

# BERLINER ÄRZTE

03/2016 53. Jahrgang

Die offizielle Zeitschrift der Ärztekammer Berlin

# THE SHOW MUST GO Ä ON

DER AUSSERORDENTLICHE  
DEUTSCHE ÄRZTETAG  
ZUR GOÄ-NOVELLE  
BERLIN 23. JANUAR 2016

# Änderung der Bundesärzteordnung ist das Thema



Foto: K. Friedrich

Diese Ausgabe von BERLINER ÄRZTE steht ganz im Zeichen des außerordentlichen Deutschen Ärztetages, zu dem sich am Samstag, 23. Januar hier bei uns in Berlin im Kongresszentrum des Estrel Berlin die 250 Delegierten aus ganz Deutschland und der Bundesärztekammervorstand zusammengefunden hatten. Diese außerordentliche Sitzung war laut Geschäftsordnung einzuberufen (entgegen der veröffentlichten Auffassung des Bundesärztekammervorstandes), weil drei Landesärztekammerparlamente dies nach Bekanntwerden eines Briefes an das Bundesministerium für Gesundheit vom 4. September 2015 verlangt hatten. In diesem Brief, konsentiert von der Bundesärztekammer und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) war eine gemeinsame Gesetzesinitiative zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte vorgetragen worden. Darüber hinaus enthielt der Brief einen Entwurf des Paragrafenteils der neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄneu), unter anderem mit dem Entwurf einer Geschäftsordnung für eine sogenannte Gemeinsame Kommission und einen Gesetzgebungsentwurf für die Änderung der Bundesärzteordnung. Und da kommen wir auf des Pudels Kern. Was als Novellierung der Gebührenordnung

**Dr. med. Elmar Wille**  
(Augenarzt) ist Vizepräsident der Ärztekammer Berlin und Vorsitzender der Vertreterversammlung der Berliner Ärzteversorgung.

für Ärzte angekündigt und abgehandelt wird, ist zunächst und vor allem weit gewichtiger eine eingreifende Änderung der Bundesärzteordnung mit Folgen für die Berufsordnung und die Berufsfreiheit. Die Bundesärzteordnung ist – zur Erinnerung – das Gesetz, das in Deutschland für Deutschland regelt, wer Ärztin/Arzt ist, wer die Approbation erhält, zu was diese Approbation berechtigt und verpflichtet. Wenn hier aus dem Paragrafen 11 mit drei knappen klaren Sätzen drei lange Seiten werden, ist auch für Nichtjuristen klar: hier tut sich was, hier gilt es hinzuschauen! Nicht Geld ist das Thema, sondern die Ärzteordnung – das für Alle geltende Regelwerk! Das heißt, je nach Regelungsinhalt gibt es zum Teil auch finanzielle Folgen, aber nur zum Teil und nur indirekt über Beschreibung der Leistungserbringung im Umfang und der Weiterbildungsvoraussetzung. Geldbeträge in EURO und CENT werden bisher keine genannt und sind auch nicht weiter bekannt. Eine

Gebührenordnung für Ärzte, die ein komplettes aktuelles Leistungsverzeichnis der modernen Medizin des Jahres 2016 abbilden würde, ist der Öffentlichkeit nicht bekannt und wurde auch beim Ärztetag nicht vorgelegt. Trotzdem wollte die Mehrheit des Deutschen Ärztetages diese „Katze im Sack“ kaufen und billigte die Beteiligung der Privatkrankenversicherungswirtschaft und der Beihilfebehörden an unserer Selbstverwaltung. Auch die Abwertung der ärztlichen Approbation (unter anderem besonders für die jungen Kollegen ohne Facharztstatus und die Hausärzte/Allgemeinärzte, insgesamt ca. 110.000) konnte nicht die Mehrheit für die sogenannte GOÄneu wankend machen. Diese Einschränkung der Approbationsrechte (und zugleich der Arztwahlfreiheit der Patienten) wurde als Qualitätssicherung für den Patienten angepriesen. Lesen Sie selbst über diesen außerordentlichen Deutschen Ärztetag mit voraussichtlich jahrzehntelangen Folgewirkungen für Ärzte und Patienten.

# DIE GROSSE GOÄ-SHOW

Delegierten, Publikum und Presse bot sich am 23. Januar 2016 im Berliner Hotel Estrel ein in vielerlei Hinsicht denkwürdiger Außerordentlicher Deutscher Ärztetag zur heiß diskutierten GOÄ-Novelle. Lesen Sie hier, was Sie anderswo nicht werden lesen können.

*Von Sascha Rudat*

## GOÄ

Gebührenordnung für Ärzte

- Kommentar
- Analyse Bewertungen
- Hinweise zu individuellen Gesundheitsleistungen

**D**ie Vorgeschichte zur Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ebenso lang wie hinlänglich bekannt. Deshalb zu Beginn nur ein kurzer Abriss.

Seit Ende der 80er Jahre wurde die GOÄ nicht mehr grundlegend geändert bzw. angepasst. Die Notwendigkeit einer Reform hin zu einer GOÄ, die das aktuelle Leistungsgeschehen adäquat abbildet und honoriert, dürfte also im allergrößten Teil der Ärzteschaft absolut unstrittig sein. Der Druck ist seit Jahren da, und der Präsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, beeilte sich daher zu seinem Amtsantritt 2011, die GOÄ-Reform zur Chefsache zu erklären. Die Politik, respektive die wechselnden Gesundheitsminister, delegierte elegant die Aufgabe, eine staatliche Gebührenordnung zu entwickeln, indem sie die Bundesärztekammer, den PKV-Verband und die Beihilfe aufforderte, eine gemeinsame GOÄ-Novelle vorzulegen.

Seit 2012 wird nun verhandelt – auf Seiten der Bundesärztekammer durch deren ehemaligen Hauptgeschäftsführer Bernhard Rochell und den Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Theo Windhorst. Auf die seitdem beständig von vielen Seiten der Ärzteschaft vorgebrachte Kritik der mangelnden Transparenz muss an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Immer wieder verwiesen die Verhandlungsführer auf das vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) verlangte „Schweigepflicht“. Es rumorte jedenfalls kräftig – insbesondere unter den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, denn nichts Genaues wusste man nicht. Viel wurde darüber spekuliert, welche Fachrichtungen als Gewinner oder Verlierer hervorgehen würden. Nichtsdestotrotz sprachen die Delegierten den Verhandlungsführern auf den vergangenen Deutschen Ärztetagen immer wieder ihr Vertrauen aus – Details der bis dahin getroffenen Vereinbarungen zwischen BÄK und PKV kannten die allermeisten jedoch nicht.

