

In den Startlöchern: Die Novellierung der GOÄ

Die Bundesärztekammer hat ihre Hausaufgaben erledigt. Ihr Vorschlag für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) umfasst eine komplette Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums sowie ein methodisch ausdifferenziertes und empirisch abgestütztes Bewertungskonzept. Hiermit setzt die Ärzteschaft neue Maßstäbe für den 2011 beginnenden Novellierungsprozess.

Eine der wichtigsten Entscheidungen für die zukünftige Rolle der GOÄ steht jedoch jetzt schon an: Die vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) geforderte Einführung von freien Preisverhandlungen via Öffnungsklausel. Bei aller Offenheit für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen – Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut und darf im Interesse unserer Patientinnen und Patienten nicht dem freien Markt überlassen werden.

von Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A.

DER HANDLUNGSBEDARF ZUR **NOVELLIERUNG** der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte ist selbsterklärend: 1996 erfolgte eine Teilnovellierung, die letzte umfassende Novellierung der GOÄ reicht in das Jahr 1983 zurück. Der Punktwert der GOÄ wurde seither von 10,0 auf 11,4 Deutsche Pfennige = 5,82873 Cent angehoben, das entspricht einer Anhebung um 14 % über einen Zeitraum von nunmehr über 27 Jahren. Die kumulative Inflationsrate für den gleichen Zeitraum beträgt dem gegenüber mit rund 69 % fast das Fünffache dieser Punktwertanhebung.

UMFASSENDE VORSCHLAG DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR EINE NEUE GOÄ

Bundesgesundheitsminister Rösler hat der Bundesärztekammer zugesagt, im Anschluss an die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), die dem Vernehmen nach kurz vor dem Abschluss stehen soll, unverzüglich die Novellierung der GOÄ in Angriff zu nehmen. Die Bundesärztekammer hat hierzu einen umfassenden Vorschlag für eine neue GOÄ entwickelt, der – entsprechend einer gemeinsamen Pressemitteilung von BMG und Bundesärztekammer vom 27. August 2010 – die Beratungsgrundlage für den anstehenden Novellierungsprozess bilden soll.

NEUES LEISTUNGSVERZEICHNIS

Unter Einbeziehung von insgesamt rund 160 ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften hat die Bundesärztekammer eine Neubeschreibung des ärztlichen Leistungsspektrums erarbeitet. Maßgeblich waren hierbei insbesondere folgende Gesichtspunkte:

- ▶ Aktualisierung gemäß dem medizinischen Fortschritt
- ▶ Antworten auf den gewandelten Versorgungsbedarf

- ▶ bessere Abbildung von Leistungen der sprechenden und zuwendungsorientierten Medizin
 - ▶ Präzisierung von Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen
- Dabei wurden nicht nur neue Leistungen, wie zum Beispiel neue Operationsmethoden und medizintechnische Innovationen in das Leistungsverzeichnis integriert, sondern zahl-

Einzel Schritte legendiert. Die Bundesärztekammer erwartet hiervon für die Zukunft eine erhebliche Reduzierung von Abrechnungskonflikten und Auslegungsfragen, die aus der Verschärfung des Zielleistungsprinzips nach § 4 Abs. 2a GOÄ im Jahre 1996 ohne gleichzeitige Anpassung der Leistungslegenden resultierten. Das Leistungsverzeichnis wird ergänzt um ein komplexes Regelwerk von Abrech-

GOÄ Nr. 36 NEU

(Zwischen-) Anamnese und/oder Beratung bei chronischer Mehrfacherkrankung **im Rahmen kontinuierlicher hausärztlicher Betreuung, z. B. bei Medikamentenneueinstellung oder -umstellung oder -abgleich oder bei lebensverändernder Entwicklung einer oder mehrerer der Erkrankungen oder bei Entstehung von Komplikationen durch gegenseitige Beeinflussung von Erkrankungen oder Ähnlichem von mehr als 10-minütiger Dauer.**

Die Leistung nach Nummer 36 darf nur einmal im Behandlungsfall berechnet werden. Neben der Leistung nach Nummer 36 sind die Leistungen nach Nummer 1a bis 1d und 15 am gleichen Tag nicht berechnungsfähig.

