

**Thema:** Die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) war das beherrschende Thema des 119. Deutschen Ärztetages Ende Mai in Hamburg. Nach intensiven und kontroversen Diskussionen haben die Delegierten den Verhandlungsführern ein umfangreiches Forderungspaket mit auf den Weg gegeben. **von Horst Schumacher**

# Ärztetag setzt neue Eckpunkte für weitere GOÄ-Verhandlungen



Auf der ärztlichen Aufmerksamkeitskala war es mit Abstand das Thema Nr. 1 beim 119. Deutschen Ärztetag Ende Mai in Hamburg: Die Novelle der Gebührenordnung für Ärzte. Seit Monaten hatte es eine innerärztliche Kontroverse gegeben. Kritiker waren der Auffassung, die mit der Reform verbundenen Änderungen der Bundesärzterordnung und des sogenannten Paragrafenteils würden die ärztliche Freiberuflichkeit schwächen. In der geplanten „Gemeinsamen Kommission“ von Privater Krankenkasse (PKV), Beihilfe und Bundesärztekammer (BÄK) erhielten die Kostenträger zu viel Mitspracherechte. Geplant seien Konstruktionen nach dem Vorbild der GKV, zum Beispiel eine Art Budgetierung des Honorars, und insgesamt mehr Reglementierung (siehe auch *Rheinisches Ärzteblatt März 2016, Seite 15/16, verfügbar unter [www.aekno.de](http://www.aekno.de), Rheinisches Ärzteblatt, Archiv*).

Beim Hamburger Ärztetag mündete die Kritik an dem von der BÄK bisher ausgehandelten Stand der GOÄ-Novelle in einen Antrag, die Abwahl des BÄK-Präsidenten Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery auf die Tagesordnung zu setzen. Zur Begründung hieß es, nach fünf Jahren sei es nicht zu einer Einigung über eine neue GOÄ gekommen, stattdessen stelle die vorbereitete Änderung der Bundesärzterordnung „einen massiven Angriff auf die ärztliche Freiberuflichkeit“ dar. Nach einer intensiven und kontroversen Debatte entschieden sich 148 Ärztetagsdelegierte dagegen, den Abwahlantrag auf die Tagesordnung zu setzen, 85 stimmten dafür.

## Einbindung von Berufsverbänden und Fachgesellschaften

Für die Unzufriedenheit rund eines Drittels der Ärztetagsdelegierten hatte der BÄK-Präsident bereits

in seiner Eröffnungsansprache Verständnis gezeigt. Auch er habe die Komplexität des Novellierungsprozesses unterschätzt: „Ich persönlich muss mich mit dem Vorwurf auseinandersetzen, wir hätten den Prozess zu lange nur begleitet, statt einzugreifen.“ Bei der Vorstandssitzung im März habe der BÄK-Vorstand „ganz erhebliche Inkongruenzen zwischen dem vorgelegten Zwischenstand eines bewerteten Leistungsverzeichnisses und unseren Vorstellungen“ festgestellt.

Daher habe der Vorstand den „Reset-Knopf“ drücken und sich neu aufstellen müssen. Montgomery: „Ich selbst habe die politische Verhandlungsführung übernommen.“ Dr. Klaus Reinhardt, BÄK-Vorstandsmitglied und Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, leitet nun als Vorsitzender des Gebührenordnungsausschuss der BÄK die „technische Verhandlungsführung“. Nach der März-Sitzung des BÄK-Vorstandes war der bisherige Verhandlungsführer, Dr. Theodor Windhorst, zurückgetreten (*wir berichteten im Rheinischen Ärzteblatt Mai 2016, Seite 13*). Nach einer ausführlichen Debatte auch über Fehler der Vergangenheit setzte der Ärztetag schließlich eine Reihe von Eckpunkten für den weiteren Reformprozess. Neben dem Bundesgesundheitsministerium, der BÄK, der PKV und der Beihilfe sollen nun auch die Berufsverbände und die wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften eng eingebunden werden.

Den BÄK-Vorstand hat der Ärztetag beauftragt, „einen konsentierten Gesamtvorschlag zur Novellierung der GOÄ unter Berücksichtigung ihrer doppelten Schutzfunktion ... unter Beratung durch den Ausschuss ‚Gebührenordnung‘ der Bundesärztekammer nach abschließender Prüfung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit freizugeben, sofern folgende Bedingungen erfüllt sind“:

- Das Recht zur Liquidation aus der Approbation bleibt unberührt.
- Die Rahmenbedingungen der GOÄneu dürfen nicht dazu führen, dass die GOÄneu zu einem Honorarsteuersystem umgeformt wird.
- Die Leistungslegierungen und -bewertungen sowie die neue Steigerungssystematik entsprechen auch durch Unterstützung der Fachgesellschaften und Berufsverbänden den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen des Jahres 2016.
- Die Basis der Leistungsbewertungen folgt einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.
- Zusatzaufwand, der sich aus der Leistung und den Umständen ihrer Erbringung bzw. patientenbezo-

gen ergibt, muss in entsprechenden Zusatzleistungen angemessen abgebildet werden, soweit er nicht über die Steigerung geltend gemacht werden kann.