## Kritik am Inhalt, nicht an Honorarhöhen

Wirklich konkret wurde es, als im vergangenen Herbst die geplanten Änderungen des Paragrafenteils der GOÄneu und der Bundesärzteordnung (BÄO) öffentlich wurden. Die Ärztekammer Berlin – vor allem in Person ihres Vizepräsidenten Elmar Wille (Allianz Berliner Ärzte) – schaute sich die angedachten Änderungen und die damit einhergehenden Folgen für Ärzte und Patienten sehr genau an. Wille kam zu dem Schluss, dass diese Änderungen, die bereits dem Bundesgesundheitsministerium von der BÄK vorgelegt worden waren, einen „fundamentalen Paradigmenwechsel“ und einen massiven Eingriff in die Freiberuflichkeit des Arztes darstellen würden. Insbesondere die im neu geschaffenen Paragraphen 11a geregelte Gemeinsame Kommission (GeKo) wertete Wille als teures Experiment mit offenem Ausgang. Der niedergelassene Augenarzt betonte dabei wiederholt in aller Deutlichkeit, dass es bei seiner Kritik nicht um die Höhe der Gebührensätze, sprich ums Geld gehe, sondern dass diese rein struktureller Natur sei. Auch will er seine Kritik nicht als Widerstand gegen eine neue GOÄ verstanden wissen.

Seinen sehr sachlich und differenziert ausgeführten Überlegungen folgte die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin am 25.11.2015 denn auch einstimmig. Gleichzeitig forderte sie Frank Ulrich Montgomery in seiner Eigenschaft als Präsident des Deutschen Ärztetages mehrheitlich auf, einen Außerordentlichen Deutschen Ärztetag einzuberufen (s. DV-Bericht in Heft 1/2016), um die geplanten Änderungen möglichst breit und demokratisch legitimiert zu diskutieren. Kritische Stimmen gegen einen solchen Sonderärztetag kamen damals aus den Reihen der Fraktion Gesundheit.

Die Ärztekammer Berlin war damit die erste Kammer, die dies forderte. Bald aber folgten die Landesärztekammern

Brandenburg und Baden-Württemberg, so dass das erforderliche Quorum für die Einberufung eines Außerordentlichen Deutschen Ärztetages erreicht war.

Im Vorfeld dieses besonderen Ärztetages mit nur einem Tagesordnungspunkt – von der BÄK auf den 23.01.2016 angesetzt – liefen die Meinungsmaschinen heiß. In den Ärzteforen gab es kaum ein anderes Thema, Fachgesellschaften und Ärzteverbände überboten sich mit Stellungnahmen – Sachlichkeit war bei diesen hitzigen Debatten nicht immer zu finden, Polemik umso mehr, wobei es auch gerne mal persönlich wurde. Die Bundesärztekammer startete ihrerseits eine Informations- respektive Meinungs Offensive und nutzte dafür auch intensiv das Deutsche Ärzteblatt. Notwendige Anmerkung am Rande: Die Stellungnahme der Ärztekammer Berlin kam dort nicht vor. Auch bei den Informationsveranstaltungen in den Landesärztekammern kamen nur die Verhandlungsführer bzw. deren Stellvertreter zu Wort.

In den Ärzteparlamenten der Landesärztekammern wurden unterdessen – sofern erforderlich – die Delegierten für den Außerordentlichen Ärztetag gewählt. Auffallend dabei, dass bekannte Kritiker der GOÄ-Verhandlungen wie der Präsident des Bundesverbandes der Internisten, Wolfgang Wesiack aus Hamburg, nicht als Delegierte gewählt wurden.

## Drama in mindestens drei Akten

Szenenwechsel: Das riesige Hotel Estrel in Berlin-Neukölln an einem verschneiten Samstagvormittag Ende Januar. Die Stimmung vor und im Konferenzsaal war von Anfang an aufgeheizt – was nicht zuletzt daran lag, dass sich im knapp bemessenen Gästeteil eine Vielzahl von Gegnern der aktuellen GOÄ-Reformpläne versammelt hatte. Viele hatten Trans-

# ESTREL SAAL A



Außerordentlicher Deutscher Ärztetag  
23. Januar 2016, Berlin

Estrel Saal

parente dabei. Es gab schon weniger Stimmung bei Deutschen Ärztetagen. Die Tagesordnung sah eine Einleitung von BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery, einen Sachstandsbericht von Bernhard Rochell, eine Einschätzung zum aktuellen Stand der Verhandlungen von Elmar Wille sowie eine Rede zu den berufspolitischen Auswirkungen von Theo Windhorst vor. Die quantitative Verteilung von Befürwortern und Gegnern der aktuellen GOÄ-Pläne spricht eine deutliche Sprache.

Montgomery stieg zunächst in seinem Vortrag, der mit 48 Folien unterlegt war, in die Geschichte der GOÄ-Verhandlungen ein. Dabei schilderte er auch den Verhandlungsmarathon mit dem PKV-Verband und der Beihilfe. „Ja, wir hätten mehr informieren müssen...“ war eine Folie betitelt. Dem Vorwurf der Intransparenz trat Montgomery mit dem deutlichen Hinweis auf die vom BMG geforderte „Schweigepflicht“ entgegen.

Daneben ging er auch auf Aussagen ein, die aus seiner Sicht falsch sind. Dazu gehörte unter anderem die Kritik, dass eine Öffnungsklausel oder ein Gebühren-dumping in der GOÄ neu möglich seien,

sowie dass es künftig keine Steigerungsmöglichkeiten gäbe und dass abweichende Honorarvereinbarungen untersagt wären.

