



Wortprotokoll der 105. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. April 2024, 14:45 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting

Vorsitz: Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

**Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte
jetzt novellieren**

BT-Drucksache 20/7586

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Rechtsausschuss

Finanzausschuss

Ausschuss für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit
und Verbraucherschutz

Haushaltsausschuss

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
SPD	Baehrens, Heike Baradari, Nezahat Engelhardt, Heike Heidenblut, Dirk Mende, Dirk-Ulrich Mieves, Matthias David Moll, Claudia Müller, Bettina Pantazis, Dr. Christos Rudolph, Tina Stamm-Fibich, Martina Wollmann, Dr. Herbert	Bahr, Ulrike Cademartori Dujisin, Isabel Katzmarek, Gabriele Kob, Simona Machalet, Dr. Tanja Mesarosch, Robin Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Schwartz, Stefan Stadler, Svenja Troff-Schaffarzyk, Anja Westphal, Bernd
CDU/CSU	Borchardt, Simone Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Monstadt, Dietrich Müller, Axel Pilsinger, Stephan Rüddel, Erwin Sorge, Tino Stöcker, Diana Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Czaja, Mario Föhr, Alexander Janssen, Anne Knoerig, Axel Lips, Patricia Müller, Sepp Stracke, Stephan Straubinger, Max Stumpp, Christina Timmermann-Fechter, Astrid
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Grau, Dr. Armin Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula Wagner, Johannes Weishaupt, Saskia	Aeffner, Stephanie Bsirske, Frank Ganserer, Tessa Heitmann, Linda Piechotta, Dr. Paula Rüffer, Corinna Walter-Rosenheimer, Beate
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Bartelt, Christian Lütke, Kristine Teutrine, Jens Ullmann, Dr. Andrew	Funke-Kaiser, Maximilian Helling-Plahr, Katrin Kuhle, Konstantin Westig, Nicole Alt, Renata
AfD	Baum, Dr. Christina Dietz, Thomas Schneider, Jörg Sichert, Martin Ziegler, Kay-Uwe	Bachmann, Carolin Bollmann, Gereon Braun, Jürgen Reichardt, Martin Rinck, Frank
Die Linke	Gürpınar, Ates Vogler, Kathrin	Sitte, Dr. Petra
BSW	Hunko, Andrej	



Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung Gebührenordnung für Ärzte und für Zahnärzte

Mittwoch, 24. April 2024, 14:45 bis 15:45 Uhr
Paul-Löbe-Haus, Sitzungssaal E 300

Verbände/Institutionen

- Bundesärztekammer (BÄK)^{1,2}
- Bundeszahnärztekammer (BZÄK)^{1,2}
- Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)¹
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa)^{1,2}
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)^{1,2}
- Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS)²
- Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)¹

Namentlich benannte Sachverständige

- Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch (Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)¹
- Prof. Dr. Ferdinand Gerlach (Goethe-Universität Frankfurt)¹
- Prof. Dr. Jürgen Wasem (Universität Duisburg-Essen)¹

¹ Auf Vorschlag der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Einzigiger Tagesordnungspunkt

Antrag der Fraktion der CDU/CSU

Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte jetzt novellieren

BT-Drucksache 20/7586

Die **amtierende Vorsitzende**, Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Guten Tag! Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauende, sehr geehrte Sachverständige, liebe Kolleg:innen, ich begrüße Sie ganz herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit, die wieder eine Mischung aus Präsenzsitzung und Online-Meeting ist. An meiner Seite sitzt Frau Sell aus dem Bundesministerium für Gesundheit. Schön, dass Sie da sind. Vorab möchte ich alle Sachverständige, alle Teilnehmer, die per Webex zugeschaltet sind, bitten – das kennen Sie natürlich alle – sich mit vollem Namen anzumelden, sodass Ihre Teilnahme für uns erkennbar ist und natürlich erstmal die Mikros stummzuschalten. Ich darf einmal mich sehr bedanken. Etliche von Ihnen hatten schon zu einem anderen Termin zugesagt, den wir kurzfristig verschieben mussten. Hintergrund war, dass die überwiegende Anzahl der Sachverständigen nicht zusagen konnte. Es macht Sinn, hier auch eine Breite von Meinungen anzuhören. Deshalb herzlichen Dank, dass Sie heute unserer Einladung erneut gefolgt sind. Was wir heute anhören, das umreißt ich ganz kurz, cursorisch, ist ein Antrag der Fraktion der CDU/CSU zum Thema Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte, diese jetzt zu novellieren, so die Forderung. Den Antrag finden Sie auf der Drucksache 20/7586. Wie Sie alle wissen, ist die Gebührenordnung für Ärzte, die GOÄ, zuletzt am 1. Januar 1996 und die Gebührenordnung für Zahnärzte zum 1. Januar 2012 novelliert worden. Jetzt begrüße ich auch die Parlamentarische Staatssekretärin im BMG Sabine Dittmar an meiner Seite. Die Unionsfraktion, die analysiert in ihrem Antrag die Situation der privatärztlichen bzw. privat Zahnärztlichen Abrechnung und stellt Forderungen auf, um die GOÄ sowie die GOZ zu novellieren. So verlangt die Union in ihrem drei Punkte umfassenden Forderungskatalog bei der Novellierung die wesentlichen Akteure wie Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer, PKV-Verband sowie Vertreter der Beihilfe einzubeziehen und einen Wirkmechanismus zu etablieren, der eine regelmäßige Anpassung der Gebührenordnung in

Bezug auf aktuelle Kostenfaktoren ermöglicht. Hintergrund der Forderung sind laut CDU/CSU, dass steigende Kosten sowie vermehrte Abrechnungstreitigkeiten zu wachsenden Verunsicherungen aller Beteiligten führen. Zudem soll sichergestellt werden, dass künftig auch zuwendungsintensivere und innovative Leistungen zum Wohle der Arzt-Patienten-Beziehung ermöglicht werden können. Für die CDU/CSU ist die Novellierung überfällig. Sie fordert daher die Bundesregierung auf, eine entsprechende Rechtsverordnung mit den genannten Punkten auf den Weg zu bringen. Genau zu diesem Sachverhalt werden wir uns heute gemeinsam mit Ihnen als Expert:innen beraten. Uns stehen insgesamt 60 Minuten zur Verfügung. In dieser Zeit - das kennen die meisten von Ihnen - werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an Sie als Sachverständige stellen. Es beginnt immer die antragstellende Fraktion. Das ist in dem Fall also die Union. Die weitere Reihenfolge orientiert sich dann an der Stärke der Fraktionen und so, wie wir das Ausschuss intern vereinbart haben. Jetzt ist wichtig für Sie, aber die allermeisten kennen das ja, für Frage und Antwort stehen immer drei Minuten zur Verfügung. Also je kürzer sich die Abgeordneten fassen, umso mehr Zeit haben die Sachverständigen. Man kann Zeiten auch nicht übertragen. Also wenn zweieinhalb Minuten ausgefüllt sind, dann geht das Fragerecht auch weiter. Da oben läuft die Uhr. Die können Sie sehen. Wenn Sie im Begriff sind zu überziehen, dann mache ich hier so eine Geste [Handgeste] und dann hören Sie auf. Das klappt üblicherweise sehr gut. Wenn alle präzise fragen und antworten, können wir ziemlich viele Sachverhalte miteinander besprechen. Vor Beantwortung jeder Frage bitte ich Sie einmal, dass Sie sich mit Namen und Ihrem Verband vorstellen und das auch jedes Mal wieder, auch wenn Sie ein-, zwei-, dreimal hintereinander gefragt werden. Außerdem bitte ich Sie beim ersten Aufruf, das reicht, wenn Sie das einmal tun, entsprechend der Regelung in § 70 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestags eventuelle finanzielle Interessensverknüpfungen in Bezug auf den heutigen Beratungsgegenstand offen zu legen. Vielen Dank, dass Sie da sind. Auch allen danke ich, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben. Diese Anhörung heute wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und wird auch dann im Anschluss in der Mediathek des Deutschen Bundestags abrufbar sein, für die, die nochmal verlinken wollen oder darauf hinweisen



wollen, was wir heute miteinander besprochen haben. Ansonsten: Mobiltelefone bitte stummschalten. Ein Klingeln kostet 5 Euro für einen guten Zweck. Ich sagte es eben schon, ich habe heute Morgen auch schon 5 Euro zahlen müssen. Das kommt vor. Für alle auf der Besuchstribüne: Herzliches Willkommen Ihnen allen! Wir freuen uns über Ihr Interesse. Ich darf darauf hinweisen, Sie dürfen weder klatschen noch buhen, also Zustimmung, andere emotionale Äußerungen - alles nicht gestattet. Ebenso keine Aufzeichnungen mit Kameras, Smartphones oder so, sondern alles, was später in der Mediathek abrufbar ist, kann als Bildmaterial verwendet werden. Das war es mit den Vorreden und jetzt beginnen wir mit den Fragen. Als erstes hat das Wort Kollege Pilsinger von der CSU. Bitte, Herr Pilsinger.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Vielen Dank für die Erteilung der Frage. Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer. Welche Probleme ergeben sich aus Ihrer Sicht konkret für Ärztinnen und Ärzte, sowie für Patientinnen und Patienten daraus, dass die GOÄ so lange nicht novelliert worden ist? Welche Bedeutung hat die GOÄ für den ärztlichen Beruf und die ärztliche Freiberuflichkeit?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ja, Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Keine finanziellen Interessenkollisionen in diesem Kontext. Drei Minuten ist eine kurze Zeit für so eine Frage. Ich versuche es aber mal vielleicht sogar schneller. Für Ärztinnen und Ärzte ist die GOÄ alt, so wie sie jetzt Gültigkeit besitzt, problematisch, weil sie im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 stammt und die Leistungslegenden, die dort definiert sind, 1996 bei der kleinen Revision stattgefunden hat, nur wenig verändert worden sind. Das heißt also im Kern arbeiten wir mit einer Gebührenordnung, die seit 1982 Gültigkeit hat. Alle Leistungen, die seitdem im Medizinbetrieb und im medizinischen Tun und Handeln sich entwickelt haben, finden sich in dieser GOÄ nicht wieder. Es gibt natürlich im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten der GOÄ die Chance und Möglichkeit, die Leistungen dann analog abzurechnen. Das heißt

