

9. Ärztliche Honorierung

9.1 GOÄ-Reformkonzept der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer hat sich auch im Berichtsjahr intensiv für eine Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) eingesetzt. Auf der Grundlage von Beschlüssen des 110. Deutschen Ärztetages 2007 in Münster aber auch der vorhergehenden Ärztetage stand die Realisierung des Konzeptes der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte im Mittelpunkt der Arbeit. Der Deutsche Ärztetag 2007 in Münster hatte sowohl in seinem Leit Antrag zur Gesundheits-, sozial- und ärztlichen Berufspolitik als auch unter dem Tagesordnungspunkt „Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer“ seine langjährige Forderung nach einer Novellierung der GOÄ mit Nachdruck bekräftigt. Die GOÄ-Reform-Eckpunkte der Bundesärztekammer wurden vom 108. Deutschen Ärztetag 2005, das GOÄ-Reform-Konzept vom 109. Deutschen Ärztetag 2006 als Grundlagen für die Entwicklung einer neuen GOÄ beschlossen. Sie zeigten die grundlegende Richtung der Reform aus Sicht der Bundesärztekammer auf und sind sowohl innerärztlich mit allen ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in der Sitzung vom 19.07.2006 konsentiert als auch Verantwortungsträgern in der Politik und in anderen betroffenen Organisationen zugeleitet worden. Es ist abrufbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.3704.3729.3738>

Leitidee des Reform-Konzeptes der Bundesärztekammer ist es, die Stärken der GOÄ zu erhalten, ihre Defizite jedoch zu beseitigen. Die Stärken der GOÄ liegen in der Eigenständigkeit der Amtlichen Taxe als Referenzgebührenordnung für die leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Leistungen, die unabhängig von Vergütungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu gestalten ist, weil sie anderen Rahmenbedingungen unterliegt; die GOÄ sollte auch grundsätzlich unabhängig von Tarifen, d. h. dem Erstattungsrahmen der privaten Krankenversicherung und den jeweiligen Versicherungsbedingungen oder Beihilferichtlinien gestaltet sein. Weitere Vorteile liegen im Anspruch auf leistungsgerechte Honorierung der ärztlichen Leistungen, in der Berücksichtigung der individuellen Patient-Arzt-Beziehung, in der durchgängigen sektorenübergreifenden Systematik und dem zeitnahen Zugang zu Innovationen durch ein Selbstergänzungsrecht des Arztes über das Instrument der analogen Bewertungen. Die Defizite der GOÄ sind vor allem in der Veralterung des Gebührenverzeichnisses begründet sowie in dem durch Teilnovellierungen bedingten unausgewogenen Vergütungsgefüge, welches zu Fehlanreizen führt, der unzulänglichen Abbildung krankenhausspezifischer Leistungen wegen der Übernahme der kasernenärztlichen Vergütungsregelungen – der E-AdGo – als Vorlage für die GOÄ im Jahre 1982 sowie letztlich in der Abkopplung der GOÄ als Rechtsverordnung von der wirtschaftlichen Entwicklung. Die der Ärzteschaft zugestandenene 14 % Inflationsausgleich für die vergangenen 25 Jahre, belegen eindrücklich die Abkopplung von der Kosten und Preisentwicklung.

Das GOÄ-Reformprojekt konzentriert sich in einem ersten Schritt im Wesentlichen auf eine Reform des gesamten Gebührenverzeichnisses. Dieses Verzeichnis wird in seiner Gliederungsstruktur weitgehend beibehalten. Die Struktur des Gebührenverzeichnisses der GOÄ sieht keine arzt- oder fachgruppenspezifische Kapitel entsprechend der Struktur der (Muster-)Weiterbildungsordnung wie im EBM vor, sondern bleibt wie bisher offen für den Zugriff einzelner GOÄ-Abschnitte durch ärztliche Fachgruppen, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation die ärztliche Leistung auch fachlich verantworten. Der Paragrafenteil der GOÄ ist in Teilen zwar ebenfalls überarbeitungsbedürftig – die Gestaltung des Gebührenverzeichnisses mit einer Bewertungsüberprüfung setzt jedoch zunächst konstante Rahmenbedingungen im Paragrafenteil voraus.

9.2 Projektauftrag GOÄ – 8 Teilprojekte

Der Vorstand der Bundesärztekammer erteilte mit Beschluss vom 28.04.2006 den Projektauftrag zur Realisierung des GOÄ-Reform-Konzeptes der Bundesärztekammer, und zwar aufgeteilt in 8 Teilprojekte, nämlich

- Aktualisierung des gesamten Gebührenverzeichnisses
- Neustrukturierung zu ablaufbezogenen Leistungskomplexen im Gebührenverzeichnis
- OPS-Basierung im Gebührenverzeichnis (teilweise)
- Bewertungsüberprüfung aller GOÄ-Leistungen
- Harmonisierungs- bzw. Abgrenzungskonzept DRG/GOÄ
- Qualitätsförderung der Privatmedizin
- Systempflege/Innovationen
- Finanzauswirkungen des Konzeptes

9.2.1 Aktualisierung des Gebührenverzeichnisses/Neustrukturierung im Gebührenverzeichnis (Teilprojekte 1 und 2)

Ziel dieser beiden Teilprojekte ist es, ein modernes, dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik entsprechendes, neustrukturiertes Gebührenverzeichnis in enger fachlicher Abstimmung mit ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften zu entwickeln. Ärztliche Berufsverbände und medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften haben für die sie betreffenden GOÄ-Abschnitte Vorschläge zur Aktualisierung vorgelegt. Diese Vorschläge sind vom Dezernat der Bundesärztekammer zunächst mit internen sowie externen Sachverständigen unter ärztlich-fachlichen und gebührenrechtlichen Aspekten bewertet worden, bevor sie den Fachvertretern erneut und schließlich den Entscheidungsgremien der Bundesärztekammer vorgelegt worden sind. Die Abstimmungsprozesse erfolgten in mehr als 250 Beratungen, Telefonkonferenzen und Redaktionssitzungen. Diese Arbeit konnte dank der Unterstützung des Dezernates 4 durch Fachreferenten aus den Landesärztekammern Westfalen-Lippe, Nordrhein und Nordbaden in dem vorgesehenen zeitlichen Rahmen bewältigt werden.

Im Berichtsjahr wurden fast alle GOÄ-Abschnitte bis auf die operativen Kapitel aktualisiert; im Einzelnen handelt es sich um die Abschnitte:

- Kapitel B „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“
- Abschnitt C I „Anlegen von Verbänden“
- Abschnitt C II „Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen, Implantationen, Abstrichentnehmen“
- Abschnitt C III „Punktionen“
- Abschnitt C IV „Testverfahren“
- Abschnitt C V „Impfungen und Testungen“
- Abschnitt C VI „Sonographische Leistungen“
- Abschnitt C VII „Intensivmedizinische und sonstige Leistungen“
- Kapitel D „Anästhesieleistungen“
- Kapitel E „Physikalisch-medizinische Leistungen“
- Abschnitt E VIII „Leistungen der Rehabilitativen Medizin“
- Kapitel F „Innere Medizin“ – Angiologie, Gastroenterologie, Rheumatologie, Endokrinologie, Hämatologie, Kardiologie“ (konservative Leistungen), Nephrologie, Pneumologie
- Kapitel F „Innere Medizin – Schlafmedizin“
- Kapitel F „Dermatologie“, „Kinderheilkunde“
- Kapitel G „Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatische Medizin, Psychotherapie“
- Kapitel H „Gynäkologie“
- Kapitel I „Augenheilkunde“
- Kapitel J „Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ (konservative Leistungen)
- Kapitel K „Urologie“ (konservative Leistungen)
- Abschnitt L „Endoprothetik“
- Kapitel M „Laboratoriumsuntersuchungen“
- Abschnitt N I „Histologie, Zytologie und Molekularpathologie“
- Abschnitt N II „Gynäkologische Zytologie und Sonderverfahren“
- Abschnitt O I „Strahlendiagnostik“
- Abschnitt O II „Nuklearmedizin“
- Abschnitt O III „Magnetresonanztomographie“
- Abschnitt O IV „Strahlentherapie“

Damit sind die Teilprojekte 1 und 2 bis auf die Kapitel der operativen/interventionellen Leistungen in ihrer Aktualisierung abgeschlossen. Die operativen und interventionellen Leistungen werden in den Teilprojekten 2 „Neustrukturierung“ und 3 „OPS-Basierung“, auf der Basis eines Gutachtenauftrages an die DRG Research Group der Universität Münster entwickelt.

9.2.2 Neustrukturierung im Gebührenverzeichnis/OPS-Basierung (Teilprojekte 2 und 3)

Die Realisierung der oben genannten Teilprojekte wurde mit Vorstandsbeschluss vom 22.09.2006 durch einen Gutachtenauftrag der DRG Research Group, unter Leitung von Prof. Roeder, Münster, übertragen. Die Neustrukturierung im Gebührenverzeichnis

zielt darauf ab, neben Einzelleistungen ablaufbezogene Leistungskomplexe mit Arzt-/Fachgebiets- und Prozedurenbezug zu bilden, um die Abrechnung zu vereinfachen, Abrechnungskonflikte zu reduzieren, die gebührenrechtlichen Anforderungen in § 4 Abs. 2a (Zielleistungsprinzip) mit der Struktur des Gebührenverzeichnisses zu harmonisieren und damit die bestehenden systematischen Brüche zwischen gebührenrechtlichen Anforderungen im Paragrafenteil und Gebührenverzeichnis zu beseitigen, die Rechtssicherheit der Abrechnung zu fördern und mengenbegrenzend zu wirken. Die Nachteile von fachübergreifenden diagnose-, krankheitsfall- oder behandlungsfallbezogenen Pauschalen ohne direkten Leistungsbezug, wie z. B. Leistungsselektion, Leistungsminimierung, Intransparenz, werden damit vermieden.

Die Zuordnung der zur Leistungsdokumentation im Krankenhaus und beim ambulanten Operieren gesetzlich vorgeschriebenen OPS-Kodes (Operationen-Prozeduren-Schlüssel) – für einen wesentlichen Teil der GOÄ-Positionen – präzisiert die Leistungsinhalte der Abrechnungspositionen, reduziert Interpretationsspielräume und Falschabrechnungen, verbessert die Transparenz der Abrechnung, erleichtert die Abrechnungsprüfung. Zudem gewährleistet es mehr Rechtssicherheit, Transparenz und Akzeptanz des aktualisierten Gebührenverzeichnisses.