Zur Frage, ob die BÄK legitimiert sei, über die Gemeinsame Kommission zu verhandeln, verwies er auf einen Beschluss des Deutschen Ärztetages 2011, in dem der Ausbau des bestehenden Konsultationsausschusses beschlossen worden sei. „In der GeKo ist die Position der Ärzteschaft gestärkt. Eine Anpassung der GOÄ wird zeitnah möglich.“ Zugleich machte er sich für den Vorstandsantrag (I-01) stark: „Wir brauchen eine neue GOÄ auf Grundlage der verhandelten Kompromisse. Das ist der Gegenstand des Vorstandsantrages.“ Dieser war am Vorabend des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages gegen die Stimme von Berlins Kammerpräsidenten Günther Jonitz (Marburger Bund) verabschiedet worden.

Montgomery malte erneut das Gespenst der Bürgerversicherung an die Wand. „Wer die Gebührenordnung ablehnt, der riskiert eine Verweigerung der SPD-geführten Bundesländer im Bundesrat. Wer sich grundsätzlich gegen die GOÄ stellt, der befördert den Weg in die Bür-

gerversicherung.“ Er forderte die Delegierten auf, die „Jahrhundertchance für eine Novellierung der GOÄ“ nicht zu vergeben. Daneben ging Montgomery auf die Kritik an seinem Vorsitz im Ärztelrat der Allianz PKV ein. Eine Interessenverquickung bei den GOÄ-Verhandlungen mit dem PKV-Verband, dessen Verhandlungsführerin Allianz-Vorstandsmitglied Birgit König ist, verneinte er. Sein Aufsichtsratssitz bei der Deutschen Ärzteversicherung blieb unerwähnt.

Bernhard Rochell leitete im Anschluss seinen über 50-minütigen Folienvortrag zum Sachstand der Verhandlungen (nachzulesen auf der BÄK-Homepage) mit dem Hinweis ein, dass vor allem durch einen im vergangenen Herbst öffentlich gewordenen Brief der Bundeszahnärztekammer an die Bundesärztekammer große Verunsicherungen unter den Ärzten aufgetreten seien. Dies könne er verstehen, aber mehrheitlich seien die dort gemachten Behauptungen nicht zutreffend.

Auch Rochell betonte, dass die GeKo der vom DÄT gewünschten Vorschlagslösung entspräche. Zur geplanten Datenstelle erklärte er, dass einzelne Mitglieder der GeKo – wie die PKV – nicht auf die Datensätze zugreifen dürften. Darüber hinaus sehe er bei der geplanten Novelle keine Angleichung an die EBM-Systematik der Gesetzlichen Krankenversicherung. Zum Abschluss seiner Rede erklärte Rochell: „Wir liegen auf der Linie der Beschlüsse der Ärztetage.“ Nun brauche man ein stabiles Votum, das die Verhandlungsführer der BÄK weiterhin ausreichend mandatieren.

## Die GeKo als Superärztekammer

Nach der zeitlichen Überziehung von Rochell durfte Elmar Wille seine Rede dann 20 Minuten vor der geplanten Mittagspause beginnen – was er mit den Worten kommentierte: „Ich spreche eigentlich nicht gerne vor einem Publikum mit knurrendem Magen.“ Er ließ sich dann aber nicht beirren, sondern

trug seine Kritik sachlich und unter viel Beifall (größtenteils von den Gästen) vor. Gleich zu Beginn machte er deutlich: „Wir wollen eine neue GOÄ – wir wollen ja nicht die alte Gebührenordnung konservieren. Aber die von der BÄK und der PKV vorgeschlagenen Änderungen der Bundesärzteordnung sind fundamental. Sie sollen systematische Eingriffe in die GOÄ und das privatärztliche Behandlungsverhältnis ermöglichen. 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.“



Elmar Wille's Rede löst bei BÄK-Verhandlungsführer Theo Windhorst (links) Stirnrunzeln aus.

## Hier die zentralen Kritikpunkte von Elmar Wille

(den vollständigen Vortrag finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin):

### Gemeinsame Kommission

Die Gemeinsame Kommission übernimmt laut Wille ein beachtliches Portfolio von Aufgaben rund um die GOÄ. Dabei ist das Konstrukt nicht – wie von der BÄK behauptet – mit dem derzeitigen GOÄ-Konsultationsausschuss vergleichbar. Die GeKo wäre ein durch Gesetz, eben die BÄO, geschaffenes Gremium mit gesetzlichen Aufgaben. Schon die Zusammensetzung ist völlig anders. Der bisherige zentrale Konsultationsausschuss spricht ausschließlich Empfehlungen aus. Wenn man sich im Ausschuss nicht einig ist, hat die Bundesärztekammer immer das letzte Wort. So geschehen in der Vergangenheit bei ca. 30 Prozent der beratenen Abrechnungsfragen. Zu diesen Abrechnungsfragen gab es dann eben keine gemeinsame Abrechnungsempfehlung, sondern nur eine der Bundesärztekammer. Ganz anders ist 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. zu bindenden Entscheidungen. Kommt allerdings im Ausschuss kein Einvernehmen zustande, hat das Bundesministerium (BMG) das letzte Wort. Die GeKo entscheidet faktisch verbindlich über die Einführung neuer Behandlungsmethoden in die GOÄ. Es ist also quasi ein „Gemeinsamer Bundesausschuss“ für die Privatversicherung zu befürchten.

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. Einen Beurteilungsspielraum der abrechnenden Ärztinnen und Ärzte, wie nach der

heutigen Rechtslage, gibt es laut Wille 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 den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages!

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. Die Überprüfung von Gebührenforderungen ist eine Aufgabe, die den Kammern zudem im Rahmen der Berufsaufsicht über ihre Kamerangehörigen 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, erklärt Wille.

## Datensammelstelle

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. Da verliert die GOÄ nun endgültig ihre Unschuld sowie 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.

## Entwertung der Approbation

Wie Wille weiter ausführte, wird man Ärztin/Arzt 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 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. Aus Patientensicht bleibt ein weiteres Mal die freie Arztwahl auf der Strecke. Grob geschätzt werden mindestens 110.000 Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen, insbesondere die Jungaprobieren noch ohne Facharztabschluss und viele Hausärzte! Es findet also eine „Entwertung der Approbation“ statt, so Wille.

