



TOP VI GOÄneu

120. Deutscher Ärztetag

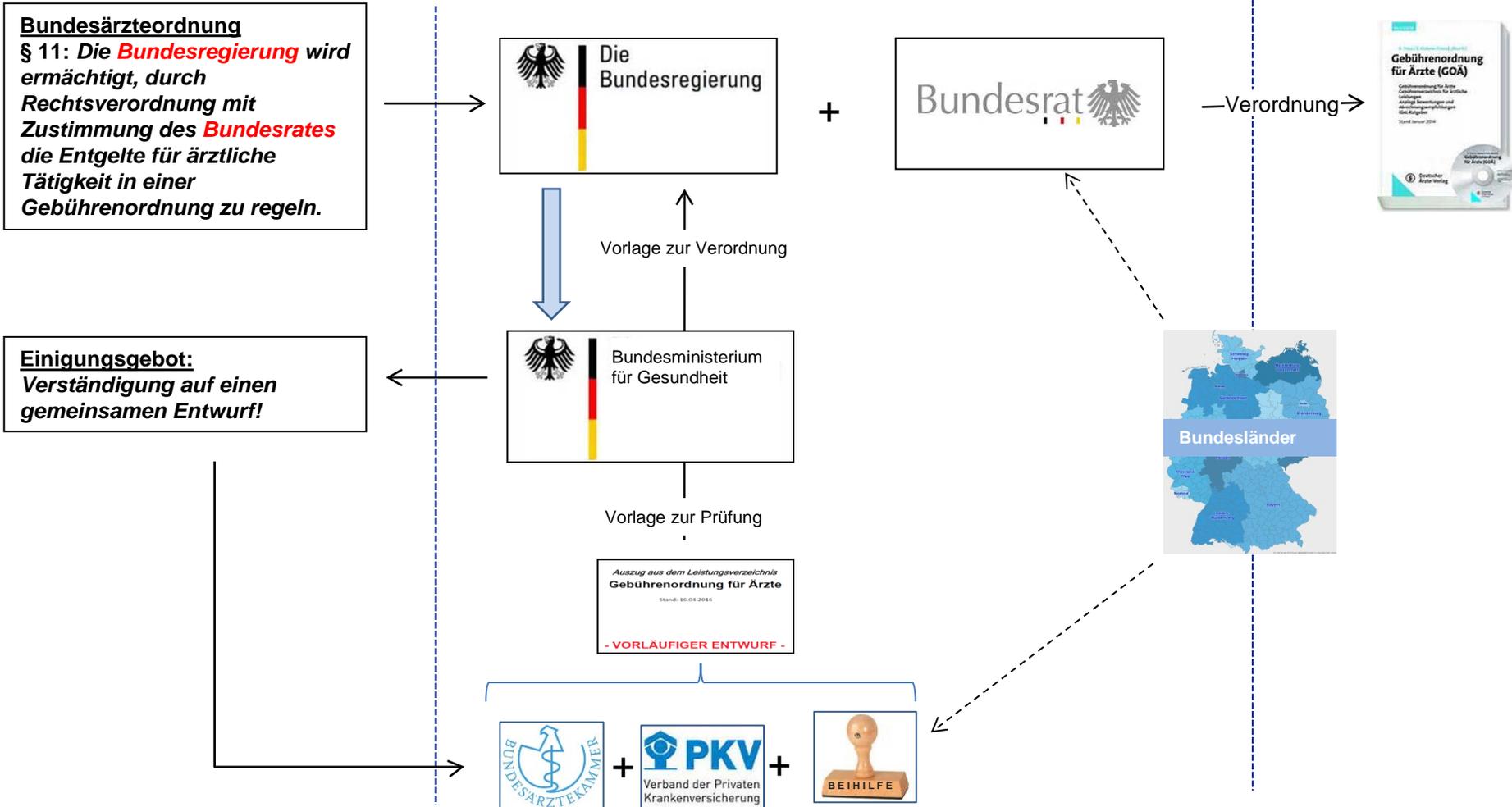
Freiburg

Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer

Der „Weg“ zur neuen GOÄ

Rahmenbedingungen



Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

von Mai bis November 2016

Überarbeitung der Leistungslegendierungen

- >130 ärztliche Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften
- 34 Sitzungen
- kapitelorientiertes Vorgehen

Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

von Mai bis November 2016

Überarbeitung der Leistungslegendierungen

- ca. 2600 Änderungsvorschläge
- Komplexierungen überarbeitet, neue Zuschlagssystematik eingeführt
- über 670 weitere Zuschlüsse zur Abbildung der besonderen Schwere aufgenommen (zu den bereits vorhandenen >900 Zuschlüssen)

Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

von Mai bis November 2016

Überarbeitung der Leistungslegendierungen

Auswahl kapitelübergreifender Zuschläge:

- Zuschläge für Kinder
- Zuschläge für die ambulante Durchführung
- Zuschläge für Rezidiv- oder Revisionseingriffe
- Zuschläge für intraoperatives Neuromonitoring
- Zuschläge für computer-assistierte Navigation

Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

von Mai bis November 2016

Überarbeitung der Leistungslegendierungen

Ergebnis:

- über 5300 Leistungslegendierungen
- differenziertes Leistungsverzeichnis
- differenzierte Zuschlagssystematik



Ärztliches Leistungsverzeichnis
von BÄK, Verbänden und Fachgesellschaften

Darstellung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses



Kapitel	Bezeichnung	Anzahl GOÄ aktuell	Anzahl GOÄ neu 16.04.2016	neu	obsolet	Anzahl GOÄ neu aktuell	Differenz
B	Grundleistungen, Allgemeinmedizin	64	71	22	2	91	27
C	Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	177	288	61	9	340	163
D	Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerztherapie	35	61	12	0	73	38
E	Physikalisch medizinische Leistungen	43	50	5	3	52	9
F	Innere Medizin und sonstige nicht-operative Leistungen	144	309	93	13	389	245
G	Neurologische, psychiatrische, psychotherap. psychosom. Leistungen	45	93	63	29	127	82
H	Gynäkologie und Geburtshilfe	107	77	19	0	96	-11
I	Leistungen zur konservativen Augenheilkunde	162	65	2	0	67	-95
J	Leistungen zur konservativen Hals-Nasen-Ohren Heilkunde	153	91	23	4	110	-43
K	Leistungen zur konservativen Urologie	145	18	0	0	18	-127
L	Chirurgie	677	2080	433	75	2438	1761
M	Ärztliche Laboratoriumsleistungen	926	1103	92	0	1195	269
N	Zell- und gewebebasierte Leistungen	15	41	2	0	43	28
O	Leistungen der Strahlendiagnostik, Magnetresonanztomographie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	214	288	28	4	312	98
P	Sektionsleistungen	9	4	0	0	4	-5
R	Rehabilitationsmedizinische Leistungen		5		0	5	5
	Gesamt	2916	4644	855	139	5360	2444

→ Differenzierung

Verlagerung operativer Leistungen in L

→ Differenzierung

Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

seit November 2016

Abstimmung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses mit dem PKV-Verband

- mehr als die Hälfte der Änderungsvorschläge sind bereits mit dem PKV-Verband abgestimmt
- mehr als 75% der eingebrachten Änderungsvorschläge vom PKV-Verband akzeptiert
- ca. 25% müssen in sog. „trilateralen Gesprächen“ zwischen den betroffenen Verbänden, dem PKV-Verband und der BÄK abgestimmt werden



**Konsentiertes Leistungsverzeichnis
von BÄK, Verbänden/Fachgesellschaften und der PKV**

Was ist seit dem 119. Deutschen Ärztetag geschehen?

seit Januar 2017

Bewertung des ärztlichen Leistungsverzeichnisses

- „Bepreisung“ **der von den Verbänden erarbeiteten Leistungslegendierungen**
- mit allen bereits eingebundenen Verbänden und Fachgesellschaften und mit Unterstützung von „Prime-Networks“



Ärztliches Gebührenverzeichnis
von BÄK, Verbänden und Fachgesellschaften



„Rückspiegelung“ und Erörterung mit den
Verbänden und Fachgesellschaften

Ziel August 2017

Weitere Schritte

ab September 2017

- Anwendung des Bewertungssystems des ärztlichen Gebührenverzeichnisses *auf*
- konsentiertes Leistungsverzeichnis (BÄK, Verbände/Fachgesellschaften, PKV)
- Berücksichtigung des Preiseffektes von 6,4%

