

## Gebührenordnung für Ärzte

# Pauschalvergütung statt GOÄ?

## A U T O R



Dr. med.

**Regina Klakow-Franck, M.A.**

ist Referentin der Bundesärztekammer / Dezernat IV und dort zuständig für die privatärztliche Amtliche Gebührenordnung (Geschäftsführung für den Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer sowie für den Zentralen Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer) sowie für Leistungsevaluation / Health Technology Assessment bei der Bundesärztekammer ([www.bundesaerztekammer.de/30/HTA](http://www.bundesaerztekammer.de/30/HTA)).

## K U R Z I N F O

Dr. med.

Regina Klakow-Franck, M. A.  
Bundesärztekammer/Dezernat IV  
Herbert-Lewin-Str. 1  
50931 Köln

E-Mail:  
[regina.klakow-franck@baek.de](mailto:regina.klakow-franck@baek.de)

**Während in der derzeitigen Diskussion über die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung für mehr Transparenz, Stärkung der Eigenverantwortung des Patienten und sogar die Einführung des Kostenerstattungsprinzips geworben wird, laufen im Schatten der GKV-Reform die Überlegungen des BMGS, aber auch der PKV, in wesentlichen Belangen in eine genau gegenteilige Richtung: Wird das eigenständige Liquidationsrechts des Wahlarztes zur Disposition gestellt, wird der Privatpatient zukünftig Sachleistungen erhalten, wird die GOÄ durch pauschalisierte Vergütungen ersetzt? Die Suche nach Bündnispartnern für den Erhalt eines eigenständigen privatärztlichen Vergütungssystems ist schwierig.**

Aufgabe eines Gebührenverzeichnisses für die privatärztliche Behandlung ist es, die im Einzelfall, d.h. im Rahmen des jeweils individuell zwischen Patient und Arzt geschlossenen Behandlungsvertrages erbrachten Leistungen adäquat abzubilden. Die Infragestellung des Einzelleistungsprinzips als Honorarmodul der privatärztlichen Versorgung ist ein Nebenprodukt der Einführung der DRG-Fallpauschalen. Nach vollwirksamer Etablierung der neuen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ab 2007 könnte aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Umstellung der Vergütung wahlärztlicher Leistungen von der GOÄ auf pauschale Zuschläge zu den DRG-Fallpauschalen erfolgen, die vom Krankenhausträger verteilt werden. Dieser mit der Abschaffung des eigenständigen Liquidationsrechts des Wahlarztes gleichbedeutende Neu-Ordnungsgedanke für die stationäre privatärztliche Versorgung findet sich im neuen Chefarzt-Mustervertrag der DKG bereits umgesetzt, wird hierdurch doch die Position des Krankenhausträgers gestärkt und verschafft diesem durch die direkte Zugriffsmöglichkeit auf die Wahlarztvergütung finanzielle Steuerungs- und Kompensationsmöglichkeiten, die zum Ausgleich defizitärer GKV-Leistungsbereiche herangezogen werden können. Durch die Hintertür würde hierdurch in abgewandelter Form eine neuerliche Quersubventionierung der GKV durch die PKV ermöglicht.

Zwar ist es aus Sicht der Ärzteschaft tröstlich, wenn Mitarbeiter des BMGS – wenn auch nur im Rahmen eines persönlichen Kommentars – anstelle der vorgezeichneten radikalen Umstellung auf

pauschalisierte Vergütung im Privatliquidationssektor eine Kombination von Einzelleistungsvergütung, Höchstwertregelungen oder Pauschalierung für bestimmte Leistungspakete in Betracht ziehen. Offiziell ist von Seiten des BMGS jedoch kein Engagement erkennbar, für das Vorschlagsmodell zur Weiterentwicklung der GOÄ bei der Bund-Länder-Kommission zu werben.

Im PKV-Standpunkte-Papier von September 2002 wird eine pauschalisierte Vergütung für wahlärztliche Leistungen in Form eines prozentualen Zuschlags zur DRG-Fallpauschale offen befürwortet. Schließt dies die übrigen Implikationen, einschließlich Verteilung der privatärztlichen DRG-Zuschläge durch den Krankenhausträger mit ein? Die Vorschläge der u.a. unter Mitwirkung von Jan Boethius geleiteten Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts weisen in diese Richtung. Die Kommission beklagt das duale Vertragsmodell in der privatärztlichen Versorgung: Dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient steht der Versicherungsvertrag zur Erstattung der Behandlungskosten zwischen Versicherter und privater Krankenversicherung gegenüber. Durch diese getrennten Rechtskreise werde die PKV von wirksamen Instrumenten der Leistungsmengen- und Qualitätssteuerung, die der GKV selbstverständlich zur Verfügung stehen, abgeschnitten. Zu den Kommissionsvorschlägen zählt die Entwicklung von „Leistungsmanagement“, wozu u. a. die Beratung des Versicherten über die medizinische Notwendigkeit von Leistungen, sowie – unter der Rubrik „Managed Care“ – die Erbringung medizinischer oder sonstiger Gesundheitsdienstleistungen durch

## Gebührenordnung für Ärzte

### Pauschalvergütung statt GOÄ?

das Versicherungsunternehmen selber; nur um die freie Arztwahl nicht gänzlich einzuschränken, soll der Versicherte im Rahmen von „Managed Care“ anstelle der Naturalleistung noch in eingeschränktem Umfang Kostenerstattung verlangen können.