## Fazit von Elmar Wille

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

Das hat nichts mehr mit einer klassischen Gebührenordnung zu tun. Es ist die Etablierung der Einflussnahme Dritter in das Arzt-Patienten-Verhältnis. Willes Forderung: Die Bundesärzteordnung darf nicht angetastet werden. Die genannten Steuerungs- und Planungskomponenten müssen entfallen und ärztliche Entscheidungsspielräume erhalten bleiben.

## Windhorst: Wille hat Fakten falsch verstanden

Nach Willes Vortrag beeilte sich Verhandlungsführer Theo Windhorst zu erklären, dass „Wille einige Fakten falsch verstanden“ oder die BÄK sie schlecht vermittelt habe. „Es gibt eine freie Meinungsäußerung – aber nicht jede Meinung ist richtig.“ Was dann folgte war eine umfangreiche Verteidigung der GeKo. Sie sei eine gute Lösung, da sie rechtssicherer sei und zum Kräftegleichgewicht mit der PKV führe. Inhaltlich ging Windhorst, emotional offenbar sehr aufgewühlt, nicht näher auf die Kritik von Wille ein, sondern hob immer wieder auf Sachzwänge ab, denen sich die BÄK hätte unterwerfen müssen. Unter Buh-Rufen und Pfiffen aus dem Gästeteil erklärte er: „Wir sind noch nie so weit auf dem Weg zu einer eigenen, freien Gebührenordnung gekommen.“ Mit der geänderten Bundesärzteordnung werde es eine stabile Basis geben, die gesetzlichen Regelungen „für uns in Anspruch zu nehmen“.

## Diskussionen? – Lieber nicht zu viele...

Zu Beginn beschlossen die Delegierten mehrheitlich zunächst eine Redezeitbegrenzung auf 3 Minuten, dann auf 2 Minuten. Befürworter und Gegner der vorliegenden GOÄ-Reformpläne lieferten sich in der Folge einen hitzigen Schlagabtausch, in dem nicht immer sachliche Argumente zum Tragen kamen.

So warf Rudolf Kaiser (ÄK Westfalen-Lippe) Elmar Wille vor, in seinem Vortrag seien die Patienten nicht vorgekommen. Dieser konterte: „Es ist unglaublich, wie kolportiert wird, was die Stellung des Patienten in meinen Aussagen angeht. Ich habe in meiner Rede thematisiert, wie diese neue GOÄ die Arztwahlfreiheit für Patienten erheblich einschränkt.“

Ellis Huber (Fraktion Gesundheit) brach als einziger Berliner Redner eine Lanze für den Leitanspruch des BÄK-Vorstandes

Ärzttekammer Berlin

**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)**

Dr. med. Eimar Wille, Vizepräsident



und sprach von einem „fulminant akzeptablen Verhandlungsergebnis“ der BÄK. Dies sorgte für etwas Verwirrung, da Huber gleichzeitig den konträren Antrag von Wille unterstützt hatte.

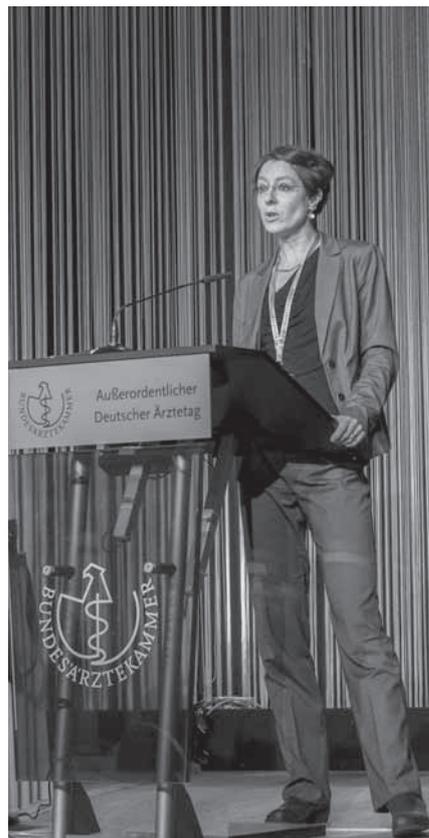
Harald Mau (Allianz Berliner Ärzte) erklärte den Delegierten: „Es kann doch nicht sein, dass jede Kritik mit dem Menetekel der Bürgerversicherung abgewehrt wird. Wir sind nicht hergekommen, um die Novellierung der GOÄ zu Fall zu bringen, sondern um sie voranzutreiben. Ich wehre mich dagegen, dass die Bundesärzteordnung in

Bereichen geändert wird, die existenziell sind. Die GeKO wird uns sehr viele Kopfschmerzen bereiten. Es geht nicht um Geld, sondern um das Recht der Ärzte.“

Klaus Thierse (Marburger Bund) warnte davor, sich einlullen zu lassen, wie dies in den vergangenen Jahren geschehen sei. Mit Blick auf die Beschlüsse vergangener Deutscher Ärztetage erklärte er: „Damals wussten wir überhaupt nicht Bescheid.“

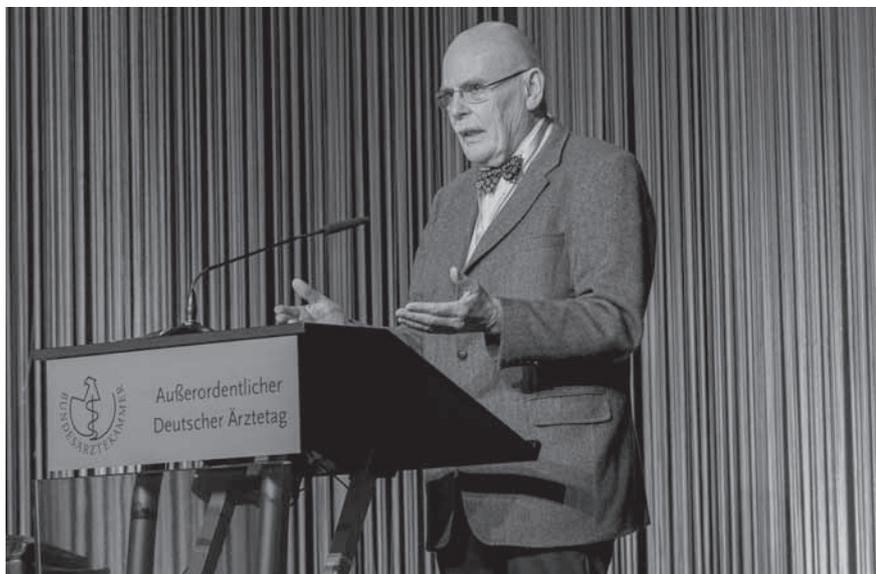
Berlins Kammerpräsident Jonitz (Marburger Bund): „Elmar Wille hat stellvertretend für die Ärztekammer Berlin die Fak-