also, nach Leistungen zu suchen, die in zeitlichem Aufwand und wirtschaftlichem Aufwand und Komplexität etwa dem entsprechen, was die dann tatsächlich durchgeführte Leistung beinhaltet. Das ist aber nicht immer einfach und führt oft auch zu Auseinandersetzungen zwischen den betroffenen Patienten, die die Rechnung erhalten und dem rechnungsstellenden Arzt. Es gibt rechtliche Auseinandersetzungen, zahlreiche, die dann auch nicht immer zum gewünschten und vernünftigen Ergebnis führen, weil die Gerichte sich zum Teil in die Sachverhalte gar nicht so einarbeiten können. Es kommt dann zu Rechtsprechungen, die wiederum Gültigkeit besitzen für spätere Auseinandersetzungen. Es ist also ein ewiger Hort von Beschäftigung, der sicherlich nicht sinnvoll ist. Es ist auch für Patienten und Patientinnen schwierig zu erkennen, warum sie eine Leistung aus der Kardiologie aufgeschrieben bekommen und abgerechnet bekommen, die aber eigentlich im Fach der Urologie erbracht worden ist, nur weil sich an dieser Stelle die Analogie ergibt oder eben naheliegend ist. Insofern muss man sagen, Rechtssicherheit und Intransparenz oder Transparenz zu gewinnen, sind zwei Dinge, die wichtig sind und die nur mit einer Novellierung und einer kompletten, vernünftigen Revision dieser GOÄ stattfinden könnten. Wir finden sozusagen aus Sicht der Ärzteschaft dies notwendig und sinnvoll und vernünftig und wünschenswert. Wir finden es aber ebenso wünschenswert für Patientinnen und Patienten, die natürlich, wenn sie einen Arzt besuchen, eine Rechnung erhalten, wissen können sollen und auch kontrollieren können sollen und nachhalten können sollen, was ist mit ihnen gemacht worden, was ist da Geschehen usw. Also insofern, glaube ich, ist die Zeit mehr als reif, dies zu tun. Die Fragestellung, was für eine Bedeutung hat die GOÄ für den ärztlichen Beruf, muss man sagen, sie ist die einzige Gebührenordnung, die eigentlich das nachweist, was der Arzt inhaltlich im Einzelfall tut. Der EBM ist ja nur ein Bewertungsmaßstab und insofern keine richtige Gebührenordnung, sondern ein Honorarsystem, was für die gesetzliche Krankenversicherten gilt. Also darum glaube ich, dass wir als freier Beruf ein Anrecht auf eine solche Gebührenordnung haben.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön, Herr Dr. Reinhardt. Für die SPD, Heike Baehrens, bitte.



Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht auch an Herrn Dr. Reinhardt von der Bundesärztekammer. Herr Dr. Reinhardt, Sie erarbeiten von Seiten der Bundesärztekammer gemeinsam mit dem Verband der privaten Krankenversicherung seit 2013 an einen gemeinsamen Vorschlag für eine umfassende Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. Können Sie bitte darstellen, welchen Stand das Vorhaben jetzt hat, welche Schritte noch fehlen und wann mit einem vollständigen zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband abgestimmten Vorschlag zu rechnen ist?

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer, herzlichen Dank. Wir haben mit dem Verband der privaten Krankenversicherung in den letzten Jahren gemeinsam unter der Zuziehung aller ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden und anderer Experten das komplette Leistungslegendenverzeichnis überarbeitet und das ist auch fertig und konsentiert. Das sind, glaube ich, insgesamt 5 300 Leistungen. Da sind viele Zuschlagsleistungen dabei, aber auch viele Kernleistungen und Ergänzungsleistungen. Es ist hoch differenziert und bildet das moderne Geschehen der Medizin eins zu eins und auch passend und auch nach wissenschaftlichen Kriterien ab. Das ist konsentiert und verabredet. Wir haben unsererseits eine Kostenkalkulation vorgenommen, die auf betriebswirtschaftlicher Basis nachhaltig und nachvollziehbar ist, deren Annahmen einsehbar sind und die sehr logisch und systematisch ist. Wir haben uns dann mit den von uns ermittelten Preisen mit dem privaten Krankenversicherungsverband hingesezt und versucht zu ermitteln, welche Folgen das sozusagen als Preiseffekt auf eine aktuelle Leistungsmenge hätte. Das hat uns die letzten anderthalb Jahre in vielen kleinteiligen Gesprächen gefordert. Wir sind jetzt an einem Punkt, dass wir sagen können, die beiden Verhandlungsteams, das heißt der Verband der privaten Krankenversicherung und wir als Bundesärztekammer und auch ein Teil unserer Beratung mit Experten, hätten einen Vorschlag zu machen, mit dem beide, jedenfalls als Team der Verhandlung umgehen können. Wir müssen jetzt in unseren Organisationen im Bereich der PKV, aber auch im Bereich der Bundesärztekammer und der Verbände das rückkoppeln, ob dieser Kompromissvorschlag, den wir miteinander gefunden haben, der unsererseits

eine ausreichende Bewertung sicherstellt und andererseits bei der privaten Krankenversicherung leistbar ist für die Versicherten und Beitragszahler. Wenn das auf beiden Seiten akzeptiert wird, dann, glaube ich, können wir vor der Sommerpause mit einem tatsächlich endgültigen Ergebnis rechnen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für die CDU Dr. Kippels.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Vielen herzlichen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde mal eine Frage an Herrn Prof. Dr. Wasem richten. Herr Professor, wie schätzen Sie den Reformbedarf und die Reformnotwendigkeit der GOÄ und GOZ ein, wobei ich bitte Wert darauf zu legen, die wirtschaftliche Basis der ärztlichen Tätigkeit zu betrachten?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Prof. Wasem, bitte.

Prof. Dr. Jürgen Wasem: Professor Wasem, Einzelsachverständiger, keine Interessenkonflikte. Nun, wenn Sie die wirtschaftliche Tragfähigkeit ansehen, so ist es natürlich richtig, dass weder die Ärzteschaft noch die Zahnärzteschaft am Hungertuch nagen. Insofern kann man sicherlich nicht sagen, die ökonomische Welt der Ärzteschaft geht unter, wenn in dieser Legislaturperiode keine neue GOÄ oder keine neue GOZ kommt. Auf der anderen Seite ist es so, dass die GOÄ in besonderer Weise, und das hat der Präsident der BÄK eben beschrieben, in sich schräg ist. Sie ist in sich schräg, weil ein erheblicher Teil des medizinischen Fortschritts nicht darin stattfindet und die Versicherten dann eben Patientenrechnungen kriegen, die zum Teil wenig mit dem zu tun haben, was gemacht worden ist. Sie ist auch schräg, weil die relativen Preise der Dinge, die da drin sind, inzwischen nicht mehr stimmen. Das kann man besonders gut deutlich machen an dem Gegensatz von nicht rationalisierungsfähiger sprechender Medizin und rationalisierungsfähiger technischer Medizin. Bei der technischen Medizin sind da zum Teil Gebührenordnungspositionen drin, deren relative Gewichtung zur sprechenden Medizin den damaligen Kostenvorstellungen und Kostendaten entsprachen. Aber der technische Fortschritt hat das Zeug viel, viel billiger gemacht. Das führt dann dazu, dass wir da völlig unplausible



Relationen haben. Das Paradebeispiel ist der technische Fortschritt, der Preisverfall in der Labormedizin. Ja, 1982 war das eine vernünftige Relation, wie viel kostet eine Laborleistung zu einem ärztlichen Gespräch. Das ist heute absolut absurd geworden. Deswegen, denke ich, aus diesem Grunde ist auch eine Neurelationierung der Leistung untereinander dringend erforderlich. Insofern, ich sage meinen Studenten immer, wenn ihr ein Beispiel für Politikversagen angucken wollt, dann guckt euch die Nichtreform der GOÄ an, weil das ist Staatsversagen, was hier passiert ist. Dass ihr als Politik 30 Jahre, 40 Jahre, 50 Jahre nichts gemacht habt. Ich finde, es ist Zeit, dass wir dieses Staatsversagen überwinden. Es ist auch eigentlich eine Bankrotterklärung, dass der Vorgänger des heutigen Ministers gesagt hat, ich mache das, wenn die beiden Seiten sich einigen. Also eigentlich würde man sich ein anderes Vorstellen von aktiver Politikgestaltung vorstellen. Ich habe noch 13 Sekunden, aber 12 davon gebe ich zurück. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Schenken Sie der Gemeinschaft. Wobei das nicht das persönliche Eigentum ist, diese Zeit. Aber vielen Dank, Herr Professor Wasem. Ich frage Johannes Wagner für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, was Sie fragen wollen. Bitte.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Herrn Professor Wasem und streift einen Aspekt, den Sie auch schon gerade angesprochen haben. Es ist so, dass seelische und körperliche Gesundheit im Diskurs noch nicht gleichgestellt sind im öffentlichen, aber auch im medizinischen Diskurs. Das spiegelt sich eben auch in der GOÄ wider. Gerade im Hinblick auf die zunehmenden psychischen Belastungen und Erkrankungen in der Gesellschaft ist es wichtig, dass Gesprächsleistungen sowohl für Ärzt:innen als auch für psychologische Psychotherapeut:innen angemessen vergütet werden. Sehen Sie eine Diskrepanz in der Abbildung zwischen den zeitintensiven Gesprächen und anderen Leistungen? Falls ja, wie sollte dem begegnet werden? Können Sie jetzt noch ein bisschen länger da ausführen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Wasem.