GOÄ Nr. 3400 NEU

Rehabilitative und sozialmedizinische **Anamnese, Untersuchung, rehabilitativer Behandlungsplan, kontinuierliche Anleitung und Schulung, Behandlung und standardisierte Dokumentation behandlungsbedürftiger Einschränkung(en) der Funktionsfähigkeit bei Krankheit(en) / Verletzung(en) / Störung(en) unter Berücksichtigung der persönlichen Lebensbedingungen des Patienten.**

Eine Einschränkung der Funktionsfähigkeit nach der Nr. 3400 liegt vor, wenn Schädigungen von Strukturen und Funktionen und Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe an relevanten Lebensbereichen, ggf. auch durch negative Lebensumstände, bestehen, bzw. drohen.

Abb.1 – Vorschlag der Bundesärztekammer für eine neue GOÄ: Beispiel für neue Leistungen

DR. R. KLAKOW-FRANCK M.A.

reiche Kapitel und Subkapitel völlig neu konzipiert. Dem Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung entsprechend wurden Gebührenpositionen für die Versorgung chronisch kranker Patienten aufgenommen; bisher können diese Leistungen (s. Abb. 1) nur über mehr oder weniger konfliktive Analogbewertungen, zum Beispiel analog der Nr. 34 GOÄ dargestellt werden. Völlig neu geschaffen wurden Subkapitel u. a. für die Palliativmedizin und multimodale Schmerztherapie sowie für ärztliche Leistungen aus dem Bereich der Rehabilitationsmedizin.

Komplexere Leistungen, wie größere operative Eingriffe und interventionelle Maßnahmen, wurden unter Erfassung der methodisch notwendigen

Leistungsbestimmungen. Dieses ist nicht erst für die spätere Anwendung der neuen GOÄ relevant, sondern bereits schon für die Hochrechnungen der finanziellen Auswirkungen der neuen GOÄ unabdingbar.

Die Erweiterung um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Schaffung neuer Subkapitel sowie die methodische Vorgabe, komplexere Leistungen im Sinne des Zielleistungsprinzips von § 4 Abs. 2a GOÄ trennschärfer als bisher in der alten GOÄ voneinander abzugrenzen, hat trotz selbstverständlicher Streichung inzwischen obsoleter Leistungen zu einer Erhöhung der Gesamtanzahl von Gebührenpositionen geführt: Das von der Bundesärztekammer neu

konzipierte GOÄ-Leistungsverzeichnis umfasst nunmehr insgesamt 4.065 Gebührenpositionen (2.993 Positionen ohne laborärztliche Leistungen) gegenüber 2.916 Gebührenpositionen heute (1.990 Positionen ohne Labor). Aus der Vergrößerung des Leistungsverzeichnisses sollte jedoch nicht vorzeitig der Schluss gezogen werden, Privat abrechnungen würden zukünftig umfangreicher ausfallen als bisher – das Gegenteil ist der Fall: Die von der Bundesärztekammer in Kooperation mit den privatärztlichen Verrechnungsstellen durchgeführten Feldversuche zur neuen GOÄ haben gezeigt, dass vergleichbare Behandlungsfälle auf Basis des neukonzipierten Einzelleistungskatalogs mit wesentlich weniger Gebührenpositionen zielgenauer abgebildet werden können, als



Laparoskopischer Eingriff | FOTO: CARSTEN KATTAU / FOTOLIA

genabschätzungsprojekt. Die Bundesärztekammer hat sich dabei für eine empirisch abgestützte betriebswirtschaftliche Kalkulation ihrer Gebührenvorschläge entschieden (vgl. Abb. 2). Die große Bandbreite und fachspezifische Unterschiedlichkeit des Leistungsspektrums – von der sog. Protonentherapie – macht es unmöglich, über alle Arztgruppen hinweg von einem durchschnittlichen Stundenumsatz auszuge-