ten auf den Tisch gelegt. Diesen Fakten müssen wir uns stellen. Ich möchte Sie bitten, sich beim Thema GOÄ noch einmal genau anzuschauen, wer was gesagt hat. Ich lege Wert darauf, dass sich die Ausführungen von Elmar Wille nicht auf politische Absichtserklärungen beziehen, sondern nur auf Fakten. Und Fakt ist, dass die GeKo eine ganz andere Rolle als der Konsultationsausschuss einnehmen wird. Wir müssen uns überlegen, ob wir das wollen.“



Anja Dippmann: „Datenstelle wird Kinder kriegen.“

Anja Dippmann (Marburger Bund) ging in einer engagierten Rede auf die geplante Datenstelle ein: „Wir haben am Ende einen Datensatz, der nicht vollständig und repräsentativ ist, wir haben die Datenhoheit bei der PKV, trotzdem wird auf dieser Grundlage die Positiv- und Negativliste erstellt werden. Warum sollte die Ärzteschaft einem solchen Konstrukt ohne Not zustimmen?! Die Datenstelle wird Kinder kriegen, sie wird teuer werden und sie wird nicht kontrolliert werden können.“



Harald Mau: „Nicht jede Kritik mit dem Menetekel der Bürgerversicherung abwehren.“



„Ist schon ein Unterschied, ob die Bundeswehr oder der  
 „DÄT im Estrel ist“  
 „Wieso?“  
 „Na einmal lauter Uniformierte und jetzt ganz  
 viele Uninformierte!“

Karikatur: Prof. Dr. med. Harald Mau

Obwohl noch mehr als 15 Redner auf der Liste standen, wurde schließlich der Antrag auf „Ende der Debatte“ gestellt, dem die Delegierten mehrheitlich zustimmten.

### Inhaltliche Auseinandersetzung offenbar nicht erwünscht

Nach einer kurzen Pause ging es dann zur Abstimmung über die 44 eingegangenen Anträge (davon knapp die Hälfte unter Beteiligung von Berliner Delegierten). Was folgte, dürfte in die Annalen des Deutschen Ärztetages eingehen. Zunächst stimmten die Delegierten dafür, alle weitreichenderen Anträge und erst dann den Antrag des Vorstandes zu behandeln. Anschließend wurde der folgeschwere Antrag (I-41) von Joachim Calles (Landesärztekammer Bayern): „Alle

Anträge, deren Umsetzung eine Unterbrechung der laufenden Verhandlungen zur Folge haben, werden an den Ausschuss Gebührenordnung der Bundesärztekammer überwiesen“ gestellt. Dem wurde mehrheitlich zugestimmt.

Danach wurde über den Antrag von Anja Dippmann (I-11) abgestimmt, in dem eine Änderung der BÄO und des Paragrafenteils der GOÄ abgelehnt wurde. Wie unter den bestehenden Mehrheitsverhältnissen zu erwarten war, wurde mehrheitlich von den Delegierten dagegen gestimmt. Das gleiche Schicksal wäre wohl auch dem umfangreichen kritischen Antrag von Elmar Wille (I-04) zuteil geworden, der einerseits den Verhandlungsführern der BÄK grundsätzlich das Vertrauen aussprach und eine Neubewertung der in der GOÄ

hinterlegten ärztlichen Leistungen forderte, andererseits aber ebenfalls die Änderung der BÄO und die Schaffung der GeKo sowie eine Übertragung von Elementen der GKV in den privatärztlichen Bereich ablehnte. Doch dann stellte Bremens Ärztekammerpräsidentin Heidrun Gitter zusammen mit anderen einen Änderungsantrag, der in Willes Antrag die Streichung der kritischen Teile sowie der Begründung vorsah – den Antrag also in sein Gegenteil verkehrte. Dem stimmten die Delegierten mehrheitlich zu. Übrig blieb damit ein unkritischer Rumpfantrag, der vor allem eine Unterstützung des BÄK-Vorstandes darstellte. Dann wies BÄK-Vorstandsmitglied Rudolf Henke (Präsident ÄK Nordrhein) darauf hin, dass nun die Überschrift des Antrages von Wille nicht mehr passe, was der Präsident des

Deutschen Ärztetages und Sitzungsleiter Frank Ulrich Montgomery bestätigte. Die Überschrift „Änderungen der ordnungsrechtlichen Rahmenbedingungen für das privatärztliche Behandlungsverhältnis werden abgelehnt“ wollte er dann in „Der Deutsche Ärztetag spricht den Verhandlungsführern der Bundesärztekammer sowie dem Vorstand der Bundesärztekammer sein Vertrauen aus“ ändern. Das ließ Elmar Wille dann nicht mit sich machen, ergriff das Mikrofon und zog seinen Antrag mit den Worten zurück: „Sie glauben doch wohl nicht, dass ich darauf noch meinen Namen setze. Damit ist der Antrag ja nicht nur kastriert, sondern am Hals abgeschnitten.“

Es folgte die Abstimmung über zwei weitere kritische Anträge (I-02, I-03), die u.a. von Matthias Lohaus (Allianz Berliner Ärzte) eingereicht worden waren. Antrag (I-02) wurde überraschend knapp mit 109 zu 98 Stimmen abgelehnt. Antrag (I-03) wurde ebenfalls abgelehnt.

