



# **GOÄ-Reform ante portas: Wohin geht die Reise?**

**VDGH-Diagnostica-Forum 2011:  
„Labormedizin in Deutschland – Eine Branche im Wandel“**

**Berlin, 28. Januar 2011**

*Alexander Golfier, MBA*



# GOÄ-Reform ante portas: Wohin geht die Reise?

## Ausgangslage

„Historischer“  
Aktualisierungsrückstand  
des Leistungsverzeichnisses  
Letzte Gesamtnovellierung  
der GOÄ erfolgte per 1.1.1983

Medizinisches Wissen  
verdoppelt sich  
ca. alle 5 bis 7 Jahre

### Inakzeptable Anpassung des GOÄ-Punktwertes:

- Punktwertanhebung seit 1983 um 14%
- Kumulierte Inflationsrate liegt um Faktor 5 höher (69%)  
(Quelle: eigene Berechnungen der Bundesärztekammer)
- Anstieg der privatärztlichen Betriebsausgaben im Zeitraum  
1983 bis 2003 um 72,5% (Quelle: ZI)

## Koalitionsvertrag CDU, CSU und FDP



WACHSTUM.  
BILDUNG.  
ZUSAMMENHALT.

DER KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU UND FDP

**„Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst.**

**Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen.“**



## Gemeinsame Pressemitteilung von BMG und Bundesärztekammer

Für eine gerechte und zukunfts feste  
Gesundheitsversorgung, Berlin, 27.08.2010

„Zu den von Bundesgesundheitsminister Rösler im Laufe der Legislaturperiode außerdem geplanten strukturellen Reformen zählt auch die Ausweitung von Möglichkeiten der Kostenerstattung.

Die Ziele der Kostenerstattung erfordern nach Aussage von Bundesgesundheitsminister Rösler eine Novellierung der Gebührenordnung.

Diese Aufgabe soll nach dem Willen des Ministers zeitnah angegangen werden.“

Quelle: <http://www.baek.de/page.asp?his=3.71.7962.8685.8707>



## Gemeinsame Pressemitteilung von BMG und Bundesärztekammer

Für eine gerechte und zukunfts feste  
Gesundheitsversorgung, Berlin, 27.08.2010

„Entsprechende Vorarbeiten für eine Novellierung der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) könnten unmittelbar im Anschluss an die Novellierung der zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) erfolgen, also möglicherweise noch 2011.“

Die Bundesärztekammer hat bereits einen entsprechenden Vorschlag für eine transparente, das ärztliche Leistungsspektrum umfassend abbildende und leistungsgerecht kalkulierte Gebührenordnung entwickelt, der die Grundlage der GOÄ-Novellierung bilden soll.“

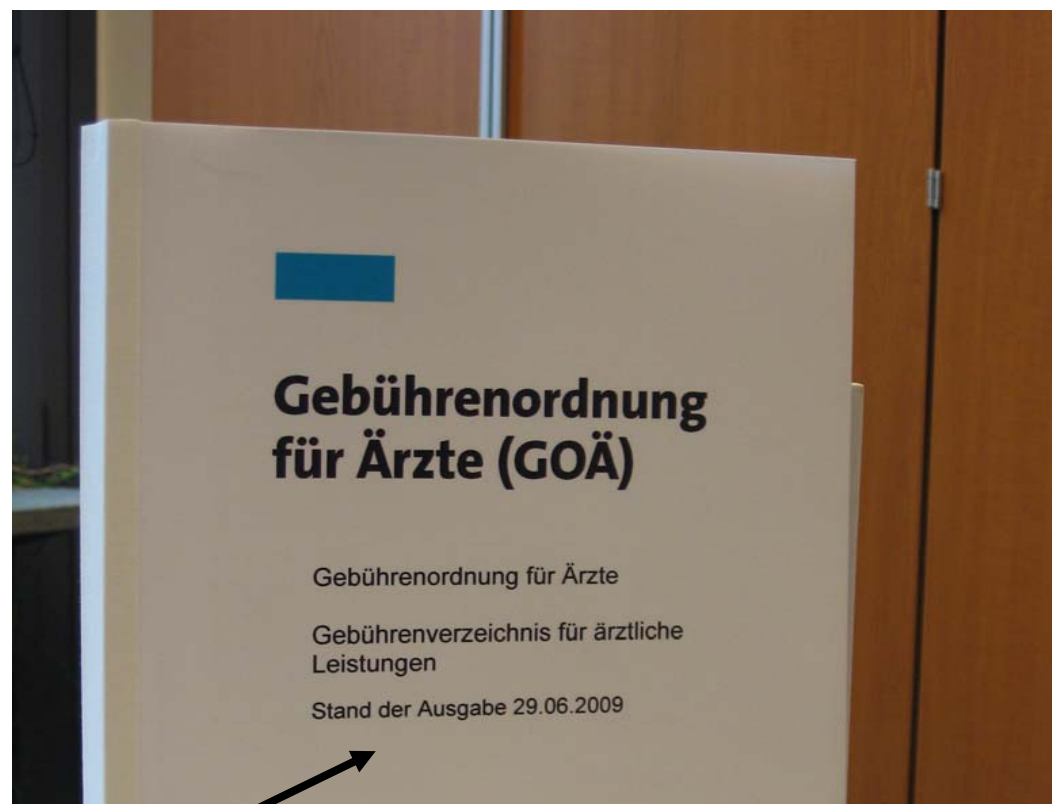
Quelle: <http://www.baek.de/page.asp?his=3.71.7962.8685.8707>



## **Bundesärztekammer hat Entwurf einer neuen GOÄ erarbeitet**

**Die Umsetzung des vom  
108. Deutschen Ärztetag  
im Jahr 2005 in Berlin  
beschlossenen  
GOÄ-Reformkonzeptes  
ist  
abgeschlossen**

**Neue**  
**GOÄ**  
(Version  
Beta 1.0)



**Stand:**  
**29.06.09**



# GOÄ-Projekt – Stufe Beta / Gamma-Stufen



## 29. Juni 2009

Entwicklung  
BETA

Validierung/  
Folgenabschätzung  
BETA

Weiterentwicklung  
GAMMA 0.1

Weiterentwicklung  
GAMMA 0.2

Validierung/  
Folgenabschätzung  
GAMMA 0.2

Weiterentwicklung  
GAMMA 0.3

Validierung/  
Folgenabschätzung  
GAMMA 0.3

## 3. Dez. 2010

Fertigstellung  
GAMMA 1.1  
(mit Darstellung der  
Auswirkungen)

**GOÄneu:**  
**4.065**  
Gebührenpositionen  
( 1.073 laborärztliche  
Leistungen )

---

**Derzeitige GOÄ:**  
**2.916**  
Gebührenpositionen  
( 926 laborärztliche  
Leistungen )  
[EBM: 563 laborärztl. Lstg.]