Prof. Dr. Jürgen Wasem: Herr Abgeordneter, herzlichen Dank für diese wirklich wichtige Frage. Ich steige mal so ein: Ich bin im Ehrenamt Vorsitzender des erweiterten Bewertungsausschusses. Das ist das Konfliktlösungsgremium für die gesetzliche Gebührenordnung, EBM, also die vertragliche Gebührenordnung für die gesetzlich Versicherten. Im Rahmen dieser Gebührenordnung sind wir eigentlich alle fünf Jahre im Schnitt dabei, persönliche Leistungen versus Technik neu zu adjustieren, und zwar in der Tendenz immer so, dass wir die persönlichen Leistungen aufwerten, weil einfach die technischen Leistungen schnelleren Preisverfall haben, während die ärztliche Minute sozusagen nicht rationalisierungsfähig ist. Von daher ist das angesichts des von Ihnen richtig beschriebenen zunehmenden Problemkreises psychischer Erkrankungen und den daraus wachsenden Anforderungen an Gesprächsmedizin dringend erforderlich, dass man sehen muss, dass Gesprächsmedizin hinreichend gut in den Gebührenordnungen ausgestattet ist. Wir alle wissen, auch wenn Ärzte nicht nur ökonomisch reagieren, Herr Reinhardt, sie reagieren eben auch ökonomisch. Wenn eine Gebührenordnung technische Leistungen besser bezahlt als Gesprächsleistungen, dann kommen tendenziell die Gesprächsleistungen in der Versorgung der Patienten zu kurz. Nun ist es beim Privatpatienten so, dass gleichwohl das Reden mit denen noch attraktiv für den Arzt ist im Vergleich zum Reden mit dem gesetzlichen Patienten. Das rettet sozusagen an der Stelle in gewisser Weise das Gespräch in der privatärztlichen Praxis. Aber das ist natürlich auch ein schräger Nebeneffekt des Systems, dass die in sich unattraktive Gesprächsleistung dann noch attraktiv ist gegenüber der Gesprächsleistung in der GKV. Aber zusammengefasst, ich denke, Sie haben einen wichtigen Punkt erwischt. Wir müssen sicherstellen, dass in der Gebührenordnung in sich das Gleichgewicht da ist. Das ist einmal frei gesagt zurzeit nicht mehr vorhanden.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Herr Professor Wasem. Für die FDP, Kollege Bartelt, bitte.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Dr. Ermler von der Bundeszahnärztekammer. Sowohl der Leistungskatalog als auch die Gebührensätze sind



veraltet und nicht mehr aktuell. Und die Zahnärzte behelfen sich mit Steigerungsfaktoren und Analogpositionen. Das wurde vorhin ausgeführt. Welche Auswirkungen hätte es denn, wenn man die GOZ zum Beispiel ganz abschaffen würde?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Ermler, Sie haben das Wort.

Dr. Romy Ermler (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Romy Ermler, Bundeszahnärztekammer. Keine Interessenkonflikte. Erstmal herzlichen Dank für die Frage. Kurz vorweg: Unsere Gebührenordnung ist mittlerweile 35 Jahre alt. Genau aus diesem Grund, weil sie die Wissenschaft heute und die moderne Zahnmedizin nicht widerspiegelt. Deswegen müssen wir uns mit Analogpositionen auseinandersetzen. Zum Abschaffen würde ich mal sagen, da würde ich ein bisschen widersprechen. Wir reden heute über Reform oder Novellierung. Eine Abschaffung hätte mit Sicherheit relativ großflächige Auswirkungen, sowohl für die Patienten als auch für unsere Zahnarztpraxen. Man muss natürlich auch sagen, das ist ein komplexes Geschehen. Auch die Sozialversicherung und auch die privaten Krankenversicherungen wären von einer Abschaffung letztendlich betroffen. Die moderne Zahnmedizin käme ohne eine privat Zahnärztliche Versorgung gar nicht an den Patienten. Wir haben ein relativ hohes Volumen in der GKV, die dann in der PKV, das dann eventuell in die GKV übernommen werden müsste. Als Spezielles, die Prävention in der professionellen Zahnreinigung würde es dann nicht mehr geben. Würde die dann die GKV übernehmen? Oder was ist dann letztendlich mit den 9,2 Millionen privat versicherten Patienten? Gehen die dann in die GKV? Also ich sage ehrlich, für mich kommt eine Abschaffung der GOZ nicht infrage. Eine Reform oder eine Novellierung wäre sehr, sehr wichtig. Ganz einfach auch in Bezug auf die wirtschaftliche Situation der Praxen und auch auf die wirtschaftliche Situation im GKV-System. Wir müssen sie reformieren, weil in der GOZ selber mit dem eingefrorenen Punktwert von 1988 sich die ganze Situation in den Praxen nicht widerspiegelt. Ich hoffe, ich konnte die Frage so weit beantworten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank, Frau Dr. Ermler und für die AfD Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Vielen Dank, ich möchte meine erste Frage auch an die Bundeszahnärztekammer richten, an Sie Frau Ermler. Wir erleben immer mehr, dass die Zahnärzte nicht mehr bereit sind, gerade die neuen, die jetzt dazukommen, in eigener Praxis zu arbeiten, also in eigener Niederlassung und werden dadurch zudem Probleme bekommen, gerade im ländlichen Bereich mit der ärztlichen sowie der zahnärztlichen Versorgung. Wir haben jetzt, also mein Mann und ich, auch zum 31. März unsere zahnärztliche Tätigkeit eingestellt. Wir haben glücklicherweise eine Nachfolgerin gefunden. Wie beurteilen Sie denn das? Könnte eine Novellierung der GOZ dazu führen, einen besseren Anreiz zu bieten, gerade für die Neueinsteiger, aber eben auch schon für jetzt tätige Zahnärzte? Wie beurteilen Sie das?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Dr. Ermler, bitte.

Dr. Romy Ermler (Bundeszahnärztekammer (BZÄK)): Romy Ermler, Bundeszahnärztekammer. Ja, wir wissen alle, die Niederlassung ist im Moment nicht so attraktiv für die jungen Kolleginnen und Kollegen. Wenn Sie in Ihren Landkreisen oder in Ihren Wahlkreisen unterwegs sind, dann werden Sie das mit Sicherheit spüren, dass die Versorgung im ländlichen Raum durchaus leidet und viele Praxen keinen Nachfolger mehr finden. Da ist die GOZ durchaus ein ausschlaggebendes Kriterium, weil sie in gewissen Positionen einfach nicht mehr auskömmlich ist. Wir haben mittlerweile 100 Positionen, die unter dem GKV-Niveau bewertet sind. Wir haben nach wie vor einen eingefrorenen Punktwert seit 35 Jahren. Der war damals mit elf Pfennigen novelliert. Heute sind es 5,6 Cent. Es hat sich in 35 Jahren an diesem Punktwert nichts geändert. Wir haben eine weitläufige Teuerung. Strom ist teurer geworden, über 100 Prozent. Die Gehälter unserer Mitarbeiter:innen sind teurer geworden, was auch vernünftig ist. Die Lebenshaltungskosten sind gestiegen. Wenn ich mir überlege, ich bekomme fürs Zahnziehen genauso viel wie 1988. Aber wenn ich mir ein Politmagazin kaufe, da war es früher der Preis von 2,50 Euro, heute mittlerweile 5 Euro. Das ist eine Teuerung von 100 Prozent, die sich in der



GOZ nicht widerspiegelt. Der ganze wirtschaftliche Faktor schlägt sich in der GOZ nicht nieder. Man darf nicht vergessen: Die wirtschaftliche Situation ist in den Praxen nicht besser geworden, zumal wir auch sehr energielastig sind. Wir haben steigende Stromkosten. Wir haben einen Beruf, der nicht nur Spiegel und Sonde umfasst, sondern wir haben hochwertige Gerätschaften, die wir zur Behandlung der Patienten einfach vorhalten müssen, sonst würden wir gar nicht arbeiten können. Die sind auch massiv gestiegen. Wir haben steigende Hygienekosten. Die Verantwortung und auch die Kostenlage schreckt die jungen Kolleginnen und Kollegen ab, die Verantwortung in der Niederlassung zu tragen. Deswegen denke ich, dass eine Novellierung und eine Steigerung der Faktoren beziehungsweise des Punktwertes zur Niederlassungsförderung beitragen würden. Danke. Fast auf den Punkt.