Damit war der Weg frei für den Vorstandsantrag, zu dem es vier Änderungsanträge gab – darunter zwei aus Berlin von Svea Keller, Klaus-Peter Spies und Bernd Müller (I-01b und I-01c). Alle Änderungsanträge wurden abgelehnt. Der Vorstandsantrag, der grünes Licht für weitere GOÄ-Verhandlungen auf Grundlage der bisherigen Ergebnisse gab, wurde mit großer Mehrheit der Delegierten angenommen. Damit kam Antrag I-41 zum Tragen: 38 (!) von 44 Anträgen wurden an den BÄK-Vorstand bzw. an den Ausschuss Gebührenordnung überwiesen – darunter die Berliner Anträge I-05, I-06, I-07, I-08, I-09, I-10, I-21, I-22, I-23, I-24, I-25, I-26, I-27, I-28, I-37.

Eine umfassende inhaltliche Auseinandersetzung im Parlament der deutschen Ärzteschaft fand also nicht statt. Um 16.38 Uhr war der Außerordentliche Deutsche Ärztetag vorbei, der Zeitplan war eingehalten worden.

### Ausblick

Zum Abschluss eine Bewertung durch den Vizepräsidenten und den Präsidenten der Ärztekammer Berlin.



Kammerpräsident Günther Jonitz (rechts): „Wir müssen uns den Fakten stellen.“

Vizepräsident Elmar Wille: „Als zwei Anträge auf Begrenzung der Redezeit gestellt wurden, einmal 3 min. und dann 2. min mit dem Ergebnis, dass 2 min mit großer Mehrheit angenommen wurde, war klar, dass die Mehrheit keine wirkliche Auseinandersetzung mit dem komplexen arztrechtlichen und sozialökonomischen Thema wollte. Der Blick vom Rednerpult in die Gesichter im Saal bestätigte leider, dass man die geplante Änderung des geltenden Bundesgesetzes „Bundesärzteordnung“ mit ihrer ärztliches Handeln einschränkenden Regelungsdichte einfach nicht wahr haben, geschweige denn nach Pro und Contra abwägen wollte. Es war ja viel einfacher, dann in der folgenden Kurzdebatte, den Gegnern der GOÄneu Geldgier und andere miese Motive vorzuwerfen. Die Verlagerung von Rechten und Kompetenzen von der Selbstverwaltung auf zentrale Bundesinstitutionen und die Privatversicherungswirtschaft sowie die kommenden, aus Kammerbeiträgen zu bestreitenden Kosten in Millionenhöhe stören das eigene Weltbild nicht, wenn man sich der Information verweigert. Der manipulative, unfaire Umgang mit unserem (Berliner) Antrag zeigte sehr deutlich, dass die Sitzungsleitung noch demokratischen Parlamentarismus lernen und üben muss.“

Kammerpräsident Günther Jonitz: „Wer eine Bürgerversicherung einführen möchte, hat sich über den Außerordent-

lichen Deutschen Ärztetag gefreut. Es werden ihm künftig alle notwendigen Instrumente an die Hand gegeben: Ein von der Ärzteschaft erarbeitetes hochaktuelles Leistungsverzeichnis sowie eine Gemeinsame Kommission, die von oben nach unten, also klassisch top-down, festlegt, wo eine Steigerungs- oder Absenkungsmöglichkeit des Gebührensatzes möglich ist. Dadurch begeben wir uns freiwillig von der Selbstbestimmung in die Fremdbestimmung durch die privaten Kostenträger. Die PKV und die Beihilfe haben Zugriff auf die eigenen Daten und praktisch unbegrenzte Geldmittel. Die Bundesärztekammer als Partner in der GeKo hat hingegen keine Datenhoheit. Finanziert werden soll diese GeKo wiederum paritätisch – aber inhaltlich stehen sich ungleiche Partner gegenüber. Nicht zu vergessen ist, dass die BÄK die Finanzierung der GeKo über Pflichtbeiträge der Mitglieder der Landesärztekammern sicherstellen muss.“

Den vollständigen Vortrag von Dr. Wille sowie die Anträge der Delegierten finden Sie auf der Homepage der Ärztekammer Berlin unter:

[www.aerztekammer-berlin.de/sonderaerztetag](http://www.aerztekammer-berlin.de/sonderaerztetag)

*Verfasser:*

Sascha Rudat

Leitender Redakteur BERLINER ÄRZTE  
Ärztekammer Berlin

## Stimmen der Berliner Delegierten

Nachfolgend finden Sie ein Stimmungsbild der Berliner Delegierten des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages.



### Bettina Linder

(Hausärzte in Berlin), Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin



„Nach jahrelangen Geheimverhandlungen war dieser Sonderärztetag die erste und einzige Gelegenheit, die geplante neue GOÄ mit denjenigen zu diskutieren, die sie zukünftig anwenden sollen. Und es gab viel fundierte inhaltliche Kritik. Insbesondere am Paragrafenteil; die Bewertung der einzelnen Positionen ist ja

noch gar nicht bekannt. Es ist beunruhigend, wie einmütig der Leit Antrag der BÄK durchgewunken wurde, nachdem vorher alle kritischen Anträge abgebugelt wurden. Denn wenn sich die Entscheidungsträger durch Einwände der Betroffenen gar nicht mehr irritieren lassen, führt sich die Selbstverwaltung selbst ad absurdum.“

### Julian Veelken

(Fraktion Gesundheit)



„Der Verlauf des außerordentlichen Ärztetages erscheint nicht so schlimm, wie im Vorfeld von mir befürchtet, da von allen Seiten darauf geachtet wurde, eine öffentliche Diskussion über Honorarhöhen zu vermeiden, was das öffentliche Echo erträglich gehalten hat. Nach Abschluss dieses aus meiner Sicht nicht not-

wendigen Ärztetages hat die Bundesärztekammer nun ein demokratisches, sehr robustes Mandat, die Verhandlungen über die GOÄ zu Ende zu führen. Die Initiatoren der Veranstaltung sind gescheitert und ihre Einflussmöglichkeiten auf die GOÄ auf regulären zukünftigen Ärztetagen eingeschränkt.“

### Dr. med. Ellis Huber

(Fraktion Gesundheit)