Die von der DRG Research Group erstellte Projektplanung sieht fünf Arbeitspakete vor:

1. Identifikation potentieller ablaufbezogener Leistungskomplexe anhand der GOÄ; Ablaufbezogene Leistungskomplexe sind in denjenigen Fällen angezeigt, in denen medizinische Prozesse zeitlich regelhaft zusammenhängend ablaufen, z. B. Operation vom Schnitt bis zur Naht. Erhalten bleiben soll der (Fach-)Arztbezug, d. h. es soll keine fachübergreifenden Leistungskomplexe, z. B. für Operateur und Anästhesist geben. In einem Leistungskomplex sollen die methodisch notwendigen und die häufigen fakultativen Leistungsbestandteile einbezogen werden. Seltene oder kostenaufwändige fakultative Leistungsbestandteile werden in Zuschlagspositionen abgebildet.
2. Analyse potentieller OPS-basierter Leistungskomplexe aus Krankenhaustestdaten. Die DRG Research Group hat Testdaten aus 2 Krankenhäusern hinsichtlich der Darstellung der erbrachten Leistungen analysiert. Operative und interventionelle Leistungen aus Krankenhaustestdaten wurden analysiert, mit dem Ziel, in der Praxis häufig zur Anwendung kommende Leistungskomplexe, dargestellt über OPS-Codes, heraus zu filtern und zu beschreiben.
3. Validierung OPS-basierter Leistungskomplexe anhand repräsentativer Echtdaten. Durch Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft konnten 120 Krankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen für die Datenerhebung gewonnen werden. Anhand dieser Echtdaten – 700.000 Datensätze – werden die „theoretisch definierten“ Leistungskomplexe validiert. Die Krankenhäuser wurden gebeten, die vorhandenen Leistungsdaten mit Schnitt-Naht-Zeiten für die Analyse zur Verfügung zu stellen. Geprüft wurde anhand der Echtdaten, ob sich die zuvor definierten Komplexe in ähnlicher Häufigkeitsverteilung auch in der Realität abbilden lassen.
4. Abgleich der GOÄ- und der OPS-basierten Leistungskomplexe. Die auf der Basis der empirischen Daten von der DRG Research Group erstellten Leistungskomplexe (OPS + Leistungskomplexbeschreibung), werden mit den Leistungskomplexen auf

GOÄ-Basis verglichen. Durch diesen Abgleich werden die GOÄ-Leistungskomplexe durch die datengestützten OPS-basierten Leistungskomplexe validiert. Durch die Zuordnung der von der DRG Research Group analysierten OPS-Leistungskomplexe zu GOÄ-Leistungskomplexen erfolgt gleichzeitig die Zuordnung von OPS-Codes zu den GOÄ-Leistungen für operative und interventionelle Leistungen. Ergebnis ist ein GOÄ-Leistungskomplex mit hinterlegten OPS-Codes.

5. Zuordnung von OPS-Codes zu GOÄ-Leistungen (mapping). Im sogenannten mapping werden die noch nicht bestimmten Leistungskomplexen zugeordneten GOÄ-Leistungen auf mögliche OPS-Zuordnungen überprüft. Ziel ist die OPS-Zuordnung zu Leistungskomplexen sowie zu weiteren operativen und interventionellen Leistungen. Der OPS enthält ca. 24.000 verschiedene Positionen. Eine vollständige OPS-Zuordnung zu allen GOÄ-Positionen wird nicht angestrebt und wäre ohnehin nicht möglich, da nicht für alle GOÄ-Leistungen OPS-Codes existieren. Der bürokratische Aufwand für den niedergelassenen Arzt, der bei Hinterlegung sämtlicher Gebührenpositionen kodieren müsste, ist nicht zumutbar. Die angestrebte Codierung betrifft überwiegend Bereiche (Krankenhaus, ambulante Operationen nach § 115b SGB V), in denen auch derzeit bereits codiert werden muss.

Der Projektauftrag an die DRG-Research-Group dient gleichzeitig der Vorbereitung eines Bewertungsalgorithmus, da insbesondere die aufgrund der Krankenhausdaten erfassten OP-Zeiten (Arzt-Patient-Kontaktzeiten) für die Durchführung einer Operation/Intervention als Grundlage für die Bewertungsfindung genutzt werden können. Die getroffene Zuordnung wird mit den Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften abgestimmt.

Der Projektauftrag wurde von Prof. Roeder in der Vorstandssitzung der Bundesärztekammer am 20.04.2007 in einem Zwischenbericht vorgestellt. Er konnte Anfang 2008 abgeschlossen werden, obwohl die Datenerhebung aus einem größeren Kreis von Krankenhäusern erst im Herbst 2007 ermöglicht wurde. Die Aktualisierung der operativen Kapitel mit der Neustrukturierung und OPS-Basierung wird im Frühjahr 2008 abgeschlossen sein.

Mit dem Projekt wird eine datengestützte Methodik für die Strukturierung und Bewertung der GOÄ entwickelt. Der GOÄ-Novellierungsprozess ist im Bezug auf diese Projekte methodisches Neuland, innovativ und GOÄ-spezifisch.

9.2.3 Bewertung der GOÄ-Leistungen (Teilprojekt 4)

Ziel des Teilprojektes 4 ist es, eine Neubewertung der GOÄ-Leistungen vorzunehmen, um die unausgewogene Bewertungsstruktur, die durch Teilnovellierungen im Gebührenverzeichnis entstanden ist, zu beseitigen. Im Mai und Juni 2007 wurde die Bewertung der GOÄ zunächst in zwei Workshops mit Experten aus dem Bereich Gesundheitspolitik/Vergütung, unter anderem Prognos AG, DRG Research Group, PrimeNetworks AG, Institut der Freien Berufe Nürnberg, IGES, Prof. Neubauer erörtert; in einem Problemaufriss der Geschäftsführung wurden die Ziele der Neubewertung wie folgt zusammengefasst:

- die Unausgewogenheit des Bewertungsgefüges und der damit verbundenen Fehlansätze zu beseitigen,
- versorgungs- und gesundheitspolitisch wichtige Leistungen (z. B. Grundleistungen, zuzwundungsintensive Leistungen) zu fördern,
- den technischen Fortschritt (Rationalisierung) zu berücksichtigen und
- Qualität und Qualifikation zu berücksichtigen.

Als wichtige Kriterien für die Neubewertung wurde der Erhalt der sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur angesehen, wonach – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung ambulant, stationär oder belegärztlich – die gleiche Leistung zur gleichen Vergütung führt; durch Erhalt des Gebührenrahmens bleiben Besonderheiten des Einzelfalles und das individuelle Arzt-Patienten-Verhältnis gewahrt.

In den beiden Workshops im Mai und Juni 2007 wurden auf der Basis der Vorgaben der Bundesärztekammer die Vorschläge für eine Neubewertung der GOÄ von den Sachverständigen vorgestellt. Auf der Basis dieser Expertenrunden wurden die weiterentwickelten Projektanforderungen als Grundlage für eine Projektskizze zur Bewertungsmethodik für privatärztliche Leistungen in der GOÄ formuliert; Prognos AG und Prime Networks AG legten Projektskizzen vor; IGES übermittelte einen Vorschlag für Themenfelder, in denen IGES langjährige und vielfältige Projekterfahrungen aufweisen kann.

Die von der Prognos AG am 29.06.2007 und von Prime Networks AG am 02.07.2007 eingereichten Projektskizzen sind in zwei Sitzungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer am 11.07.2007 und am 18.07.2007 analysiert worden.

Auf der Grundlage der Beratungen des GOÄ-Ausschusses am 18.07.2007 wurde ein zweistufiges Vorgehen zu diesem Projekt vorgeschlagen; danach soll die Bewertungsmethodik in einer ersten Stufe anhand von vier Musterkapiteln erprobt werden, ehe in einer zweiten Stufe die Gesamtneubewertung erfolgen soll.

Dem Vorstand wurde ein entsprechender Projektplan vorgelegt, der in seiner Sitzung vom 24.08.2007 PrimeNetworks mit dem Auftrag, Teilprojekt 4 „Bewertungsmethodik/ Bewertungsüberprüfung der GOÄ“ zu realisieren; zugestimmt wurde ebenfalls dem zweistufigen Vorgehen bei der Realisierung des Projektauftrags, wonach die Bewertungsmethodik anhand von vier Musterkapiteln in einer ersten Stufe erprobt werden soll.

Im Auftrag des Vorstandes der Bundesärztekammer befasste sich der das Bewertungsprojekt begleitende Projektbeirat in 5 Sitzungen mit der Bewertungsmethodik für GOÄ-Leistungen und konnte als Ergebnis der Erprobungsphase gemeinsam mit PrimeNetworks ein Bewertungsmodell für die GOÄ in der Vorstandssitzung im Januar 2008 präsentieren. Dieses Bewertungsmodell wurde anhand der vier Musterkapitel – B „Grundleistungen und allgemeine Leistungen“, I „Augenheilkunde“ (ohne operative Leistungen), K „Urologie“ (ohne operative Leistungen) und L „Endoprothetik“ geprüft und ist Grundlage für die Gesamtbewertung aller GOÄ-Leistungen, die bis Juli 2008 abgeschlossen sein soll.

9.2.4 Harmonisierung GOÄ-Privatliquidation und DRGs (Teilprojekt 5)

Ziel des Teilprojektes 5 – Abgrenzung DRGs und GOÄ Privatliquidation im Krankenhaus – ist der Erhalt des Privatliquidationsrechts für wahlärztliche Leistungen auf der Grundlage der GOÄ sowie die Aufrechterhaltung der Wahlärztkette. Beides gewährleistet die individuelle Patient-Arzt-Beziehung auch im Krankenhaus sowie die Transparenz der Abrechnung wahlärztlicher Leistungen und letztlich die Motivation qualifizierter Ärzte. Sie gewährleistet ferner Innovationen und leistet einen Beitrag zur Finanzierung der Krankenhäuser. Würde anstelle des Liquidationsrechtes ein pauschaler Zuschlag zum Krankenhausentgelt nach DRGs als Vergütung der wahlärztlichen Leistungen gesetzlich vorgesehen, würde die Grundlage für den Arzt-Zusatzvertrag und die wahlärztlichen Leistungen entfallen und die wahlärztliche Behandlung rechtlich der Komfortunterbringungsleistung (Ein-/Zweibettzimmer) gleichgestellt. Der pauschale Zuschlag, der politisch als eine Option zur Weiterentwicklung der Krankenhausentgelte diskutiert wird, ließe sich arbeitsrechtlich nur noch als „Gehaltszulage“ auf die bisher liquidationsberechtigten Krankenhausärzte verteilen und verlöre damit jeden Bezug zur individuellen ärztlichen Verantwortung für die Erbringung wahlärztlicher Leistungen. An die Stelle individueller Leistungshonorierung träte eine pauschale Aufteilung des Zuschlages nach einem Verteilungsschlüssel. Die Motivation der beteiligten Ärzte würde erheblich beeinträchtigt und ein wesentlicher Finanzierungsbeitrag für das Krankenhaus wäre gefährdet. Die Attraktivität der wahlärztlichen Behandlung ginge verloren. Unter diesem Aspekt prüft die Bundesärztekammer eine Harmonisierung bzw. Abgrenzung der DRGs von der Privatliquidation nach GOÄ, insbesondere um Doppelbelastungen der Wahlleistungspatienten mit Kosten zu vermeiden.

