

VON SILKE LÜDER

# Was kommt auf uns zu ?

Nach den kritischen Auseinandersetzungen um die GOÄ-Novelle beim außerordentlichen Ärztetag in Berlin sollte man die weiteren Verhandlungen genau beobachten.

**WIR PRAXISÄRZTE** haben in den vergangenen Jahren ein wahres Feuerwerk an Gesetzesänderungen im GKV-Bereich erlebt. Nun kommt es auf einem ganz anderen Spielfeld zu durchgreifenden Systemänderungen. Die Vorarbeiten zur Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) blieben den meisten Ärztinnen und Ärzten in den vergangenen Jahren vollkommen verborgen und sind auch nach dem Außerordentlichen Ärztetag am 23. Januar 2016 in ihrer Bedeutung und Komplexität nur schwer durchschaubar.

## WORUM GEHT ES?

Die GOÄ ist - wie die Gebührenordnungen von Rechtsanwälten, Architekten, Steuerberatern oder anderen freien Berufen - eine Rechtsverordnung oder ein Gesetz des staatlichen Verordnungsgebers. Die Gebührenordnung der Rechtsanwälte wurde regelmäßig angepasst, zuletzt 2013 mit einer Gebührenerhöhung um 19 Prozent. Nicht so die ärztliche Gebührenordnung. Die heutige GOÄ stammt aus dem Jahre 1982. Der Punktwert wurde 1988 um 10 Prozent erhöht; er betrug damals 10,4 Pfennig, heute sind es 5,7 Cent. Ein Inflationsausgleich hat nie stattgefunden. Die GOÄ besteht aus zwei wichtigen Teilen: Der sogenannte Paragrafenteil enthält die Durchführungsbestimmungen zu den Steigerungsmöglichkeiten und

individuellen Begründungen dafür; im Ziffernteil sind die einzelnen Leistungen mit einer Punktzahl, künftig mit einem Eurowert, hinterlegt. Die Spannweite der Steigerungsmöglichkeiten geht vom 1-fachen bis zum 3,5-fachen Satz. In besonderen Fällen kann auch mit höheren Sätzen abgerechnet werden.

Der Rechtsrahmen wird gesetzt durch die Bundesärzteordnung (BÄO). Dieses Gesetz regelt in § 11 mit drei Sätzen den groben Rahmen für die freiberuflichen Ärzte:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“

Das ist bislang alles. Nun ist geplant, hier eine ausführliche Änderung auf mehreren DIN-A4-Seiten vorzunehmen. Einen Vorschlag für einen Referentenentwurf haben der Bundesärztekammer-Vorstand und der Verband der Privaten Krankenkassen (PKV) schon längst an das Bundesgesundheitsministerium übergeben – die Ärzteschaft hat davon nichts mitbekommen.

## DAS SCHWEIGEGELÜBDE

Alle geplanten Änderungen der GOÄ im Paragraphen- und Ziffernteil sowie der Bundesärzteordnung unterliegen seit Jahren einem den Verhandlungsteilnehmern vom Ministerium auferlegten Schweigegelübde. Alle Verhandlungen fanden und finden also hinter verschlossenen Türen statt. Die geplanten Änderungen des GOÄ-Paragraphenteils und der Bundesärzteordnung § 11 wurden den Teilnehmern des von drei Ärztekammern gegen den Willen der Bundesärztekammer durchgesetzten außerordentlichen Ärztetages in Berlin nicht einmal eine Woche vor der Sitzung erstmalig mitgeteilt - und das auch nur als Ergebnis der massiven Kritik der Ärzteverbände, Kammern und Tausender betroffener Kolleginnen und Kollegen. In zahlreichen Vorträgen mit eher allgemein gehaltenen Power-Point-Folien und einigen Artikeln im Deutschen Ärzteblatt war bis dato ausschließlich die Sicht des Bundesärztekammer-Vorstandes kommuniziert worden.

Als pointierter Kritiker dieser Pläne hat der Vizepräsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Elmar Wille, auf dem außerordentlichen Ärztetag in einem ausführlichen Vortrag den geplanten Paradigmenwechsel vorgestellt. Über Geld hat Wille dabei nicht gesprochen. Denn wie alle anderen Ärzte weiß auch er bis heute nicht,

wie die neuen 4.300 Ziffern in Euro bewertet werden. Wegen des politisch verordneten Schweigegelübdes kann die Bundesärztekammer diese Informationen nicht veröffentlichen.