„Es war eine überflüssige Inszenierung. Erstaunt hat mich, wie wenig die Kritiker der GOÄ-Verhandlungen von den Prozessen der gesundheitspolitischen Entscheidungen verstehen und wie uninformiert sie agieren. Wer eine Gemeinsame Kommission als den Untergang des freien Arztes und die Versicherungen als feindliche Macht dar-

stellt, gewinnt keine öffentliche Glaubwürdigkeit. Gottfried Benn hätte das eine paranoide Selbstentzündung genannt. Der hysterische Wortradikalismus der Debatte erschreckte mich. Zum Glück setzte sich dann doch die Vernunft mit klarer Mehrheit durch.“

### Dr. med. Anja Dippmann

(Marburger Bund)



„Das Thema ging alle etwas an: Die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ohnehin und alle anderen aufgrund der geplanten Änderung der Bundesärzteordnung, deren Auswirkungen sie zumindest mittelbar betreffen würden. Ein großes Zeitkontingent war dem Wiedergeben bekannter Information vorbehalten, in Detailtiefe ist man kaum

gelangt, obgleich dort die Ursachen der Meinungsverschiedenheiten zu suchen sein dürften. So haben Mehrheit und Minderheit die Berechtigung ihrer Argumente nicht wirklich hinterfragt und sich im eigentlichen Sinne auch nicht verständlich machen können.“

### Dr. med. Svea Keller

(Allianz Berliner Ärzte)



„Ja, Demokratie ist was anderes... Viele Kammern haben ihre Mehrheitsverhältnisse genutzt, um nur Befürworter der mit PKV Verband und Beihilfe ausgehandelten GOÄneu zu schicken. Befürworten kann dieses Werk aber nur, wer sich persönlich nicht betroffen fühlt, wem die Zukunft der Patientenversorgung in Deutsch-

land egal ist – oder wer schlecht informiert ist. Das beschert uns jetzt eine ausufernde, teure, noch dazu überflüssige Bürokratie, gewaltige Einschränkungen unserer Freiheit und des Rechtes, unseren Beruf auszuüben. Gefreut hat mich, dass es bei den Berliner Delegierten anders gelaufen ist, hier hat sich niemand blenden lassen.“

### Dr. med. Klaus-Peter Spies

(Allianz Berliner Ärzte)



„Es wurde deutlich, dass sich viele Delegierte nicht so intensiv wie wir Berliner mit den bisher bekannten Hintergründen der GOÄneu und der Änderung der Bundesärzteordnung beschäftigt hatten. Die Sprecher der BÄK nahmen sich viel Zeit, um nochmals für die GOÄneu zu appellieren und bereits Bekanntes vorzutragen.

Daher lege ich jedem Leser zur Information den hervorragenden Vortrag von Herrn Wille ans Herz. Uns erwartet ein Verlust von Entscheidungsgewalt der BÄK, somit der Ärzteschaft und die in Zukunft zu erwartenden Mehrkosten werden wir alle, ob als angestellter oder niedergelassener Arzt, über unsere Kammerbeiträge finanzieren.“

**Dr. med. Matthias Albrecht** (Marburger Bund)

„Die bestehende GOÄ muss überarbeitet werden, da sind sich eigentlich alle Ärzte einig. Wir Berliner sind bei diesem Sonderärztetag aber angetreten, um auf offensichtliche Probleme der derzeit entstehenden, neuen GOÄ hinzuweisen. Das wir es mit unseren, für die Verhandler zum

Teil sehr unbequemen Standpunkten nicht leicht haben würden, war von vornherein klar. Trotzdem war es wichtig, die Probleme angesprochen zu haben. Und ein hervorragender Vortrag von Elmar Wille und einige sehr gute Berliner Anträge sind dem Vorstand der Bundesärztekammer auch als Hausaufgabe mitgegeben worden.“

**Dr. med. Matthias Lohaus** (Allianz Berliner Ärzte)

„Es war beeindruckend, mit welcher stringenten Regie der Sonderärztetag „durchgezogen“ wurde. Offensichtlich waren in einigen Ärztekammern die kritischen Delegierten schon im Vorfeld aussortiert worden (von Hamburg ist es bekannt). Die Redezeit wurde bereits zu Beginn limitiert, der Vorsitzende des Hausärzteverbandes und der Sprecher der Allianz Dt. Ärzteverbände durften als

Gäste jeweils 2 Minuten reden (immerhin!) und die Diskussion wurde nach gut 20 Redebeiträgen mit der Zustimmung der Mehrheit der Delegierten abgebrochen. Man kann nur hoffen, dass unsere „Verhandler“ die vorgetragenen Kritikpunkte, obwohl sie diese praktisch alle negiert haben, trotzdem in ihre weiteren Verhandlungen einbeziehen.“

**Dr. med. Herbert Menzel**

(Fraktion Gesundheit)

„Kundigen war es schon länger klar: die reformierte GOÄ muss in diesem Jahr fertig gestellt werden, aus meiner Sicht auch deshalb, weil der Sprechenden Medizin größere Anerkennung zuteil werden soll. Ein außerordentlicher Ärztetag stellte wegen divergierender Interessen eine große Gefahr dar. Dies wurde durch den wochenlangen publizistischen Tumult dramatisch deutlich. Es ist noch einmal gut gegangen, die Delegierten haben größtenteils die Form gewahrt. Auch wenn wegen der gesetzlichen Bestimmungen weiterer Diskussionsbedarf besteht, sollten wir uns jetzt alle in kritischer Solidarität hinter die ärztliche Selbstverwaltung als hohes Gut stellen, damit sie nicht genau so zerbröselt wie die kassenärztliche Selbstverwaltung.“

**Prof. Dr. med. Harald Mau**

(Allianz Berliner Ärzte)



„Die Beschwichtigungen und Beschwörungen haben gewirkt: Die Delegierten des aodÄT haben mit großer Mehrheit den Verhandlungsführern für die Gestaltung der neuen GOÄ, aber auch für Änderungen der BÄO einen Blankoscheck überreicht. Durch die mit dem Bundesgesundheitsminister vereinbarte Vertraulichkeit

erfuhr niemand etwas konkretes und trotzdem waren viele zufrieden.“

**Katharina Thiede**

(Fraktion Gesundheit)