hen. Was jedoch möglich ist und im Sinne der innerärztlichen Honorargerechtigkeit auch angestrebt werden sollte, ist die Zugrundelegung desselben kalkulatorischen Unternehmerlohns über alle Arztgruppen hinweg als Ausgangsbasis für die Bewertung des ärztlichen Leistungsanteils (der sog. „AL“). In Anlehnung an die „Urformel“ des Schweizer Tarmed „AL+TL“ (AL = Arztkosten, TL = Investitions- und Technikkosten) wurde ein komplexer, GOÄ-spezifischer Bewertungsalgorithmus entwickelt und mit ausdifferenzierten Kostenstruktur-Daten hinterlegt, um der fachspezifischen Unterschiedlichkeit der jeweiligen ärztlichen Tätigkeitsschwerpunkte gerecht werden zu können. Besonderheit des Bundesärztekammer-Bewertungsprojekts ist außerdem die Entwicklung eines Gewichtungmodells, mit dem eine systematische Aufwertung des ärztlichen Leistungsanteils gegenüber der nicht-ärztlichen Leistungskomponente erzielt wird: Der Einsatz ärztlicher Kompetenz soll sich zukünftig wieder mehr lohnen.

Ergebnis des datengestützten Bewertungsprojekts der Bundesärztekammer ist die Kalkulation sogenannter „robuster“ Einzelsätze, die sich nicht in einer Berechnung der Istkosten zu einem Zeitpunkt x auf „Break-Even-Niveau“ erschöpfen, sondern eine Wertschätzung der ärztlichen Leistung ausdrücken (vgl. Abb. 3). Nach Abschluss der Bewertungsphase wurden die Kalkulationsergebnisse auf Basis großer Abrechnungstichproben plausibilisiert und auf Über- und Unterbewertungen sowie innerärztliche Ausgewogenheit überprüft. Die anschließend in Kooperation mit verschiedenen PVS-Verrechnungsstellen sowie ergänzenden Refe-



Abb.2 – GOÄ-Bewertungsprojekt der Bundesärztekammer: Eckpunkte

DR. R. KLAKOW – FRANCK M.A.

dies auf Basis der derzeit noch gültigen GOÄ gegeben ist. Fehlanreize zur bausteinartigen Summation von Gebührenpositionen, ein Kritikpunkt an der heute gültigen GOÄ, wurden beseitigt.

BEWERTUNGSPROJEKT

Ein weiteres Kernstück des Bundesärztekammer-Vorschlags einer neuen GOÄ bildet das Bewertungs- und Fol-