Im Expertenworkshop zur Bewertung der GOÄ im Mai 2007 wurde diesem Thema ebenfalls Raum gegeben. Prof. Neubauer zeigte mehrere Optionen auf, inwieweit eine sachgerechte Abgrenzung der DRG-Pauschale von der GOÄ-Privatliquidation möglich ist. Die Diskussion über dieses Projekt wurde im Juli durch ein Referat von Prof. Neubauer fortgesetzt; es ist jedoch noch nicht zum Abschluss gebracht worden. Derzeit stehen zum Teilprojekt 5 eine Abstimmung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie weitere politische Beratungen an. Ziel der Bundesärztekammer ist es, konzeptionelle Vorstellungen zu entwickeln, die die politischen Pläne für einen pauschalen Zuschlag zur DRG zur Abgeltung bisheriger wahlärztlicher Leistungen verhindern; auch der Plan für eine eigenständige Krankenhaus-GOÄ ohne Sachkostensockel wird abgelehnt; dies würde die sektorenübergreifende Vergütung nach GOÄ beseitigen und damit ein wesentliches Ziel, die Durchgängigkeit der Versorgung aufgrund gleichartiger Vergütungssystematiken beseitigen.

9.2.5 Qualitätsförderung der Privatmedizin (Teilprojekt 6)

Der Vorstand hatte im Rahmen seines Projektauftrages vom 28.04.2006 die Dezernate 3 und 4 beauftragt, die Bemühungen um die GOÄ-Reform durch ein Qualitätskonzept zu flankieren (vgl. Teilprojekt 6 „Qualitätsförderung der Privatmedizin“ aus dem Konzept der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ – 5.8 Qualität in der

Privatmedizin und 6.5 Innovative Elemente/Qualität der Privatmedizin). Zur Realisierung des Projektauftrages für dieses Teilprojekt wurden im Berichtsjahr vier Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt, um zunächst die Eckpunkte einer gemeinsamen Qualitätsphilosophie zu entwickeln und hierauf aufbauend eine Vereinbarung zwischen BÄK und PKV-Verband zur stufenweisen Förderung und Qualitätsentwicklung der privatärztlichen Versorgung zu entwerfen.

Als Ergebnis der Abstimmung auf Arbeitsebene mit dem PKV-Verband liegt nunmehr der Entwurf einer gemeinsamen Initiative von BÄK und PKV-Verband zur Förderung und Qualitätssicherung der privatärztlichen Versorgung vor. Mit diesem Projekt soll die Qualität der privatärztlichen Versorgung deutlicher erkennbar werden, der ggf. bestehende Nachholbedarf bei bestimmten Qualitätssicherungsmaßnahmen bedient werden, aber als weitere Programmpunkte auch eine Verbesserung des Service und Komforts sowie eine Verbesserung des Schnittstellenmanagements zwischen verschiedenen Arztgruppen bzw. zwischen niedergelassenen und dem Krankenhaus z. B. erreicht werden durch Verbesserung des Berichtswesens, Optimierung der Kommunikation, etc. Denkbar ist auch ein spezifisches Patienteninformationssystem sowie die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren bis hin zur Zertifizierung von Praxen. Ziel dieser Initiative ist es, das gegliederte Krankenversicherungssystem GKV und PKV in seiner Eigenständigkeit zu erhalten, da das Zusammenwirken beider Versicherungssysteme auch Garant für das hohe Qualitätsniveau der Versorgung in Deutschland ist. Für eine gemeinsame Qualitätsoffensive ist ein Konsens über die GOÄ-Reform Voraussetzung.

9.2.6 Systempflege/Innovationen (Teilprojekt 7)

Das Konzept zur Systempflege der GOÄ, d. h. Einbeziehung von Innovationen in die GOÄ war Gegenstand der Beratungen im GOÄ-Ausschuss und im Ausschuss Qualitätssicherung. Beide Gremien verständigten sich auf ein Konzept, das im Wesentlichen die derzeitige Methodik der Bundesärztekammer zur Einbeziehung neuartiger Leistungen in die GOÄ aufgreift. Mit diesem Konzept soll der Vorteil der zeitnahen Einbeziehung von Innovationen in die Vergütungsrealität erhalten bleiben.

Die Systempflege zur zeitnahen Einbeziehung des medizinischen Fortschrittes sieht vor, dass im Rahmen eines bewährten dreistufigen Verfahrens vor dem Hintergrund der Möglichkeit zur Selbstergänzung neuer Leistungen entsprechend § 6 Abs. 2 der GOÄ durch Analogbewertungen über

- a) die Analogbewertung durch den abrechnenden Arzt oder
- b) Empfehlungen zu Analogbewertungen durch die Bundesärztekammer bzw. Landesärztekammern hinaus
- c) Empfehlungen zur Analogbewertung durch einen fortentwickelten „Zentralen Innovationsausschuss“ bei der Bundesärztekammer ausgesprochen werden sollen.

Anerkennung und Bewertung neuer Diagnose- und Therapieverfahren sollen dabei gemäß den Beurteilungskriterien der evidenzbasierten Medizin mit dem Schwerpunkt der Einschätzung der Wirksamkeit und der medizinischen Notwendigkeit erfolgen.

Im Anschluss an diese Beurteilung soll eine Bewertungs- und gegebenenfalls Preisfindung vorgenommen werden. Das Konzept zur Systempflege soll als Grundlage für Verhandlungen mit Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und der Beihilfe dienen.

Im Rahmen einer Verfahrensordnung soll die Arbeitsweise des Innovationsausschusses geregelt werden: dieser dient sowohl als Beschluss- als auch als Beratungsgremium. Als Mitglieder sind Vertreter der Ärzte (Bundesärztekammer, gegebenenfalls einschließlich wissenschaftlicher Beirat, sowie AWMF), Vertreter der PKV und der Beihilfe, Patientenvertreter sowie gegebenenfalls unparteiische stimmberechtigte Vertreter im Fall einer notwendigen Konfliktschlichtung vorgesehen. Die Geschäftsführung soll durch die Bundesärztekammer erfolgen.

Der Ausschuss hat folgende Aufgaben:

1. Priorisierung von Anträgen zur Themenauswahl
2. Beurteilung medizinischer Leistungen: Evidenzbericht als standardisiertes transparentes Bewertungsverfahren auf der Grundlage einer Literaturrecherche, Literaturauswertung und Literaturbewertung mit Schlussfolgerungen und Empfehlungen
3. Bewertungs- und gegebenenfalls Preisfindung gemäß der Bewertungssystematik für die verschiedenen GOÄ-Abschnitte, wobei das Beschlussgremium auch als Schiedsstelle dienen soll.

Die Beschlüsse des „Innovationsausschusses“ sollen im Deutschen Ärzteblatt und im Internet veröffentlicht werden. Für die Beratungen und die Beschlussfassung sollen Bearbeitungsfristen vereinbart werden.

Im Rahmen der Evidenzbeurteilung und Bewertungsfindungen sollen auch qualitätsfördernde Instrumente (z. B. Struktur- und/oder Prozessqualitätsanforderungen (Leitlinien)) und Vergütungsanreize (z. B. Zuschläge) vereinbart werden können.

Zur institutionellen Absicherung des „Innovationsausschusses“ sollen vertragliche Bindungen bezüglich der Verfahrensordnung des Gremiums, der Priorisierung von Themen, der Evidenzbewertung und der Bewertungs- bzw. Preisfindung vereinbart werden; hierzu soll ein formales Statut ausgearbeitet und konsentiert werden.

Dieses Konzept zur Systempflege zur zeitnahen Einbeziehung von Innovationen wurde von den Ausschüssen „Gebührenordnung“ und „Qualitätssicherung“ der Bundesärztekammer befürwortet und wird dem Vorstand der Bundesärztekammer zur Konsentierung und Beschlussfassung vorgelegt werden.

9.2.7 Finanzielle Auswirkungen (Teilprojekt 8)

Wichtiger Bestandteil des GOÄ-Projektes Weiterentwicklung der GOÄ ist die Analyse der finanziellen Auswirkungen der konzeptionellen Vorschläge der Bundesärztekammer. Gegenstand ist eine Plausibilisierung der Neubewertung durch Vergleich der GOÄ Altpositionen mit den neuen GOÄ-Leistungspositionen, um die Finanzauswirkungen der Neustrukturierung und Neubewertung auf die einzelnen Arztgruppen analysieren zu können. Dieses Projekt kann erst dann durchgeführt werden, wenn die Neubewertung der GOÄ-Leistungen insgesamt erfolgt ist.

9.3 Honorarpolitische Flankierung des GOÄ-Konzeptes der Bundesärztekammer

Die inhaltliche Ausarbeitung einer neugestalteten GOÄ, insbesondere ihres Leistungsverzeichnisses, erfordert in erster Linie die innerärztliche Abstimmung über diese Vorschläge. Von besonderer Bedeutung ist aber auch die Einbeziehung möglicher Partner zur Durchsetzung des GOÄ-Konzeptes sowie die begleitende Information der Öffentlichkeit und Politik. Im Berichtsjahr fanden daher zahlreiche Abstimmungen und Gespräche mit anderen Organisationen und Institutionen im Gesundheitswesen statt, um die Bemühungen der Bundesärztekammer zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der GOÄ zu flankieren.

Direkt einbezogen in die Beratungen der Bundesärztekammer über die Realisierung der GOÄ-Vorstellungen sind neben den ärztlichen Berufsverbänden und medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften sowie den berufspolitisch tätigen Verbänden, die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch Mitwirkung im Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer. Diese direkte Beteiligung wurde ferner flankiert durch gemeinsame Beratungen und Gespräche mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen mit Auswirkungen auf das ärztliche Honorar. Des Weiteren sind Vertreter der Privatärztlichen Verrechnungsstellen wegen der weitgehenden Interessensidentität in die Arbeit des Gebührenordnungsausschusses einbezogen, aber auch wegen der unverzichtbaren Datengrundlagen für das GOÄ-Projekt. Seit Sommer 2007 wirken ebenfalls Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) im GOÄ-Ausschuss mit, da die DKG großes Interesse an der Weiterentwicklung der GOÄ, insbesondere mit der Zielrichtung Erhalt der Privatliquidation und der Wahlartzkette hat. Zudem ist durch die Mitwirkung der DKG die größere Datengrundlage für die Teilprojekte 2, 3 und 4 ermöglicht worden, um mit dieser repräsentativen Datengrundlage ablaufbezogene Leistungskomplexe zu validieren. Mehrere Beratungen mit der DKG hatten aber auch die Themen „Abgrenzung der DRG-Fallpauschale von der GOÄ-Privatliquidation“, Zukunft der Kostenerstattungsregelung im Krankenhausentgeltgesetz, die „Gestaltung der Chefarzt-Musterverträge“ und die „Frage der Liquidationsberechtigung – Träger oder Arzt“ zum Gegenstand. Die Abstimmungsgespräche über diese Themen werden fortgeführt und sind maßgeblich für die Positionierung beider Organisationen im Bezug auf die Neugestaltung des ordnungspolitischen Rahmens und dessen Auswirkungen auf den Erhalt der wahlärztlichen Leistungen und die Wahlartzkette sowie die GOÄ-Reform.