## Bewertungsphilosophie

„value“ statt „costs“  
*normativer  
Bewertungsansatz*

## Kalkulationsmodell

„robuste“ Einzelsätze

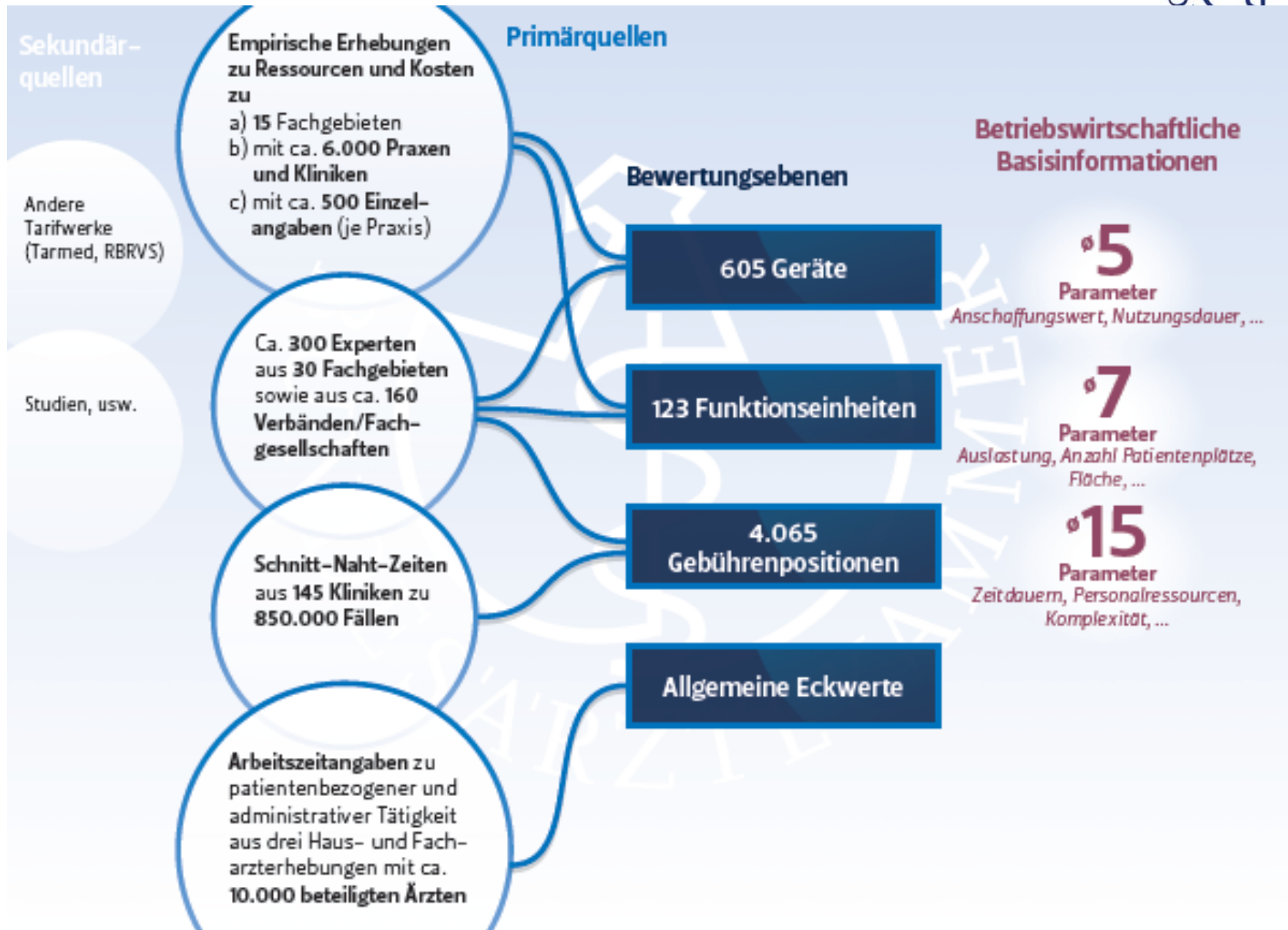
## Folgenabschätzung

Innerärztliche  
Ausgewogenheit  
und politische Ver-  
mittelbarkeit

## Praxistest („Feldversuch“)

Qualität der Transcodierung  
und Praktikabilität  
der neuen  
GOÄ

# Betriebswirtschaftliche Basisquellen



**Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)  
steht tatsächlich unmittelbar vor  
der Novellierung (ante portas)**

- **Erstes Vorgespräch (auf „Arbeitsebene“) zur Vorbereitung des offiziellen Novellierungsprozesses am 4. November 2010 im Bundesministerium für Gesundheit in Bonn.  
Teilnehmer: BÄK, PKV-Verband, Beihilfekostenträger (Bund, Länder) und DKG – Moderation: BMG.**
- **Mit der GOÄ-Novellierung wird laut BMG direkt nach Abschluss der momentan laufenden Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) begonnen.  
Die Bundesärztekammer erwartet die Vorlage des Referentenentwurfs einer neuen GOZ noch vor Ablauf des I. Quartals 2011.**



# GOÄ-Reform ante portas: **Wohin geht die Reise?**

# GOÄ-Reform ante portas: Wohin geht die Reise?

**Die Beantwortung dieser Frage  
steht unmittelbar bevor und  
hängt letztendlich ganz  
wesentlich von der  
Entscheidung über...**

die sogenannte  
**„Öffnungsklausel“**  
ab

# ohne Öffnungsklausel

## Verhandlungen über:

- Leistungsinhalte
- Leistungsbewertungen
- Gebührenrahmen
- Allgemeine und spezielle Bestimmungen
- etc.
  
- Erhalt der bewährten Doppelschutzfunktion der GOÄ  
(Schutz der Patienten vor überhöhten Honoraren  
und Schutz der Ärzte vor Dumpingpreisen)

**Cave: PKV fordert die GOÄ-Bewertung auf der Grundlage des EBM-Bewertungssystems (STABS)**



**mit Öffnungsklausel**

**...wäre der absolute Super-GAU für  
die Therapiefreiheit der Ärzte und  
die freie Arztwahl der Patienten**

**...wäre der Einstieg in eine  
Billigprivatmedizin  
(„Discount-Klausel“)**

## Wann fällt die Entscheidung über die Öffnungsklausel ?

Wurde bislang mit der Vorlage des Referentenentwurfs einer neuen GOZ erwartet (Allgemeine Bestimmungen der GOZ wirken präjudizierend auf GOÄ) – aber

Neujahrsempfang der BZÄK am 25. Januar 2011:

Parlament. Staatssekretärin Widmann-Mauz: „Die Öffnungsklausel muss intensiv abgewogen werden“

Gesundheitspol. Sprecher der CDU/CSU Spahn: „...in Bezug auf die Öffnungsklausel macht es Sinn, diese zusammen mit der GOÄ zu besprechen und die Wahl der Bundesärztekammer [DÄT in Kiel am 31.05. bis 03.06.11] abzuwarten“

Mitglied im Ausschuss für Gesundheit Lanfermann (FDP):  
„...mir ist die Öffnung der Gedanken wichtiger als eine Öffnungsklausel“

**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**

**Öffnungsklausel:**

**Würde von der GOÄ abweichende Honorarvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ermöglichen; die GOÄ (GOZ) wäre dann nur noch Makulatur.**

**Auf der Strecke bliebe die freie Arztwahl der Patienten sowie die Therapiefreiheit der Ärzte.**

**Mit der Öffnungsklausel würden die Arztpraxen in einen Preisdumpingprozess gezwungen.**

**Gestärkt würde einzig und alleine die Marktmacht der Krankenversicherungsunternehmen und deren Möglichkeiten zur Gewinnmaximierung.**

**Die bewährte Doppelschutzfunktion der GOÄ  
(Schutz der Patienten vor überhöhten Honoraren  
und Schutz der Ärzte vor einem ruinösen Wettbewerb)  
würde mit einer Öffnungsklausel definitiv zerstört.**

**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**



**Öffnungsklausel = Discountklausel  
(Billigmedizinklausel)**

**Die von der PKV mit der Öffnungsklausel  
verfolgte Intention „Höhere Qualität zu  
niedrigeren Preisen“  
erinnert sehr stark an das  
bei großen Lebensmittel-Discountern  
im Vordergrund stehende  
Prinzip, nach welchem eine hohe Qualität zu  
niedrigen Preisen versprochen wird**

**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**



**Bei Lebensmittel-Discountern kann ein niedriger Verkaufspreis v. a. durch extrem niedrige Einkaufspreise realisiert werden, die wiederum nur durch die große Marktmacht der Lebensmittel-Discounters überhaupt denkbar sind.**

**Die Gewinnmargen der Zulieferer bleiben insofern regelhaft**

**weit hinter denen der Discounter zurück.**

**Oftmals führt der massive Wettbewerb unter den Zulieferern zu deren wirtschaftlichen „Aus“.**

**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**

**Bei einer von der PKV für die GOÄ / GOZ eingeforderten  
Öffnungsklausel würden Ärztinnen und Ärzte (auch  
als größere Verbände auftretend) bezüglich  
ihrer Marktmacht im Verhältnis zur PKV quasi in die  
Rolle des hoffnungslos unterlegenen  
„Zulieferers“ geraten.**

