen. Das ist ein etwas unklarer Begriff. Wir sollten sehen, dass wir Mindestsätze nehmen. Wir wollen doch nicht in die Diskussion geraten, dass das, was wir als Basiseinkommen über die GOÄ haben wollen, immer wieder mit einem Fragezeichen versehen werden muss, dass etwas herabgesetzt werden kann. Diese robusten Einzelsätze sind Mindestsätze, die auf der Basis der alten Gebührenordnung mit dem Multiplikator von 2,3 versehen sind, wie das Urteil des Bundessozialgerichts es als Richtsatz zugebilligt hat. Deshalb sprechen wir von robusten Einzelsätzen. Es ist ein nicht ganz adäquater Ausdruck.

Es darf auf keinen Fall eine EBMisierung geben, sondern wir gehen davon aus, dass Budgetierungen, Mengenregelungen überhaupt keine Diskussionsgrundlage sind. Es muss die Möglichkeit von Fortschrittsklauseln geben. Es müssen Epidemieausgaben berücksichtigt werden. Wenn es eine EHEC-Versorgung gibt, dann fallen eben auf einem gewissen Gebiet mehr Forderungen an, die in irgendeiner Weise neu aufgearbeitet werden müssen. Diese Übernahme der Gebühren ist überhaupt keine Frage. Es gibt auch keine Mengenregulierung.

Wir wollen nicht, dass eine neue Gebührenordnung eine Unterpreisigkeit feststellt. Bei den 4.350 Positionen der neuen Gebührenordnung gegenüber 2.900 früher, bei den 1.012 Leistungen im Laborbereich kann es trotz der Simulationsberechnungen auch einmal zu Verwerfungen kommen. Das haben wir von vornherein eingepreist. Das wollen wir in der Übergangsphase der ersten drei Jahre nicht.

Wir wollen eine Kostenträgerzeitrechnung, denn Zeit ist Geld. Vor allen Dingen wollen wir damit einpreisen, wie viel Zeit der Arzt am Patienten und mit dem Patienten verbringt. Gleichzeitig wollen wir einpreisen, welche Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit beim Personal anfällt.

Die qualifizierte Erbringung einer Leistung bedeutet auch, dass man nicht sagt, man mache das im Schnitt so oder so, sondern dass man die Individualität berücksichtigt. Deswegen gibt es ganz andere Zuschlagsleistungen, auf die ich gleich noch zurückkommen werde.

Wir haben keine Kostenträgerstückrechnung.

Der Arztbereich ist die wichtigste Komponente bei der Kostenträgerzeitrechnung, die wir berücksichtigen. Aber natürlich müssen wir auch alle weiteren Ressourcen bei der Ausübung der freiberuflichen Tätigkeit berücksichtigen, beispielsweise Personaleinsatz, technische Leistungen, Gemeinkosten. Die Wertschätzung der ärztlichen Leistungen ist der primäre Punkt in diesem Bereich. Das ist doch auch klar.

Wir haben nicht nur den Arztlohn und die Nettojahresarbeitszeit auf den verschiedenen Ebenen berücksichtigt, sondern auch Haftpflichtfaktoren und Produktivitätsfaktoren. Wir haben alles eingepreist, was möglich ist. Das wird auch akzeptiert. Das haben wir schon oft mit der PKV besprochen. Die Gespräche laufen rund, sie sind auf Zukunftsziele hin orientiert worden. Sie sind nicht unter dem Aspekt der Kostenneutralität zu führen.

Sie sehen hier eine Aufstellung der personellen und technischen Leistungskomponenten. Bei den technischen Leistungskomponenten geht es beispielsweise um die kalkulatorische Nutzungsdauer, um die Miete, um die Flächen, um kalkulatorische

Zinsen. Wir haben versucht, das additive Feld umfänglich für die Entgeltsituation herauszuarbeiten, damit man nicht sagen kann, wir wollten uns nur in irgendeiner Weise bereichern. Das ist alles im Einzelnen darstellbar.

Ich zeige Ihnen jetzt eine Aufstellung der Verbesserungen im Kapitel B „Grundleistungen“. Es geht dort unter anderem um eine Neuordnung der Besuchsleistungen, um eine Neuordnung der Zuschläge zu Unzeiten sowie des Kinderzuschlags.

In den Verhandlungen ist klar geworden, dass die Öffnungsklausel nicht mehr diskutiert wird. Sie ist weg.

Der Steigerungsfaktor bleibt erhalten. Wir müssen sehen, in welchen Bereichen wann die Begründung beginnt. Zum 2,3-fachen robusten Einzelsatz, den wir ausgehandelt haben, kommen die Multiplikatoren hinzu, wie Sie das gewohnt sind.

Es ist ganz wichtig, dass Sie heute aus den Diskussionen mit dem Ministerium mitnehmen, dass wir festgelegt haben, dass wir keine Selbstverwaltungslösung wollen, dass wir es irgendwie untereinander aushandeln und unser zukünftiges System vielleicht gerichtlich eingeklagt werden muss. Es gibt auch keine Verhandlungslösung. Es bleibt bei der alten Situation von § 11 der Bundesärzteordnung, dass die Selbstverantwortung beim BMG liegt und dass der Verordnungsgeber eine Gebührenordnung an uns heranbringt.

Das Einzige, was sich ändert, ist, dass wir in § 11 Untergruppierungen vornehmen mussten, um zu zeigen, wie wir eine Pflege des Systems durchführen, wie wir die Analogziffern – sie bleiben bestehen – umsetzen.

Ich weiß, dass es ein bisschen schwierig ist, sich an einem Tag wie diesem, da wir eine so gute Eröffnungsveranstaltung hatten, mit diesem trockenen Thema auseinanderzusetzen. Aber Sie möchten ja informiert werden. Deswegen bitte ich Sie, noch ein klein wenig Konzentration aufzubringen.