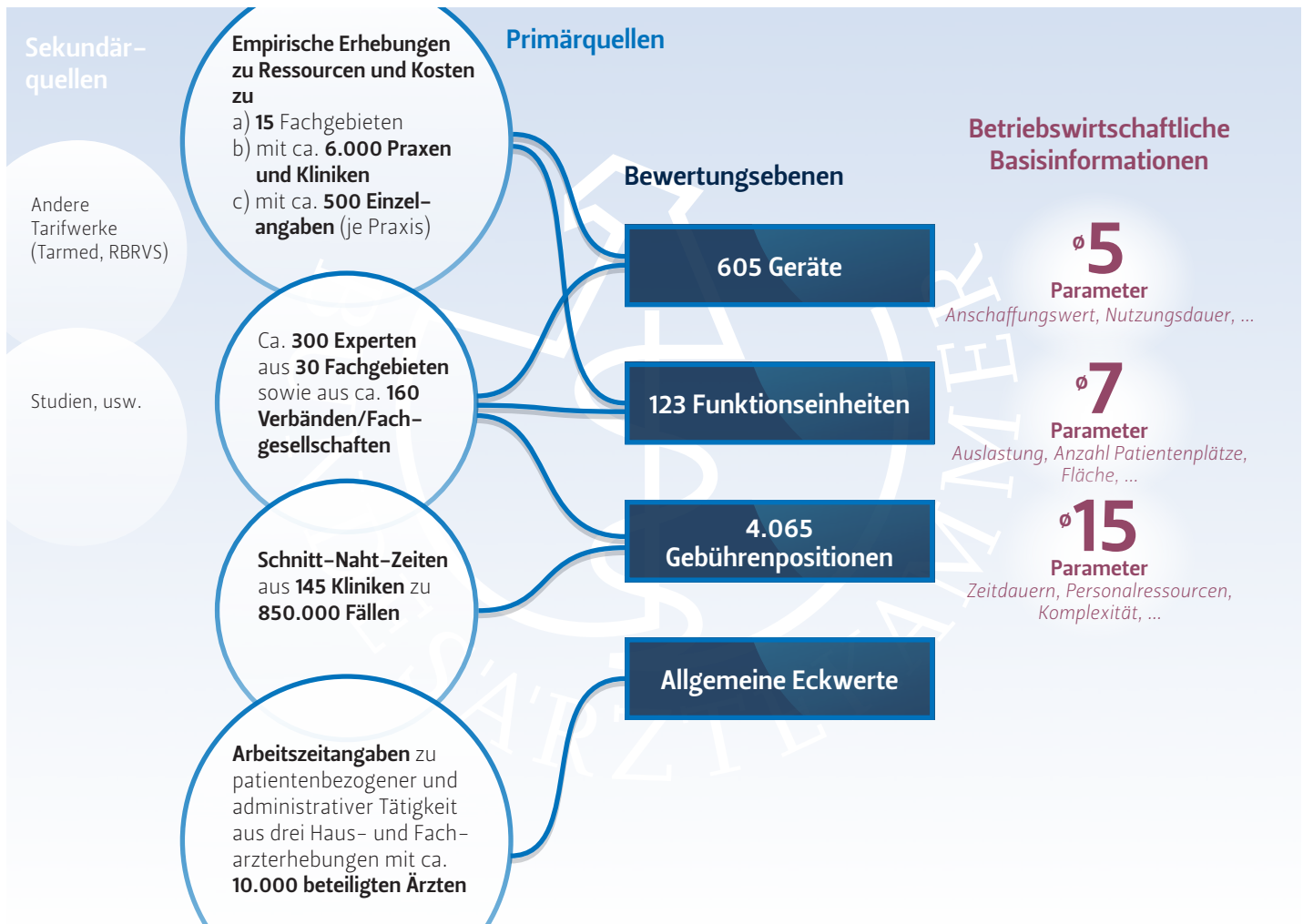


Abb.3 – GOÄ-Bewertungsprojekt der Bundesärztekammer: Betriebswirtschaftliche Basisinformationen und deren Quellen

DR. R. KLAKOW-FRANCK M.A.

renz-Krankenhäusern durchgeführten Praxistests (Feldversuche) ergaben zusätzliche wertvolle Hinweise zur Anwendbarkeit der neuen GOÄ sowie zur Transcodierung zwischen GOÄalt und GOÄneu.

KONTINUIERLICHE WEITERENTWICKLUNG DER GOÄ IM SINNE DES VORSCHLAGSMODELLS

So aktuell und innovativ der Vorschlag der Bundesärztekammer für eine neue GOÄ zur Zeit ist, die Dynamik des medizinischen Fortschritts, aber auch die Kostenentwicklung ist unaufhaltsam. Da Novellierungen der Amtlichen Gebührenordnungen erfahrungsgemäß nur in großen Intervallen erfolgen, schlägt die Bundesärztekammer die Weiterentwicklung des „Zentralen Konsultationsausschusses für Ge-

bührenordnungsfragen“, in dem neben der Bundesärztekammer der PKV-Verband und Vertreter der Beihilfeko-

Die Bundesärztekammer empfiehlt die Weiterentwicklung des „Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen“.

stenträger und des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sowie mit Gaststatus die Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) vertreten sind, zu einem privatärztlichen Bewertungsausschuss vor. Von diesem Ausschuss regelmäßig vorzulegende Aktualisierungsvorschläge (Leistungsinhalte und Leistungsbewertungen) sollten nach Rechtmäßigkeitsprüfung ohne weitere Beratungsschleifen im BMG in die Rechtsverordnung aufge-

nommen werden. Um die wünschenswerten Beschleunigung der GOÄ-Aktualisierung nicht zu behindern, sollte

für den Fall, dass zu einem Aktualisierungsvorschlag kein Konsens zwischen der Bundesärztekammer und der Bank

der Kostenträger zustande kommt, eine Schiedslösung durch eine paritätisch besetzte Schiedsstelle mit einer/einem unabhängigen Vorsitzenden vorgesehen werden.

