

23. Januar 2016



Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Sie wurden als Delegierte zum heutigen außerordentlichen DÄT gewählt und eingeladen, um zum Thema „Novellierung der GOÄ“ zu beraten und abzustimmen! Also zur „Erneuerung, Überarbeitung und Anpassung“ der GOÄ.

Ich wurde gebeten, heute eine „Einschätzung zum aktuellen Stand der Verhandlungen“ bei der Novellierung der GOÄ abzugeben.

Für diese Einladung danke ich nochmals und meine Einschätzung werde ich Ihnen geben, auch wenn meine erste Folie die „Bundesärzterordnung“ und die ärztliche „Berufsfreiheit“ thematisiert und somit scheinbar am Thema GOÄ vorbei geht. Aber bei genauerem Hinsehen geht es hier und heute nicht ums Geld, sondern um grundlegende Änderungen, die die Freiheit unseres Berufs weiter beschränken!

Daher sind die Änderungen auch rechtsdogmatisch richtig in der Bundesärzterordnung vorgenommen worden. Also in dem Bundesgesetz, in dem der § 1 lautet: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes.“ und weiter „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“

Die von der BÄK und der PKV (Private Krankenversicherung) vorgeschlagenen Änderungen der Bundesärzterordnung sind fundamental. Sie ermöglichen dann die systematischen Eingriffe in die GOÄ und das privatärztliche Behandlungsverhältnis, wie ich noch darlegen werde. Im Ergebnis werden wesentliche, althergebrachte Freiheiten unseres schönen Berufes beschnitten oder auch ganz gekippt. So gründen meine Bedenken primär auf der „Änderung der BÄO und den Eingriffen in die Freiheit des ärztlichen Berufs“.

Fragen und Antworten

- Was bedeutet die GOÄ-Novelle für das unabhängige Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient?
- Dürfen die Gebührensätze der neuen GOÄ nicht mehr gesteigert werden?
- Wird es in der neuen GOÄ keine Analogberechnung mehr geben?
- Wie setzt sich die Gemeinsame Kommission (GeKo) zur Weiterentwicklung und Anpassung der GOÄ zusammen (Stimmverhältnis)?
- Werden die Interessen der Ärzte hier angemessen vertreten?
- Welche rechtliche Legitimation haben die Entscheidungen der GeKo?
- Wie werden die Gemeinsame Kommission und die neu zu schaffende Datenstelle finanziert? Wie hoch ist der Anteil der BÄK?

Quelle: Rochell, Windhorst, Hennig: GOÄ-Novelle – Aktueller Sachstand, Deutsches Ärzteblatt vom 21. Dezember 2015, S. A 2171 ff.

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Das kennen Sie!

Das sind wörtlich einige der Fragen, die in der letzten Ausgabe des DÄB von 2015 (Nr. 51/52) abgedruckt waren. Die wichtigsten Fragen will ich heute aus Sicht der Ärztekammer Berlin beantworten. Nehmen Sie beispielhaft den ersten Punkt: „Was bedeutet die GOÄ-Novelle für das unabhängige Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient?“

Dabei will ich nochmal betonen: Wir reden hier jetzt nicht über Geld. Die Höhe der Vergütungen ist mir nicht bekannt und Ihnen sicher auch nicht!

Wir können uns heute auf das Grundsätzliche der geplanten neuen Ordnung konzentrieren: Die Abgabe unserer Selbstverwaltungsrechte und Kompetenzen an die PKV-Wirtschaft.

Wir sind heute hier, um unsere Positionen abzustimmen, über unser Berufsbild und über unsere Berufsfreiheit. Dies wird prägend sein auf viele, viele Jahre!

Danke, dass Sie die Reise nach Berlin auf sich genommen haben.

Verwendete Materialien

- Verfahrensgrundsätze des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer vom 21. November 1997
- „GOÄ jetzt! – 5 Punkte, warum die Novellierung der GOÄ nicht länger aufgeschoben werden darf“ Argumentationspapier der Bundesärztekammer – Stand 12. Mai 2011
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995 – 2013, Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Einrichtungen
- Geschäftsbericht 2014 PVS Holding
- Leistungslegenden - Stand 7. August 2015
- Schreiben der BÄK und des Verbandes der PKV vom 4. September 2015 an das BMG nebst Anlagen
- Änderungstabelle zu § 11 BÄO – Stand 8. September 2015
- Änderungstabelle zum Paragrafenteil der GOÄ – Stand 15. September 2015
- Foliensatz „Aktueller Stand der GOÄ-Novellierung“ für BÄK-Informationsveranstaltung am 24. November 2015 in Berlin
- Rochell, Windhorst, Hennig; GOÄ-Novelle – Aktueller Sachstand, Deutsches Ärzteblatt vom 21. Dezember 2015, S. A 2171 ff.