- Das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen wird durch die GOÄ nicht behindert.

- Die „sprechende Medizin“, zu der insbesondere die hausärztlichen und andere grundversorgende Leistungen zählen, wird besser als bisher bewertet.

Außerdem sieht der Beschluss vor, dass die bisher auf Basis der Beratungen und der Entschließungen des außerordentlichen Deutschen Ärztetages vom 23. Januar ausgehandelten Anpassungen, insbesondere der Gesetzesinitiative und des Paragrafenteils, umzusetzen sind, und zwar:

- Bindung von § 1 Abs. 2 GOÄ-Paragrafenteil an die Berufsordnung anstatt an die Weiterbildungsordnung,

- Klarstellung, dass die Gemeinsame Kommission (GeKo) keine weitergehenden Kompetenzen als die Abgabe von Empfehlungen erhalten darf,

- Streichung der Zuständigkeit der GeKo bezüglich Aufklärungs- und Dokumentationspflichten bei (längerfristiger) Fortführung der Analogberechnungen „alter Leistungen“ auch gegenüber der PKV und Beihilfe,

- Klarstellung, dass mit dem Monitoring nach der Übergangsvorschrift nach Artikel 2 der Gesetzesinitiative kein Budget vorgegeben wird.

Über diese in einem – durch einige Änderungsanträge modifizierten – Vorstandsantrag enthaltenen Eckpunkte hinaus hat der Ärztetag eine ganze Reihe weiterer Anträge beschlossen. So soll es eine „Neubetrachtung“ der Frage geben, ob der Paragrafenteil der GOÄ und die Bundesärzteordnung überhaupt geändert werden müssen: „Veränderungen in diesem Bereich sind nur dann zulässig, wenn sie inhaltlich zum Betreiben einer novellierten Gebührenordnung für Ärzte notwendig sind“, heißt es in einem Beschluss. Diese Frage sei mit den Berufsverbänden und den Spitzenorganisationen der Ärzte abzustimmen. Darüber hinaus soll die BÄK einen eigenen Entwurf einer GOÄneu erarbeiten und dazu ein „professionelles Projektmanagement“ einrichten. Das GOÄ-Dezernat der Bundesärztekammer soll nach dem Willen der Delegierten personell und materiell so ausgestattet werden, „dass es auch im Verhältnis zum Verhandlungspartner dieser Aufgabe gewachsen ist“. Wenn es Sinn macht, sollen externe Experten hinzugezogen werden. Der Deutsche Ärztetag appellierte an die Landesärztekammern, die dafür notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. Im Haushalt der BÄK sind rund zwei Millionen Euro für diese Aufgaben vorgesehen.

Der Ärztetag hat auch beschlossen, „einen von der Ärzteschaft, deren verfassten Organen und Verbänden getragenen Ärzte-GOÄneu-Entwurf durch den Vorstand der Bundesärztekammer erarbeiten zu lassen, der sodann zur Grundlage neu aufzulegender Verhandlungen mit den Kostenträgern gemacht wird“. Auch ein weiterer Beschluss sieht einen „eigenen ärztlichen Entwurf“ vor, der auf der Grundlage

ärztlichen Sachverstands und betriebswirtschaftlicher Kalkulationen entstehen soll: „Ziel muss eine ärztliche Gebührenordnung sein, die in erster Linie das Verhältnis zum Patienten und nicht zu Versicherungen berücksichtigt. Ziel muss auch sein, dass nach 30 Jahren Stillstand der GOÄ die ärztliche Diagnostik und Therapie angemessen vergütet werden.“

Auch die spezifisch hausärztlichen Leistungen und Interessen sollen danach angemessen abgebildet und bewertet werden. „Sodann sollen auf der Basis dieses innerärztlich konsentierten Entwurfes weitere Verhandlungen mit der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe und im Anschluss mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erfolgen.“ Eine eigenständige und wirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung sei ein wichtiges Kernelement eines freien Berufes, hieß es zur Begründung. Dies gelte stets unabhängig davon, welche anderen ärztlichen Abrechnungssystematiken in den Sozialversicherungssystemen etabliert seien.