FORDERUNGEN DES PKV-VERBANDES

Dem Vorschlag der Bundesärztekammer stehen konträre Forderungen des PKV-Verbandes gegenüber. Diese konzentrieren sich im Kern auf die

- ▶ Forderung nach einer Absenkung des GOÄ-basierten Honorarvolumens für privatärztliche Leistungen, und die
- ▶ Ermöglichung von GOÄ-unabhängigen Selektivverträgen via Öffnungsklausel.

MYTHEN DER GESUNDHEITSPOLITIK: KOSTENEXPLOSION BEI DEN PRIVAT- ÄRZTLICHEN LEISTUNGEN

Den Vorwurf, die privatärztlichen Leistungen seien zu teuer und Hauptursache der rasanten Prämiensteigerungen, begründet der PKV-Verband mit Hinweis auf die jährlichen Steigerungsraten bei den Ausgaben für ambulante privatärztliche Leistungen. Diese betragen in den letzten Jahren knapp 4 %. Steigende Ausgaben für die ärztliche Versorgung sind allerdings kein Solitärproblem der PKV, sondern auch in der GKV und ubiquitär in allen OECD-Staaten zu beobachten, da schlichtweg demographiebedingt. Die Gesundheitsausgabenentwicklung stellt sich im deutschen Gesundheitssystem, einschließlich der PKV, alterstrukturbereinigt sogar günstiger dar als in anderen Ländern, deren Gesundheitssysteme in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion häufig vorschnell als effizienter und wirtschaftlicher hingestellt werden, wie zum Beispiel das Gesundheitssystem in den Niederlanden.

Die PKV verschweigt außerdem, dass der Anteil der Ausgaben für ambulante privatärztliche Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben der PKV in den letzten 15 Jahren relativ konstant bei durchschnittlich 25 % liegt – allein dies widerlegt schon die Legende von der angeblichen „Kostenexplosion“ bei den privatärztlichen Leistungen (s. Abb. 4).

Ursächlich für die derzeitigen Probleme der privaten Krankenversicherungen ist nicht die Ärzteschaft, sondern gezielte Destabilisierungsmaßnahmen und Wettbewerbsverzerrungen zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherungen, wie sie der PKV

unter der Ägide von Ulla Schmidt zugefügt wurden, um den Weg zur Bürgerversicherung zu ebnen. Darüber hinaus sollte die PKV eigene, hausgemachte Probleme angehen: Möglichkeiten zu einer vernünftigen Tarifgestaltung, mit der die Eigenverantwortung der Versicherten gestärkt und die Inanspruchnahme von Leistungen gesteuert werden könnten, werden nicht genutzt. Stattdessen leisten sich die PKV-Unternehmen einen Tarifdschungel mit rund 5.000 unterschiedlichen Tarifen ohne jeg-

Trotz der vielen Klagen geht es der Branche nicht schlecht. Speziell die Aktiengesellschaften schütten jährlich erkleckliche Gewinnbeteiligungen aus. Selbst im Krisenjahr 2009 erzielte zum Beispiel die Allianz Private Krankenversicherungs AG nach Steuern einen Jahresüberschuss von 93 Millionen Euro, der nach derzeitigen Zahlen in 2010 noch deutlich übertroffen werden wird.

ÖFFNUNGSKLAUSEL – SCHÖNE NEUE VERTRAGSWELT?