Im Berichtsjahr wurden über diese direkte Zusammenarbeit insbesondere Kontakte gepflegt zur Bundeszahnärztekammer, zum Verband der privaten Krankenversicherungen (vgl. eigenständiges Kapitel), zum Deutschen Beamtenbund, zum Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V., dem Verband der Universitätskliniken, sowie den Vertretern der Parteien und zuständiger politischer Ausschüsse.

Im Berichtsjahr wurden folgende Veröffentlichungen zum GOÄ-Projekt der Bundesärztekammer sowie die politischen Rahmenbedingungen erstellt:

- „GOÄ-Gibt es neue Entwicklungen?“, chefarzt aktuell 5/07, September/Oktober 2007
- „Weniger Geld für Privatpatienten?“, Vita Sep.2007, ProPraxis Sep. 2007, September 2007
- „Neuregelungen fördern Angleichung von PKV an GKV“, ärztepost 3/2007, August 2007
- „Die Zukunft des Arzthonorars nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)“, der freie beruf 7-8/2007, Juli 2007
- „Bundesärztekammer fordert politische Realisierung ihres GOÄ-Reform-Konzeptes“, Arzt und Krankenhaus 7/2007, Juli 2007
- „Konzept gegen die Angleichung der Vergütungssysteme“, Deutsches Ärzteblatt Heft 30, 27. Juli 2007
- „Novellierung der GOÄ – Schwierige Rahmenbedingungen“, chefarzt aktuell Ausgabe 2/04, März/April 2007
- „Weitere Honorarverluste sind vorprogrammiert“, Der Deutsche Dermatologe, 17. April 2007
- „Bundesärztekammer arbeitet mit Hochdruck“, ärztepost 1/2007, Februar 2007

9.4 Gespräch im Bundesministerium für Gesundheit

Das GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer wurde dem Bundesministerium für Gesundheit bereits im Jahre 2006 zur Verfügung gestellt und schriftlich erläutert. In einem Gespräch mit dem Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Dr. Klaus-Theo Schröder, im Frühjahr 2006 wurde Interesse am Konzept und dem Vorschlag der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung der GOÄ geäußert und darum gebeten, wenn die Beratungen einen gewissen Reifegrad erreicht hätten, eine Vorstellung des Konzeptes im BMG, insbesondere vor der Fachabteilung vorzunehmen. Eine weiterer Sachstandsbericht erfolgte im Dezember 2007 vor der Fachabteilung – dem GOÄ-Referat – des Bundesministeriums für Gesundheit. Der erste Gedankenaustausch mit Mitarbeitern des BMG war konstruktiv. Von Seiten des BMG wurde zugesagt, dass nach der GOZ-Novellierung die Novellierung der GOÄ ansteht und der Entwurf der Bundesärztekammer ebenfalls Diskussionsgrundlage sein wird; gleichzeitig aber, wie bei allen bisherigen GOÄ-Novellierungen auch, soll der EBM zum Vergleich herangezogen. Als umso bedeutsamer wird es seitens der Bundesärztekammer angesehen, die notwendigen Unterschiede zwischen EBM und GOÄ als Selbstzahlertaxe argumentativ für die Durchsetzung der GOÄ deutlich zu machen. Die Angleichung an den EBM in seiner jetzt pauschalierten Form wurde seitens des BMG differenziert und begrenzt gesehen; dennoch wird eine Auseinandersetzung und ein Vergleich hiermit stattfinden. Der Bereich wahlärztliche Leistungen im Krankenhaus wird als bedeutsam im Hinblick auf die Diskussion über den ordnungspolitischen Rahmen und das weitere Schicksal der Kostenerstattung gesehen. Hierzu besteht die Notwendigkeit, dass ein Konzept zum Erhalt wahlärztlicher Leistungen und der Wahlartzkette vorgelegt werden muss. Der Erhalt der Wahlartzkette wird seitens des BMG

als problematisch angesehen; das Ministerium lässt prüfen, ob das sog. Bündelungsprinzip, wonach die Entscheidung für die Inanspruchnahme wahlärztlicher Leistungen die Gesamtkette der Behandler im Krankenhaus und externe Konsiliarärzte einbezieht, aufrecht erhalten bleiben kann. Die Bundesärztekammer hat ihre Position bekräftigt, wonach die Privatliquidation auf Basis der GOÄ in ihrer bisherigen Struktur mit Arzthonoraranteil und Sachkosten sowie die Wahlarkette erhalten bleiben muss, zum Einen wegen des sozialen Friedens im Krankenhaus, aber auch wegen der arbeitsteiligen Behandlung in einem Team und der Motivation qualifizierter Ärzte. Als bedeutsam wurde vermerkt, dass im Zusammenhang mit der GOZ-Novellierung von Seiten des BMG nicht eine strikte Vorgabe zur Kostenneutralität besteht, sondern eine Angleichung an die Kostenentwicklung zugestanden werden wird.

9.5 Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Jahre 2004 die Beratungen über die Amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) aufgenommen. Die GOZ wurde letztmals im Jahre 1986 novelliert und muss daher an den Stand der zahnmedizinischen Wissenschaft angeglichen werden. Da die GOZ in ihrem Paragrafenteil erhebliche Schnittmengen mit der GOÄ aufweist, hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, bereits im Herbst 2004 gegenüber der Bundesministerin für Gesundheit, Frau Ulla Schmidt, darauf gedrungen, die Bundesärztekammer, wie bei der Novelle der GOZ im Jahre 1996, an den Beratungen zur Novellierung der GOZ zu beteiligen. Der Präsident betonte, dass es für die Ärzteschaft von großer Bedeutung ist, in den Abstimmungsprozess über zukünftige Weichenstellungen für das ärztliche Gebührenrecht, die bei Beratungen über die Novellierung der GOZ erfolgen, einbezogen zu sein. Anfang 2004 wurde die Forderung der Bundesärztekammer dahingehend beschieden, dass – soweit im Zusammenhang mit der GOZ-Novellierung Regelungen tangiert werden, die den Allgemeinen Teil der GOÄ betreffen – hierzu die Bundesärztekammer beteiligt wird. Die Forderung der Bundesärztekammer, in die laufenden Fachberatungen mit Vertretern der Bundeszahnärztekammer, des PKV-Verbandes und der Beihilfekostenträger regelmäßig einbezogen zu werden, wurden nicht erfüllt. Demgegenüber wurde das Fachreferat beauftragt, im Februar 2005 die Bundesärztekammer über den aktuellen Sachstand der GOZ-Novellierung zu informieren.

Die Information über den jeweiligen Sachstand der Novellierung der GOZ erfolgte regelmäßig über gemeinsame Gespräche mit Vertretern der Bundeszahnärztekammer, mit der auch jeweils eine Abstimmung über die Positionierung zu bestimmten Eckpunkten der GOZ-Novelle erfolgte. Diese Abstimmungsgespräche ergaben auch, dass die Beratungen über die GOZ-Novelle zur Neufassung des Paragrafenteils der GOZ begonnen wurden, ohne die Bundesärztekammer in die Beratungen einzubeziehen. Der Präsident der Bundesärztekammer wandte sich mit Schreiben vom

18.04.2007 daher erneut an die Bundesministerin für Gesundheit mit der nachdrücklichen Bitte, in die Beratungen über die Neufassung des Paragrafenteils der GOZ einbezogen zu werden, zumal das Ministerium zugesagt hatte, dass die Bundesärztekammer dann zu beteiligen ist, wenn es um Weichenstellungen für eine GOÄ-Novellierung geht. Da die Allgemeinen Bestimmungen im Paragrafenteil in GOÄ und GOZ weitgehend identisch geregelt sind, erfolgen mit den Beratungen über die Allgemeinen Bestimmungen der GOZ Weichenstellungen, die sich mittelbar auf eine Novellierung der GOÄ auswirken. Die Interventionen der Bundesärztekammer führten schließlich dazu, dass diese zu der dritten Sitzung der Arbeitsgruppe des Bundesministeriums für Gesundheit zur Novellierung der GOZ am 15.05.2007 eingeladen und gleichzeitig durch das Fachreferat im BMG über den Stand der Diskussion schriftlich unterrichtet worden ist. Die Bundesärztekammer hat zu den Vorschlägen zur Änderung der Allgemeinen Bestimmungen, die in dieser Arbeitsgruppe im BMG vorgeschlagen worden sind, Stellung bezogen. Die offizielle Stellungnahme der Bundesärztekammer erfolgte aufgrund des Vorstandsbeschlusses der Bundesärztekammer vom September 2007, der auf der Basis eines Problemaufrisses der Rechtsabteilung zunächst im Ausschuss „Gebührenordnung“ in dessen Sitzung vom 28.08.2007 intensiv erörtert worden war. Der Ausschuss hat empfohlen, entsprechend der mit dem Konzept der Bundesärztekammer zur GOÄ-Weiterentwicklung konsentierten Eckpunkten, in der Stellungnahme von grundsätzlichen Änderungen des Allgemeinen Teils abzusehen. Grund hierfür ist, dass die vollständige Novellierung des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, einschließlich dessen Bewertungen, auf einer eindeutig kalkulierbaren und berechenbaren Grundlage erfolgen muss, da ansonsten die Wechselwirkungen zwischen dem Allgemeinen gebührenrechtlichen Teil und dem Gebührenverzeichnis nicht beherrschbar sind. Der Vorstand beschränkte sich daher in seinem Beschluss im Wesentlichen auf die Stellungnahme zu den strukturverändernden Vorschlägen der PKV, vor allem die vom PKV-Verband geforderte Öffnungsklausel für selektive Verträge privater Krankenkversicherer mit Ärzten, Arztgruppen oder Organisationen sowie die Neudefinition des § 4 Abs. 2a zum Zielleistungsprinzip. In der Stellungnahme wurde zudem eine Anpassung des Punktwertes an die wirtschaftliche Entwicklung für unbedingt erforderlich gehalten.