### Gebührenordnung soll dynamisch werden

Weiter fordert der Ärztetag, dass die Leistungslegende der neuen GOÄ so gestaltet sein soll, „dass Leistungsänderungen durch Fortschritte in der Medizin wie neue Diagnostik oder Therapie fortlaufend erfasst werden können: „Die dazu erforderlichen Instrumentarien sind unter Wahrung der ärztlichen Freiberuflichkeit zu entwickeln.“ Angesichts der dynamischen Entwicklungen in der Medizin sei eine



**Dr. Klaus Reinhardt**, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer und Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Konzept für die GOÄ-Novelle soll spätestens nach der Bundestagswahl stehen.

Foto: Christian Griebel, hollywood.com

starre Gebührenordnung innerhalb kürzester Zeit wieder veraltet, hieß es zur Begründung. Die Analogziffern sollen genauso wie in der bisherigen GOÄ erhalten bleiben, heißt es in einem anderen Beschluss. Nur so könne auf individuelle Notwendigkeiten bei Innovationen sowohl medizinisch als auch bei der Kalkulation der Bewertung passend reagiert werden. Auch die Steigerungsfaktoren „müssen in der Ärzte-GOÄneu grundsätzlich und generell zur Verfügung stehen“, so haben es die Delegierten beschlossen. Um die Rechnung individuell entsprechend dem Aufwand gestalten zu können, müsse es „einen Spielraum mit einer freien Wahlmöglichkeit des Faktors in einem gewissen Bereich“ geben. Vor den Verhandlungen mit der PKV und der Beihilfe soll der BÄK-Vor-

stand statische und dynamische Simulationen erstellen, um die qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Gebührenordnungsnovelle abschätzen zu können. Diese Simulationen sollen nach dem Willen der Delegierten den Berufsverbänden und im Jahr 2017 dem Deutschen Ärztetag vorgelegt werden.

„Der Ärztetag hat der Bundesärztekammer Leitplanken für den weiteren Verhandlungsprozess mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung gegeben. Wir wissen jetzt genau, wohin der Ärztetag will, wo wir Verhandlungsspielraum haben und wo die Grenzen liegen“, kommentierte Dr. Klaus Rein-

hardt, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der Bundesärztekammer, die Ärztetagsbeschlüsse. Zwar sei in dieser Legislaturperiode nicht mehr die Umsetzung der Novelle zu rechnen, spätestens nach der Bundestagswahl solle aber ein Konzept stehen, das dann in die Koalitionsverhandlungen der neuen Bundesregierung eingebracht werden könne.

Weitere Informationen zum 119. Deutschen Ärztetag und alle Beschlüsse finden sich auf der Homepage der Bundesärztekammer [www.baek.de](http://www.baek.de).

### Der 119. Deutsche Ärztetag hat sich einstimmig für eine Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation ausgesprochen. Wir dokumentieren den von allen Delegierten der Ärztekammer Nordrhein gemeinsam eingebrachten Text im Wortlaut.

Auf Antrag von Rudolf Henke, Bernd Zimmer, Christa Bartels, Dr. Lydia Berendes, Prof. Dr. Bernd Bertram, Dr. Anne Bunte, Wieland Dietrich, Dr. Sven Christian Dreyer, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Oliver Funken, Martin Graudusius, Prof. Dr. Reinhard Griebenow, Dr. Christiane Groß M.A., Dr. Heiner Heister, Dr. Rainer M. Holzborn, Dr. Friedrich Wilhelm Hülskamp, Dr. Christian Köhne, Dr. Carsten König M. san., Michael Krakau, Michael Lachmund, Dr. Ernst Lennartz, Dr. Anja Maria Mitrenga-Theusinger, Dr. Manfred Pollok, Dr. Wilhelm Rehorn, Dr. Lothar Rütz, Dr. Ursula Stalman, Barbara vom Stein, PD Dr. Maria Vehreschild und Dr. Joachim Wichmann (*Drucksache IV - 50*) fasst der 119. Deutsche Ärztetag 2016 folgende EntschlieÙung:

#### Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation: Eine dauerhafte Aufgabe für die Ärzteschaft und die Gesundheitspolitik

Kommunikation ist die Basis jeder ärztlichen Tätigkeit in der Versorgung von Patientinnen und Patienten. Gelungene Kommunikation führt zu besseren Behandlungsergebnissen und sichert den Behandlungserfolg. Sie trägt wesentlich dazu bei, die individuell passende Diagnostik und Therapie zu finden. Gute Kommunikation stärkt die Autonomie und Selbstverantwortung unserer Patientinnen und Patienten. Sie fördert die berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten und der mit uns arbeitenden Gesundheitsfachberufe/Professionen.