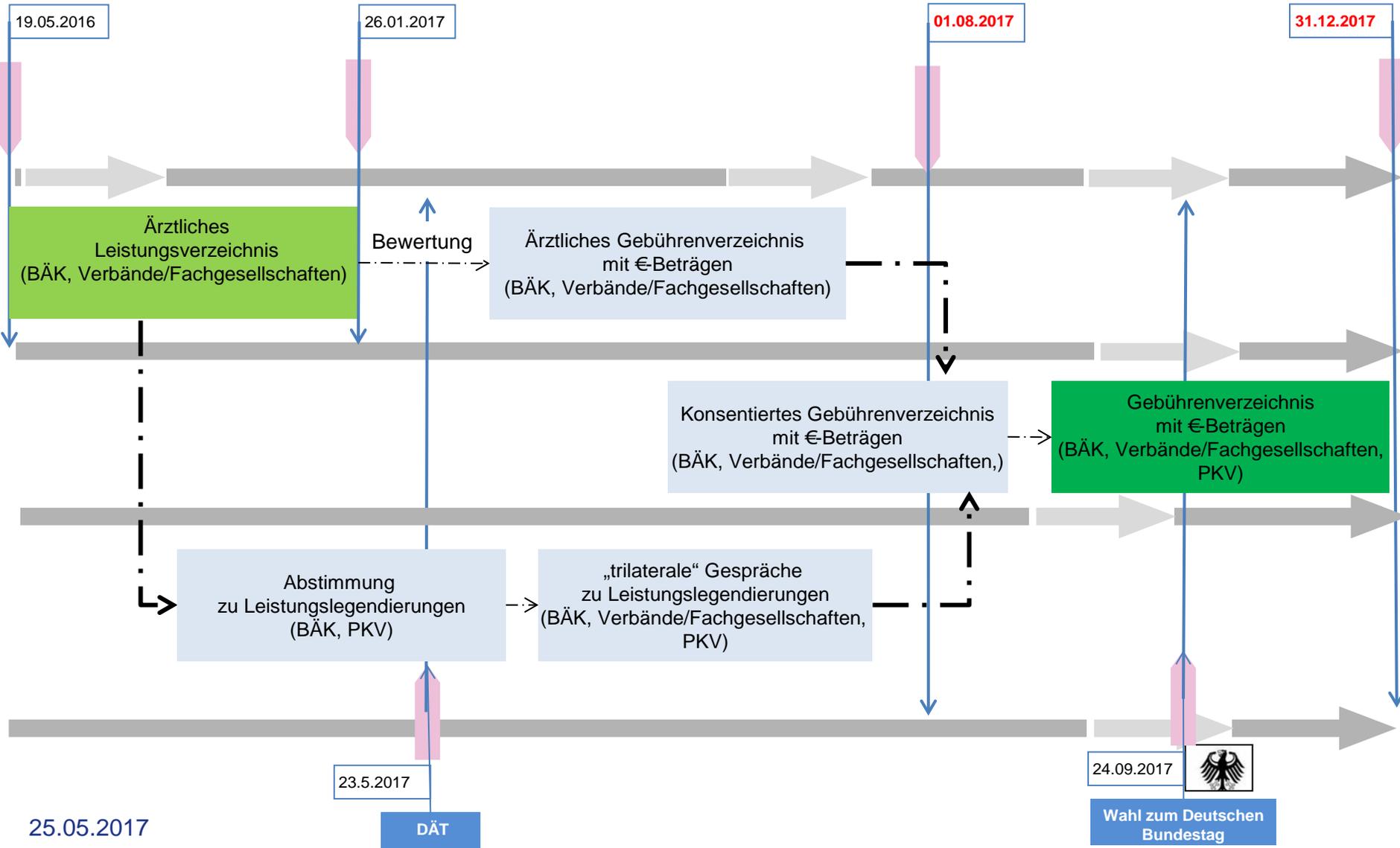


Gebührenverzeichnis zur Abstimmung mit dem PKV-Verband und der Beihilfe



jeder Schritt unter Einbeziehung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften

Zeitplanung GOÄ-Novelle Stand 09.05.2017



Bundesärzteordnung und Paragrafenteil

seit Juni 2016

- Beratung im Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer
- Beratung in Workshops mit fach- und sektorenübergreifenden Verbänden
- Ergebnisse abgestimmt mit dem PKV-Verband



die Mehrzahl der von der Ärzteseite eingebrachten Änderungen wurden vom PKV-Verband akzeptiert

Aktueller Stand zur Änderung der Bundesärzteordnung

Zu den „Empfehlungen“ der Gemeinsamen Kommission

Beschluss 119. DÄT (I-05): GeKo soll ausschließlich Empfehlungen aussprechen und keine Entscheidungen treffen (Beschluss I-05).