Unter den Verbesserungen im Kapitel B „Grundleistungen“ finden Sie auch die Berücksichtigung des hausärztlichen Versorgungsbedarfs in eigenen Gebührenpositionen. Hier nenne ich beispielhaft das geriatrische Assessment. Planung und Koordination von Aufgaben sowie Schulungen haben eine ganz andere Einpreisung erfahren, weil wir natürlich nicht wollen, dass Sie Dienste machen, die nicht abgerechnet werden können. Wir haben auch die multiprofessionellen Konsile bzw. Konferenzen, die in der neuen digitalen Welt auftauchen, mit eingepreist.

Damit komme ich zu den Beispielen. Bisher schlägt die Besuchsleistung nach Nummer 50 mit 42,90 Euro zu Buche. Hinzu kommen Unzeitzuschläge. Bei der neuen GOÄ bringt die Nummer 44 eine Erhöhung des Entgelts. Es gibt Zeitzuschläge auf der klaren Basis der Kostenträgerzeitrechnung. Auch hier gibt es Unzeitzuschläge.

Auf dieser Folie sehen Sie vier Fälle der Besuchsleistung im Vergleich aufgeführt, unterteilt nach jetziger GOÄ und neuer GOÄ. Sie sehen, dass wir natürlich wollen, dass es ein Add-on gibt. 30 Jahre Ruhe bei einer Gebührenordnung sind ja katastrophal. Wir müssen zusehen, dass wir eine ehrliche, faire und nachvollziehbare Gebührenordnung schaffen, damit man uns nicht sagt: Ihr wollt nur mit Daumenparametern die Zeit von 30 Jahren überbrücken. Die Übergangslösung mit einem Inflationsausgleich ist auf Seite 3 des Vorstandsantrags I-01 angesprochen.

Im Zusammenhang mit der Todesfeststellung müssen wir eine vom Ministerium abgesegnete neue Gebührenstaffelung haben, die uns eine klare Rechnungslegung ermöglicht, damit wir nicht in einen grauen Bereich der nicht nachvollziehbaren Abrechnung kommen. Sie sehen hier vier Beispiele, anhand deren Sie die Entwicklung ablesen können. Wenn es jetzt 51 Euro plus Wegegeld gibt, sollen es nach der neuen Gebührenordnung gut 202 Euro plus Wegegeld sein. Da bewegt sich auch viel.

Ich komme zu den Kinderzuschlägen. Sie sehen die Steigerungen beim robusten Einzelsatz gegenüber der bisherigen GOÄ. Die spezifische Beratungsleistung kann man mehrfach berechnen. Bei der homöopathischen Erstanamnese steigt die Vergütung von jetzt knapp 118 Euro auf etwas über 183 Euro. Die Mindestdauer beträgt eine Stunde. Das ist natürlich auch für jeden sonst abrechenbar.

Bei den sonografischen Leistungen scheint es nach der Tabelle bei der Ultraschalluntersuchung zukünftig einen geringeren Satz zu geben. Aber zukünftig wird bei der Ziffer 420 bei bis zu drei weiteren Organen je Organ ein Zuschlag von knapp 7 Euro möglich sein. Zukünftig wird ein Kinderzuschlag K1 in Höhe von gut 12 Euro möglich sein. Bisher gibt es keinen Kinderzuschlag.

In der Pneumologie wird der Betrag für die oxymetrische Untersuchung eigentlich sehr stark gesenkt. Dafür hat die Ziffer 602 eine ganz andere Dimension. Die Kernzeit von fünf Minuten stellt eine sehr gute Ebene dar.

Bei der spiroergometrischen Untersuchung gibt es, besonders unter Berücksichtigung des Kinderzuschlags, eine starke Veränderung.

Bei der Strahlendiagnostik gibt es hinsichtlich der Brustorgane-Übersicht ein Add-on.

Haben Sie das Vertrauen, dass die drei Personen, die ich vorhin genannt habe, versuchen, die ärztliche Arbeit angemessen einzupreisen. Haben Sie auch das Vertrauen, dass wir uns nicht über den Leisten ziehen lassen. Wir haben zurzeit Verhandlungspartner, mit denen wir wirklich gut umgehen können.

Beim Antrag I-01 ist die Übergangslösung in Form des Inflationsausgleichs vorgesehen. Wir haben aufgrund der Inflation einen Verlust von 31,8 Prozent. Das ist sehr, sehr viel Geld. Das ist eigentlich auch relativ ungehörig. Wir werden das nie wieder ganz aufholen können, aber wir werden es zum Anlass nehmen, entsprechend dem Antrag I-01 den Inflationsausgleich durch eine Übergangslösung zumindest teilweise herbeizuführen. Wir möchten da für den Antrag I-08 ein starkes Votum erhalten. Es geht ja nicht nur um die Bundesebene, sondern auch die Länderebene ist betroffen. Es muss ja nicht nur das Bundesministerium zustimmen, sondern auch die Bundesländer-Kommission und die Landesärztekammern wegen der Beihilfe.

Es wäre schön, wenn wir Sie davon überzeugen könnten, dass Sie mit der neuen GOÄ nicht benachteiligt sind, sondern ein richtiges Add-on gegenüber der alten ausgelutschten Gebührenordnung haben. Die alte Gebührenordnung ist weder weiterzuentwickeln noch zu verhandeln. Sie ist auch nicht transparent. Sie kriminalisiert eher. Wir müssen hier proaktiv vorgehen. Wir sind Ihre gewählten Verhandler. Wir wollen dieses Vertrauen nicht zerstören. Wir bitten um Ihr weiteres Vertrauen mit einem starken Votum dieses Hohen Hauses.

Vielen Dank.