Auf gezielte Nachfrage räumen die verschiedenen privaten Krankenversicherer ein, dass ohne freie Arztwahl und ohne auf eigenständigem Liquidationsrecht basierende Chefarzt-Behandlung das Profil der privatärztlichen Behandlung - ausgerechnet in Zeiten des zunehmenden Wettbewerbs mit der GKV um dieselbe Versichertenklientel - gefährdet sein dürfte; die alternativen Versuche, durch Einkaufsmodelle sich der besonderen Chefarzt-Komponente zu versichern, wie es zum Beispiel die DKV durch ihr „Best Care“-Konzept versucht, sollen hier nicht Thema sein. In puncto Vergütungsmodus befürworten die privaten Krankenversicherungen jedoch spontan DRG-Zuschläge - die Hoffnung ist, sich hierdurch auf einen Schlag der kostentreibenden Rechnungsprüfungen und Zielleistungsstreitigkeiten auf der Basis der derzeitigen GOÄ entledigen zu können. Doch jedes Vergütungssystem birgt Anreize für Fehlentwicklungen in sich, so auch das DRG-Fallpauschalensystem. Um die Risiken von Fehlbelegungen und Mengenausweitungen durch „Upcoding“ und andere Kodierungsrisiken zu kontrollieren, wurden u. a. die Befugnisse des MDK zur Abrechnungsprüfung im Fallpauschalengesetz deutlich erweitert. Fachgebiete, die ein deutliches Homogenitätsrisiko für die zu bildende Fallgruppe in sich tragen, wie zum Beispiel Psychiatrie und Psychosomatik, werden aus dem DRG-System ausgeklammert. Klar ist auch, dass das stationäre Fallpauschalensystem zu einer Leistungsverlagerung in andere Versorgungssektoren führen wird. Was die PKV also durch Fallpauschalen bei den stationären Leistungen einzusparen hofft, könnte ausgabensteigernd bei den ambulanten Leistungen zu Buche schlagen.

Die Bundesärztekammer arbeitet – zunächst für die operativen Fachgebiete – an einem Modell, das es zukünftig ermöglichen soll, die Abrechnung zu



vereinfachen und dennoch den individuellen Behandlungsfall möglichst unverzerrt abzubilden. Gebildet werden ablaufbezogene Komplexleistungen, das heißt alle mit einem operativen Eingriff in derselben Sitzung anfallenden fachspezifischen Vor- und Nachbereitungsmaßnahmen werden mit der Kernleistung in einer Gebührenposition zusammengefasst. Indikationsabhängig verschiedene Modifikationen einer Operation werden bei vergleichbarem durchschnittlichen Zeitaufwand und Schwierigkeitsgrad in einer Gebührenposition gebündelt. Im Unterschied zu den Diagnose-orientierten fachübergreifenden DRG-Fallpauschalen werden in den „Fallgruppen“ des Bundesärztekammer-Modells ausschließlich Prozeduren desselben Fachgebietes zusammengefasst, die Gebührenposition muss eindeutig einer fachspezifischen Leistung bzw. einem bestimmten ärztlichen Leistungserbringer zuzuordnen sein. Dies schafft Transparenz sowie die Voraussetzungen für die in der privatärztlichen Versorgung verstärkter geforderte Qualitätssicherung. Zwecks Festlegung der Leistungsinhalte und Bündelung verschiedener Prozeduren soll sich die Entwicklung der neuen Gebührenpositionen an einen allgemein anerkannten, wissenschaftlich fundierten Prozedurenschlüssel anlehnen, wie zum Beispiel dem ICPM. Dies beschleunigt nicht nur die Entwicklung des neuen Leistungsverzeichnisses, sondern dürfte auch die Akzeptanz auf Seiten der privaten Krankenversicherungen und der Beihilfe erhöhen.

#### INFO

Die Langversion des Textes finden Sie als Dokument 107 in unserem Themenservice (siehe Seite 21).

#### FAZIT

Pauschalvergütungen sind kein geeignetes Instrument für die privatärztliche Vergütung, da es hiermit nicht möglich ist, die im Rahmen des individuell zwischen Arzt und Patient geschlossenen Behandlungsvertrags erbrachten Leistungen adäquat abzubilden.

Bevor aufgrund einer verselbständigten Dynamik oder eines politisch gewollten Systemwechsels Radikallösungen von der GKV-Reform auf die privatärztliche Versorgung abfärben, müssen Ärzteschaft und private Krankenversicherungen die Chance erhalten, die Reformfähigkeit der privatärztlichen Versorgung auf der Basis des dualen Vertragsmodells und einer eigenständigen GOÄ unter Beweis zu stellen.

#### POSITIONEN

- Die GOÄ braucht mehr Aktualität, Transparenz und Abrechnungvereinfachung
- Bundesärztekammer bereitet GOÄ-immanente Neustrukturierung des Leistungsverzeichnisses vor
- Vergütungspauschalen werden dem individuellen privatärztlichen Behandlungsvertrag zwischen Patient und Arzt nicht gerecht
- Es gibt kein perfektes Vergütungssystem, auch das DRG-Fallpauschalensystem trägt enorme Risiken der Leistungsmengenfehlentwicklung in sich