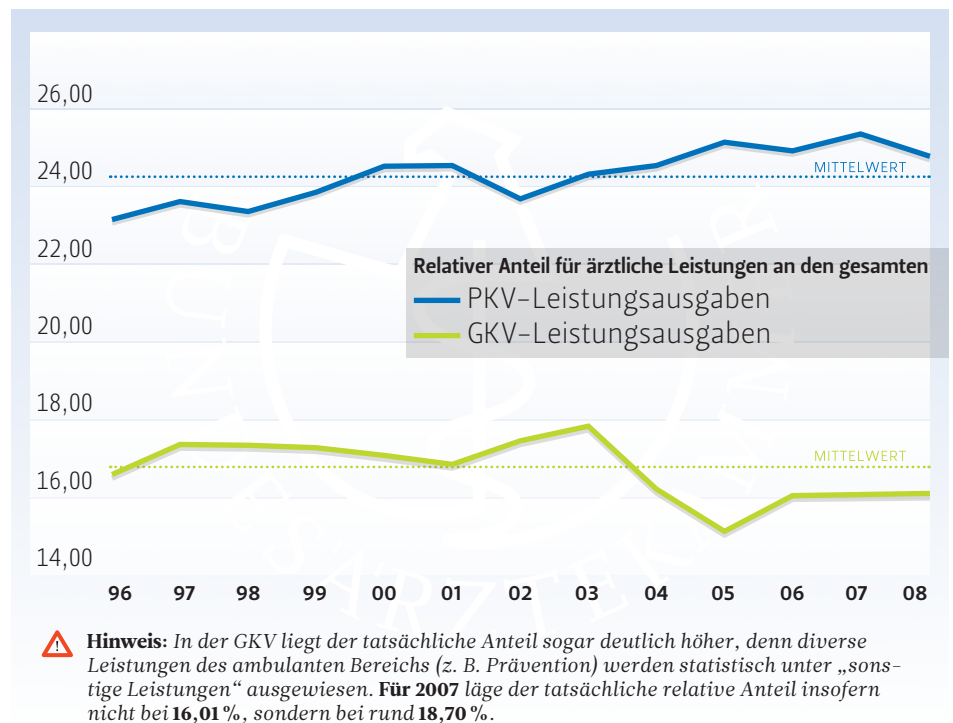


Abb. 4 – Relativer Anteil für ärztliche Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben:
Vergleich GKV und PKV DR. R. KLAKOW-FRANCK M.A.

lichen Steuerungseffekt auf die Inanspruchnahme von Leistungen und einen fragwürdigen Tarif-Preis-Wettbewerb um PKV-Neukunden zu Lasten der Bestandsversicherten. Abgesehen hiervon werden jährlich rund 2,5 Mrd. Euro – dies entspricht in etwa 50 % der jährlichen Ausgaben für ambulante privatärztliche Leistungen – alleine für Abschlussaufwendungen (v. a. Maklerprovisionen) ausgegeben!

Die Bundesärztekammer erwartet von den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern eine differenzierte Betrachtung der Situation der PKV:

Vor dem Hintergrund der geschickt inszenierten Weltuntergangsstimmung mit „Kostenexplosion“ und „Unausweichlichkeit von Kostendämpfungsmaßnahmen“ im Zuge der GOÄ-Novellierung lockt der PKV-Verband Ärztgruppen und -verbände mit den Vorzügen von Vertragsfreiheit via Öffnungsklausel. Bereits im Zuge der Novellierung der GOZ ist geplant, über eine Öffnungsklausel Selektivverträge zwischen den privaten Krankenversicherungen sowie den Kostenträgern der Beihilfe einerseits und (Zahn-)Ärzten, (Zahn-)Ärztgruppen oder

Krankenhäusern andererseits zu ermöglichen. Die Einführung einer solchen Öffnungsklausel in die GOZ würde ein unmittelbares Präjudiz für die GOÄ darstellen.

Zur Einführung der Öffnungsklausel in die GOZ bzw. GOÄ fehlt dem Verordnungsgeber nicht nur die Ermächtigungsgrundlage, ein solches Instrument ist auch im Hinblick auf das EU-Wettbewerbsrecht sowie unser eigenes Verfassungsrecht als höchst problematisch einzustufen. Die geplante Öffnungsklausel würde tief in die Grundsätze der freien Arztwahl und ärztlichen Therapiefreiheit eingreifen. Die Verbindlichkeit der GOÄ, die immer dann anzuwenden ist, soweit durch ein Bundesgesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, würde ad absurdum geführt.