### **KOSTENDÄMPFUNGSINTERESSE VON PKV UND BEIHILFE**

Willes Kritik konzentriert sich auf den neuen §11 der Bundesärzteordnung. Dort wird eine umstrittene „Gemeinsame Kommission“ (GeKo) eingeführt. Diese unterscheidet sich wesentlich vom bisherigen Regelungsgremium „Zentraler Konsultationsausschuss“ (ZKA). Der ZKA hat als Beratungsgremium der Bundesärztekammer gearbeitet, den Vorsitz hatte immer ein Arzt, außerdem gehörten zum ZKA weitere vier Ärzte, je ein Vertreter des PKV-Verbandes, des Bundesgesundheitsministeriums und des Justizministeriums. Die neue GeKo hingegen ist ein direkt unterhalb des Bundesgesundheits-

ministeriums angesiedeltes gesetzliches Gremium mit paritätischer Besetzung von vier Vertretern der Bundesärztekammer und vier Vertretern der Kostenträger PKV und Beihilfe. Die beiden letzteren vertreten das Kostendämpfungsinteresse von Arbeitgebern, Aktionären der Versicherungskonzerne und den Ländern beziehungsweise deren Finanzministern. Bei den zu erwartenden Pattsituationen entscheidet der Bundesminister für Gesundheit.

Nicht nur der Berliner Vizekammerchef Wille verglich das neue Gremium in seiner Funktion mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) oder dem Bewertungsausschuss (BA) – Institutionen also, die niedergelassene Ärzte aus dem KV-System kennen. Wille kritisierte entschieden, dass die GeKo über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entscheiden wird und sich damit als „Gemeinsamer

Bundesausschuss für den privatärztlichen Bereich“ etablieren würde.

Die bisherige individuelle Steigerungsmöglichkeit anhand individueller Behandlungsnotwendigkeiten bei individuellen Patienten durch individuelle Ärzten wird künftig entfallen. Denn: Es gibt nur noch den „robusten Einfachsatz“, der etwa dem bisherigen 2,3-fachen Standardsatz entsprechen soll – und in seltenen Ausnahme-Fällen, von der GeKo definiert, den zweifachen Gebührensatz. Genaueres über die Bewertungen der Ziffern ist bislang nicht bekannt.

### **POSITIV- UND NEGATIVLISTE UND EIN „VERGÜTUNGSKORRIDOR“**

Die GeKo legt eine bisher unbekannte Positiv- und Negativliste mit Begründungen für die wenigen Steigerungsmöglichkeiten auf den 2-fachen Satz fest. Wie man hört, wird die



Außerordentlicher Ärztetag in Berlin: Verpasste Gelegenheit für eine breite, ergebnisoffene Debatte

Positivliste kurz und die Negativliste lang sein. Der Arzt /die Ärztin kann nicht mehr individuell entscheiden. Das hatte der 117. Deutsche Ärztetag in Düsseldorf 2014 anders entschieden, so Kritiker Wille beim jetzigen außerordentlichen Ärztetag. In Düsseldorf war ganz klar eine Beibehaltung der Steigerungsmöglichkeit im Individualfall beschlossen worden.

In der neuen Bundesärzteordnung erscheint noch ein weiteres Novum: Für die ersten drei Jahre nach Einführung wird festgelegt, um welchen Faktor die Ausgaben der privaten Kasse für einen Versicherten pro Jahr im Vergleich zum Einführungszeitpunkt der „GOÄ neu“ durchschnittlich steigen dürfen. Wird der Faktor X überschritten, plant die GeKo einzugreifen. Das ist im PKV-Bereich neu. Wir kennen es aus dem GKV-Bereich, und wir betrachten das als Budget - auch wenn die Bundesärztekammer das vehement bestreitet.