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Ich bin gebeten worden „Einschätzungen zum aktuellen Stand der Verhandlungen“ zu geben! Zum Verständnis, ich bin nicht und ich war nie beteiligt an den Verhandlungen! Was ich vortrage, beruht auf den auf dieser Folie aufgelisteten Materialien... weitergehende Informationen über die Verhandlungen wurden mir für diesen Vortrag nicht gegeben. Besonders hervorheben möchte ich „GOÄ jetzt! BÄK 12. Mai 2011“ und die „Änderungstabelle zu § 11 BÄO Stand 8. Sept. 2015“.

Zentraler Konsultationsausschuss und GeKo unterscheiden sich fundamental!

	Zentraler Konsultations-ausschuss	Gemeinsame Kommission
Rechtsgrundlage	Beschluss der BÄK vom 31.01.1997	§ 11a Bundesärzteordnung
Besetzung	mehrheitlich mit Vertretern der BÄK: 4 BÄK, 1 BMG, 1 BMJ, 1 PKV	paritätisch: 4 BÄK, 2 PKV, 2 Beihilfe

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Damit komme ich zur Bundesärzteordnung, dem Bundesgesetz, hier speziell auf den § 11 mit bisher drei knappen, klaren Sätzen zum Thema Gebührenordnung! Der neue Paragraf bringt es da auf gute drei Seiten.

Denn dort wird u. a. ein neues Gremium, die „GEMEINSAME KOMMISSION“ verankert, die von PKV und BÄK erfunden wurde und die ein beachtliches Portfolio an Aufgaben übernehmen soll. Die Gemeinsame Kommission, kurz GeKo genannt, soll anstelle des seit 1997 existierenden Zentralen Konsultationsausschusses treten. Und darüber gibt es widerstreitende Meinungen, die besonders sich festmachen an der Bedeutung der sog. „Empfehlungen“ der GeKo. Diese seien vergleichbar mit denen des derzeitigen zentralen Konsultationsausschusses. Ist das wirklich so?

Um eine Antwort geben zu können, muss ich kurz die beiden Gremien beschreiben. Auf dieser und den folgenden Folien sehen Sie die beiden Gremien im Vergleich.

Bei dem Zentralen Konsultationsausschuss (ZKA) handelt es sich um einen von der Bundesärztekammer eingesetzten Beratungsausschuss. Die GeKo aber wäre ein durch Gesetz, eben die BÄO, geschaffenes Gremium mit gesetzlichen Aufgaben. Auffällig ist schon mal der Unterschied in der Besetzung: Einmal eine Ärztemehrheit mit 4 zu 3 und das andere Gremium paritätisch 4 zu 4 und der Charakter ändert sich. Die 2 PKV- und 2 Beihilfevertreter vertreten in Reinform die Kostenträger, verpflichtet dem Arbeitgeber und Aktionär oder dem Haushalt bzw. Finanzminister. Der Vorsitz beim ZKA liegt immer bei der Ärzteseite, der GeKo-Vorsitz ist alternierend. Vergleichbar? Nein, es besteht hier ein gewaltiger Unterschied. Und klar ist, wer gewonnen hat und wer mit dem Gesetz im Rücken in die ärztliche Berufsausübung hinein regiert.

	Zentraler Konsultationsausschuss	Gemeinsame Kommission
Entscheidungsfindung	einstimmig; Mehrheitsentscheidung nur über Hinzuziehung ext. Sachverständiger	einvernehmlich
Qualität der Entscheidung	Empfehlung gegenüber Ärztinnen und Ärzten und gegenüber BÄK; Keinerlei bindende Wirkung	bindende Entscheidung gegenüber Ärztinnen und Ärzte; Empfehlung ohne bindende Wirkung gegenüber BMG

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Nun zum Thema „Empfehlungen“:

Der bisherige Zentrale Konsultationsausschuss spricht ausschließlich Empfehlungen aus. Wenn man sich im Ausschuss nicht einig ist, hat das letzte Wort immer die Bundesärztekammer. So geschehen in der Vergangenheit bei ca. 30% der beratenen Abrechnungsfragen. Zu diesen Abrechnungsfragen gab es dann eben keine gemeinsame Abrechnungsempfehlung, sondern nur eine solche der Bundesärztekammer.

Ganz anders die Konzeption der GeKo. Sie erlässt verbindliche Vorgaben zu Vielem, unter anderem zu Analogbewertungen und zur Steigerung des Gebührensatzes gegenüber den abrechnenden Ärzten, d. h. bindende Entscheidungen. Kommt allerdings im Ausschuss kein Einvernehmen zustande, hat das Bundesministerium (BMG) das letzte Wort.

	Zentraler Konsultations-ausschuss	Gemeinsame Kommission
Verfahren bei fehlendem Einvernehmen	Entscheidung und Veröffentlichung der Abrechnungsempfehlung durch die BÄK	Entscheidung durch das BMG
Rechtsfolgen	keine Rechtsfolgen, Abrechnung und analoge Anwendung der GOÄ ohne positives Votum möglich	Keine Steigerung des Gebührensatzes ohne GeKo-Erlaubnis! GeKo- Entscheidung beendet ärztliche Entscheidungsfreiheit bei Analogabrechnung!