Das hohe Vertrauen, das uns Ärztinnen und Ärzten entgegengebracht wird, ist wesentlich auf die Erfahrung zurückzuführen, dass sich Patientinnen und Patienten ihren Ärztinnen und Ärzten im Gespräch anvertrauen können und mit ihren Sorgen und Anliegen gehört werden. Im NRW-Gesundheitssurvey, einer repräsentativen telefonischen Bevölkerungsumfrage, haben jeweils über 80 Prozent der Befragten angegeben, dass ihre Ärztin/ihr Arzt „meine Sorgen und Ängste berücksichtigt“ hat und „geduldig auf meine Fragen eingegangen“ ist. 84 Prozent der Befragten haben angegeben, dass die Ärztin/der Arzt „mir aufmerksam zugehört [hat], unabhängig davon, wie beschäftigt sie bzw. er war“.

Etwa 90 Prozent der Befragten berichteten, dass die Ärztin/der Arzt „die verordnete Therapie mit mir abgesprochen“ hat und der Patientin/dem Patienten dabei nicht das Gefühl gegeben hat, ihre bzw. seine Zeit zu vergeuden.

Umgekehrt gilt: Wenn Patientinnen und Patienten Anlass zu Unzufriedenheit oder Beschwerden sehen, ist dies häufig darauf zurückzuführen, dass die Kommunikation nicht gelungen ist. Dieses Risiko steigt, wenn ungünstige Rahmenbedingungen eine gute Kommunikation gefährden. Dies hat der Deutsche Ethikrat im April 2016 in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ eindrucksvoll bestätigt und die Gewährleistung einer besseren Kommunikation an den Anfang seiner Empfehlungen gestellt.

Der 119. Deutsche Ärztetag 2016 bekräftigt deswegen die Notwendigkeit, die Kommunikationskompetenz als zentrales Merkmal des ärztlichen Berufs weiter zu fördern und zu stärken. Er fordert zugleich Rahmenbedingungen ein, unter denen Ärztinnen und Ärzten Zeit und Ruhe für das Gespräch mit ihren Patientinnen und Patienten finden. Bereits der 117. Deutsche Ärztetag 2014 und der 118. Deutsche Ärztetag 2015 haben eine Stärkung der ärztlichen Kommunikation gefordert und die sich verschärfenden Rahmenbedingungen für die ärztliche Tätigkeit durch Ökonomisierung, Bürokratisierung und Schematisierung der Medizin kritisiert.

#### Der 119. Deutsche Ärztetag hält fest:

Die ärztliche Kommunikationskompetenz muss in allen Phasen der beruflichen Tätigkeit erhalten und weiter gestärkt werden.

- Der Deutsche Ärztetag begrüÙt die inzwischen entwickelten Vorhaben zur Stärkung der Kommunikationskompetenz in der ärztlichen Ausbildung und fordert deren rasche und vollständige Umsetzung, wie dies auch in der „Heidelberger Erklärung zur Förderung kommunikativer Kompetenzen in der ärztlichen Ausbildung“ dargelegt wird.
- Der Deutsche Ärztetag bekräftigt seine Forderung, Kommunikation als Schlüsselkompetenz in der Weiterbildung weiter zu ver-

kern. Dies ist unbedingt bei der anstehenden Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) zu berücksichtigen. Außerdem geht es darum, auch die Weiterbildungsbefugten besser dabei zu unterstützen, kommunikative Kompetenzen in der Weiterbildung zu vermitteln.

- Zu einer umfassenden Förderung der Kommunikation gehört es, auch Aspekte wie Selbstfürsorge und Umgang mit den eigenen Grenzen aufzugreifen. Die Etablierung von wirksamen Coping-Strategien muss deshalb ebenso in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verankert werden.
- Die Bundesärztekammer und die Ärztekammern werden aufgefordert, weiterhin innovative Fortbildungsangebote für Ärztinnen und Ärzte anzubieten, mit denen die kommunikativen Kompetenzen berufsbegleitend fortentwickelt werden können.

Die Rahmenbedingungen für gute Kommunikation im Gesundheitswesen müssen verbessert werden.

- Der 119. Deutsche Ärztetag fordert, dass alle gesundheitspolitischen Vorhaben mit Blick auf ihre Auswirkungen für die Arzt-Patienten-Beziehung beurteilt werden. Bürokratisierung und Ökonomisierung, die die Patienten-Arzt-Beziehung belasten oder gar weitere Arztzeit weg vom Patienten binden, dürfen nicht weiter voranschreiten, sondern müssen im Gegenteil zurückgedrängt werden.
- In gleicher Weise sind auch die Kommunikation und Kooperation aller im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen in den Blick zu nehmen.
- Der 119. Deutsche Ärztetag fordert zur Gewährleistung der vertrauensvollen Arzt-Patienten-Kommunikation einen geschützten Raum. Notwendig hierzu sind Ungestörtheit und die Respektierung der ärztlichen Schweigepflicht.
- Vergütungssysteme im ambulanten wie stationären Bereich sind so auszurichten, dass sie gelingende Kommunikation fördern und Anreize für das Arzt-Patienten-Gespräch setzen.