Ergebnis der Abstimmungen:

Gemeinsame Sichtweise der BÄK, des PKV-Verbandes und des BMG:

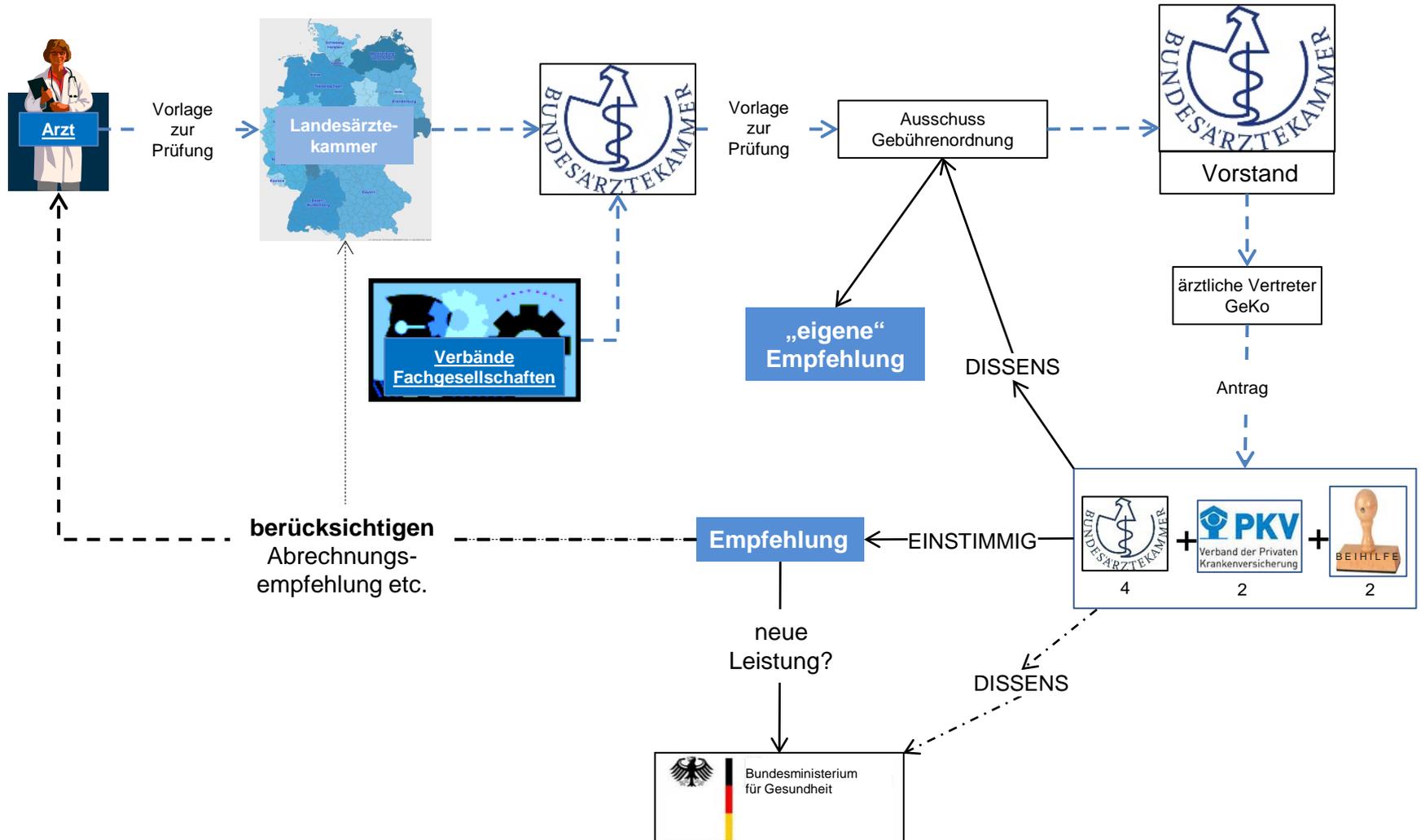
Empfehlungen der GeKo sind **rechtsprägend**, nicht **rechtsverbindlich**.

Ärztinnen und Ärzte können von den Empfehlungen der GeKo abweichen und im Streitfalle selbstverständlich den Rechtsweg beschreiten. Dies gilt vice versa auch für den Patienten bzw. die Versicherer.



Durch die Konstruktion der GeKo hat sich der
Verordnungsgeber dazu bekannt, sich mit zwischen der
Bundesärztekammer, dem PKV-Verband und der Beihilfe
konsentierten Empfehlungen auseinanderzusetzen.