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Nochmal zur Verdeutlichung:

Diese sog. „Empfehlungen“ beider Gremien sind also insbesondere hinsichtlich der rechtlichen Qualität und der Rechtsfolgen ihrer Entscheidungen überhaupt nicht vergleichbar.

Die sog. Empfehlungen der GeKo stellen beim genaueren Hinsehen nur gegenüber dem Bundesministerium Empfehlungen dar, NICHT aber gegenüber dem Arzt oder der Ärztin. Hier sind es bindende Entscheidungen unter anderem zu Analogbewertungen und zum Steigerungsfaktor.

Es handelt sich um Augenwischerei, wenn jemand behauptet, dass beide Gremien Empfehlungen mit vergleichbarer Bedeutung abgeben. Der Begriff „Empfehlung“ ist im Falle der GeKo schlichtweg falsch.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden GeKo entscheidet!

- ➔ **GeKo beschließt „Empfehlungen“ zur analogen Anwendung der Gebührenordnung**
(§ 11a Abs. 2 Buchst. d BÄO)
- ➔ **„Empfehlungen“ der GeKo sind bei der analogen Anwendung zu berücksichtigen**
(§ 6 Abs. 2 GOÄneu)



Wir alle wissen wie wichtig Analogziffern sind für die Entwicklung und die Einbringung des medizintechnischen Fortschritts in die ambulante Versorgung:

Die GeKo entscheidet mit ihren verbindlichen Empfehlungen zur Analogabrechnung zukünftig faktisch über die Einführung neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden im privatärztlichen Bereich!

Als bekanntes Beispiel nenne ich nur das CT und das MRT, die beide über Jahre im privatärztlichen Bereich erbracht und abgerechnet wurden, während sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nur auf Antrag erstattet wurden.

Genau das wird die GeKo bremsen, ja ganz unmöglich machen und sich selbst im letzten Reservat freier ärztlicher Tätigkeit als **„Gemeinsamer Bundesausschuss für den Privatärztlichen Bereich“** etablieren!

Einfacher oder zweifacher Gebührensatz? GeKo entscheidet!

Voraussetzung:

- ➔ **besondere, objektive Schwere im Einzelfall**
(§ 11 Abs. 1 S. 3 BÄO)
- ➔ **Einzelfallentscheidungen, Positiv- u. Negativliste**
(§ 5 Abs. 1 u. 2 GOÄneu)
- ➔ **auf Antrag; Bis zur Entscheidung
nur Abrechnung des einfachen Gebührensatzes**
(§ 5 Abs. 1 GOÄneu)

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Genauso sieht es bei den Empfehlungen der GeKo zur Steigerung des Gebührensatzes aus. Voraussetzung hierfür ist die besondere, objektive Schwere im Einzelfall. Die GeKo bestimmt hierzu **abschließend** die Behandlungsumstände, die eine Steigerung des Gebührensatzes rechtfertigen können. Und zwar durch die Positivliste, durch die Negativliste und durch Einzelfallentscheidungen.

Beachten Sie: Bis zur Entscheidung der GeKo kann der Arzt die Steigerung des Gebührensatzes nicht vornehmen. Sie müssen sich erst eine Erlaubnis aus Berlin holen! Die Antwort soll (bitte nicht lachen) in zwei Wochen gegeben werden. Kennen Sie eine gesamtdeutsche zentrale Behörde/Bürokratie, wo Sie auf individuelle Anfrage innerhalb von 2 Wochen einen Bescheid bekommen?

Denn auch hier handelt es sich nicht um eine **Empfehlung** im herkömmlichen Wortsinn, sondern um für die abrechnenden Ärztinnen und Ärzte **bindende Entscheidungen**.

Einen Beurteilungsspielraum der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte, wie nach der heutigen Rechtslage, gibt es nicht mehr! Die Höhe des ärztlichen Honorars innerhalb eines bestimmten Rahmens aufgrund eigener Einschätzung patientenindividuell festzulegen, das wird es zukünftig nicht mehr geben. **Dies widerspricht Ihren Beschlüssen!**

Der 117. DÄT in Düsseldorf hatte folgenden Beschluss gefasst: „Der Steigerungsfaktor zur Darstellung und Berechnung von besonderen Aufwandsleistungen im Individualfall (...) ist beizubehalten“. Das ist das Mandat gewesen, das dieses Haus der Bundesärztekammer mitgegeben hat! In Zukunft aber sollen Sachverhalte, die eine Steigerung des Gebührensatzes rechtfertigen, abschließend durch die GeKo zentral für ganz Deutschland bestimmt werden. **Das hatte der 117. DÄT ganz sicher nicht im Sinn.**

Abweichende Vereinbarungen? GeKo entscheidet!

- Durch von der GeKo beschlossene **Negativliste** und durch die **Begründungspflicht** werden freie Vereinbarungen faktisch kaum noch möglich sein.
- Weder MVZ noch Krankenhausambulanzen sind an die GOÄ gebunden.