**Die von den Patienten zu Recht erwartete  
Qualität wäre dann – wenn überhaupt - nur noch  
durch fortgesetzte ärztliche Selbstaussbeutung zu erbringen.**

**Diese Übertragung von in der freien Wirtschaft  
anzutreffenden Prinzipien auf die ärztliche Behandlung  
ist unter ethischen Gesichtspunkten völlig inakzeptabel.**



## Exkurs: PKV-Forderung nach einer „Öffnungsklausel“ in einer neuen GOÄ / GOZ

### Freiwilligkeit der Öffnungsklausel ist reine Theorie

Privatversicherte, die eine Öffnungsklausel-Vereinbarung nicht akzeptieren, werden durch deutlich höhere Krankenversicherungsprämien hierfür bestraft. Wer von den Krankenversicherungen nur noch 70 oder 80 Prozent seiner Arztrechnungen erstattet bekommt, weil er nach wie vor vom Arzt seines Vertrauens behandelt werden möchte, müsste sich dies zukünftig sehr teuer erkaufen. Die Mehrheit der Versicherten würde sich deshalb über kurz oder lang der Öffnungsklausel unterwerfen müssen.

Viele Ärzte wiederum werden es sich nicht leisten können, sich der Öffnungsklausel langfristig zu verweigern. Mit der absehbar sehr kleinen Gruppe von „freien“ Privatpatienten werden ihre Praxen in existenzielle Nöte geraten.



**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**

**PKV begründet Forderung nach Öffnungsklausel mit überproportional steigenden Ausgaben für ärztliche Leistungen.**

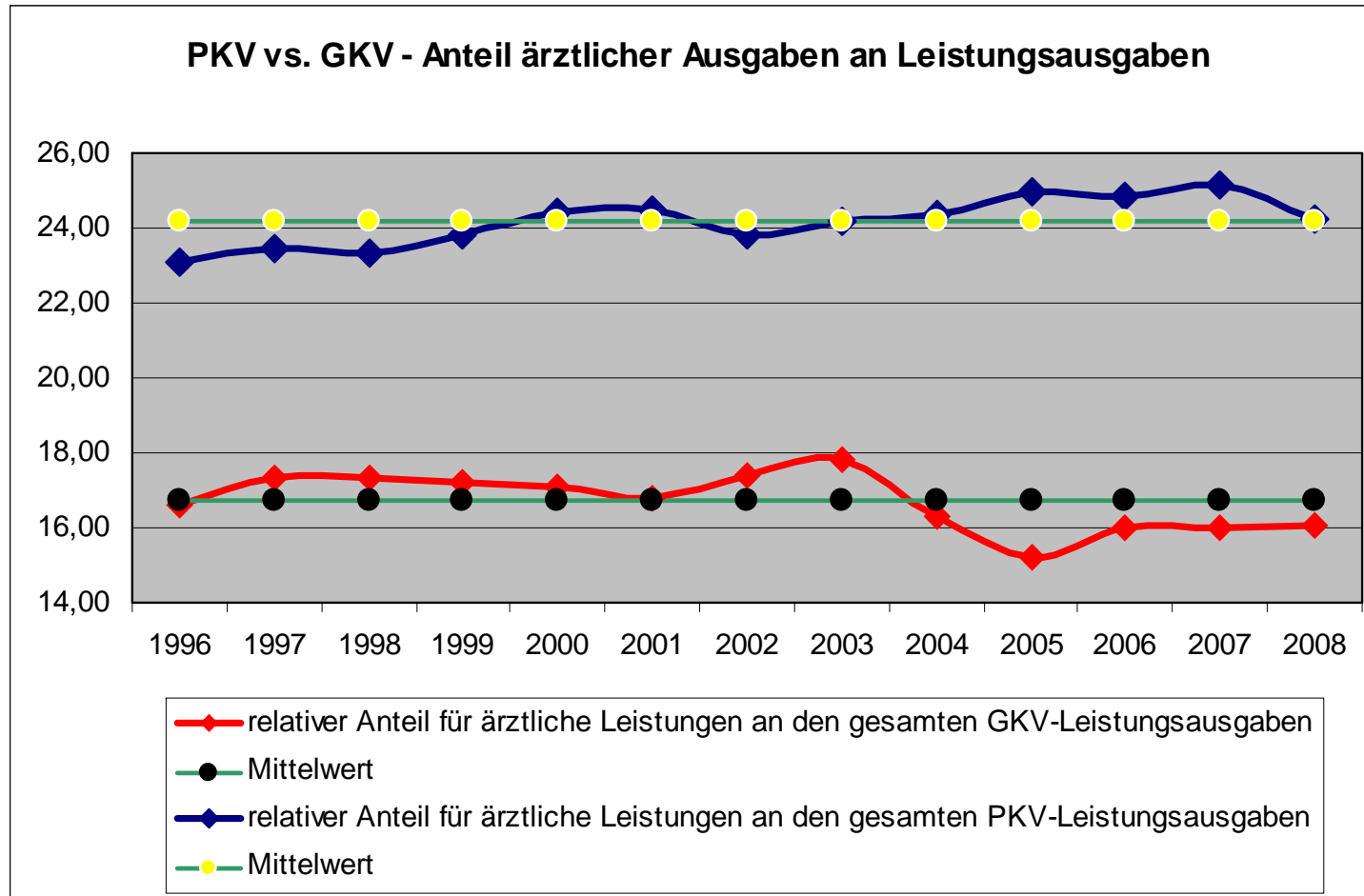
**Dies ist definitiv falsch.**

**Der Anteil der Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen ist – relativ zu den gesamten Leistungsausgaben –**

**seit über 15 Jahren nahezu konstant.**



## Relativer Anteil für ärztliche Leistungen an den gesamten Leistungsausgaben in GKV und PKV



**Hinweis:** In der GKV liegt der tatsächliche Anteil sogar deutlich höher, denn diverse Leistungen des ambulanten Bereichs (z. B. Prävention) werden statistisch unter „sonstige Leistungen“ – und nicht, wie es korrekt wäre, als ärztliche Leistungen – ausgewiesen. Für 2007 lag der tatsächliche relative Anteil insofern nicht bei 16,01 %, sondern bei rund 18,70 %.

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer

**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**

**Die wahren Probleme der PKV sind vielschichtig, haben aber primär nichts mit den Ausgaben für ärztliche Leistungen zu tun.**

**Zu den Problemen der PKV gehören:**

- **Exorbitant hohe Ausgaben für Provisionszahlungen (Makler).**  
Diese betragen 2009 laut PKV-Zahlenbericht über 2,6 Milliarden Euro und damit mehr als die Hälfte der Zahlungen für ärztliche Leistungen
- **Hohe Verwaltungskosten**
- **Auswirkungen der globalen Niedrigzinsphase**
- **Ungenügende Berücksichtigung des demographischen Faktors**  
(PKV hat diesbezüglich eine wesentlich schlechtere Altersstruktur als die GKV) . Gerade dieses Problem ist der PKV seit Jahrzehnten bekannt
- **zahlreiche weitere Probleme**