„Der außerordentliche Ärztetag ist im Nachhinein fast noch weniger sinnvoll gewesen, als im Vorfeld befürchtet. Zwar haben die Verhandlungsführer ihr Mandat mit großer Mehrheit bestätigt bekommen, eine differenzierte Auseinandersetzung mit der vorliegenden Novelle hat aber kaum stattgefunden. Ob zu einer konstruktiven Kritik eine ernsthafte Behandlung der vorliegenden Anträge beigetragen

hätte ist unklar – die en bloc Vorstandsüberweisung nahezu aller eingereichten Anträge sollte aber sicherlich keine gute demokratische Praxis der ärztlichen Selbstverwaltung werden.“

**Dr. med. Klaus Thierse** (Marburger Bund)



Die Bundesärztekammer hatte den (mehrfach modifizierten) Auftrag zur Aktualisierung der GOÄ. Allerdings wurden uns da im Laufe der Zeit teilweise Details vorgetragen, die sich im Nachhinein als Wunsch unserer Verhandler und nicht als Verhandlungsergebnis herausstellten. Und an eine Vollmacht,

eine so eingreifende Änderung der Bundesärzteordnung zu verhandeln (gemeinsame Kommission mit Beschlussvollmacht unter Beteiligung von PKV, Beihilfe und Ministerium), kann ich mich nicht erinnern. Trotz vieler Redner dagegen hat der DÄT auch dieser Kröte letztlich zugestimmt. Aber vielleicht scheitert ja diese GeKo doch noch am Widerstand der SPD im Bundestag, die ja eigentlich die ganze GOÄ-Reform verhindern will, im Bundestag aber nur über die Änderung der BÄO mitbeschließen kann. (Groß ist meine Hoffnung allerdings nicht)“

**Dorothea Spring** (Marburger Bund)



„Der aodÄT hat in erschütternder Weise gezeigt, dass politische Interessen über der inhaltlichen Qualität stehen. Wir hörten von Herrn Wille einen detailliert-fundierten Vortrag über die umfang- wie folgenreichen Änderungen der Bundesärzteordnung in der GOÄ-

neu. Ich hätte mir mehr konstruktiven Austausch gewünscht, anstatt den halben Tag mit Vorträgen der GOÄ-neu-Befürworter zu vergeuden, die nur bereits Bekanntes wiederholten. Wo bleibt die gelebte Demokratie, wenn schon bei den Rednern drei Befürworter und nur ein Kritiker eingeplant werden – und dieser auch noch zur besten Mittagszeit? Schade! Immerhin kann jetzt niemand mehr sagen, er hätte noch nie von diesen verheerenden Änderungen gehört – den Vortrag gibt es auch zum Nachlesen für alle, die Mittagessen waren.“

**Kai Sostmann**  
(Marburger Bund)



„Der außerordentliche deutsche Ärztetag zur Novellierung der GOÄ hat gezeigt, dass deren seit langem notwendige Überarbeitung zu spät und völlig intransparent an die Ärzteschaft kommuniziert wurde. Schließt man sich dem hervorragenden Sachbeitrag von Elmar Wille an, dann entstehen bei Einführung

medizinischer Innovationen den Patienten/innen aufgrund veränderter Mitbestimmungsrechte der Ärzteschaft massive Versorgungsnachteile.

Gleichzeitig werden durch aufwendigere administrative Verfahren höhere Kosten auf die Landesärztekammern zukommen, die letztendlich in einer Steigerung der Mitgliedsbeiträge münden werden.“

**Dr. med. Bernd Müller** (Allianz Berliner Ärzte),  
Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Berlin



„Meine geringen Erwartungen an den Sonderärztetag wurden negativ übertroffen. Die Bundesärztekammer sah sich nicht genötigt, eine weiterführende Transparenz zu dem Thema GOÄneu zu schaffen. Eine Diskussion wurde nahezu nicht zugelassen. Eine Auseinandersetzung der Bundesärztekammer mit

der notwendigen Kritik wurde nicht angenommen oder aufgegriffen. In der Folge ist zu befürchten, dass die Ärzteschaft vollkommen unnötig umfangreiche Rechte freiwillig aufgibt, was später sicher nicht mehr rückgängig zu machen ist.“

[www.aerztekammer-berlin.de/sonderaerztetag](http://www.aerztekammer-berlin.de/sonderaerztetag)

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                       |
|------------------------|---|---|
| <b>Rechtsgrundlage</b> | Beschluss der BÄK vom 31.01.1997                                      | § 11a Bundesärzteordnung                    |
| <b>Besetzung</b>       | mehrheitlich mit Vertretern der BÄK:<br>4 BÄK, 1 BMG,<br>1 BMJ, 1 PKV | paritätisch:<br>4 BÄK, 2 PKV,<br>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   |
|----------------------------------|---|---|
| <b>Entscheidungsfindung</b>      | einstimmig;<br>Mehrheitsentscheidung<br>nur über Hinzuziehung<br>ext. Sachverständiger                      | einvernehmlich  |
| <b>Qualität der Entscheidung</b> | Empfehlung gegenüber<br>Ärztinnen und Ärzten<br>und gegenüber BÄK;<br><b>Keinerlei bindende<br/>Wirkung</b> | bindende<br>Entscheidung<br>gegenüber Ärztinnen<br>und Ärzte;<br>Empfehlung ohne<br>bindende Wirkung<br>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 Konsultationsausschuss  | Gemeinsame Kommission  |
|---|---|--|
| <b>Verfahren bei fehlendem Einvernehmen</b> | Entscheidung und Veröffentlichung der Abrechnungsempfehlung durch die BÄK                 | Entscheidung durch das BMG   |
| <b>Rechtsfolgen</b>                         | keine Rechtsfolgen, Abrechnung und analoge Anwendung der GOÄ ohne positives Votum möglich | Keine Steigerung des Gebührensatzes ohne GeKo-Erlaubnis!<br>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.

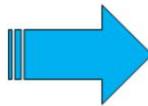
Nun soll diese Kompetenz bei der GEKO, d. h. bei der Privatversicherungswirtschaft, den Beihilfestellen und beim Bund liegen!

**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!

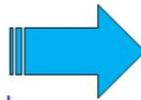
In der gesamten Vorlage sucht man jedoch Aussagen über Kosten und Personalaufwand vergebens!

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.

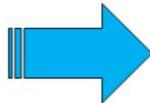
„Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“ heißt es in der seit Jahrzehnten bewährten BÄO!

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!**