Die Einschränkungen gehen noch weiter. Anders als behauptet, können Ärztinnen und Ärzte faktisch nicht wie bisher von der GOÄ abweichende Vereinbarungen mit ihren Patienten schließen.

Entscheidend ist hier, dass eine abweichende Vereinbarung zukünftig ausgeschlossen sein soll bei Vorliegen eines Behandlungsumstandes, der bereits durch die Negativliste oder durch eine Einzelentscheidung der GEKO ausgeschlossen ist.

Diese Beschränkung soll für alle Bereiche gelten, d.h. auch bei der ästhetischen Medizin und den IGeL, den Selbstzahlerleistungen, im Gutachtenwesen etc.. Diese Beschränkung betrifft also auch Behandlungsverhältnisse, bei denen weder die Interessen der PKV berührt werden, noch eine ökonomische Überforderung der Patienten überhaupt nur drohen kann.

Die Regelung soll zudem eingeführt werden, obwohl in der Vergangenheit von solchen abweichenden Vereinbarungen offenbar nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht wurde.

Auch eine Honorierung unterhalb des 2,3-fachen Faktors, wie bisher oft im Bereich der IGeL oder aus sozialen Gründen vereinbart, soll zukünftig dann nicht mehr möglich sein. Ich persönlich als Augenarzt nehme z. B. für eine Tauglichkeitsprüfung vom Piloten einen anderen Satz als vom Taxifahrer.

MVZ und Krankenhausambulanzen sind nicht an die GOÄ gebunden, sie wenden sie nur aus praktischen Gründen meistens an. Sie haben also alle Freiheiten dieser Welt.

Warum soll vor diesem Hintergrund der schmale Spielraum, den persönlich abrechnende Ärztinnen und Ärzte bei der Über- oder Unterschreitung des Steigerungssatzes im Wettbewerb noch haben, den Kollegen auch noch genommen werden?

BMG und PKV übernehmen Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung

GeKo beschließt „Empfehlungen“
zum Umgang mit **Informations-, Beratungs-,
Kennzeichnungs- und Dokumentationspflichten**
bei der Erbringung und Abrechnung von
Auftragsleistungen nach der GOÄ
(§ 11a Abs. 3 Buchst. f BÄO)



Nach der neuen Regelung der Bundesärzteordnung soll die GeKo Empfehlungen zum Umgang mit Informations-, Beratungs-, und Dokumentationspflichten bei der Erbringung und Abrechnung von Auftragsleistungen nach der GOÄ beschließen. Hier entscheidet dann letztlich das BMG und nicht mehr wir, die ärztliche Selbstverwaltung nach Maßgabe unserer Berufsordnung.

Dass die ärztliche Selbstverwaltung nun selbst vorschlägt, im privatärztlichen Bereich solche in die Länderkompetenzen eingreifende Regelungen dem Bund zu übertragen, ist bemerkenswert. Hat die Ärzteschaft z. B. bei der Dokumentation so mies gearbeitet und haben die Kammern so schlecht überwacht?

Auch hier stellt sich wieder die Frage, für welche Zwecke soll die Ärzteschaft hier in die Pflicht genommen werden? Ganz abgesehen von der Frage der verfassungsmäßigen Rechtfertigung einer solchen Kompetenzzuweisung.

GeKo als zukünftige Superärztkammer

Abgabe von Kompetenzen der Landesärztekammern an die Privatversicherungswirtschaft und an den Bund

§ 5 Berliner Kammergesetz

Die Kammern ... sind auch dazu berufen, bei Gerichten Gutachten über die Angemessenheit einer Gebührenforderung abzugeben.



GeKo entscheidet über Höhe des Steigerungsfaktors im Einzelfall, d. h. über die Angemessenheit einer Gebührenforderung (§ 11a Abs. 3a Satz 5 BÄO).



Die vorgesehenen Entscheidungen der GeKo über Behandlungsumstände, die eine Steigerung des Gebührensatzes rechtfertigen, sind noch aus einem weiteren Grund problematisch.

Nach den Heilberufegesetzen der Länder sind es die Ärztekammern, die dazu berufen sind! Sie sehen auf der Folie die entsprechende Norm des Berliner Kammergesetzes.

Auch die Berufsordnungen der meisten Ärztekammern enthalten ähnliche Regelungen.

Die Überprüfung von Gebührenforderungen ist eine Aufgabe, die den Kammern zudem im Rahmen der Berufsaufsicht über ihre Kammerangehörigen zukommt.

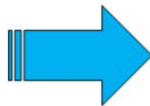
Nun soll diese Kompetenz bei der GEKO, d. h. bei der Privatversicherungswirtschaft, den Beihilfestellen und beim Bund liegen!

Die Kostenträger erhalten quasi ein Vetorecht in eigener Sache!

Woraus rechtfertigt sich ein solcher Eingriff in die Kompetenzen der Ärztekammern?