**Exorbitante Provisionszahlungen der PKV**

**Provisionen**

**Amb. Arztkosten = 5,124 Mrd. €**

**Jahresergebnis**

**Jahresergebnis der privaten Krankenversicherung 2009**  
in Mio. Euro

<b>I. Erträge</b>	<b>39.696,1</b>
1. Beitragseinnahmen (verdiente Bruttobeiträge [G] einschließlich Nebenleistungen)	31.463,1
2. Einmalbeiträge aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung [G]	1.513,9
3. Kapitalerträge (Erträge aus Kapitalanlagen abzüglich Aufwendungen für Kapitalanlagen)	6.719,1
<b>II. Aufwendungen</b>	<b>39.418,1</b>
1. a) Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich Schadenregulierungsaufwendungen) [G]	21.332,7
b) Aufwendungen für Beitragsrückerstattung (erfolgsunabhängig und erfolgsabhängig)	2.913,7
c) Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen [G]	10.945,0
2. Aufwendungen für den Versicherungsbetrieb	
a) Abschlussaufwendungen [G]	2.666,5
b) Verwaltungsaufwendungen [G]	643,9
3. Steuern	221,2
4. sonstige Aufwendungen und Erträge	695,1
<b>III. Mittel zur Bildung gesetzlich vorgeschriebener und freier Rücklagen</b>	<b>278,0</b>

Z09/1307

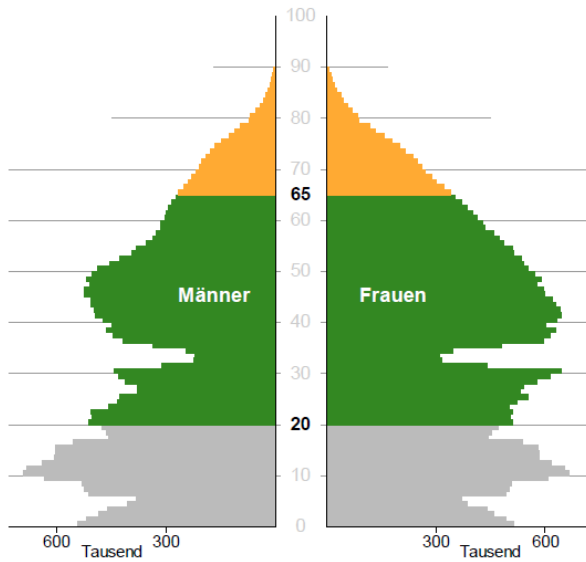


Quelle: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010

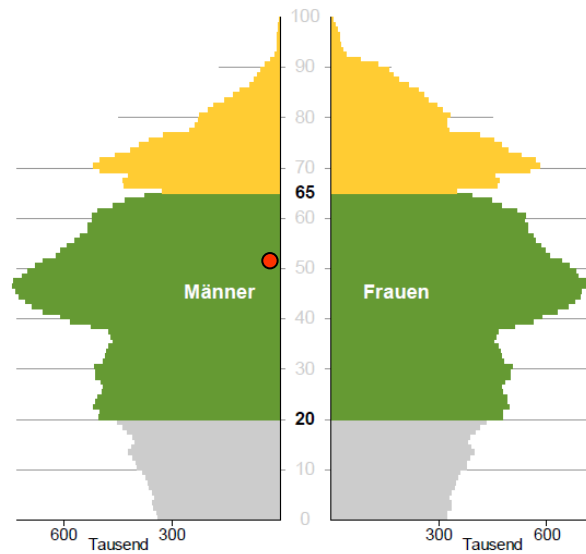
# Demographische Entwicklung in Deutschland (1950 – 2060)



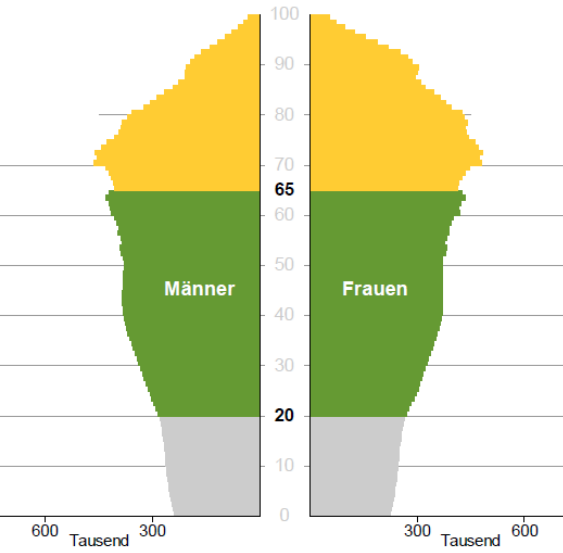
Altersaufbau: 1950  
Deutschland



Altersaufbau: 2010  
Deutschland



Altersaufbau: 2060  
Deutschland



## Ältere Versicherte stellen ein wesentliches Kostenrisiko dar

Aufgrund der Normierung ist aus den Tabellen ein Rückschluss auf die absolute Höhe der Rechnungsbeträge nicht möglich.

Ausgaben <sup>1</sup> nach Altersgruppen 2009	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz	Ausgaben <sup>1</sup> nach Altersgruppen 2009	ambulante Behandlung (ohne Arzneien und Verbandmittel)	Arzneien und Verbandmittel	Zahnbehandlung und -ersatz
<b>Frauen im Alter von ... Jahren</b>				<b>Männer im Alter von ... Jahren</b>			
über 95	359,90	555,00	28,14	über 95	404,29	570,23	50,60
91 – 95	368,18	577,23	49,98	91 – 95	404,26	646,07	73,04
86 – 90	338,55	564,68	80,69	86 – 90	363,51	660,82	96,20
81 – 85	315,69	529,36	111,79	81 – 85	340,40	631,48	127,34
76 – 80	298,42	481,93	148,83	76 – 80	314,49	562,44	160,14
71 – 75	270,53	418,68	171,77	71 – 75	268,24	468,07	168,24
66 – 70	243,93	345,25	181,10	66 – 70	225,57	375,46	173,78
61 – 65	227,13	294,96	174,86	61 – 65	196,94	303,19	161,48
56 – 60	209,39	234,99	161,11	56 – 60	167,66	227,55	145,23
51 – 55	190,59	183,10	148,01	51 – 55	140,70	173,29	129,20
46 – 50	164,45	139,34	128,64	46 – 50	117,94	122,30	111,33
<b>41 – 45</b>	<b>146,11</b>	<b>109,79</b>	<b>116,05</b>	<b>41 – 45</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
36 – 40	161,82	97,81	103,11	36 – 40	89,49	87,86	93,00
31 – 35	179,43	82,24	90,50	31 – 35	73,37	69,05	81,44
26 – 30	132,67	63,06	72,79	26 – 30	55,61	51,16	61,16
21 – 25	80,34	49,10	58,89	21 – 25	46,56	43,80	45,92
16 – 20	89,55	66,35	81,19	16 – 20	64,62	58,23	80,39
unter 16	69,84	54,68	83,93	unter 16	80,21	73,32	72,26