Vorschlag zur Verfahrensweise



Aktueller Stand zur Änderung der Bundesärzteordnung

Zur Steigerung des Gebührensatzes



Beschluss 119. DÄT (I-21): Systematik der Steigerung mit individuell anwendbarem Faktor beibehalten.

Ergebnis der Abstimmungen:

Die Kostenträger (PKV-Verband, Beihilfe) haben einen Einachtsatz zur conditio sine qua non für die Fortführung der Abstimmungen erklärt. Ein Beharren auf einem individuell einstellbaren Gebührenrahmen ist gleichbedeutend mit dem Ende des Novellierungsprozesses.



Zu den 900 vorhandenen Zuschlägen wurden von den Verbänden über 670 weitere „Erschwerniszuschläge“ formuliert. Der PKV-Verband hat diese überwiegend akzeptiert. Im Zusammenspiel mit den Erschwernisgründen zur Steigerung auf den 2fachen Satz bilden die Zuschläge die individuell entstehenden Aufwände ab.

Aktueller Stand zur Änderung der Bundesärzteordnung

Zur „Negativliste“



Ursprüngliche Intention: Definition von Ausschlussgründen für die Steigerung und die abweichende Honorarvereinbarung.

Ergebnis der Abstimmungen:

In den Abstimmungen mit dem PKV-Verband wurde die „Negativliste“ sowohl aus der Aufgabenbeschreibung der GeKo, als auch aus dem Paragraphenteil ersatzlos gestrichen.



- Keine Erstellung einer „Negativliste“ durch die GeKo.
- Keine Beschränkung für abweichende Honorarvereinbarungen.

Aktueller Stand zur Änderung der Bundesärzteordnung

Monitoringphase

Grundsätzlich sollen amtlich erhobene Daten der Bundesanstalt für die Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) verwendet werden.

Die Bundesärztekammer ist berechtigt „eigene“ Daten zugrunde zu legen.

Ergebnis der Abstimmungen:

Morbiditätsrisiko bleibt beim Versicherer!

Alterung, Morbidität, Epidemien, innovative oder neue Leistungen, Änderungen bei der Anzahl der Versicherten werden von der Ausgabensteigerung „abgezogen“



- keine Automatismen bei Über- oder Unterschreiten des Preiseffektes
- gemeinsame (einstimmige) Analyse in der GeKo
- Manipulation der „BaFin-Daten“ ausgeschlossen

Aktueller Stand zur Änderung Paragraphenteils

Analogabrechnung

Beschluss 119. DÄT (I-17): Analogabrechnung wie bisher fortführen.

Ergebnis der Abstimmungen:

Im Diskurs mit den Verbänden entsteht eine aktuelle Gebührenordnung auf dem Stand der medizinischen Wissenschaft.

Neue Leistungen können wie bisher analog berechnet werden (= erstmals im Geltungsbereich der GOÄ nach einem - noch festzulegenden - Stichtag angewandt).

„Vergessene“ Leistungen werden von der GeKo schnellstmöglich bearbeitet = Konsens aller am Prozess Beteiligten.



- Analoge Berechnung für *nicht* aufgenommene Leistungen:
- 1. innovative - nach Stichtag erstmals angewandte - Leistungen
- 2. Verlangensleistungen

Aktueller Stand zur Änderung Paragraphenteils Wahlärztliche Leistungserbringung

Ergebnis der Abstimmungen:

Wahlärzte können Vertreter im Falle der unvorhersehbaren und vorhersehbaren Verhinderung benennen.

Darüber hinaus können z. B. Oberärzte als Vertreter bestimmter Leistungsbereiche benannt werden

„Dritte“ haben die richtige Rechnungsstellung zu verantworten.



Die wahlärztliche Stellvertreterregelung wurde an die geltende Rechtsprechung, sowie die übliche Praxis angepasst (§ 4 Abs. 2a und 2b GOÄneu-E)

Fazit



- Intensive Beteiligung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften
- ✓ Bundesärzteordnung und Paraphentel überarbeitet und abgestimmt
- ✓ Leistungsverzeichnis entspricht dem aktuellen medizinischen Kenntnisstand
- Bewertung erfolgt unter weiterer intensiver Beteiligung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften
- ✓ Neue GOÄ stellt eine rechtsichere und moderne ärztliche Gebührenordnung dar
- ✓ Gemeinsame Kommission bietet Chancen zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Gebührenordnung und zur Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!