Die politischen Auseinandersetzungen über die Novelle der GOZ, insbesondere zwischen Bundesministerium für Gesundheit und dem gesundheitspolitischen Ausschuss Deutschen Bundestages, ausgelöst vor allem durch eine Kleine Anfrage der FDP fanden ihren Niederschlag in mehreren Berichten der Parlamentarischen Staatssekretärin des Bundesministeriums für Gesundheit, Frau Marion Caspers-Merk, MdB, gegenüber dem Ausschuss Gesundheit des Deutschen Bundestages. Anlass war u. a. die Kritik an dem vom BMG in Auftrag gegebenen Gutachten zu den finanziellen Auswirkungen der GOZ-Novelle und dessen Prämissen, die vorgesehene Kostenneutralität der GOZ-Novelle sowie als weitere politische Vorgabe die Angleichung der GOZ an den BEMA als vertragszahnärztliche Vergütungsregelung. Unterschiedliche Auffassungen gab es insbesondere zu der Berechnung des aktuellen privatärztlichen Honorarvolumens als Vorgabe und Messlatte im Bezug auf die errechneten finanziellen Auswirkungen sowie zum Ziel des BMG, die vertragszahnärztliche Vergütungsregelung (BEMA) und die GOZ anzugleichen. Da in diesen politischen Auseinandersetzungen stets auch die Auswirkungen auf die danach erfolgende GOÄ-Novelle themati-

siert wurden, hat die Bundesärztekammer in einer Stellungnahme ihre Position zu den politischen Weichenstellungen der GOZ-Novellierung für eine GOÄ-Novelle zusammengefasst und diese am 05.12.2007 als Argumentationsmaterial in den politischen Abstimmungsprozess eingebracht. In dieser Stellungnahme wurde die politische Vorgabe einer Angleichung der Vergütungssysteme – von GOÄ und EBM – dadurch relativiert, dass als Gegenargumente die unterschiedlichen Rahmenbedingungen dieser Vergütungsregelungen, das Fehlen der krankenhausspezifischen Leistungen im EBM, die die GOÄ als sektorenübergreifende Taxe abbilden muss, sowie der Entzug von Finanzmitteln für die Versorgung des Gesamtsystems vorgebracht wurden. Einer Vereinheitlichung der Versicherungssysteme durch Angleichung der Vergütung wurde der sogenannte dritte Weg Deutschlands zwischen Staat und Markt entgegen gehalten; ein geordneter Pluralismus sei „Grauen Märkten“ oder Risikoselektion vorgezogen. Der politische Vorwurf der „Zwei-Klassen-Medizin“ als Grund für eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme, verkennt – so die Position der Bundesärztekammer – dass Differenzierung in unserer pluralistischen Gesellschaft eine Triebfeder für den Fortschritt ist und zugleich so genannte „Graue Märkte“ für Gesundheitsdienstleistungen verhindert. Länder, in denen der zweite Gesundheitsmarkt allein dem freien Spiel der Kräfte unterliegt, zeigen, dass das deutsche System mit einer regulierten Privatbehandlung vor allem für Patienten, auch GKV-Patienten, von Vorteil ist; es vereinbart Verbraucherschutz, fairen Interessensausgleich zwischen Patient und Arzt und trägt zu einer erheblichen Mitfinanzierung des gesetzlichen Gesundheitsbereichs bei. Eine Nivellierung der Privatvergütung in Krankenhaus und Praxis würde auch die Entwicklung des Gesundheitsstandorts Deutschland als Wirtschaftsfaktor konterkarieren, die Finanzierungsproblematik noch weiter verschärfen und die Demotivierung und Abwanderung von Ärzten noch weiter beschleunigen.

Soweit es die politische Vorgabe der Kostenneutralität betrifft, wurde auf die Notwendigkeit der Einbeziehung des medizinischen Fortschritts in die GOÄ, auf die bessere Bewertung der Zuwendungsmedizin und den seit 11 Jahren fehlenden Inflationsausgleich in der GOÄ (durchschnittlich 14 % Punktwertanhebung in den letzten 25 Jahren) hingewiesen. Die Stellungnahme ist im Internet unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108.3704.3729.5945> abrufbar.

Die Beratungen über die GOZ-Novelle sollen im ersten Halbjahr 2008 abgeschlossen werden. Ein erster Entwurf über die Allgemeinen Bestimmungen zur GOZ ging der Bundesärztekammer Anfang Januar zu. Dieser erste vertrauliche Entwurf wird Gegenstand von Beratungen in der Arbeitsgruppe beim BMG, bestehend aus Bundeszahnärztekammer, PKV-Verband, Beihilfeträger und Bundesärztekammer, Ende Februar 2008 sein. Die gravierendste Änderung der Allgemeinen Bestimmungen ist die Öffnungsklausel für selektive Verträge, die die Angleichung der Versicherungssysteme begünstigt und die GOÄ und ihrer Funktion als Verbraucherschutz aushöhlt.

9.6 GKV-WSG und Privatliquidation/Standard-/Basistarif

Die Beratungen über den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) – wurden im Berichtsjahr fortgeführt. Zum Referentenentwurf dieses Gesetzes, Stand: 11.10.2006, hatte die Bundesärztekammer ausführlich Stellung genommen. In der Folge der Gesetzesberatungen bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zum 01.04.2007 wurde die Kritik an diesen Regelungen aufrecht erhalten und politisch vertreten. Als besonders einschneidend wurden die Regelungen zum Standard-/Basistarif und zur PKV gesehen. Die Einführung des Basistarifs wurde zwar auf den 1. Januar 2009 verschoben; dennoch sind die Auswirkungen auf die PKV erheblich; diese wird gezwungen, einen nach Art, Höhe und Umfang am Niveau der GKV orientierten Einheitstarif anzubieten. Ärzte werden gezwungen, Privatpatienten im Basistarif, zu abgesenkten Gebührensätzen zu behandeln. Ab Juli 2007 wird zunächst der modifizierte Standardtarif eingeführt, der eine Behandlungspflicht der Ärzte für Standardtarifversicherte vorsieht. Dieser modifizierte Standardtarif gilt für den Kreis der bislang nicht Krankenversicherten, die die Möglichkeit bekommen, diesen Tarif zu wählen, wenn sie dem Regelungskreis der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind. Die in der Koalitionsvereinbarung vom 11. November 2005 bekämpfte Behandlungspflicht der Ärzte, bestimmte Personen, damals Standardtarifversicherte und Beihilfeberechtigte, zu abgesenkten Gebührensätzen zu behandeln, ist damit zwar nicht berufsrechtlich, aber über die Regelung zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen realisiert worden. Nach dem modifizierten Standardtarif Versicherte haben einen Anspruch auf Leistungen, die nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vergleichbar sind. Für private Krankenversicherungsunternehmen besteht Kontrahierungszwang. Dies bedeutet, dass Personen ohne Risikoprüfung und Leistungsausschlüsse in diesen Tarif aufgenommen werden müssen. Damit ist die Äquivalenz zwischen Beitragseinnahmen und den Ausgaben für die Krankheitskosten der Versicherten nicht mehr gegeben. Auch die Tarifoheit der PKV wurde dadurch eingeschränkt, dass die Beiträge gedeckelt sind. Durch die Begrenzung des Beitrags im Standardtarif auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag in der GKV soll die Bezahlbarkeit der Prämien erreicht werden. Zudem werden die ärztlichen Vergütungen für Leistungen der Standardtarifversicherten im Vergleich zum PKV-Volltarif abgesenkt und eine Quersubventionierung dieses Tarifs aus den Normaltarifen der PKV gesetzlich vorgeschrieben. Dadurch drohen eine erhebliche Verteuerung der Normaltarife und eine Beeinträchtigung der Attraktivität der privaten Krankheitskosten-Vollversicherung. Um die Behandlungspflicht trotz reduzierter Vergütungen für Ärzte durchzusetzen, wurde der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 75 Abs. 3 a bis c SGB V auf Standard- und Basistarifversicherte (für Letztere ab 1. Januar 2009) ausgedehnt. § 75 Abs. 3a SGB V verknüpft diese Behandlungspflicht mit einer Regelung, die die ärztliche Vergütung auf bestimmte Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) begrenzt. Diese neuen Höchstsätze der GOÄ lösen für Vertragsärzte, aber auch für weitere dem SGB V unterliegende Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche (zum Beispiel belegärztliche Leistungen nach § 121 SGB V oder das ambulante Operieren nach § 115b SGB V) die Gebührenregelung des § 5 b GOÄ für bisher Standardtarifversicherte ab.

Die neuen Vergütungssätze nach § 75 Abs. 3 a SGB V gelten sowohl für die bisher Standardtarifversicherten (Altbestand nach § 257 Abs. 2 a SGB V) als auch für den neuen Personenkreis im modifizierten Standardtarif nach § 315 SGB V. Die GOÄ-Vergütungshöchstsätze gemäß § 75 Abs. 3 a SGB V, sind:

- für Leistungen des Abschnitts M (Laboratoriumsuntersuchungen) und der Gebührenordnungsnummer 437 GOÄ bis zum 1,16-Fachen des Gebührensatzes
- für Leistungen der Abschnitte A, E und O der GOÄ bis zum 1,38-Fachen des Gebührensatzes und
- für die übrigen Leistungen des GOÄ-Gebührenverzeichnisses bis zum 1,8-Fachen des Gebührensatzes. Im Vergleich zur Vergütung nach § 5 b GOÄ ergibt sich eine leichte Anhebung der Höchstsätze.

Privatärzte rechnen für Standardtarifversicherte gemäß § 257 Abs. 2 a SGB V (Altbestand) nach wie vor nach § 5 b GOÄ ab, sofern nicht eine abweichende Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ abgeschlossen wird. Auch mit modifiziert Standardtarif-Versicherten (§ 315 SGB V) kann eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ geschlossen werden. Dabei können die in § 75 Abs. 3 a S. 2 SGB V enthaltenen Höchstsätze oder eine andere Vergütungshöhe gemäß § 5 GOÄ vereinbart werden. Eine politische Wertung des Basistarifs erfolgte über die Stellungnahmen der Bundesärztekammer gegenüber den politisch zuständigen Stellen durch Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt, Heft 7 vom 16. Februar 2007 (PKV-Basistarif – Zwang statt Freiheit), Ärztepost 1/2007 – Bundesärztekammer arbeitet mit Hochdruck, Chefarzt aktuell – März/April 2007, Novellierung der GOÄ – Schwierige Rahmenbedingungen), Der Freie Beruf 7/8 2007 – Die Zukunft des Arzthonorars nach der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Pro Praxis Orthopädie/Rheumatologie, Dezember 2007, Kommentar: Weniger Geld für Privatpatienten?, Chefarzt aktuell September/Oktober 2007 – GOÄ – Gibt es neue Entwicklungen?

Eine Auslegung der Neuregelung zum modifizierten Standardtarif und seiner Anwendung erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 48 vom 30. November 2007 „Private Krankenversicherung – der modifizierte Standardtarif lässt viele Fragen offen“.