Via Öffnungsklausel möchte die PKV vom Payer zum Player avancieren, Mengen und Preise selber bestimmen,

Gesundheitsminister jedoch zunächst einmal nicht auf taube Ohren stoßen.

Die geplante Öffnungsklausel sieht jedoch nur auf den ersten Blick wettbewerbsfreundlich aus; de facto würde sie zu massiven Wettbewerbsverzerrungen in verschiedener Hinsicht führen: Gegenüber der Zahnärzteschaft und Ärzteschaft würde die Marktmacht der privaten Krankenversicherungen einseitig gestärkt. Innerhalb der privaten Krankenversicherungen dürfte es zu Konzentrationsprozessen zugunsten der Versicherungen kommen, die selber oder durch Allianzen mit gesetzlichen Krankenversicherungen über die Logistik zum Betreiben von Einkaufsmodellen verfügen. Dies sind ausgerechnet jene Versicherungskonzerne, die bereits jetzt schon erkennbar ihr Geschäftsinteresse mehr und

FAZIT – NOVELLIERUNG DER GOÄ: IM FADENKREUZ DER KONVERGENZ VON PKV UND GKV

Es besteht parteienübergreifender Konsens, dass sich das Gesundheitswesen für mehr Wettbewerb öffnen soll. Die Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen – eine Forderung, die schon in Lahnstein 1992 erhoben wurde – für mehr Wettbewerb jeweils innerhalb sowie zwischen PKV und GKV bis hin zur Kon-

Die Verhinderung eines unter Umständen ruinösen Preiswettbewerbs zu Lasten der Qualität der Versorgung liegt nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern dient vor allen Dingen den Patienten.

vergenz beider Systeme erscheint keine Frage mehr des „ob“, sondern nur noch des „wie“ (Bürgerversicherung versus holländisches Modell) und des „wann“ (nächste Legislaturperiode).

Damit unser Gesundheitswesen auf dem Weg zu mehr Wettbewerb nicht völlig in die Ökonomisierung und Kommerzialisierung abdriftet, sei daran erinnert, dass Gesundheit ein übergeordnetes Gut ist. Aus diesem Grund hat der deutsche Gesetzgeber amtliche Gebührenordnungen geschaffen. Die GOÄ sichert die ordnungsgemäße Erfüllung der dem freien Arztberuf im Allgemeininteresse übertragenen Aufgabe. Die Verhinderung eines unter Umständen ruinösen Preiswettbewerbs zu Lasten der Qualität der Versorgung liegt nicht nur im Interesse der Ärzte, sondern dient vor allen Dingen den Patienten. Der Leuchtturmcharakter und die Doppelschutzfunktion von GOZ und GOÄ für Patienten und Ärzte sind in einem stärker marktorientierten Gesundheitswesen unverzichtbarer denn je. ■



Wandel des Versorgungsbedarf: Die neue Gebührenordnung muss insbesondere auch die Leistungen für multimorbide und chronisch Kranke abbilden. | FOTO: YURI ARCURS / DREAMSTIME.COM

GKV-analoge Steuerungsinstrumente wie Direktabrechnung, Sachleistung u. v. m. erhalten, kurzum Ärzte und Patienten steuern. Mit dem Bekenntnis der Regierungskoalition zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten und des freien Arztberufs ist dieser Wunschzettel des PKV-Verbands eigentlich nicht vereinbar. Naturgemäß kann die Forderung nach Vertragsfreiheit und Wettbewerb via Öffnungsklausel bei einem liberalen

mehr auf das Zusatzversicherungsgeschäft verlagern. Es stellt sich die Frage, wie lange die Unternehmen, insbesondere unter den Versicherungsver-einen auf Gegenseitigkeit (VvaG), die auf das tradierte Hauptgeschäftsmo-dell, die private Krankheitsvollversicherung, angewiesen sind, den Richtungswechsel bei den Weichenstellungen für die Zukunft des PKV-Systems tolerieren wollen.



Dr. med. Regina Klakow-Franck M.A. ist stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der BUNDESÄRZTEKAMMER.

www.aerztepost.net/autoren