1 Alle Werte wurden je Leistungsart auf die Werte der 41- bis 45-jährigen Männer normiert.

Quelle: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010

## Wagnisstatistiken

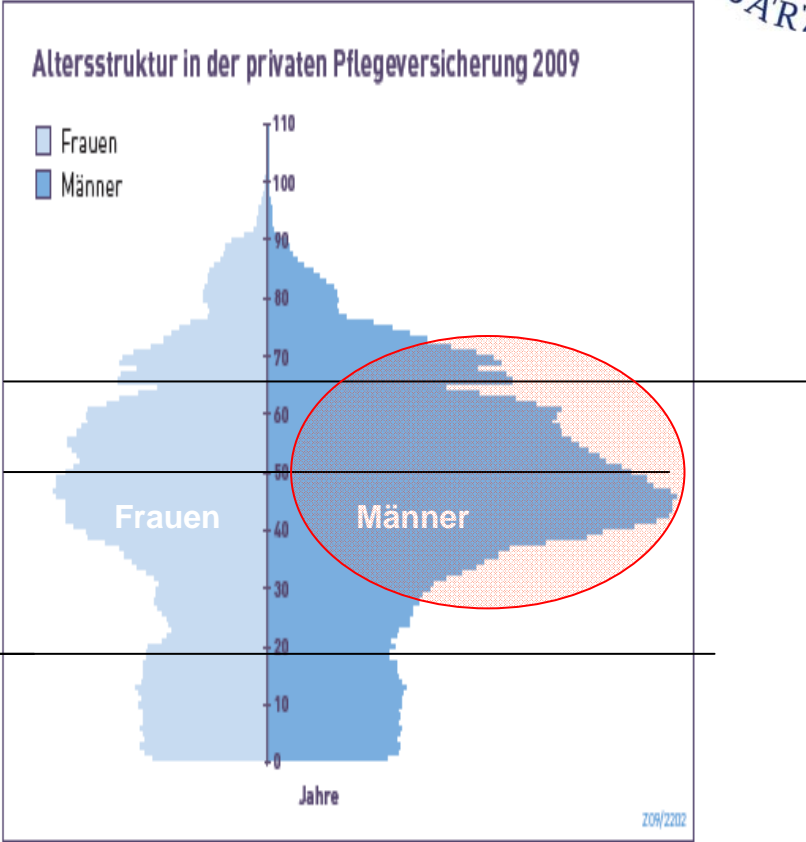
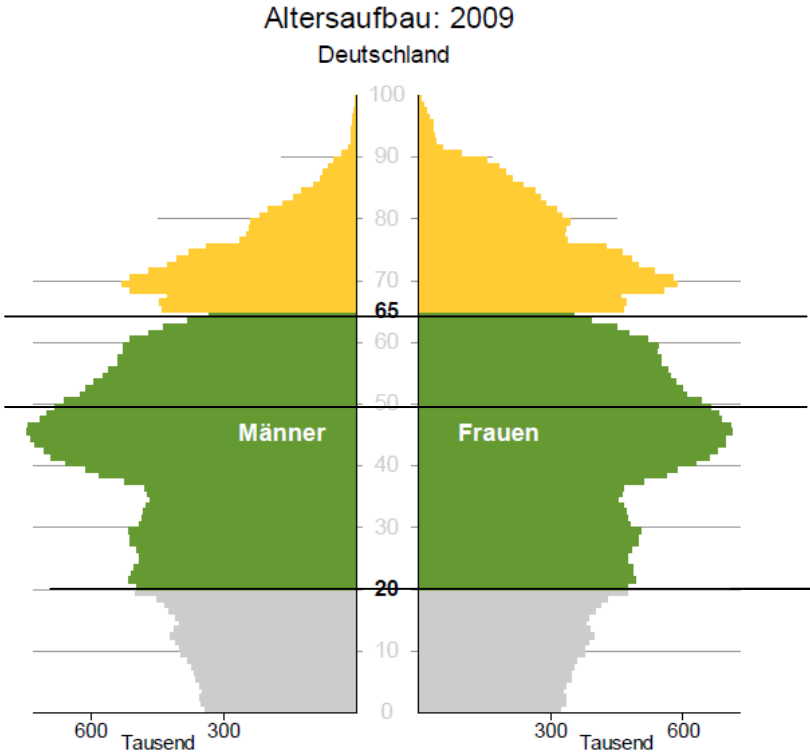
Die von den Mitgliedsunternehmen gelieferten Zahlen umfassen tarifbezogene Angaben zu Rechnungs- und Leistungsbeträgen, aufgeteilt nach folgenden Leistungsarten:

- Arzneien und Verbandmittel
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie
- sämtliche übrige ambulante Leistungen
- Krankenhausleistungen mit Chefarztbehandlung und Zuschlägen für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer (mit und ohne Ersatztaggeld).

Die Erhebung wird geschlechtsspezifisch getrennt nach einzelnen Altern durchgeführt. Berücksichtigt werden nur Versicherte, die mindestens drei Jahre dem jeweiligen Tarif angehören. Bei männlichen Versicherten liegt mit zunehmendem Alter ein weitaus stärkerer Anstieg der Leistungsausgaben als bei weiblichen Versicherten vor. Letztere verursachen dagegen in jüngeren Lebensaltern (Altersgruppe zwischen 20 und 35 Jahre) deutlich höhere Leistungsausgaben pro Person. Schwangerschaften und Geburten sind dafür nur teilweise verantwortlich. Seit Inkrafttreten des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) im August 2006 werden bei der Kalkulation von Tarifen die Leistungen für Schwangerschaft und Mutterschaft gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilt.

Um die Ausgabenentwicklung für alle Leistungsarten vergleichbar zu machen, wurden die Daten in den folgenden Tabellen und Grafiken normiert. Um zusätzlich die Abhängigkeit des Profilverlaufs vom Geschlecht zu dokumentieren, wurden als Normierungsgruppe die 41- bis 45-jährigen Männer gewählt.

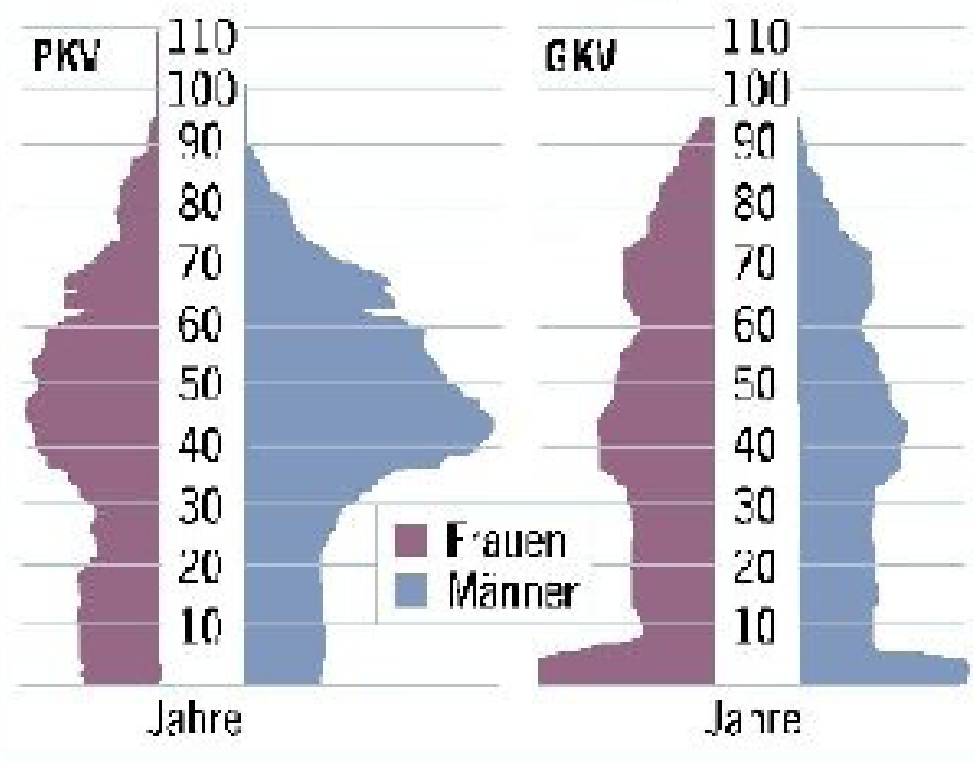
# Alterspyramide gesamt vs. PKV-Struktur



# In der PKV...

## ...droht die Überalterung...

Anteil der 40- bis 60-Jährigen



WirtschaftsWoche Nr. 45 vom 08.11.2010  
 © Handelsblatt GmbH. Alle Rechte vorbehalten.  
 Zum Erwerb weitergehender Rechte wenden Sie sich bitte an [nutzungsrechte@vhb.de](mailto:nutzungsrechte@vhb.de).



**Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**



**Tatsächlich befindet sich die PKV  
auf einem stabilen Wachstumskurs**

**(siehe hierzu auch den  
aktuellen Zahlenbericht der  
privaten Krankenversicherung 2009/2010)**

## Aktuelle Geschäftsentwicklung in der PKV



Veränderung der Versicherungsleistungen je Versicherten	Veränderung 2009 gegenüber 2008 in Prozent	
	PKV	GKV
<b>ambulante Leistungen</b>	+2,86	+6,12
davon		
Arztbehandlung	+2,09	+6,89
Heilpraktikerbehandlung	+3,93	-
Arzneien und Verbandmittel	+3,26	+5,40
Heilmittel	+3,02	+6,08
Hilfsmittel	+1,16	+6,68
<b>stationäre Leistungen</b>	+3,37	+6,54
davon		
allgemeine Krankenhausleistungen	+5,10	+6,54
Wahlleistung Chefarzt	+0,78	-
Wahlleistung Unterkunft	+0,77	-
Ersatz-Krankenhaustagegeld	-9,66	-
<b>Zahnleistungen</b>	+3,16	+2,42
davon		
Zahnbehandlung	+0,60	+1,64
Zahnersatz	+4,88	+4,16
Kieferorthopädie	+3,72	+3,03
<b>Gesamtleistung für Krankheitskosten</b>	+3,09	+6,30

Z09/A.105

Quelle: Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2009/2010

## Aktuelle Geschäftsentwicklung in der PKV



### Versicherungsleistungen

(inkl. Schadenregulierungsaufwendungen)

Versicherungsleistungen	1. Halbjahr 2010 in Mio. Euro	Gesamtjahr 2009 in Mio. Euro
Krankenversicherung	10.710,0	20.453,4
Pflegeversicherung	360,0	667,7
<b>insgesamt</b>	<b>11.070,0</b>	<b>21.121,1</b>

Z09/1405

Einschließlich der Schadenregulierungsaufwendungen [G] dürften an Versicherungsleistungen bis Ende 2010 rund 22,07 (davon Krankenversicherung 21,33 und Pflegeversicherung 0,74) Mrd. Euro zu erwarten sein. Die Zunahme wird mit 4,5 (Krankenversicherung plus 4,3 und Pflegeversicherung plus 10,8) Prozent voraussichtlich unter der Steigerung der Beitragseinnahmen liegen.

Das Gesamtergebnis der DKV von 88,4 (11,6) Mio. € wurde im Rahmen des bestehenden Gewinnabführungsvertrags vollständig an die ERGO Versicherungsgruppe AG abgeführt. Der aus der Entnahme der

# DKV auf einen Blick



## Geschäftsbericht

# 2009

Ein Unternehmen der **ERGO** Versicherungsgruppe.

### UNSER WACHSTUM

- Beitragseinnahmen im Inland trotz weiterhin schwieriger Rahmenbedingungen auf 3,77 (3,74) Mrd. € gesteigert

### GUTE ERGEBNISSE

- Versicherungsgeschäftliches Ergebnis bei 330 (394) Mio. €
- Kapitalanlageergebnis auf 1.058 (496) Mio. € gestiegen
- Starkes Gesamtergebnis von 88 (12) Mio. €

## Private Krankenversicherung

Quelle	ÄRZTE ZEITUNG vom 19.11.2010
Seite	12
Jahrgang	2010
Nummer	211
Ressort	Wirtschaft
Urheberinfo	© 2010 Ärzte Zeitung Verlagsgesellschaft mbH

ÄRZTE  ZEITUNG

## Private Krankenversicherer geben sich optimistisch

Die privaten Krankenversicherer sehen sich weiter als wachsende Branche. Die Prognose: Die Prämieinnahmen werden 2010 höher sein als die Leistungsausgaben. Sorgen bereitet nur der Basistarif.

**KÖLN (iss).** Die privaten Krankenversicherer gehen davon aus, dass im laufenden Jahr die Prämieinnahmen stärker zunehmen als die Leistungsausgaben. Die Branche erwartet Beiträge von 33,36 Milliarden Euro, das wäre eine Steigerung um sechs Prozent. Die Versicherungsleistungen inklusive der Ausgaben für die Schadenregulierung werden mit 22,07 Milliarden Euro beziffert, 4,5 Prozent mehr als 2009.

Das geht aus dem Zahlenbericht 2009/2010 des PKV-Verbands hervor. Dort veröffentlicht der Verband, der 45

Krankenversicherer vertritt, das endgültige Geschäftsergebnis der Branche im Jahr 2009, sowie Daten für das erste Halbjahr 2010 und eine Prognose für das Gesamtjahr.

"Die PKV ist trotz aller gesetzlichen Einschränkungen in jedem Jahr eine wachsende Branche geblieben - was übrigens auch für die Kapitalanlagen gilt", schreibt Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach im Vorwort des Berichts. 2009 seien die Alterungsrückstellungen der Kunden um 8,2 Prozent auf 144 Milliarden Euro gestiegen.

Sorgen macht der Branche der privaten Krankenversicherer nach wie vor der gesetzlich vorgeschriebene Basistarif, der vom Leistungsniveau her der GKV entspricht. Er habe sich bislang zwar nicht zu einer Konkurrenz für die "echte" PKV-Welt entwickelt, schreibt Leienbach. Ende Juni 2010 waren dort lediglich 18 200 Personen versichert - insgesamt gab es zu diesem Zeitpunkt 8,9 Millionen Vollversicherte.

## Breite Front gegen die sog. „Öffnungsklausel“ in einer neuen GOÄ / GOZ



### Die Öffnungsklausel wird u. a. abgelehnt von:

- **Bundesärztekammer (BÄK)**
- **Bundeszahnärztekammer (BZÄK)**
- **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**
- **Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)**
- **Allianz Deutscher Ärzteverbände**
  - **Berufsverband Deutscher Internisten (BDI)**
  - **Bundesverband der Ärztegenossenschaften**
  - **Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB)**
  - **Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands**
  - **MEDI-Deutschland**
  - **NAV-Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands**
- **Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK)**
- **CDU/CSU-Mittelstandsvereinigung**
- **Bürgerinitiative Gesundheit, Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) e. V.**

## CDU/CSU-Mittelstandsvereinigung positioniert sich klar gegen die Öffnungsklausel



Auszüge der Positionierung der Kommission Gesundheitspolitik der CDU/CSU-Mittelstandsvereinigung (MIT) – Dez. 2008.

Hinsichtlich der Öffnungsklausel werden diese Aussagen laut dem Vorsitzenden der Kommission Herrn Dr. Koschorrek auch heute noch vertreten.

Mit Einführung einer so genannten Öffnungsklausel (§ 2a GOZ-Entwurf) wird das Einkaufsmodell der GKV auf die Private Krankenversicherung übertragen. Die MIT hat diese Entwicklung bereits in ihrer Stellungnahme zum Versicherungsvertragsgesetz kritisiert. In der neu vorgesehenen Norm soll im Wesentlichen geregelt werden, dass Zahnärzte oder Zahnarztgruppen mit PKV-Unternehmen oder Kostenträgern im Beihilfebereich von der GOZ abweichende Vergütungen für zahnärztliche Leistungen und das Nähere zur Abrechnung dieser vereinbaren können.

Diese Öffnungsklausel tangiert erheblich das hohe Gut der freien Arztwahl und baut das Patientenwahlrecht schrittweise ab. Patienteninteressen werden nicht gestärkt sondern maßgeblich geschwächt. Darüber hinaus besteht die Gefahr, daß nicht ein qualitätsbewusster Wettbewerb sondern reines Preisdumping mit einem Verfall der Qualität gefördert wird.

Noch mehr staatliche Bevormundung des Patienten und Gängelung der Heilberufe wird die Probleme des Gesundheitswesens in Deutschland eher verschärfen denn lösen.

# CDU/CSU-Mittelstandsvereinigung klar gegen die Öffnungsklausel



## Koschorrek will gegen Öffnungsklausel kämpfen

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) hat von der Politik eindeutige Stellungnahmen zum Thema GOZ-Öffnungsklausel gefordert. Die Aussage des CDU-Bundestagsabgeordneten Dr. Rolf Koschorrek fiel deutlich aus: „Ich war schon in der vergangenen Legislaturperiode gegen die Öffnungsklausel und werde auch jetzt energisch dagegen kämpfen“, erklärte er.