Die Auswirkungen des Basistarifs sind ebenfalls in gemeinsamen Beratungen der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung am 26.10.2007 und 25.01.2008 eingehend beleuchtet worden. Ergebnis war, dass insbesondere der Basistarif, der zum 01.01.2009 in Kraft tritt, und für ein halbes Jahr auch für bisher PKV-Vollversicherte geöffnet wird, die PKV in ihrer Substanz als Vollversicherung gefährden kann. Der PKV werden systemfremde Elemente aufgezwungen, wie Kontrahierungszwang, keine risikoäquivalenten Beiträge, keine Risikozuschläge; Abkehr von der Tarifhoheit der PKV. Durch die Notwendigkeit der Quersubventionierung des Basistarifs aus Normaltarifen (je mehr Basistarifversicherte, um so höher der Quersubventionsbedarf) können die Prämien in den Normaltarifen so verteuert werden, dass der Druck auf einen Wechsel in den Basistarif erhöht wird. Dies alles kann zu einer Aushöhlung der PKV als Vollversicherung führen. Die Weichenstellungen des Gesetzgebers sind darauf angelegt, PKV und GKV anzugleichen mit der Folge, dass der bisherige Finanzierungsbeitrag der PKV in Krankenhaus und Praxis reduziert wird bzw. verloren gehen kann. Nicht nur die finanziellen Auswirkungen des Basistarifs belasten die Ärzteschaft, auch negative Auswirkungen auf den Stellenwert der Freiberuflichkeit wurden festgestellt. Fazit war, alle Möglichkeiten zu prüfen, diese Entwicklungen zu vermeiden bzw. diesen entgegen zu wirken.

9.7 Zusammenarbeit mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung

Die Gespräche mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. sowie mit einzelnen Krankenversicherungsträgern waren insbesondere durch die aktuelle gesundheitspolitische Debatte über die Gesundheitsreform und deren Auswirkungen auf die private Krankenversicherung geprägt. Weitere Themen, die gemeinsam erörtert wurden, waren die Weiterentwicklung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) sowie Fragen der Qualitätssicherung der privatärztlichen Versorgung. Gemeinsam beleuchtet wurden die Auswirkungen der Gesetzesregelungen zur Angleichung von GKV und PKV durch Einführung von systemfremden Elementen, und Hürden beim Wechsel von der GKV in die PKV (Drei-Jahres-Frist mit Überschreitung der Versicherungspflichtgrenzen als Zugangsbehinderung, Portabilität von Alterungsrückstellungen mit erhöhten Prämienbelastungen für die in diesem Tarif verbleibenden Versicherte sowie Ermöglichung von Wahlтарifen und Zusatzтарifen in der GKV mit einer Systemvermischung).

Erörtert wurden die Auswirkungen auf die Finanzierung des Gesundheitswesens, die sich in Form von Honorarverlusten in Krankenhaus und Praxis, je nach Szenario der oben dargestellten Regelungen und Entwicklungen im PKV-Bereich abzeichnet. Entscheidend für die tatsächlichen Honorarauswirkungen wird die zukünftige Zahl der Basistarifversicherten sein. Dabei wird die Entscheidung über die zukünftige Beihilfe-regelung/Erstattung für Beamte eine besondere Bedeutung gewinnen. Auf der Basis dieser politischen Einschätzung wurden die Möglichkeiten einer gemeinsamen Strategie zur Reduzierung der negativen Auswirkungen dieser Regelungen intensiv diskutiert. In diesem Zusammenhang sind auch die Bemühungen um ein gemeinsames Handlungskonzept zur Qualitätsförderung der Privatmedizin und zur GOÄ-Weiterentwicklung zu sehen. Die private Krankenversicherung wurde am 29.10.2007 über den Stand der Realisierung des Konzeptes der Bundesärztekammer unterrichtet. Der Bericht wurde positiv aufgenommen, eine endgültige Positionierung wurde von den tatsächlichen finanziellen Auswirkungen abhängig gemacht. Die Fortsetzung der Beratungen über diese beiden Themen ist in 2008 vorgesehen.

Erhebliches Konfliktpotential enthält der Vorschlag der PKV zur Aufnahme einer Öffnungsklausel für selektive Verträge in die GOZ bzw. GOÄ. Während die PKV diese Öffnungsklausel mit dem Argument gleicher Chancen im Wettbewerb zwischen GKV und PKV verteidigt, führt die Bundesärztekammer insbesondere die Tendenz zu einer weiteren Angleichung von PKV und GKV ins Feld. Eine solche Öffnungsklausel würde die Amtliche Gebührenordnung für (Zahn)Ärzte in ihrer Ordnungsfunktion – Sicherung des Verbraucherschutzes, der Transparenz des Leistungsgeschehens, der Qualitätssicherung durch Vermeidung ruinösen Preiswettbewerbs, Sicherung angemessener Vergütung – aushöhlen. Eine Vielzahl unübersichtlicher Vergütungsregelungen träte an ihre Stelle, zudem würde durch eine Öffnungsklausel für selektive Verträge die freie Arztwahl beseitigt. Das Kostenerstattungssystem würde zu einem Sachleistungssystem mit Naturalanspruch mutieren. Die ungleiche Marktposition zwischen einzelnen Ärzten und Versicherungsunternehmen könnte durch die markt-

beherrschende Stellung privater Krankenversicherungsunternehmen Ärzte im Wettbewerb benachteiligen. Wenn das einzige System mit Freiheitsgraden für Patient und Arzt in ein weiteres durch Kostenträger reglementiertes System münden würde, wäre eine weitere Verschlechterung der Versorgungssituation mit Qualitätseinbußen zu befürchten.

9.8 Neuregelung des Versicherungsvertragsrechtes (VVR)

Ein weiteres Feld, das konfliktiv zur Position der PKV zu sehen ist, ist das neue Versicherungsvertragsrecht mit den erweiterten Einflussmöglichkeiten der privaten Krankenversicherung auf das Patient-Arzt-Verhältnis zum Zwecke der Kostensteuerung.

Im Berichtsjahr fanden die abschließenden Beratungen zum Gesetzesentwurf zur Reform des Versicherungsvertragsrechtes statt. Die Verabschiedung im Deutschen Bundestag erfolgte am 6. Juli 2007. Das Gesetz tritt zum 01.01.2008 in Kraft. Die Bundesärztekammer hat zu dem Gesetzesentwurf in den verschiedenen Phasen der Gesetzesberatungen Stellung genommen und diese Stellungnahme durch Gespräche mit politischen Entscheidungsträgern flankiert. Während die Neuregelungen zu den Informationspflichten und der Verbesserung der Transparenz gegenüber dem Versicherten begrüßt wurden, sind die Regelungen zur Einführung von Kostensteuerungsmaßnahmen der privaten Krankenversicherung seitens der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, des Bundesverbandes der Freien Berufe und der privatärztlichen Verrechnungsstellen intensiv kritisiert worden. Letztlich hat sich die private Krankenversicherung im Wesentlichen politisch durchgesetzt mit ihrer Forderung nach größerer Einflussnahme auf die privatärztliche Behandlung. Die Bundesärztekammer hatte immer wieder das erhebliche Gefährdungspotential für Patientenrechte, aber auch das Risiko der Selbstgefährdung für die private Versicherungswirtschaft vorgetragen. Die politische Weichenstellung in Richtung Konvergenz der PKV an das GKV-System wird durch die Regelungen im Versicherungsvertragsrecht verstärkt, wie z. B. die Möglichkeit zur Direktabrechnung zwischen privater Krankenversicherung und Ärzten mit der Tendenz zum Sachleistungssystem, die Einführung von Managed-Care-Instrumenten bis hin zu selektiven Verträgen, die durch die beabsichtigte Einführung einer Öffnungsklausel für selektive Verträge, zunächst im Paragraphen-Teil der GOZ, prägend für die Neuregelungen in der GOÄ, ergänzt wird. Aus Sicht der Bundesärztekammer bleiben die Reformziele, die Versicherungsnehmer gegenüber den Versicherungsunternehmen in ihren Rechten zu stärken und die Transparenz zu erhöhen auf der Strecke. Die als „zusätzliche Dienstleistungen“ des Versicherers eingeführten Steuerungsmaßnahmen werden das Patient-Arzt-Verhältnis belasten, da private Krankenversicherungen unter großem Wettbewerbsdruck gezwungen sind, ökonomische Prioritäten zu setzen. Die Ärzteschaft hat wachsende Auseinandersetzungen bis hin zu Rechtsstreiten, gerade bei älteren multimorbiden Patienten als kostenträchtige Risiken, prognostiziert. Aus Sicht der Ärzteschaft wäre es sinnvoller gewesen, die Abrechnungsprüfung privatärztlicher Leistungen nach GOÄ den hierfür zuständigen Ärztekammern zu überlassen, die nicht nur medizinisches und gebüh-

renrechtliches Know-how, sondern auch den gesetzlichen Auftrag dazu haben, auf die Einhaltung der Berufspflicht der Ärzte, korrekt abzurechnen, zu achten. Aus Sicht der privaten Krankenversicherung scheint die bisher faire Arbeitsteilung auf diesem Feld nicht ausreichend, obgleich bei Versicherungsrankings Abrechnungskonflikte zwischen Versicherung und Arzt ein wichtiges Bewertungskriterium für die Entscheidung darstellt, ein Versicherungsunternehmen zu wählen, und, obgleich einige große Versicherungsträger die Erfahrung machen mussten, dass das sogenannte „Gesundheitsmanagement“, d. h. die Kostensteuerung, kein Einsparvolumen bringt, sondern die dadurch bedingten Verwaltungskosten die Einsparungen aus Rechnungskürzungen aufzehren. Als besonders gravierend sieht die Ärzteschaft, neben der Beeinträchtigung des Patient-Arzt-Verhältnisses und der Aushöhlung von Patientenrechten, aber auch, dass das spezifische Profil der privaten Krankenversicherung weiter beeinträchtigt und der Weg in die Angleichung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung fortgesetzt wird. Als geeignetere Maßnahmen hatte die Ärzteschaft vorgeschlagen, sich gemeinsam dafür einzusetzen, die veraltete Vergütungsgrundlage GOÄ mit ihren Fehlanreizen endlich zu novellieren, Steuerungspotential über differenzierte Tarifangebote der privaten Krankenversicherung zu nutzen und gesetzlich etablierte Institutionen, wie die Ärztekammern, beim Konfliktmanagement im Sinne des Verbraucherschutzes zu nutzen. Die Thematik Versicherungsvertragsrecht ist auch in der Ärztepost, Heft 3, 2007, im Publikationsorgan des G-PA „Am Puls“ sowie in Chefarzt aktuell September/Oktober 2007, Heft 5 bewertet worden.