Die **amtierende Vorsitzende**: Ja, Glückwunsch. Dankeschön. Die Gruppe Die Linke und Gruppe BSW sind beide nicht da. Das heißt, wir springen jetzt direkt zur SPD. Das Wort hat Herr Mende, bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte eine weitere Frage an Herrn Dr. Reinhardt. Herr Dr. Reinhardt können Sie etwas zu den finanziellen Gesamtauswirkungen des ausstehenden Vorschlags zur GOÄ-Novelle sagen. Insbesondere auch zu den erwarteten internen Umverteilungsfaktoren und Wirkungen zwischen Leistungen und zwischen den Arztgruppen?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Das, was wir vorgenommen haben in der GOÄ, ist neu in dem Entwurf, den wir erarbeitet haben, ist natürlich der Versuch, das zu heilen, was Herr Wasem eben richtigerweise als aktuelles Problem beschrieben hat, nämlich die verhältnismäßig schlechte Bewertung der eigentlichen ärztlichen Zuwendung im Gespräch, in der Anamnese, im Zuhören, in der Beratung, im Verhältnis zu den technischen Leistungen, die natürlich Preise ausweisen, die aus einer Zeit stammen, an der Gerätschaften und entsprechende Einrichtungen im

Verhältnis deutlich teurer waren, als es heute der Fall ist. Das versuchen wir natürlich ein bisschen auszugleichen, indem wir auch Abwertungen vornehmen bei bestimmten technischen Leistungen, die heute preiswerter erbracht werden können als noch zum Zeitpunkt der letzten Reform 1996. Wir werten die Preise für die eigentliche individuelle ärztliche Beratung entsprechend auf, deutlich auf. Die Gesamtsumme, die wir an Mehr an dieser Stelle erwirtschaften, aus Einsparungen und etwas, was dazukommen soll, ist relevant. Die ist schwierig zu ermitteln. Das sind auch approximativ nur Schätzungen, die wir aktuell vornehmen können. Aber da sind wir uns einig, auch als Verhandlungsführer mit PKV-Verband und der Bundesärztekammer, dass das ein relevanter Betrag sein soll und einen Anreiz darstellen soll, eine angemessene Vergütung darstellen soll für das eigentliche ärztliche Tun. Es wird zwischen den Gruppen natürlich unter Umständen durch diese Maßnahmen ein bisschen Verschiebungen geben, wobei man sagen muss, die GOÄ ist nicht nach Fachrichtungen organisiert, sondern nach Kapiteln. Jeder Arzt kann aus jedem Kapitel und wird aus jedem Kapitel unter Umständen auch auf bestimmte Leistungen zugreifen. Die Leistungen sind so kalkuliert, dass die eigentliche ärztliche Leistung immer gleich, also auf die Zeit betrachtet, bewertet wird, völlig unabhängig davon, ob ich interventionell tätig bin oder konservativ, sodass ich keinen Anreiz habe, bestimmte Dinge zu tun, weil ich die Vorstellung habe, damit erwirtschaftete ich mehr Geld. Das ist sozusagen der Versuch, jedenfalls diesen Versuch haben wir gemacht. Ob das an einigen Stellen gelingen wird, muss man sehen. Wir haben uns auch vorgenommen nach Neueinführung einer GOÄ entsprechende Evaluierung und Monitoring zu betreiben, um Auswüchsen oder Verwerfungen, die sich in ungewollter Weise ergeben, auch in irgendeiner Form gegensteuern zu können.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön Herr Dr. Reinhardt und für die CDU/CSU Herr Monstadt, bitte.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Danke sehr, Frau Vorsitzende. Meine Frage möchte ich gerne an den Verband der privaten Krankenversicherung richten. Herr Dr. Reuther, es ist ja bekannt und das haben wir heute auch schon gehört, dass Sie bereits



seit längerem mit der Bundesärztekammer über einen gemeinsamen Vorschlag für eine modernisierte GOÄ verhandeln. Welche Ziele verfolgen Sie mit einem gemeinsamen Vorschlag? Wie ist aus Ihrer Sicht der aktuelle Stand? Danke sehr.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reuther, bitte sehr.

Dr. Florian Reuther (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Frau Vorsitzende, Herr Monstadt, vielen Dank für die Frage. Florian Reuther für den PKV-Verband. Es bestehen keine Interessenkollisionen. Wir haben uns mit der Bundesärztekammer gemeinsam auf den Weg gemacht für einen gemeinsamen Vorschlag zur Novellierung der GOÄ. Selbstverständlich sind wir uns auch in der grundsätzlichen Zielsetzung einig, der runterzubereiten ist auf alle Themen. Die jetzige GOÄ, auch das haben schon die Vorredner gesagt, ist in vielen Teilen veraltet, bildet aktuelle Medizin nicht vollständig ab. Deswegen ist unser zentrales Ziel Rechtssicherheit. Wir wollen Transparenz für die Patienten in dem, was erbracht wird und in dem, was abgerechnet wird. Wir wollen Streit vermeiden, Streit anfälligkeiten vermeiden, Rechtsstreitigkeiten. Aber wir haben auch inhaltliche Ziele mit der neuen GOÄ. Nicht nur die angemessene Abbildung und Bewertung der Leistungen, sondern wir wollen, auch das haben die Vorredner schon gesagt, die ärztliche Zuwendung besser vergüten, besser abbilden und natürlich auch für unsere Versicherten eine Teilhabe an Kostenentwicklungen erreichen, insbesondere in der Medizin, die stark technisch geprägt ist, wo es in der Vergangenheit auch viele Veränderungen gab. Der wichtigste oder eine weitere wichtige Zielsetzung, auch das ist Teil des Vorschlags, den wir vorlegen werden, ist, dass die neue GOÄ eben nicht mehr veraltet, nicht mehr versteinert, sondern dass es hier einen Mechanismus gibt und Vorkehrungen gibt, um die GOÄ à jour zu halten. Zum aktuellen Stand kann ich in einem Satz bestätigen, was Herr Reinhardt gesagt hat. Wir haben uns auf einen gemeinsamen Rechts teil verständigt. Wir haben die Leistungsbeschreibungen zu den einzelnen medizinischen Leistungen abgestimmt und uns auch da geeinigt. Wir haben in den letzten Monaten intensivst an den Bewertungen der Leistungen gearbeitet und sind jetzt

dabei, die abschließende Gremienberatung vorzubereiten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke sehr. Für die Grünen, Dr. Dahmen.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich würde gerne Professor Gerlach fragen wollen. Sie haben in der vergangenen Legislatur als Teil der sogenannten Honorarkommission Vorschläge zur partiellen Harmonisierung von GOÄ und EBM mitentwickelt. Inwieweit sind diese Vorschläge noch aktuell? Was ist bei einer GOÄ-Reform zu beachten, um Fehlallokationen oder Fehlanreize zu vermeiden?

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Herr Professor Gerlach, Einzelsachverständiger, keine Interessenskonflikte. In der Tat, so sieht er übrigens aus, der Bericht [*hebt Berichtspapier hoch*], übergeben im Dezember 2019 an die Bundesregierung. Eine Regierungskommission aus Juristen, Ökonomen und Medizinern hat einstimmig Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem verabschiedet und hier zusammengefasst. Lesenswert! Der Auftrag war eigentlich zu überprüfen: Kann man den EBM für die gesetzlich Krankenversicherten und die GOÄ zu einer Gebührenordnung zusammenführen? Antwort: Nein. Warum nicht? Weil die Systeme, die dahinter liegen, sehr unterschiedlich sind. In der GKV haben wir Budgets ... *unverständlich*...

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Gerlach, Moment mal eben. Ich glaube, Ihr Mikro ist... Jetzt ist es wieder an, weil ich sehe das daran, dass auf einmal die Kamera auf mich geht. Die soll aber eigentlich auf Sie gerichtet sein. Das ist gekoppelt ans Mikro, deshalb habe ich es gemerkt. Jetzt ist die Frage: Wo ist es ausgegangen? Weil das für das Protokoll schwierig ist. Wir machen das so: Wir stellen den Timer noch mal auf zwei Minuten, damit Sie Ihre Antwort noch mal geben können. Ich glaube, Sie waren bei: „Das ist der Bericht und das lässt sich nicht zusammenführen“. Nun vielleicht noch die Details.



Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Kann ich das noch mal wiederholen? Dann ist es auch einprägsamer. Man kann die Gebührenordnungen nicht einfach zusammenführen, sobald die dahinterliegenden Systeme verschieden sind, unterschiedlich sind. Aber wir haben eine partielle Harmonisierung empfohlen. Eine Gebührenordnung besteht nämlich aus drei unverzichtbaren Elementen. Das eine, das haben wir jetzt schon gehört, ist die gemeinsame Leistungslegendierung. Es wird beschrieben, um welche Leistung es geht. EKG ableiten und befunden, Endoprothese einbauen, 50 Minuten Psychotherapie. Das kann man beschreiben. Leistungslegendierung. Zweiter Teil ist die relative Kostenkalkulation. Wie viel mal teurer ist eine Knie-Endoprothese als eine EKG-Ableitung und Befundung? Wie steht eine Psychotherapie dazu? Die relative Leistungskalkulation. Diese beiden Elemente, die ganz viel Aufwand bedeuten, damit haben Sie sich die letzten Jahre beschäftigt, könnte man harmonisieren. Das hätte eine Reihe von Vorteilen, denn wir haben in dem Bericht auch dargelegt, was eine moderne Vergütungssystematik, ein Honorierungssystem leisten soll. Würde man das tun, würde Transparenz erhöht. Für die Praxen, die nur noch eine Systematik hätten, wäre die Praktikabilität deutlich höher. Wir hätten langfristig Synergieeffekte. Wir könnten die Kostenkalkulation verbessern. Wir hätten bessere Daten. Man könnte es kontinuierlich machen. Das ist wichtig für die Versorgung. Dann würden diese Verzerrungen, wie wir sie jetzt haben, nicht mehr auftreten. Wir haben jetzt Überbewertung von technischen Leistungen. Das haben Sie gehört. Laborwerte sind viel zu hoch honoriert, aber Gesprächsleistung, Zuwendung ist unterrepräsentiert. Damit haben wir Fehlanreize für Über- und Unterversorgung. Die könnte man vermeiden. Dahinter würden allerdings die Systeme getrennt sein. Es gäbe unterschiedliche Preise in der GOÄ und dem EBM. Wichtig wäre, dass in beiden Systemen Teamleistungen finanziert werden können, erwünschte Leistungen angereizt werden können, dass man auch Pauschalen bilden kann aus Einzelleistungen. Das könnte dann in den verschiedenen Systemen erfolgen.

Die **amtierende Vorsitzende:** Dankeschön. Für die FDP noch mal Herr Bartelt.

Abg. **Christian Bartelt** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an die Bundesärztekammer. Herr Dr. Reinhardt, warum denken Sie, stärkt eine moderne GOÄ mittelfristig auch die GKV-Versorgung?

Die **amtierende Vorsitzende:** Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Weil man sagen muss, dass im EBM die Leistungen, die bisher, wie Herr Gerlach gerade festgestellt hat, etwas zu detailliert sind, um es jetzt auszuführen, an vielen Stellen pauschaliert sind. Und sie sind natürlich auch so kalkuliert, dass man sagen muss, dass die Beiträge der Krankenversicherungen steuerbar in einem Rahmen sich halten. Das heißt, innerhalb EBMs findet im weitesten Sinne nicht so etwas wie eine Vollkostenerstattung, jedenfalls aus Sicht der Ärzteschaft statt, sondern gibt einen kleinen Sozialrabatt. Eine saubere betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation innerhalb einer GOÄ findet auch heute in dem Sinne nicht statt. Natürlich können wir zugeben, dass der Deckungsbeitrag, der erwirtschaftet wird mit einem bestimmten ärztlichen Handeln, egal was, in den meisten Fällen im Bereich eines GOÄ-Patienten oder GOÄ-abgerechneten Falles ein größerer ist als der, der über den EBM zu erwirtschaften ist. Es versetzt die Strukturen, egal ob Krankenhäuser oder MVZ oder auch medizinische Praxen, Einzelpraxis oder Mehrfachpraxis, in die Lage, sich wirtschaftlich anders aufzustellen, operativ, diagnostisch, wie auch immer anders aufzustellen, als das der Fall wäre, wenn das nicht so wäre. Das ist der Grund, warum im Grundsatz das System als Ganzes, im Gegensatz zur häufig vertretenen Auffassung, dass wir eine Zwei-Klasse-Medizin zugunsten privat Krankenversicherter hätten, einen strukturell stützenden Beitrag auch für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten leistet.

Die **amtierende Vorsitzende:** Dankeschön. Für die AfD Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Ich schließe mich gleich an, Herr Dr. Reinhardt, und habe an Sie eine Frage. Und zwar werden zukünftig durch die Ambulantisierung weite Teile von der ärztlichen und



auch fachärztlichen Weiterbildung in diese ambulanten Bereiche verlegt. Haben Sie das berücksichtigt bei Ihrem gemeinsamen Vorschlag zur Novellierung der GOÄ? Wenn nicht: Ist es zu berücksichtigen? Haben Sie Vorschläge dazu?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Danke, Klaus Reinhardt, Bundesärztekammer. Wir haben das nicht berücksichtigt bei der Kalkulation der Bewertungen der Honorare im Rahmen der Neuordnung der GOÄ. Ich finde das auch im Rahmen solcher Systeme, sowohl im EBM wie in der GOÄ, nicht richtig. Ich finde, das ist ein anderer ... Wir diskutieren über die Vorstellung: Wie kann Weiterbildung auch wirtschaftlich sichergestellt werden? Das ist ein schwieriges Feld, überhaupt keine Frage. Aber wir finden es zum jetzigen Zeitpunkt mehrheitlich falsch, es über eine Gebührenordnung zu lösen. Man kann sich vorstellen, dass unter Umständen weiterzubildende Einrichtungen in der Ambulantmedizin oder auch in der stationären schon auch über Vergütung eine Unterstützung erhalten, über strukturelle Pauschalen, die man sozusagen denen, die es tun, nachweisbar tun, zugutekommen lässt. Aber das in die Einzelleistung der Vergütung einzelner medizinischer Leistungen zu koppeln, hielten wir für falsch.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Jetzt geht das Fragerecht wieder an die SPD, Kollegin Baradari, bitte.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den PKV-Verband, Herrn Dr. Reuther. Können Sie uns sagen, wie häufig es zu Problemen bei der Abrechnung von privatärztlichen Leistungen wegen Schwierigkeiten bei der Analogbewertung kommt? Bei welchen Leistungen gibt es besonders viele Probleme? Wie könnten aus Ihrer Sicht diese Probleme gelöst werden? Wie ist Ihre Stellungnahme, was die Harmonisierung der Abrechnungssysteme angeht?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reuther, Sie haben das Wort.

Dr. Florian Reuther (Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband)): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Vielen Dank, Frau Baradari, für die Frage. Wir haben keine Statistik darüber, welche Leistungen oder welche Gebührensätze oder Analogabrechnungen besonders streitanfällig sind, weil wir natürlich auch nicht alle Rechnungen sehen. Zum Teil tragen die Patienten die Kosten auch selbst. Wir glauben trotzdem, in einer neuen GOÄ können wir eben auch die medizinischen Leistungen, so wie sie jetzt tatsächlich erbracht werden, eindeutig abbilden, was nicht nur die Transparenz gegenüber den Versicherten erhöht, sondern natürlich auch die Rechtssicherheit für die Ärzte, die Abrechnungsstellen und dann auch die Versicherer, wenn es um die Regulierung geht, sodass wir da einen deutlichen Fortschritt sehen werden. Eine einheitliche Vergütung halten wir nicht für einen adäquaten Ansatz. Wir verstehen auch den Bericht der Kommission, den Herr Prof. Gerlach angesprochen hat, nicht als Plädoyer für eine einheitliche Vergütung, sondern im Gegenteil. Das Ergebnis war, dass man am besten für jedes System eine eigene Vergütungssystematik auch fährt und eben dann in dem jeweiligen System nach Verbesserungen, Novellierungen sucht, die systemadäquat sind.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke für Ihre Ausführungen und für die Union Frau Borchardt jetzt, bitte. Sie haben das Wort.

Abg. **Simone Borchardt** (CDU/CSU): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an den Spitzenverband der Fachärzte. Welche Auswirkungen hat die fehlende Novellierung auf die Erbringung innovativer medizinischer Leistungen durch Fachärztinnen und Fachärzte? Welche Probleme ergeben sich aus der momentanen GOÄ im medizinischen Alltag für die Ärztinnen und Ärzte?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Weinhart, Sie sind online dabei und haben jetzt das Wort. Bitte sehr.

Dr. Helmut Weinhart Spitzenverband Fachärzte Deutschlands (SpiFa): Vielen Dank für die Frage. Helmut Weinhart, Spitzenverband Fachärzte. Ich habe keinen Interessenskonflikt. Was in Teilbereichen schon angesprochen wurde, der Reformstau,



den wir in der GOÄ haben, nicht nur, dass die einzelnen Leistungen nicht abgebildet sind, sondern ein ganzer Fachbereich, der gar nicht abgebildet ist. Phoniatrie und Pädaudiologie ist z.B. ein gesamter Leistungsbereich, den es in der Gebührenordnung überhaupt nicht gibt. Die arbeiten in dem gesamten Fachbereich nur mit Analogabrechnungen. Die Problematik, einem Patienten auch zu erklären, macht es an einem Beispiel transparent. Sie haben einen Schaden an den Schultersehnen, müssen den über eine arthroskopische Operation behandeln. Die Arthroskopie, also die Gelenkspiegelung eines Schultergelenkes gibt es in der Gebührenordnung schon mal gar nicht. Dann müssen auch noch Analogziffern herangezogen werden für diese Reparatur dieses Sehnenapparates. Der kann aus verschiedenen Sehnen bestehen. Vorher ist die Frage auch gestellt worden. Das sehe ich als das Hauptproblem. Die Beanstandungsquote derartiger Abrechnungen, weil es auch viele verschiedenartige Analogvorschläge für die Abrechnung gibt, liegt in diesem Bereich schon in etwa bei 50 Prozent. Das ist Arbeit, wenn dann die Rechnungen korrigiert, begründet, auch dem Patienten gegenüber begründet werden müssen. Sie rechnen eine Ziffer am Kniegelenk ab, wobei die Schulter operiert wurde. Das in den wechselnden Teilen ist weder für die Patienten transparent nachzuvollziehen noch in der Abrechnung dann mit einer adäquaten und guten Begründung, sodass Patient das nachvollziehen kann, verständlich. Leistungen, die gar nicht in der GOÄ abgebildet sind, sind natürlich, solange es auch keine offiziellen Analogempfehlungen gibt für die Abrechnung, erst recht schwierig in der Begründung, sowohl dann der Versicherung gegenüber als auch dem Patienten gegenüber. Dem Patienten dann wiederum zu erklären, warum diese Abrechnungen so sind, ist fast nicht leistbar. Erklären Sie einem Patienten, dass wir den medizinischen Fortschritt von 1982 beziehungsweise 1996 noch mal kurz angepasst in einer heute gültigen Gebührenordnung für das Abrechnungsgeschehen verwenden müssen. Das ist für den Patienten nicht nachvollziehbar. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön. Für die SPD erneut, Frau Behrens, bitte.