Wie mächtig wird die GeKo?

halbjährliche
Datenerhebungen für
**Monitoring der
Honorar- und
Ausgabenentwicklung**
(§§ 11a Abs. 4 BÄO, 2
Abs. 2 GO der GeKo)



Grundlage für
Empfehlungen der
GeKo zur Anpassung
und Weiterentwicklung
der GOÄ

„Datensammelzentrale und Kosten“

Alle 6 Monate soll ein Monitoring der Honorar- und Ausgabenentwicklung erfolgen. Die dafür erforderlichen Datenerhebungen sollen Grundlage werden für die Empfehlungen der GeKo zur Anpassung und Weiterentwicklung der GOÄ. Ja, geht es nicht eine Nummer kleiner?

Da verliert die GOÄ nun endgültig ihre Unschuld und den Charakter einer Gebührenordnung und wird zu einem Kontroll- und Steuerungsinstrument.

Eine Gebührenordnung bildet alle möglichen ärztlichen Leistungen ab und bewertet sie. Das ist ihre eigentliche Aufgabe.

Hier aber soll die Privatversicherungswirtschaft damit ganz klar in die Lage versetzt werden, steuernd auf die Honorarentwicklung einzuwirken. Nicht der individuelle Fall wird kontrolliert, die Gesamtheit aller Privatversicherten wird ungefragt instrumentalisiert.

Einmal mehr sollen patientenfremde Interessen und Gesichtspunkte in das Arzt-Patientenverhältnis eingebracht werden. Das hat mit Privatbehandlung im eigentlichen Sinne nichts mehr zu tun. In das exklusive Arzt-Patientenverhältnis wird ungeniert eingegriffen. Pekuniäre Interessen, und zwar die der Versicherungswirtschaft und der öffentlichen Haushalte, sollen jetzt auch hier Einzug halten.

Ziel dahinter: Nur was gesamtwirtschaftlich und haushalterisch vertretbar erscheint, soll ärztlich möglich sein.

Das ist Sozialrecht pur, mit „Privat“ hat das nichts zu tun.

Frage auch: Wer bezahlt das?

Gesundheitsausgaben Private Krankenversicherung in Mio. Euro

	1995	2013
Gesundheitsausgaben	14 275	28 898
Arztpraxen	2 625	5 990
Krankenhäuser	4 944	8 178
Verwaltung	2 309	3 661

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 7.1.2, 1995 - 2013

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Über was reden wir bei der GOÄ?

Ein paar Zahlen, damit wir die richtigen Proportionen vor Augen haben:

Die Steuerung der Ausgaben der PKV (knapp 29 Milliarden) soll zukünftig u. a. durch Empfehlungen der GeKo zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen erfolgen!

Die Zahlen zeigen es sehr deutlich: Natürlich gab es steigende Kosten. Aber mehr Ältere und mehr Fortschritt haben zu insgesamt steigenden Kosten geführt und zwar ohne GOÄ-Anpassung an die Preisentwicklung. So haben sich die Gesamtausgaben der Privaten Krankenversicherung zwischen 1995 und 2013 nahezu verdoppelt.

Sie betragen in 2013 genau 28,9 Mrd. Euro.

Die Ausgaben für die Arztpraxen betragen mit 5,99 Mrd. Euro 2013 nur ca. 20% der Gesamtausgaben der PKV.

Sie haben sich im Verhältnis zu den Gesamtausgaben etwa parallel entwickelt, trotz der Zunahme der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte zwischen 1995 und 2013, und zwar um 27.000 auf 145.000.

Und mit den Vorständen dieser milliardenschweren Versicherungen, mit einer hochprofessionellen Mannschaft im Rücken, damit wollen unsere ehrenamtlichen Vertreter auf Augenhöhe verhandeln?

Dabei kann doch nur so etwas Einseitiges wie es jetzt vorliegt herauskommen! Oder?

**Ziel:
Ausgabenbegrenzung bei PKV und Beihilfe**

GeKo beschließt Empfehlungen
zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen
(§ 11a Abs. 2 Buchst. b BÄO)



Ärztinnen und Ärzte sollen für
Morbiditätsentwicklung und steigende
Lebenserwartung zahlen!



Und weiter geht es mit der Anpassung an die GKV mit Leistungsstatistiken, um Ausgabenkürzungen pauschal (!) zu begründen und durchzusetzen. Nur nicht individuelle Leistungsprüfung, wo Konflikt mit dem Kunden sicher ist und hoher Verwaltungsaufwand anfällt. Wenn wir das alles nicht so gut aus der Krankenkassenmedizin kennen würden!

Das Morbiditätsrisiko wird gern weiter gereicht. Jedes Jahr steigt die Lebenserwartung weiter. Die Vertrags- und Prämienmodelle der PKV aber haben dies lange Zeit so nicht im Blick gehabt. Die Altersrückstellungen sind völlig unzureichend. Nun wird Kompensation gesucht, legitime und normale Preissteigerungen sollen verhindert werden.

Das mag bitter sein für diejenigen, die auf Dividenden hoffen. Aber wollen wir deshalb die Hand reichen für derart einschneidende Eingriffe in die ärztliche Berufsfreiheit?