9.9 Honorarvereinbarungen der Bundesärztekammer

9.9.1 Vereinbarung über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamtinnen/-beamten im Bundesgrenzschutz durch zivile Ärzte außerhalb des Sicherstellungsauftrages

Das für die Vereinbarung zuständige Bundesministerium des Innern hatte sich am 02.05.2007 an die Vertragspartner der Vereinbarung (Hartmannbund, NAV-Virchowbund, Marburger Bund) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer mit der Anregung gewandt, inhaltliche Änderungen der Vereinbarung über die ärztliche Versorgung von Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten im Bundesgrenzschutz zu erreichen. Diese Änderungswünsche haben die Vertragspartner auf Ärzteseite genutzt, die in der Vereinbarung geregelten Steigerungssätze für das ärztliche Honorar der allgemeinen Kostenentwicklung anzupassen. Mit einem gemeinsam konsentierten Vorschlag zur Anhebung der Vergütungen wandten sich die Verbände und die Bundesärztekammer an das Bundesministerium des Innern. Für den ambulanten Bereich wurden folgende Anhebungen der GOÄ-Steigerungssätze vorgeschlagen: Für ärztliche Leistungen von bisher 2,0-fach auf 2,2-fach, für Leistungen der Abschnitte A, E und O von 1,1-fach auf 1,3-fach. Für den stationären Bereich wurden analog folgende Anhebungen der GOÄ-Steigerungssätze vorgeschlagen: Für ärztliche Leistungen von 2,2-fach auf 2,3-fach, für Leistungen der Abschnitte A, E und O von 1,25-fach auf 1,3-fach. Für die

ambulant oder stationär erbrachten Leistungen des Abschnitts M wurde keine Anhebung der Steigerungssätze vorgeschlagen. Ein Ergebnis liegt zur Zeit noch nicht vor.

9.9.2 Honorarvereinbarung mit der Deutschen Rentenversicherung

Die Deutsche Rentenversicherung hatte sich nach mehreren Jahren geltendem vertragslosen Zustand im Jahre 2006 an die Bundesärztekammer gewandt mit der Frage, ob eine gemeinsame Fortschreibung der Vergütungssätze u. a. der Honorarvereinbarung erfolgen kann. Hintergrund ist der Wunsch, pauschale Gutachtenvergütungen zu vereinbaren. Auf Empfehlung des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer und des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde demgegenüber empfohlen, die Vergütung für ärztliche Gutachten der Rentenversicherung auf der Basis des JVEG als geltendem Recht zu regeln. Das JVEG sieht feste Stundensätze für verschiedene Gutachtenkategorien vor und ist damit eine sachgerechte und vor allem flexible Grundlage für die unterschiedlichen Anforderungen an Gutachten für die Rentenversicherungsträger. Die Deutsche Rentenversicherung wurde über diese Empfehlung unterrichtet, hält sich jedoch, wie Anfragen an die Bundesärztekammer zeigen, nicht an diese Vergütungsgrundlage, sondern vergütet weiterhin auf der einseitig von der Rentenversicherung fortgeschriebenen Honorarvereinbarung, die aus Sicht der Bundesärztekammer eine unzulängliche Vergütungsgrundlage darstellt.

9.9.3 Honorarvereinbarung mit der Bundesagentur für Arbeit

Seit dem 01.04.2005 besteht eine Vereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer über die Vergütung eines einheitlichen Befundberichtes zur Feststellung gesundheitlicher Einschränkungen von Arbeitssuchenden mit dem Ziel der Verbesserung von Vermittlungsstrategien und einer zügigeren Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Mit der Vereinbarung wurden sowohl die Verfahrensabläufe für die Bundesagentur für Arbeit verbessert, als auch die zahlreichen unterschiedlichen Befundbögen von regionalen Untergliederungen der Bundesagentur für Arbeit im Sinne einer Entbürokratisierung der ärztlichen Arbeit vereinheitlicht. Gegenstand der Vereinbarung war auch, die Abstimmung über die Vergütung, die einheitlich in Anlehnung an das JVEG mit 21,- Euro festgelegt wurde. Die Vereinbarung zwischen Bundesagentur für Arbeit und der Bundesärztekammer über das Verfahren der Erstellung von Befundberichten für den Ärztlichen Dienst der Agenturen für Arbeit trat am 01.04.2005 in Kraft und wurde im Deutschen Ärzteblatt entsprechend publiziert.

Im Berichtsjahr wandte sich die Bundesärztekammer an die Bundesagentur für Arbeit um in einen Erfahrungsaustausch über die Anwendung und Akzeptanz der Vereinbarung zur Vergütung und Gestaltung von Befundberichten einzutreten. Zugleich wurde bekannt, dass die Bundesagentur eine Umfrage über die Qualität der Befundberichte durchgeführt hat, die zu positiven Ergebnissen hinsichtlich der Zusammenarbeit der Ärzteschaft, aber auch der Nutzung der Informationen aus den

Befundberichten geführt hat. Aus diesem Grunde hat die Bundesärztekammer gefordert – neben dem Erfahrungsaustausch – die Vergütung für Befundberichte gegenüber der Bundesagentur für Arbeit über die bisherige Vergütungshöhe hinaus anzuheben. Eine Verhandlungsrunde ist für Frühjahr 2008 vorgesehen, die Ergebnisse werden zeitnah im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

9.9.4 Vergütungsregelung Ost

Mit Verabschiedung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) zum 01.01.2007 ist der Vergütungsabschlag Ost endgültig entfallen. Vom 01.01.2007 an sind die Vergütungen nach der GOÄ mit 100 % abzurechnen. Für die Abrechnungshöhe ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung entscheidend. Ärztliche Leistungen, die vor dem 01.01.2007 erbracht wurden, müssen noch den 10 %igen Ostabschlag berücksichtigen, Leistungen vom 01.01.2007 an sind voll mit 100 % zu vergüten.

Damit hat die lange Auseinandersetzung zwischen den politisch Verantwortlichen und der Ärzteschaft, aber auch der Zahnärzteschaft, einen positiven Abschluss gefunden. Die Vergütungsbedingungen in den neuen Bundesländern sind damit endlich an das Westvergütungsniveau angeglichen worden und damit ist innerhalb der freiberuflich tätigen Berufe endlich auch eine Vergütungsangleichung für Ärzte erfolgt.

Der Vergütungsabschlag Ost wurde mit dem Einigungsvertrag vom 31.08.1990 eingeführt und sah bei seiner Einführung eine reduzierte Höhe der Vergütungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und nach der Hebammenhilfegebührenverordnung (HebGV) vor. Der Vergütungsabschlag betrug bei seiner Einführung 55 % und reduzierte sich sukzessive bis zum Jahre 2002 auf 10 %. Erst nach 5 Jahren zum 01.01.2007 wurden die restlichen 10 % Vergütungsabschlag aufgehoben. Damit wurden ein wichtiger Reformeckpunkt und eine langjährige Forderung der Ärzteschaft erfüllt.

9.10 GOÄ-Anwendungsfragen

Im Berichtsjahr 2007 mussten Auslegungsfragen zu Grundsatzproblemen der GOÄ-Abrechnung vor dem Reform-Projekt GOÄ-Weiterentwicklung zurücktreten. Die Landesärztekammern wurden gebeten, mit Rücksicht auf die Belastungen der Bundesärztekammer durch das GOÄ-Projekt mit seinen acht Teilprojekten die Bundesärztekammer nur in wichtigen Grundsatzfragen zu konsultieren. Anfragen von Gerichten zu GOÄ-Anwendungsproblemen und zur Benennung von gebührenrechtlichen Sachverständigen blieben konstant hoch. Bei den Gutachtenanforderungen der Gerichte handelt es sich im Wesentlichen um GOÄ-Beschwerden von Ärzten oder privaten Krankenversicherungen sowie Fragestellungen, die auf eine kritische Revision bereits vorliegender gutachterlicher Stellungnahmen abzielen. Hauptthemen der GOÄ-Anwendungsfragen im Berichtsjahr 2007 waren erneut Analogbewertungen für neue Untersuchungs- und

Behandlungsmethoden gemäß § 6 Absatz 2 GOÄ und deren Beihilfefähigkeit, Konflikte mit dem Zielleistungsprinzip nach § 4 Absatz 2 a GOÄ sowie unter anderem Fragestellungen zur fachlichen Verantwortung für erbrachte Leistungen bezüglich der persönlichen Leistungserbringung, zur Abrechnung von Wahlleistungen im Krankenhaus bzw. zur Wahlartzkette, zur Berechnung von Besuchsgebühren bzw. Wegegeld, zur Abrechnung der Leichenschau, zur Abrechnung von physikalisch-medizinischen Leistungen, zur analogen Berechnung von neuen, bisher nicht in der GOÄ aufgeführten Laborparametern, wie zum Beispiel zur Abrechnung einer Nanopartikelanalyse, zur Liquidation von Magnetresonanztomographien, insbesondere im Bereich des Schädels, zur Anwendung von Multileaf-Kollimatoren bei Strahlentherapien, zur mehrfachen Abrechnung psychometrischer Testungen, zu Abrechnungen der Duplex- bzw. Dopplersonographie von Extremitäten und hirnversorgenden Gefäßen, zur Berechnung der videogestützten Ganganalyse, zur Liquidation schmerztherapeutischer Leistungen, zur extrakorporalen Stoßwellentherapie, zur Facettenrhizotomie, zur Abrechnung der Ballon-Kyphoplastie, zur Abrechnung von Leistenhernien-Operationen beziehungsweise zur von Nierentransplantationen, zur Liquidation gefäßchirurgischer Leistungen sowie zur Abrechnung von Laserbehandlungen im Rahmen der dermatologischen Lasertherapie. Außerdem wurde ein ausführliches evidenzbasiertes Gerichtsgutachten zur autologen Melanozytentransplantation bei Vitiligo erstellt.

Die Bundesärztekammer nutzt seit jeher ihren Gestaltungsspielraum bei GOÄ-Abrechnungsempfehlungen und Analogbewertungen mit dem Ziel, Rechtssicherheit und klare Abrechnungsregelungen für Patient und Arzt zu schaffen. Sie unterstützt die aktive Wahrnehmung der Ordnungsfunktion der Ärztekammern im Feld der privatärztlichen Abrechnung. Die intensivierte Beschlussfassung und Veröffentlichung von Abrechnungsempfehlungen zielt darauf ab, eine auf die einzelne Leistung bezogene sachgerechte, im Bewertungsgefüge der GOÄ ausbalancierte Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Basis der derzeit gültigen GOÄ zu ermöglichen. Die Schlichtungsfunktion von Abrechnungsempfehlungen und die Konfliktbereinigung, auch zu Gunsten der privaten Krankenversicherungen, wird zunehmend anerkannt; eine wachsende Kooperationsbereitschaft der meisten Unternehmen der Privaten Krankenversicherung ist zu beobachten. So haben einzelne Unternehmen der Privaten Krankenversicherung 2005 nachträglich Beschlüsse des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK anerkannt.