Kritisiert wurde in Berlin von der Spitze der Berliner Ärztekammer, dass sich PKV und Bundesgesundheitsministerium massiv in ärztliche Belange einmischen und Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung übernehmen würden. Schließlich sei es Aufgabe der regionalen Ärztekammern, bei Gerichten Gutachten über die Angemessenheit einer Gebührenerforderung abzugeben. Künftig solle aber die GeKo bundesweit einheitlich über die Höhe des Steigerungsfaktors im Einzelfall entscheiden. Damit erhielten die Kostenträger ein Vetorecht in eigener Sache, und das schränke die Kompetenzen der Ärztekammern nicht hinnehmbar ein. PKV und Beihilfe könnten durch ihre in der neuen Bundesärzteordnung geplanten Rechte bewirken, dass die Ärzte künftig auch im PKV-Bereich

für Morbiditätsentwicklung und steigende Lebenserwartung selbst bezahlen. Die Kosten der künftigen GeKo mit ihrer neuen Datenstelle würden zu einer erheblichen Steigerung der Ärztekammerbeiträge aller Kammermitglieder bundesweit führen. Die zu erwartenden hohen Kosten der Datenstelle werden hälftig von Bundesärztekammer und PKV-Verband zu tragen sein.

### „LASST UNS NUR MACHEN“

Der Anspruch des Bundesärztekammer-Vorstandes an den außerordentlichen Ärztetag war klar: Sprecht uns mit großer Mehrheit ein absolutes Vertrauen aus, damit wir (hinter verschlossenen Türen) weiter verhandeln können! Es wird schon alles gut, lasst uns nur machen! Erste fundierte Informationen zum Verhandlungsstand (BÄO und Paragraphenteil) hatten die Delegierten erst wenige Tage vor dem Ärztetag bekommen.

Damit war die Dramaturgie für diesen außerordentlichen Ärztetag in Berlin schon im Vorhinein klar. Und natürlich spielte es eine große Rolle, dass im Vorstand der Bundesärztekammer die niedergelassenen Ärzte, deren Praxen in ihrer wirtschaftlichen Existenz auch von angemessenen Honoraren im Privatbereich abhängig sind, nur eine Minderheit stellen.

Obgleich in Berlin die erstmalige Gelegenheit zur ausführlichen Diskussion über die neue Bundesärzteordnung und den neuen Paragraphenteil bestand, wurde die Redezeit für die nach den Referaten stattfindende Debatte auf zwei Minuten beschränkt. Selbst die beiden Gastredner, Dr. Wolfgang Wesiack als Vertreter der Allianz Deutscher Ärzteverbände und der Vorsitzende

des Deutschen Hausärzteverbandes, Ulrich Weigeldt, wurden mit ihren kritischen Beiträgen zu den bisherigen Verhandlungsergebnissen in dieses Zwei-Minuten-Korsett gezwängt. Unter solchen Umständen war eine breite, ernsthaft geführte Debatte über die Konsequenzen so einer GOÄ Novelle nicht wirklich möglich. Und am Ende konnte die Bundesärztekammer mit dem Ergebnis „große Zustimmung für unsere Politik“ an die Öffentlichkeit treten, obwohl bei der ersten Abstimmung über einen kritischen Hauptantrag fast noch eine Pattsituation herrschte.

### LETZTE HOFFNUNG

Uns bleibt nur eine Hoffnung: Dass die gesamte öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema „GOÄ neu“ und die geplante Gesetzesänderung der Bundesärzteordnung 2016 dem Verhandlungskomitee im BÄK-Vorstand den nötigen Rückenwind geben wird, doch noch Verbesserungen für die Ärzteschaft zu erwirken. Schließlich hängt das hohe Niveau der Medizin in Deutschland vor allem im ambulanten Bereich für alle Mitbürger – egal, wie sie versichert sind – davon ab, ob wir verhindern können, dass auch der „freie Medizinbereich“ nur noch von Sparinteressen der Kostenträger wie der klammen Beihilfe oder von den Renditeinteressen der Versicherungskonzerne diktiert wird.

In diesem Sinne: Hoffen wir auf bessere Verhandlungen. Wir werden diese mit einem sehr kritischen Auge weiter begleiten!



#### DR. SILKE LÜDER

ist Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bergedorf und Vorsitzende der Freien Ärzteschaft Hamburg