Abg. **Heike Baehrens** (SPD): Vielen Dank. Meine Frage geht nochmal an Herrn Prof. Dr. Gerlach.

Auch zu diesem Themenbereich, den wir gerade haben, das Abrechnungs- und Prüfungsverfahren bei privatärztlichen und privat Zahnärztlichen Leistungen ist für Patientinnen und Patienten sehr aufwendig. Sie müssen die Arzt- und Zahnarztrechnung prüfen, gegebenenfalls die Erstattung durch den Beihilfeträger beantragen, anschließend den Bescheid des Beihilfeträgers prüfen und schließlich die Erstattung durch die PKV beantragen und ebenfalls prüfen. Gibt es Hinweise, dass die Analogbewertungen diese Verfahren zusätzlich erschweren?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Gerlach, bitte sehr.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Die Antwort kann ich ganz kurz machen: Mir sind keine Hinweise bekannt. Ich kenne keine. Man könnte sich vorstellen, dass es so ist. Es wird ja beschrieben, aber das ist jetzt anekdotische Evidenz. Ich kenne keine Studien oder harten Belege, die das Unterschreiben. Leider.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Kollege Wagner.

Abg. **Johannes Wagner** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Frau Professor Brosig-Koch. Sie hatten unter anderem dazu geforscht, wie es sich insbesondere bei schweren Erkrankungen auf die Behandlungsqualität auswirken kann, wenn ärztliche Honorare eine ergebnisorientierte Komponente beinhalten. Inwiefern sollte aus Ihrer Perspektive eine solche ergebnisorientierte Komponente auch in die GOÄ implementiert werden, die bislang eher auf Vergütung von Einzelleistungen abzielt?

Die **amtierende Vorsitzende**: Frau Professor Brosig-Koch, Bitteschön. Sie haben das Wort.

Prof. Dr. Jeannette Brosig-Koch: Frau Professor Brosig-Koch. Keine Interessenkonflikte, Einzelsachverständige. Über die Frage habe ich mich sehr gefreut. Als Verhaltensökonomin, die sich mit der Wirkung von solchen Vergütungsanreizen befasst, ist das natürlich eine sehr relevante Frage. Aus



meiner Sicht macht es Sinn, solche ergebnisorientierten oder qualitätsorientierten Vergütungskomponenten auch in die Vergütung mit einzuziehen beziehungsweise auch darüber nachzudenken, die grundsätzlich einzuführen. Das ist auch jetzt nichts Neues. Als Mitglied der Kommission, wo wir auch darüber nachgedacht haben, wie diese Vergütungsstruktur als solche zu verändern ist, haben wir auch schon in diesem Gutachten empfohlen, dass man über die Vergütung, die qualitätsorientierte Vergütung, durchaus nachdenken sollte. Was macht man bei der qualitätsorientierten Vergütung? Bei der Einzelleistungsvergütung gibt es häufig einen Konflikt zwischen den finanziellen Anreizen und dem Patientenwohl. Das kann man reduzieren, indem man beides in Einklang bringt. Das ist die Idee dieser ergebnisorientierten oder qualitätsorientierten Vergütung. Da sind wir in Deutschland vielleicht, auch wenn wir das tun würden, nicht die Vorreiter, sondern das gibt es bereits auch schon in vielen anderen Ländern. Da macht es Sinn, da auch schon zu schauen, was können diese anderen Länder und was können wir hier übernehmen? Das wäre empfehlenswert aus meiner Sicht.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke schön, Frau Professor Brosig-Koch. Jetzt ist die CDU/CSU dran. Herr Rüdgel ist jetzt dran. Bitte.

Abg. **Erwin Rüdgel** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen. Sie organisieren für etwa 30 000 Ärztinnen und Ärzte das gesamte Handling rund um das Thema Abrechnung. Sie können die Auswirkungen der veralteten GOÄ auf Ärzte vielleicht gleich am unmittelbarsten beurteilen. Worin sehen Sie die größten Probleme?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Tilgner, bitte, Sie haben das Wort.

Stefan Tilgner (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS)): Stefan Tilgner, Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen. Keine Interessenskollisionen. Vielen Dank für die Frage. Wir stellen fest, dass aufgrund dieser jahrelangen Nichtarbeit an einer Gebührenordnung, also sprich die Nichtbefassung des Ordnungsgebers mit diesem Thema, es dazu führt, das ist schon mehrfach

angeklungen, dass Ärzte schlicht und ergreifend die einzige Möglichkeit sehen, ihre Leistung abzurechnen über eine Analogbewertung. Das sieht § 6 GOÄ ausdrücklich vor. Das führt dann aber faktisch dazu, dass der Arzt selbst suchen muss in der bestehenden Gebührenordnung nach einer Leistungsziffer, die in etwa dem Aufwand dessen entspricht, was er gerade an Leistungen erbracht hat, aber von der Leistungsbeschreibung überhaupt nicht in irgendeiner Form damit in Einklang zu bringen ist. Man muss es noch mal betonen: Es gibt keinen allgemeinen Analogleistungskatalog, sondern das ist letztendlich Aufgabe des einzelnen Arztes, dann eine entsprechende Leistungsbewertung zu finden, die er dann ansetzen kann. Das führt logischerweise dazu, dass das nicht immer zutreffend ist, dass es darüber durchaus Diskussionen gibt zwischen Leistungserbringern, also Ärzten, und den Leistungserstattern. Dementsprechend haben wir bei uns feststellen können in den letzten Jahren einen erheblichen Mehraufwand. Es gibt unendlich viele Rückfragen, Verunsicherung bei den Ärzten, mehr Schulungsbedarf bei den Ärzten und natürlich vor allem viel Korrespondenz. Das führt zu höheren Kosten. Natürlich auch zu einem erheblichen Aufwand. Sie müssen sich das auch noch mal in der technischen Ebene vorstellen. Diese Analogbewertungen sind von dem Arzt selbst hergestellt. Wir haben in einer kleineren Verrechnungsstelle eine kurze Analyse gemacht im letzten Jahr alleine 6 000 Analogbewertungen, die nur in dieser PVS nachweisbar waren, die diesen individuellen Charakter haben. Das macht die Sache sehr schwierig und bedarf natürlich dringend einer Veränderung, denn die Kosten gehen irgendwann aus dem Ruder und es schmälert natürlich irgendwann auch die Akzeptanz des gesamten Abrechnungswesens. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Dankeschön und für die FDP Professor Ullmann, bitte.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Meine Frage geht an Professor Wasem und/oder an Herrn Professor Gerlach. Die Überarbeitung der GOÄ und GOZ stellt sich immer wieder als komplex aus verschiedenen Gründen dar. Welche prozessualen und strukturellen Maßnahmen wären in Ihren Augen konkret sinnvoll zu etablieren, um in zukünftigen Verhandlungen eine Einigung zu beschleunigen?



Die **amtierende Vorsitzende**: Wer will antworten? Prof. Wasem macht sich bereit. Wer nun?

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ferdinand Gerlach, Einzelsachverständiger. Das haben wir genau in diesem Bericht hier dargelegt. Das war der Vorschlag, eine gemeinsame Leistungslegendierung zu haben. Wenn man die einmal hat, kann man die gemeinsam weiterpflegen, muss sie nicht doppelt parallel entwickeln. Noch wichtiger ist das bei der gemeinsamen relativen Kostenkalkulation. Es geht darum, was für ein betriebswirtschaftlicher Aufwand wird für eine bestimmte Leistung erforderlich sein, wie viel Arzt-Zeit. Es muss in jeder Gebührenordnung separat bewertet werden. Das könnte man einheitlich machen. Dann gehen die beiden Systeme auseinander und man einigt sich auf unterschiedliche Verträge, auf unterschiedliche Preise. Das wäre eine Effizienzsteigerung. Man könnte das kontinuierlich machen. Man könnte die Transparenz erhöhen. Man würde auch durch die bessere Kostenkalkulation Verwerfungen im Sinne von Fehlanreizen und Fehlversorgung reduzieren.

Die **amtierende Vorsitzende**: Machen wir das jetzt mal so, dass Sie auch noch antworten, Herr Wasem.