9.11 GOÄ-Datenbanken

Zur Verbesserung des Informationsaustauschs zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern in Gebührenordnungsangelegenheiten wurde in Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Datenverarbeitung und Statistik“ als Ablösung der alten „Superbase-Datenbank“ eine auf Lotus Notes basierende Datenbank für GOÄ-Dokumente geschaffen. Der Zugriff auf die neue GOÄ-Datenbank ist im Rahmen des seit Ende 2003 zwischen den Landesärztekammern und der Bundesärztekammer errichteten Virtual Private Networks möglich. Mit Hilfe der Lotus Notes-Group Ware ist – über das Informationsangebot der Bundesärztekammer hinaus – den Landesärztekammern auch eine aktive Nutzung der GOÄ-Datenbank durch Archivierung eigener GOÄ-Dokumente in der gemeinsamen Datenbank möglich. Der GOÄ-Informationspool wird auf diese Weise um landesärztekammerspezifische Beiträge erweitert. Zielsetzung des sowohl quantitativen als auch strukturellen Ausbaus der GOÄ-Datenbank ist, neben der Verbesserung des Informationsaustauschs, die Förderung einer bundeseinheitlichen GOÄ-Auslegungspraxis und die Nutzung von Synergieeffekten.

Von Seiten der Bundesärztekammer wurden im Jahr 2007 117 neue GOÄ-Dokumente in die neue Datenbank eingepflegt. Von den Landesärztekammern wurden sechs Dokumente ebenfalls eingestellt. Die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank sieht weiterhin die Option für ein Online-Frageforum vor sowie die Erweiterung um zusätzliche Informationsmodule.

9.11.1 Urteilsdatenbank

Mit dem Einsatz der Lotus-Notes-GOÄ-Datenbank wurde von Seiten der Bundesärztekammer gleichzeitig die Integration von GOÄ – relevanten Urteilen in die GOÄ – Datenbank intensiviert. Die zunehmende Veralterung der GOÄ ist Anlass für zahlreiche Rechtsstreite. In zunehmendem Umfange lässt die Rechtsprechung zu GOÄ-Anwendungsfragen erkennen, dass sich die aufgrund der unzulänglichen Weiterentwicklung der GOÄ entstehenden Diskrepanzen zwischen gebührenrechtlichen Anforderungen und veraltetem Leistungsverzeichnis nicht zu Lasten der modernen Medizin und damit zum Nachteil des Patienten auswirken dürfen und, dass zunehmend der medizinische Fortschritt, trotz gebührenrechtlicher Hürden, berücksichtigt werden muss.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung befasste sich im Berichtsjahr im Wesentlichen mit der Abrechnung operativer Eingriffe an der Wirbelsäule, mit der Frage der Fälligkeit der Arztrechnung, mit der Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung, mit der Abrechnung auf der Basis des Schwellenwertes.

Zur Abrechnung operativer Eingriffe an der Wirbelsäule erging ein im Sinne der Ärzteschaft positives Urteil. Der Zentrale Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, in dem neben einem Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit eine Vertreterin der Beihilfe sowie Vertreter des Verbandes der privaten Krankenversicherungen und die Bundesärztekammer stimmberech-

tigte Mitglieder sind, hatte in Ergänzung der gültigen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) 2004 Beschlüsse zur Abrechnung von Bandscheibenoperationen und anderen neurochirurgischen Eingriffen an der Wirbelsäule gefasst (DÄ, Heft 3/2004). Das Urteil des Bundesgerichtshofes (BGH) erfolgte zu einem Rechtsstreit bei einem operativen Eingriff an der Wirbelsäule (BGH, Az.: III ZR 117/06 vom 21. Dezember 2006), wo unter anderem die Berechnungsfähigkeit und insbesondere die Nebeneinanderberechnung der Nrn. 2565 und 2574 GOÄ strittig waren. In dem oben genannten Urteil wurden die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses zitiert und die dort vertretene Rechtsauffassung, insbesondere hinsichtlich des Zielleistungsprinzips und der Berechnungsfähigkeit der Nrn. 2565/2566 und 2574 GOÄ nebeneinander, akzeptiert.

Das Urteil des BGH (Az.: III ZR 291/06) Abrechnung von Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung kam zum Ergebnis, dass die Komplexgebühr der Nr. 437 für Laboratoriumsuntersuchungen im Rahmen einer Intensivbehandlung nach Nr. 435 auch für externe Ärzte keine Einzelabrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen rechtfertigt, soweit es sich nicht um Leistungen nach den Abschnitten M III 13 und M IV des Gebührenverzeichnisses handelt.

Mit dem BGH-Urteil (Az.: III ZR 117/06) zur Fälligkeit der Rechnung nach § 12 GOÄ wurde die Abrechnung nach GOÄ erleichtert. Bisher hatten nämlich viele Krankenversicherer und Instanzgerichte den Standpunkt vertreten, die gesamte Honorarabrechnung sei bereits dann nicht fällig, wenn nur eine einzige Gebührennummer falsch angesetzt oder eine einzige Begründung für eine Überschreitung des Schwellenwerts fehlerhaft sei. Diese Rechtsauffassung hat der BGH mit seiner vorliegenden Entscheidung zurückgewiesen. Die ärztliche Vergütung wird fällig, wenn die Rechnung die formellen Voraussetzungen des § 12 Abs. 2-4 GOÄ erfüllt. Die Fälligkeit wird nicht dadurch berührt, dass die Rechnungen in einzelnen Teilen fehlerhaft ist.

Mit dem BGH-Urteil (Az.: III ZR 54/07) zur Anwendung des Gebührenrahmens hat der Bundesgerichtshof die bisherige Rechtsauslegung der Bundesärztekammer bestätigt, wonach der Schwellenwert des Gebührenrahmens (das 2,3-fache, das 1,8-fache, das 1,15-fache) der Wert ist, der den Fall des durchschnittlichen Schwierigkeitsgrades und Zeitaufwandes, kurz der Normalfall, abgilt.

Nicht nur die genannten höchstrichterlichen Urteile zeigen, dass sich die Rechtssprechung zunehmend der Argumentation der Ärzteschaft zu Auslegungsfragen anschließt bzw. die in der Vergangenheit tendenziell die Ärzte belastenden Urteile zu bestimmten grundlegenden Fragen der GOÄ nunmehr zunehmend im Sinne der Ärzteschaft korrigiert.

Um die Interpretationsspielräume sowohl für die Entwicklung von Abrechnungsempfehlungen, als auch für die gebührenrechtliche Begutachtung von GOÄ-Fragestellungen auszuloten, wertet die Bundesärztekammer die Datenbanken von Juris und Medizinrecht sowie die direkt der Bundesärztekammer zur Verfügung gestellten GOÄ-Urteile auf Relevanz für die GOÄ-Auslegungspraxis aus und stellt diese nach Verschlagwortung und Kurzbeschreibung unter der Rubrik „Urteile“ in die Lotus Notes-GOÄ-Datenbank ein. Als zusätzlicher gebührenrechtlicher Informationsservice umfasst die Rubrik „Urteile“ zum Ende dieses Jahres 827 Urteile zur GOÄ.

9.11.2 GOÄ-Fachinformationsdatenbank

Neben der begleitenden Beratung durch den Sachverständigenbeirat „GOÄ“ der Bundesärztekammer macht die Begutachtung medizinischer Leistungen mit dem Ziel einer adäquaten Analogbewertung oder die Beurteilung des Stands der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden teilweise umfangreiche eigene Recherchen erforderlich. Derzeit werden die themenspezifisch gesammelten Informationen auf Relevanz für die Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Entscheidungsfindung gefiltert und nach Verschlagwortung in einer internen Fachinformationsdatenbank elektronisch gespeichert. Diese Informationen reichen von der Produktinformation, über die Berichterstattung in den Medien, Stellungnahmen von Fachgesellschaften oder Berufsverbänden, der Recherche aus Medline oder Embase zu Studienergebnissen bis zu eigenen Kurz-HTAs.

9.11.3 GOÄ-Service

Neben dem internen Informationsaustausch mit den Landesärztekammern pflegt die Bundesärztekammer die für alle Interessierten zugängliche Internetseite unter <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.108>; die aktuelle Honorarpolitik, Abrechnungsempfehlungen des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer sowie die Beschlüsse des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer werden ebenfalls wie Honorarvereinbarungen mit öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern oder aktuelle Gesetze zur Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) eingestellt. Diese direkten Informationsangebote an den einzelnen Arzt wurden im Kalenderjahr 2007 wieder intensiv genutzt. In der Analyse der genauen Nutzungsdaten für den Dezember 2007 war der gesamte Bereich Gebührenordnung (mit Unterseiten) mit 67.491 Pageviews an erster Stelle der Themen im Ärztebereich der Internetpräsenz der Bundesärztekammer, d. h., ca. 38 % der Zugriffe in diesem Bereich entfielen auf die GOÄ. Damit läuft die Gebührenordnung sogar den Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen im allgemeinen Bereich den Rang ab und rangiert nur knapp hinter dem Pressebereich. Unter den Suchbegriffen, über die Nutzer aus Internetsuchmaschinen auf das Angebot der Bundesärztekammer gelangen, rangiert die Gebührenordnung (in einer bereinigten Aufstellung der Top-100-Suchbegriffe für den Dezember 2007) an siebter Stelle. Unter allen aufgerufenen einzelnen Seiten des Internetauftritts der Bundesärztekammer war der GOÄ-Ratgeber an 18. Stelle, die Startseite Gebührenordnung an Position 46, was eindeutig den hohen Rang innerhalb des Themenspektrums beweist. Die Startseite Gebührenordnung alleine (ohne die untergeordneten Seiten) erhielt im Jahresverlauf 13.122 Pageviews.

Die Bundesärztekammer gestaltet in regelmäßigen Abständen den GOÄ – Ratgeber im Deutschen Ärzteblatt mit aktuellen Anwendungsfragen. Im Berichtsjahr wurden im GOÄ-Ratgeber folgende 19 Themen behandelt: Analoge Bewertung – Fetale Sonographie, BGH-Urteil zu operativen Eingriffen an der Wirbelsäule, „Ostabschlag“ end-

lich abgeschafft, Analoge Bewertung – Grundsätzliches und Spezielles, Mehr als fünf Jahre Tipps zur Privatliquidation, Beratungen korrekt abrechnen, Analoge Bewertung – Zuschläge für ambulante Operationen, Fälligkeit der Rechnung – BGH klärt Bedingungen, MRT abgebrochen – trotzdem berechnungsfähig?, Abrechnungsbeschränkung im Abschnitt B – Beratung und Untersuchung im Behandlungsfall, Labor: Abrechnungsbeschränkungen gelten auch für externen Arzt, Fehlerhafte Rechnungen: Probleme bei der Korrektur, Korrekte Darstellung einer Analogen Bewertung, „Gebühren in besonderen Fällen“ – Abschnitt A übersehen?, Wer ist wem auskunftspflichtig?, Eingehende neurologische Untersuchung, Eingehende psychiatrische Untersuchung, Besuchsgebühr für Anästhesisten, Bundesgerichtshof stützt Argumentation der Bundesärztekammer. Zuschriften von Ärzten und anderen Lesern des Deutschen Ärzteblatts bestätigen den hohen Informationswert des GOÄ-Ratgebers für die Praxis.