Wie groß wird die GeKo und was darf es kosten?



Quelle: Geschäftsbericht 2014 PVS Holding: <http://www.ihre-pvs.de/unternehmen/zahlen-fakten/>

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Wie groß wird die GeKo und was darf es kosten?

Können die 8 Figuren, davon 4 auf Seiten der Bundesärztekammer, in diesem Gremium die ihnen zugedachten Aufgaben bewältigen? Selbst wenn sie vollzeitig für das Gremium tätig wären.

Zum Vergleich:

Die Private Verrechnungsstelle PVS hat in ihrem Jahresbericht 2014 Zahlen veröffentlicht, die entfernt verglichen werden können.

Für 7.658 Kunden, das entspricht ungefähr der Anzahl der Niedergelassenen in Berlin, hat man 5.75 Millionen Rechnungen erstellt. Damit waren 585 Mitarbeiter beschäftigt. Wenn nur zu 1% der Rechnungen Anfragen und Anträge bei der GeKo eingehen, wären das in diesem Beispiel allein für Berlin 57.000 Rechnungen.

Man muss sich die Frage stellen, wie viele Mitarbeiter die GeKo zukünftig beschäftigen muss. Mit 8 Mitgliedern wird dies sicher nicht zu machen sein. Auch 20 oder 30 werden nicht reichen.

Diesen enormen Personalaufwand sollen **Sie** mit ihren Kammerbeiträgen finanzieren!

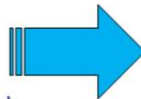
In der gesamten Vorlage sucht man jedoch Aussagen über Kosten und Personalaufwand vergebens!

Beschränkung der Leistungserbringer:

Entwertung der Approbation

§ 1 Abs. 2 Satz 1 GOÄneu:

Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, (...) für deren Erbringung der Arzt nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts grundsätzlich die fachliche Qualifikation besitzt.



Facharztqualifikation
Schwerpunktbezeichnung
Zusatzweiterbildung
Fachkunde



Jetzt geht es auch noch ans Eingemachte. Niemand wird geschont. Wenn wir schon beim Angleichen des privatärztlichen Bereichs an den vertragsärztlichen sind. KV und Zulassungsausschuss lassen grüßen! Wir erinnern uns: Arzt/Ärztin wird man mit Erlangung der ärztlichen Approbation. Man darf dann umfassend ärztlich tätig werden (siehe BÄO). Das soll auch so bleiben. Nur das Abrechnen der ärztlichen Leistungen geht dann zukünftig nicht mehr. Denn Vergütungen soll der Arzt nur noch für Leistungen berechnen können dürfen, für deren Erbringung er die fachliche Qualifikation **nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts** besitzt.

D. h. Abrechnung nur noch mit Facharztqualifikation, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzweiterbildung und Fachkunde. „Grundsätzlich“ heißt es im Entwurfstext. Also in der Regel: ärztliche Arbeit unbezahlt, nur in begründeten Einzelfällen geht's auch mal mit schlichter Approbation ohne FA.

Dass hier aus Patientensicht ein weiteres Mal die freie Arztwahl auf der Strecke bleibt, sollte auch auf einem Ärztetag angesprochen werden.

Es ist ja bekannt, dass die im Bereich der GKV immer dezidierten Anforderungen an die Qualifikation zu einer Beschränkung der Anzahl der Leistungserbringer geführt haben, m. E. ist das auch Ziel der Regelung.

Diese Einschränkung ist wirklich ärgerlich und verhöhnt Approbation und Weiterbildungsordnung.

Welche Berechtigung oder gar verfassungsrechtliche Rechtfertigung hat sie im privatärztlichen Bereich und wer zwingt uns, diesen Hohn in die GOÄ zu tragen?

Grob geschätzt werden mindestens 110.000 Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen, insbesondere die Jungapprobierten noch ohne Facharztabschluss und viele Hausärzte!

Selbst solche mit Facharzttitel dürfen dann nicht einmal mehr die Cerumenentfernung berechnen!

Sind wir jetzt schon so weit, dass wir ohne Not selber Vorschläge zur Beschränkung der eigenen Berufsfreiheit vorlegen? Reichen uns nicht die teilweise schwer erträglichen Eingriffe der GKV in die ärztliche Berufsfreiheit? Wer will denn noch mehr?

Planungsbereich privatärztliche Behandlung

„Innovative Elemente zur Verbesserung der Versorgung“

Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität werden im Rahmen von Modellvorhaben von PKV und BÄK entwickelt und evaluiert.

Wenn für gut befunden, erfolgt Übernahme in die GOÄ.
(§ 11b BÄO)



Es geht noch weiter in Richtung SGB V:

Lösungen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität sollen zukünftig im Rahmen von Modellvorhaben von PKV und BÄK entwickelt und evaluiert werden. Wenn für gut befunden, sollen sie in die GOÄ übernommen werden. Ja, jetzt haben wir es geschafft, dass 90% der Bevölkerung dem SGB V mit seinem § 63 ff. unterfallen – das reicht nicht, auch die letzten Gallier müssen noch unter die Knute der Römer ... Das muss offenbar sein für die mies versorgten armen Privatpatienten in Deutschland!