Prof. Dr. Jürgen Wasem: Zwei Punkte würde ich gern herausstellen. Das eine ist unabhängig davon, ob man das gemeinsam macht oder nicht. Wir brauchen für die GOÄ einen Mechanismus der regelmäßigen Aktualisierung. Nachdem ich eben schon gesagt habe: „Da herrscht Staatsversagen“, habe ich nicht die Hoffnung, dass, wenn das so bleibt, wie es ist, dass das BMG, das quasi fachlich betreiben soll, dass das dann besser wird. Deswegen denke ich, wir müssen darüber nachdenken, dass PKV-Verband und Bundesärztekammer das faktisch formal auch zugewiesenermaßen in die Hand nehmen. Die Rechtsverordnung müsste dann das BMG machen. Aber ich denke, wir brauchen eine fachliche Vorbereitung, die institutionalisiert in der GOÄ drin ist. Es gibt in dem Vorschlag der beiden hier auch einen Verfahrensvorschlag, wie das laufen kann. Da kann man jetzt im Detail darüber diskutieren, aber den grundsätzlichen Aufschlag zu sagen, die beiden Seiten machen das und das wird dann sozusagen dem BMG regelhaft vorgestellt und dann muss die Rechtsverordnung her, finde ich schon

wichtig. Ich nutze die letzten 30 Sekunden, um einen anderen Punkt zu sagen. Ich persönlich bin skeptisch, was die gemeinsame Kalkulation von EBM und GOÄ angeht. Wenn ich noch mehr als 20 Sekunden hätte, würde ich das auch ausführen und würde mich freuen, wenn mir jemand so eine Frage stellen würde, damit ich das noch ausführen kann. Vielen Dank.

Die **amtierende Vorsitzende**: Kluge Intervention des Sachverständigen. Mal gucken, wie sich das hier realisieren lässt. Zumindest ist jetzt dran die SPD. Herr Mende, bitte.

Abg. **Dirk-Ulrich Mende** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich hätte noch mal eine Frage an die Bundesärztekammer, Herr Dr. Reinhardt. Gibt es Anpassungsbedarf im Hinblick auf die zunehmende Digitalisierung im Gesundheitswesen oder sind die Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen ausreichend?

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte sehr.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Wir sind uns darüber einig im Bereich derjenigen, die an der neuen Digitalisierung arbeiten, dass wir dieses Feld auch in der neuen Gegenwart entsprechend abbilden wollen, werden das auch, ist auch in den Vorschlägen erfolgt und wir sind auch bereit und willens, und das haben wir gerade angesprochen, in der Pflege und Fortentwicklung einer Neueinführung so miteinander zu arbeiten, dass das sozusagen dann auch zügig Einfluss finden kann, wenn sich neue Techniken ergeben. Ich nutze die Zeit trotzdem noch einmal darauf hinzuweisen, dass die Kalkulation natürlich ... [unverständlich] ... einheitlich vorgenommen werden kann, aber viele Probleme beinhaltet. Da bin ich mit Ihnen eins, Herr Wasem, an dieser Stelle. Ich finde es auch nicht richtig, zwei Preise in dem eigentlichen Sinne zu machen. Es sind zwei nicht miteinander vereinbare Systeme, mit denen wir dort arbeiten. Ich glaube, man sollte auch keinen Versuch unternehmen, das jetzt auf Gedeih und Verderb aufeinander abzustimmen. Ich glaube, wenn man es mal schaffte, tatsächlich eine neue Gebührenordnung,



GOÄ, die von uns vorgeschlagen ist, auf den Weg zu bringen, dann wären wir einen großen Schritt weiter. Ich verweise noch einmal, auch im Hinblick auf die gemachten Vorschläge zur ergebnisorientierten Vergütung. Wenn ein Vergütungssystem so organisiert und kalkuliert ist, dass es nicht entscheidend ist, welche Form ärztlicher Leistung Sie anwenden, um Ihr wirtschaftliches Wohl zu befördern, wenn das gleich ausfällt, ob Sie das eine oder das andere tun, dann können Sie sich völlig entspannt orientieren an dem, was inhaltlich medizinisch notwendig ist. Das ist ein schweres Unterfangen, das ist keine Frage. Dem haben wir uns aber in diesem Zusammenhang versucht zu unterziehen. Ich glaube, das ist ein Weg, den man versuchen kann zu gehen, dass man gleichzeitig trotzdem unter gesundheitspolitisch wünschbaren Dingen auch Förderungen vornimmt und auch Komplexleistungen, Betreuungsleistungen oder Langfristleistungen einführt. Auch das haben wir getan, ist sicherlich vernünftig. Aber ich glaube, das System der privaten Krankenversicherung ist zunächst mal individuell, eines freiberuflich tätigen Arztes mit einem individuellen Patienten. Das können wir in dieser Gesellschaft zulassen, völlig unabhängig von dem, was wir gesundheitsökonomisch oder gesundheitspolitisch wünschenswert in dem GKV-System einführen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke. Herr Pilsinger für die CDU/CSU, bitte.

Abg. **Stephan Pilsinger** (CDU/CSU): Ich habe noch mal eine Frage an den Herr Wasem. Herr Professor Wasem, Sie wollten noch zu Ende führen. Die Gelegenheit wollte ich Ihnen noch mal geben, warum Sie das nicht für vereinbar halten.

Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich danke Ihnen ganz herzlich. Das ist schön. Zwei Punkte. Das eine ist, im EBM gibt es, das eine ist vielleicht ein mehr praktisches, das andere ein ganz grundsätzliches Problem. Das mehr praktische ist, wir haben im EBM eine Vielfalt sehr komplexer Gebührenordnungsstrukturen, Leistungskomplexe, verschiedene Interdependenzen, wann was mit welchen Einzelleistungen mit einer Pauschale zusammen verrechenbar ist und so weiter. Wenn man eine gemeinsame machen wollte, müsste man das alles

zerschlagen, um dann dazu eine Basis haben. Das, finde ich, ist praktisch sehr schwierig. Mein grundsätzliches Problem ist ein anderes. Wenn man gemeinsam kalkuliert und man sagt dann, wir machen aber in der PKV ein Vielfaches, ein X-Faches, dann kommen wir zu völlig schrägen Relationen. Ich will mal zwei Leistungen vergleichen. Das eine ist eine Leistung, da sind 80 Prozent des Leistungsinhalts ärztliche Leistung und 20 Prozent sind technische Leistung. Und das andere ist eine Leistung, da sind 20 Prozent technische Leistung und 80 Prozent sind ärztliche Leistung. Wenn Sie jetzt sagen, wir wollen, wir vergüten die eine in der GKV mit 10 Euro und in der PKV machen wir bei allen Leistungen zum Beispiel das Doppelte oder 50 Prozent drauf oder so was, dann führt das dazu, dass Sie die technische Leistung in der PKV völlig überbezahlen und die ärztliche Leistung völlig unterbezahlen, weil das eine machen Sie mal zwei, wo eine technische Leistung zu 80 Prozent drinsteht und beim anderen machen Sie mal zwei, wo eine ärztliche Leistung zu 80 Prozent drinsteht. Deswegen kann man das, glaube ich, nur dann machen, wenn man auch die Multiplikatoren der Leistungen wiederum differenziert macht. Aber dann ist man eigentlich letztlich nur bei einer gemeinsamen Kalkulationsausgangsbasis für die Technik. Das wiederum als Ausgangsbasis kann ich mir durchaus vorstellen. Wir schaffen eine gemeinsame Datenbasis für die Kalkulation der Technik. Das würde Sinn machen. Aber der weitergehende Schritt, der da angelegt ist, ich war in der Kommission nicht drin, das hätte keinen Konsens mit mir gegeben an der Stelle.

Die **amtierende Vorsitzende**: Vielen Dank für diese Ausführungen. Es ist nur aus Transparenzgründen gesagt, die Gruppe Die Linke hätte jetzt das Wort, ist nicht anwesend. Deshalb hat direkt die AfD das Wort, das wieder Frau Dr. Baum.

Abg. **Dr. Christina Baum** (AfD): Dankeschön. Herr Dr. Reinhardt, ich habe eine spezielle Frage an Sie. Was halten Sie denn von der Idee, jetzt im Rahmen der Novellierung der Gebührenordnung ein gemeinsames Honorarsystem für GKV und PKV für die Ärzteschaft einkommensneutral zu schaffen, um nicht nur die Diskussion über die sogenannte Zweiklassenmedizin zu beenden, sondern auch, um das Gesundheitssystem insgesamt



zukunftsfähig aufstellen zu können zum Nutzen aller Versicherten.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Dr. Reinhardt, bitte.

Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich halte es für unrealistisch, dass das umsetzbar wäre, weil das bedeuten würde, dass man das, was ich vorhin beschrieben habe, an dem, was an mehr Deckungsbeitrag im Rahmen der Versorgung von privaten Krankenversicherten erwirtschaftet wird, natürlich dann verteilen müsste auf alles. Das würde erhebliche Preissteigerungen für die gesetzlichen Krankenversicherungen bedeuten, die das kaum tragen wollen würden. Ich glaube, es wäre auch schwierig zu vermitteln, dass das zu Beitragsteigerungen führen würde, insbesondere bei gesetzlich Versicherten. Ich glaube, dass es durchaus auch im Sinne von Solidarität zumutbar ist, dass Menschen, die private Versicherungen in Anspruch nehmen können, weil sie jenseits der Beitragsvermessungsgrenze oder Beitragspflichtgrenze verdienen, dann auch mit den Deckungsbeiträgen, die sie im Falle von ärztlicher Behandlung bringen, das System strukturell unterstützen. Das wäre insofern, glaube ich, aus meiner Sicht unter diesem Sichtpunkt ein Rückschritt. Es würde auch die ganze Problematik der Vereinbarung, die wir eben beschrieben haben, es ist eine Riesenarbeit, aus dem pauschalierten System des EBM mit Strukturförderung, mit ganz bewusster gesundheitspolitischer Förderung, das zu übertragen in ein System einer GOÄ, privaten Krankenversicherung, glaube ich, wäre ein Werk, was kaum stemmbar wäre. Weil alle Beteiligten zustimmen müssten, also der Bereich der GKV müsste das mittragen. Ich glaube, dass das eine Überforderung des Systems darstellen würde. Ich würde dringend dazu raten, einen ersten Schritt zu machen. Wenn es uns gelänge, tatsächlich eine moderne, derzeit angemessene, möglichst auch gerechte und fair kalkulierte Gebührenordnung der Ärzte tatsächlich auf den Weg zu bringen, dann wären wir schon ein großes Stück weiter. Das, was wir erleben im Dialog mit dem Ministerium, ist die Tatsache, dass darauf hingewiesen wird, dass im Koalitionsvertrag unterlegt ist, dass man das System der PKV und GKV das Verhältnis nicht tangieren möchte. Das ist in Ordnung. Es wird darauf hingewiesen, dass eine neue

Gebührenordnung GOÄ für den Bereich der privaten Krankenversicherung eine Bevorzugung dieses Systembereichs wäre, während man zulässt, dass der EBM ja kontinuierlich gepflegt, renoviert, reformiert wird und neue Leistungen eingeführt werden, also à jour gehalten wird. Dann würde man sagen, der Ist-Zustand ist eher der einer, wo man sagen kann, das System der privaten Krankenversicherung wird benachteiligt, und zwar systematisch, durch eine Nicht-Renovierung der Gebührenordnung. Es ist mitnichten so, dass die Einführung der Gebührenordnung eine Bevorzugung eines Bereichs der beiden dualen Krankenversicherungssysteme bedeutete. Insofern steht aus meiner Sicht einer Neueinführung und den Argumenten, die wir heute diskutiert haben, nichts entgegen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Danke, Dr. Reinhardt. Dr. Dahmen für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN hat jetzt das Wort.

Abg. **Dr. Janosch Dahmen** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Ich wollte nicht nur Herrn Gerlach die Möglichkeit geben, auf ein Missverständnis von Herrn Wasem zu antworten, in Bezug auf das, was er gesagt hat, sondern insbesondere meine Frage zu beantworten, wie wir sicherstellen können, dass wir in einer älter werdenden, stärker chronisch kranken Bevölkerung die richtigen ärztlichen Leistungen anreizen, um zu verhindern, dass wir durch Fehlallokationen letztlich angebotsinduzierte Leistungserbringungen auf den falschen Feldern bekommen.

Die **amtierende Vorsitzende**: Herr Professor Gerlach, bitte.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Das ist in der Tat die eigentlich zentrale Frage. Was soll denn ein Honorierungssystem leisten? Da haben wir in dem Bericht, den ich wirklich Ihnen noch mal ans Herz legen möchte, gesagt, es gibt Oberziele. Wir wollen die Versorgungsqualität verbessern. Wie macht man das mit einer Gebührenordnung? Wie man Ärzte bezahlt, wird dann anschließend umgesetzt in ärztliches Handeln. Wenn ich Einzelleistungen zum Beispiel vergüte, dann werden viele Einzelleistungen erbracht. Mache ich Pauschalen, wird eher eine Tendenz zu Unterversorgen resultieren. Deshalb ist



der internationale Stand, wir brauchen einen Payment-Mix. Wir müssen also Pauschalen und Einzelleistungen und Bonifizierung von besonders erwünschten Dingen kombinieren. Das ist erst mal eine Grundaussage. Dann sollte man gucken, wie wirkt sich das auf die Versorgungsqualität aus und die Honorierungssysteme entsprechend anpassen. Wir könnten ja zum Beispiel sagen, wir wollen in unterversorgten Regionen höhere Preise zahlen. Wir wollen, dass bestimmte Leistungen, die uns wichtig sind, besonders vergütet werden, zum Beispiel das Erreichen einer Impfquote. Wir könnten sagen, wir möchten Teamleistung fördern. Wir wollen die Gesundheitsstruktur verändern. Das muss in einem Honorarsystem natürlich begleitet werden. Alle diese Dinge müssen mitgedacht werden. Deshalb haben wir gesagt, man muss diese Oberziele vor Augen haben und die Praktikabilität. Aus Sicht der Praxen ist es viel einfacher, nicht mit verschiedenen Systemen, mit Analogziffern umzugehen, sondern eine transparente Honorierung, die die Praxen verstehen und die Patienten. Ich will noch mal betonen: Die GOÄ im jetzigen Zustand ist komplett veraltet. Die berücksichtigt das nicht. Die muss renoviert werden. Wir müssen auch das Missverhältnis zwischen technischen Leistungen und zuwendungsorientierten Leistungen verändern. Da könnte man Akzente setzen genau in diesem Sinne. Wenn ich unterversorgte Regionen, bestimmte Problembereiche besonders vergüte, besonders anreize und nicht wie jetzt benachteilige, dann kann ich auch auf diese Weise steuernd eine bedarfsgerechtere Versorgung erreichen. Ich hoffe, die Frage ist damit beantwortet.

Die amtierende Vorsitzende: Vielen Dank für die Ausführungen. Jetzt geht das Fragerecht nochmal an die SPD, Frau Baradari.

Abg. **Nezahat Baradari** (SPD): Vielen Dank, Frau Vorsitzende. Als niedergelassener Kinder- und Jugendärztin sind mir beide Abrechnungssysteme bekannt. Es ist zwar heute nicht unser Thema, aber ich denke, ein Thema und ein Problempunkt. Vielleicht können Sie mir, Herr Professor Wasem oder Herr Professor Gerlach, zustimmen, dass im EBM quasi eine All-Inclusive-Systematik dahintersteckt. Also, dass zum Beispiel Blutentnahmen nicht extra vergütet werden oder EKGs. Wäre das für Sie auch eine Möglichkeit, auch die Patienten, die in der

GKV sind, gleichzustellen oder besserzustellen, wo ja viel mehr Patienten in dieser Systematik, sage ich mal, drin sind, als bei den Privatversicherten. Wann wollen Sie sich einigen und dem BMG etwas vorschlagen? Wann wird Ihre Einigung untereinander und in den Sachverständigen kommen?

Die amtierende Vorsitzende: Moment, das ging jetzt eigentlich an Herrn Professor Gerlach, aber Herr Professor Wasem möchte antworten. Oder wie machen wir das jetzt? Ich bin da ganz offen. Wir wollen eine fundierte Antwort. Okay, Professor Gerlach.

Prof. Dr. Ferdinand Gerlach: Ich habe jetzt mehrere Fragen auf einmal gehört. Ich versuche mal, einen Teil davon zu beantworten. Erst mal muss man sagen, was wir jetzt haben, ist ja ein informelles Verhandlungsregime. Zwei Partner, die Bundesärztekammer und der PKV-Verband machen Vorarbeiten für eine Verordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit. Das ist aber bisher überhaupt nicht geregelt, wie das genau passieren soll. Das hat sich traditionell entwickelt. Da kann man auch sagen, das haben die bis jetzt gut gemacht, aber das ist natürlich eigentlich eine sehr besondere Situation, dass eine Rechtsverordnung eines Ministeriums informell von Verbänden vorbereitet wird. Das müsste eigentlich regeln, wer dafür was zuständig ist. Das erst mal grundsätzlich. Dann haben Sie angesprochen, dass in den Komplexleistungen oder Pauschalen des EBMs Einzelleistungen mit integriert sind. Das hat Vor- und Nachteile. Es könnte eine umfassende Behandlung befördern und der Arzt selbst kann dann Prioritäten setzen. Aber wie eben schon gesagt, das zeigt die Forschung, das könnte auch in Unterversorgung resultieren. Wenn ich also große Pauschalen zahle und dann nicht mehr geguckt wird, was tatsächlich gemacht wird, dann muss ich das kombinieren, das hatte ich vorhin schon gesagt, mit Anreizen, mit Einzelleistungen, damit ein Anreiz besteht, erwünschte Leistungen zu erbringen und keine Unterversorgung resultiert.

Die amtierende Vorsitzende: Die letzten 30 Sekunden.



Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich kann mich im Wesentlichen dem anschließen. Meine Erfahrung aus knapp 20 Jahren erweiterter Bewertungsausschuss ist, die Frage, wie viel macht man durch reine Einzelleistungen, wie viel pauschaliert man, ist eine ständige Abwägung zwischen Über- und Unterversorgung. Wir wissen, wenn wir eine reine Einzelleistung machen, wächst die Zahl der abgerechneten Leistungen explosiv. Wenn wir das wieder einfangen, sinkt sie. Das heißt, das ist eine stetige Gratwanderung, die dadurch hervorgerufen wird, dass Ärzte logischerweise auch ökonomisch handeln.

Die **amtierende Vorsitzende:** Vielen Dank. Das war letzte Frage und Antwort für unsere Anhörung heute. Vielen Dank allen für die sehr konzentrierten Fragen, für die sehr fundierten Antworten, für die verschiedenen Blickwinkel, die heute zur Sprache kamen. Damit haben Sie uns weitergeholfen. Jetzt kommen Sie gut nach Hause. Tschüss.

Schluss der Sitzung: 15:50 Uhr

G
gez.
Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB
Amtierende Vorsitzende