**Auch die Mittelstands- und Wirtschaftsvereinigung der CDU habe in diesem Punkt nie einen Zweifel an ihrer ablehnenden Einstellung aufkommen lassen.** „Es wird aber ein harter Kampf. Die FDP will die Öffnungsklausel um jeden Preis“, berichtete Koschorrek. Die Argumente dafür seien für ihn jedoch nicht schlüssig. „Wenn Befürworter davon sprechen, dass die **Öffnungsklausel neue Möglichkeiten** bietet, haben sie zwar Recht – **es sind aber nur neue Möglichkeiten für die PKV, den Rotstift anzusetzen.**“

**Wenn die Öffnungsklausel komme, „dann brauchen wir uns auch die ganze Mühe mit der neuen GOZ nicht zu machen“**, gab sich der Abgeordnete verärgert über die Haltung mancher FDP-Politiker.

*Quelle: Internetseite der KZV Rheinland-Pfalz (online am 1. Dez. 2010)*



**PKV-Vergleich mit GKV-Ausgaben für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen ist populistisch**

**822,00 € in 2009 pro Privatversicherten**  
**370,00 € in 2009 pro GKV-Versicherten**  
(Quelle: PKV-Presseerklärung 9. Dez. 2010)

**Eine Differenz zwischen PKV- und GKV-Ausgabenniveau ist zwingend und erklärt sich u. a. durch**

- **das wesentlich umfangreichere Leistungsversprechen in der PKV (die Kapselendoskopie etwa wurde GKV-Versicherten jahrelang vorenthalten)**
- **die deutlich schlechtere Altersstruktur in der PKV**
- **durch den Vergleich mit unterfinanzierten GKV-Vergütungen; auch nach den zusätzlichen Geldern der letzten Jahren sind die EBM-Vergütungen noch deutlich [mind. 25 %] unterfinanziert**

**Empfehlung von PKV und DKG  
zur Bemessung der Entgelte  
für die „Wahlleistung Unterkunft“**

**Die PKV behauptet, dass das Funktionieren  
einer Öffnungsklausel durch die gemeinsame  
Empfehlung von PKV und DKG zur  
Bemessung der Entgelte  
für die „Wahlleistung Unterkunft“ bewiesen sei.**

**Empfehlung von PKV und DKG  
zur Bemessung der Entgelte  
für die „Wahlleistung Unterkunft“**

**Dem ist aber nicht so. Zwar orientieren sich zahlreiche Krankenhäuser an der vorgenannten Empfehlung. Die Aussage, dass durch die Berücksichtigung der Empfehlung regelhaft oder überhaupt eine qualitätserhöhende oder sonstige vorteilhafte Situation erreicht wird, ist rein spekulativ (weder DKG noch VUD konnten gegenüber der Bundesärztekammer die von der PKV gemachte Behauptung einer Qualitätsverbesserung durch eine Orientierung an der Empfehlung „Wahlleistung Unterkunft“ bestätigen )**

**Empfehlung von PKV und DKG  
zur Bemessung der Entgelte  
für die „Wahlleistung Unterkunft“**

**Der Versuch, zwischen der genannten Empfehlung zur "Wahlleistung Unterkunft" und der Öffnungsklausel für GOÄ-basierte privatärztliche Leistungen eine Parallelität herzustellen, ist nicht statthaft. Die "Wahlleistung Unterkunft" stellt eine reine "Hotelkomponente" dar, die von ihrer Struktur her nichts mit einer freiberuflich erbrachten ärztlichen Leistung zu tun hat.**

**Die PKV begeht hier den Fehler, die Leistungen des freien Arztberufs mit Verhältnissen in der gewerblichen Wirtschaft (Produktion, Dienstleistung, Handel) zu vergleichen.**

**Dies ist inakzeptabel. Die Tatsache, dass die vorgenannte Vereinbarung (Wahlleistung Unterkunft) Krankenhäuser adressiert, ändert nichts an der Unzulässigkeit dieses Vergleichs.**

## Entwicklung der „GOÄ-Multiplikatoren“

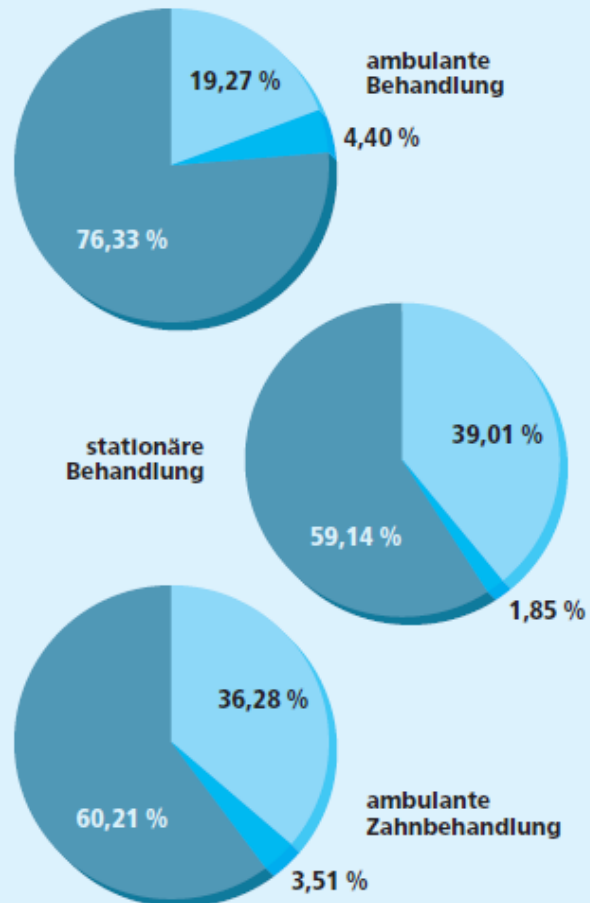


**Die PKV behauptet eine ärzteseitig zunehmende Ausschöpfung der GOÄ-Multiplikatoren (= GOÄ-Steigerungssätze) und bezieht sich hier gerne (z. B. PKV-Pressekonferenz vom 9. Dez. 2010, Berlin) auf das Bezugsjahr 2000.**

**Wählt man hingegen einen längeren Beobachtungszeitraum – z. B. mit Bezugsjahr 1997 ( siehe Zahlen auf nachfolgenden Seiten ) , kommt man zu völlig anderen (diametral anderen) Ergebnissen.**

## GOÄ/GOZ-Multiplikatoren bei Arzt- und Zahnarztrechnungen

genau zum  
 unter dem  
 über dem Regelhöchstsatz  
 Honorarvolumen bei Abrechnung

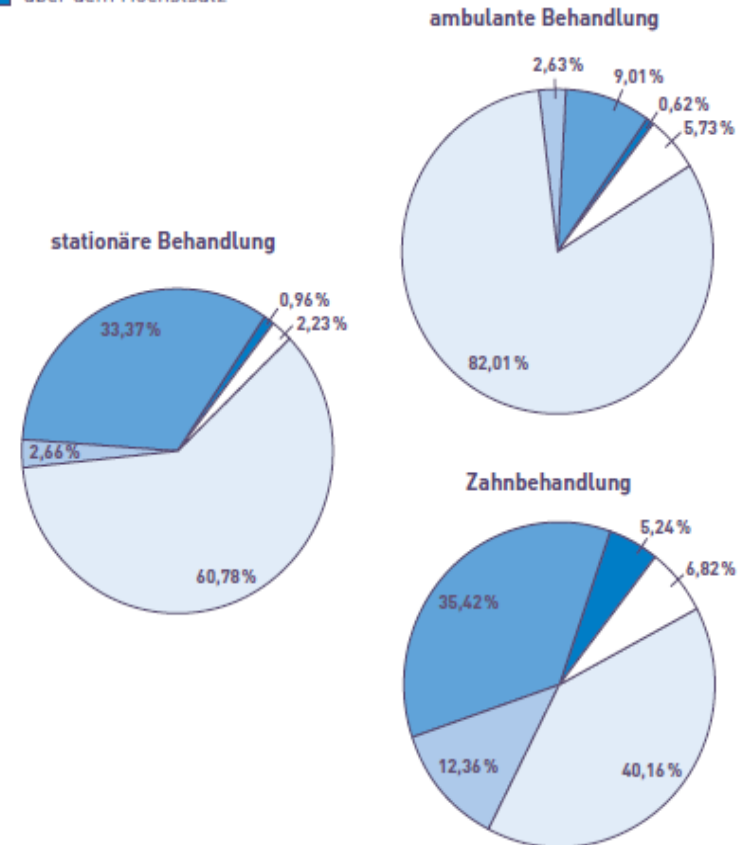


Auswertungen von Arzt- und Zahnarztrechnungen im Jahr 1997

## Struktur der GOÄ/GOZ-Multiplikatoren 2008

Abrechnung

- unter dem Regelhöchstsatz
- genau zum Regelhöchstsatz
- zwischen dem Regelhöchstsatz und dem Höchstsatz
- genau zum Höchstsatz
- über dem Höchstsatz