Oder soll damit nur eine Öffnungsklausel Eingang in die GOÄ finden? Nochmal: Die Gebührenordnung soll nur alle ärztlichen Verfahren abbilden und bewerten, nicht weniger und nicht mehr.

Jetzt soll nicht nur gesteuert, sondern auch noch geplant werden. Es gibt im privatärztlichen Bereich allerdings schlichtweg nichts zu planen. Das wäre eins zu eins Sozialversicherungswesen. Dazu passt die Entscheidung, den grottenschlechten ICD auch im Privatbereich für die Rechnungslegung verpflichtend zu machen, Versorgungsqualität geht anders!

Vor allem aber wäre das eine weitere neue gemeinsame Aufgabe für PKV und Bundesärztekammer, schön, nicht wahr? Auch hierzu fehlt im Übrigen, unabhängig von der Frage der Notwendigkeit einer solchen Regelung, jegliche Darstellung der Kosten. Nochmal und ich zitiere hier Prof. Hoppe, DÄT, Kiel in 2010: „Die GOÄ ist eine staatliche Festsetzung von Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen und nicht Verhandlungsergebnis von Sozialpartnern.“

GeKo-Business-Plan der Bundesärztekammer

TOP 4 Anlage 1

1

Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (neu)

Business-Plan

für Einrichtung und Betrieb von Gemeinsamer Kommission und Datenstelle

Stand: 16.11.2015



1

- 1.1.4 Vorsitz und Geschäftsführung im zweijährlichen Turnus wechselnd zwischen BÄK und KBV
- 1.1.5 Sitzungen am Ort der Geschäftsführung (Berlin bzw. Köln)

(GOÄ)
zur
Privaten
enstelle

Dr. med. Elmar Wille, Vize

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 24.12.09.2015 über die Weiterentwicklung der GOÄ beraten und die Geschäftsführung beauftragt, zur Abschätzung der auf die

Die Nähe zur Sozialversicherung erkennt man auch an dem kleinen aber kuriosen Detail, dass im GeKo-Business-Plan der Bundesärztekammer der Vorsitz und die Geschäftsführung der GeKo im zweijährigen Turnus **zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung** wechseln sollen – Herr Prof. Freud lässt grüßen.

GeKo ist nicht erforderlich!

Sinn und Zweck der GOÄ:

Doppelschutzfunktion:

- Schutz der Ärztinnen und Ärzte vor Dumpingpreisen
- Schutz der Patienten vor ökonomischer Überforderung



Eingriffe in ärztliche Berufsfreiheit zu diesem Zweck nicht erforderlich!



Regelungen sind rechtswidrig



Ich möchte Art. XII GG in Erinnerung rufen:

„Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen. Die Berufsausübung kann durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes geregelt werden.“

(Art. 12 GG)

Ein die Berufsausübung regelndes, d. h. einschränkendes Gesetz muss als aller erstes erforderlich und schließlich insgesamt verhältnismäßig sein, um ein bestimmtes anderes, gewichtiges Rechtsgut zu schützen!

Im Vertragsarztrecht wird der Erhalt der Stabilität der Sozialversicherung als gewichtiger Grund für die Einschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit und die massive staatliche Steuerung angeführt.

Wodurch sollen nun die Beschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit und die Einführung einer Ausgaben- und Struktursteuerung im privatärztlichen Bereich gerechtfertigt sein? Wodurch, Herr Rochell, Herr Windhorst? Durch die Gebührenordnung für Ärzte soll der Gefahr einer ökonomischen Überforderung der Patienten begegnet werden.

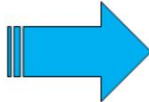
„Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“ heißt es in der seit Jahrzehnten bewährten BÄO!

Für die Verhinderung einer ökonomischen Überforderung der Privatpatienten sind weder die weitreichenden Entscheidungsbefugnisse der GeKo noch die Steuerungs- und Planungsmechanismen erforderlich. Ein solches Erfordernis ist – liebe Kollegen - von PKV, BMG und BÄK auch zu keiner Zeit behauptet oder gar belegt worden.

Lässt sich die Ärzteschaft jetzt etwa auch noch für ordentliche Bilanzen der Privatversicherungswirtschaft und die Haushalte von Bund und Ländern in die Pflicht nehmen, für die schwarze Null des Herrn Schäuble? Unabhängig davon, ob die Ärzteschaft hierzu bereit wäre, ein legitimer Zweck zur Deckelung ärztlicher Gebühren aus privaten Behandlungsverhältnisses wäre dies nicht. Die hier vorgelegten Regelungen sind, tut mir leid, nach meiner Information schlicht rechtswidrig.

Fazit

GeKo



- **GOÄ wird Steuerungs-Planungsinstrument**
- **Bisher nie dagewesener Einfluss der Privatversicherungswirtschaft**
- **BMG und PKV übernehmen Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung**
- **Ärztliche Berufsfreiheit weiter eingeschränkt**
- **Ärztliche Approbation entwertet**



Erlauben Sie mir am Schluss ein kurzes Fazit:

Mit den hier vorliegenden Regelungen verlöre die GOÄ ihren Charakter als freie Gebührenordnung und würde zum Steuerungs- und Planungsinstrument.

Die hier vorgelegten Regelungen würden der Privatversicherungswirtschaft einen bisher nie dagewesenen Einfluss auf die Honorarentwicklung und auf das Arzt-Patientenverhältnis ermöglichen.

Die ärztliche Selbstverwaltung gäbe wichtige Kompetenzen an den Bund und an die Versicherungswirtschaft ab.

Der ärztliche Beruf verlöre durch die vorgelegten Regelungen weiter an Freiheit.

Die ärztliche Approbation würde entwertet.

Umgang der ärztlichen Selbstverwaltung mit eklatantem Staatsversagen

Der Bundesgesundheitsminister



- GOÄ Novelle ist längst überfällig
- Zwingende Voraussetzung:
BÄK muss sich mit
PKV-Verband **und**
Beihilfeträgern einigen

Die Bundesärztekammer



- stellt die Forderung des Bundesministers als Voraussetzung für ein pflichtgemäßes Amtshandeln nicht in Frage!
- unterbreitet selber Vorschläge zur weiteren erheblichen Einengung der ärztlichen Berufsfreiheit!

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 112, 21. Dezember 2015 S. A 2171

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



Sie konnten es im Deutschen Ärzteblatt vom 21. Dezember 2015 nachlesen: Der Bundesminister für Gesundheit soll zugegeben haben, dass die Novelle der GOÄ längst überfällig ist. Zwingende Voraussetzung für eine Umsetzung in der aktuellen Legislaturperiode sei jedoch, dass sich die Bundesärztekammer nicht nur mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung sondern darüber hinaus nun zusätzlich mit den Beihilfeträgern auf einen gemeinsamen Entwurf einer neuen GOÄ einigen müsse.

Wir erinnern uns, es ist die Aufgabe des Bundes, eine GOÄ zu schaffen und fortzuentwickeln, die ihrer Doppelschutzfunktion gerecht wird.

Der Bundesminister fordert hierfür, also als Voraussetzung für ein pflichtgemäßes Amtshandeln, die Lieferung eines fertigen und mit der Beihilfe und der Versicherungswirtschaft abgestimmten Regelungsentwurfs.

Die Reaktion der ärztlichen Selbstverwaltung hierauf ist bemerkenswert:

Was macht sie? Sie fügt sich und liefert.

Und das, obwohl sie bereits im Mai 2011 einen vollständigen, modernisierten und fertig durchkalkulierten Regelungsentwurf entwickelt hat. Seit dem sind nun fast 5 Jahre vergangen. Das BMG musste sich bis heute nicht mit dem Vorschlag der Ärzteschaft befassen. Ist das die angemessene Reaktion auf ein eklatantes Staatsversagen?

Was nun?

Die Bundesärzteordnung darf nicht angetastet werden.

**Die genannten Steuerungs- und Planungskomponenten
müssen entfallen und ärztliche
Entscheidungsspielräume erhalten bleiben.**



Was nun?

Die Bundesärzteordnung darf nicht angetastet werden. Die genannten Steuerungs- und Planungskomponenten müssen entfallen und ärztliche Entscheidungsspielräume erhalten bleiben. Bitte stimmen Sie unserem hierzu eingebrachten Antrag zu.

„Eine eigene amtliche Gebührenordnung wie die GOÄ ist Wesensmerkmal jeden freien Berufs und unterstützt – im Patienteninteresse – die Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte gegen die Einflussnahme Dritter.“

Quelle: Argumentationspapier der Bundesärztekammer – 12. Mai 2011

Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident



„Eine eigene amtliche Gebührenordnung wie die GOÄ ist Wesensmerkmal jeden freien Berufs und unterstützt – im Patienteninteresse – die Unabhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte gegen die Einflussnahme Dritter.“

Diese goldrichtige Aussage stammt aus dem Argumentationspapier der Bundesärztekammer vom 12. Mai 2011.

Der hier vorgeschlagene Systemwechsel geht genau in die gegenteilige Richtung und im Übrigen weit über das hinaus, was die Bundesärztekammer als Ziel ihrer Bemühungen ausgegeben hat: nämlich die GOÄ auf eine stabile und leistungsgerechte Finanzierungsgrundlage zu stellen. Die Aktualisierung und Modernisierung des Leistungsverzeichnisses, die Anpassung der Gebühren unter Berücksichtigung der Preissteigerungen und eine Selbstverwaltungslösung zur Weiterentwicklung der GOÄ.

Das, was wir hier sehen, hat damit nichts mehr zu tun. Es ist die Etablierung der Einflussnahme Dritter in das exklusive Verhältnis zwischen Arzt und Patient jetzt auch außerhalb der Sozialversicherung.

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