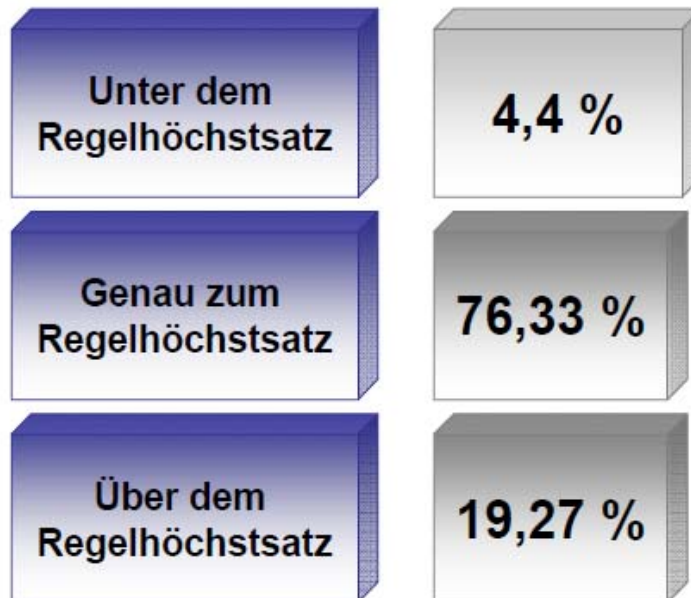


Quelle: PKV-Auswertungen von Arzt- und Zahnarztrechnungen aus dem Jahr 2008

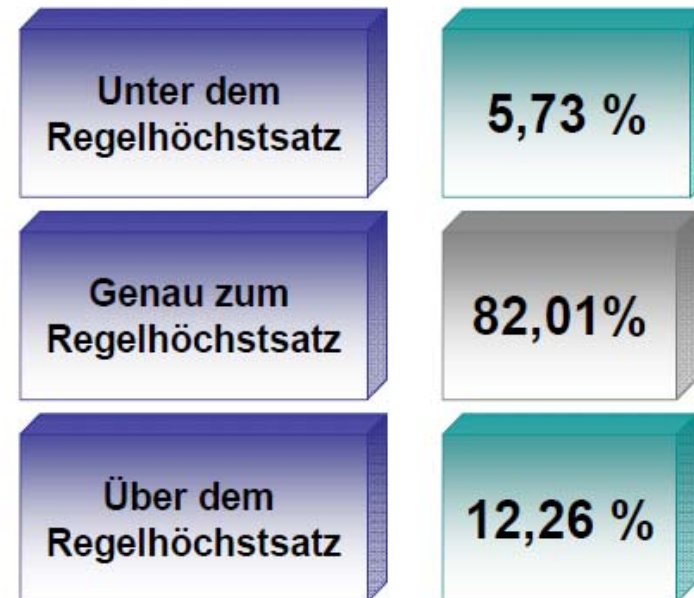
# Entwicklung der GOÄ-Multiplikatoren



**1997**



**2008**



Quelle: PKV-Zahlenberichte

Deutlich bessere Situation als in 1997

Wertung der Entwicklung durch BÄK



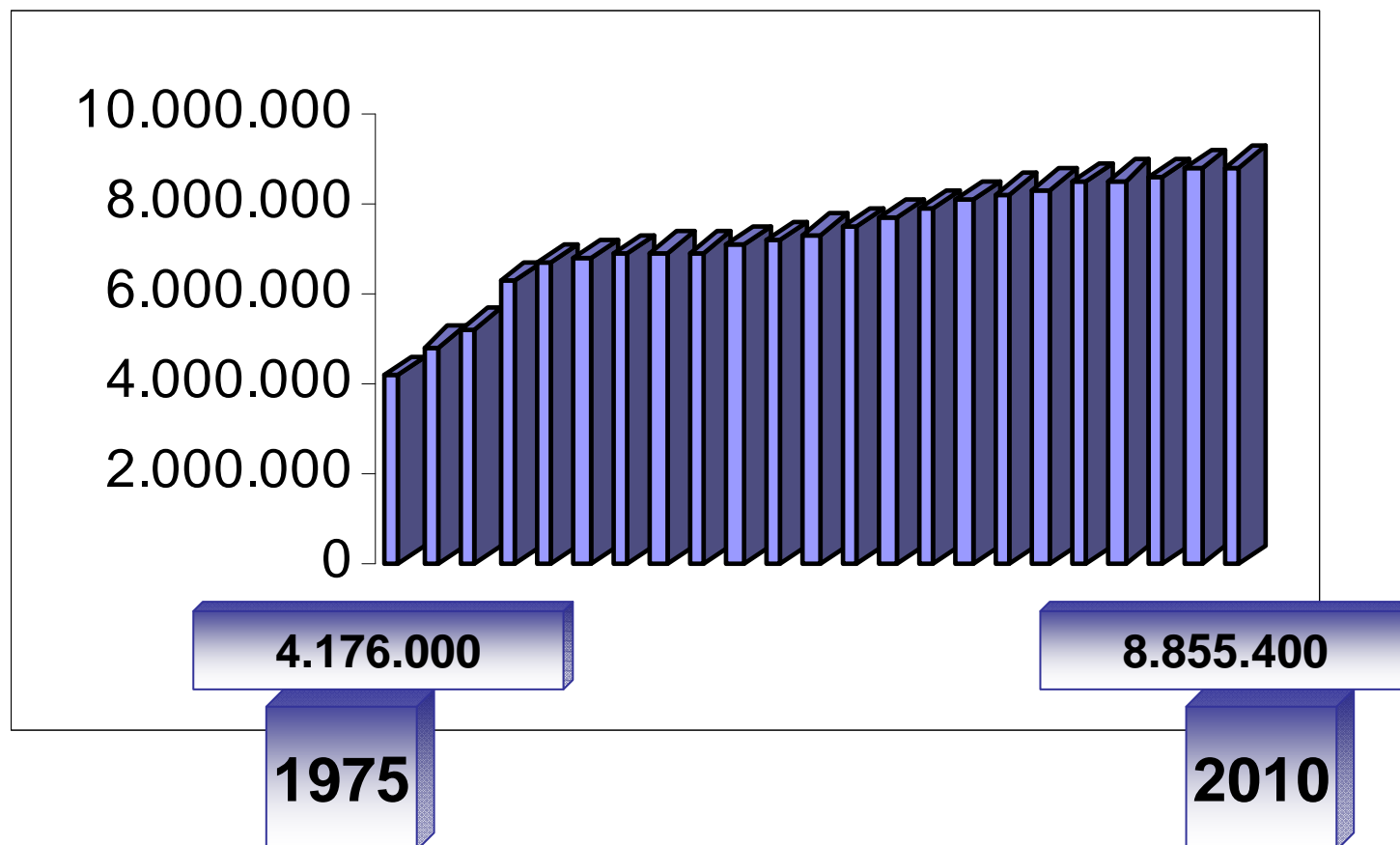
**Ende Exkurs: PKV-Forderung  
nach einer „Öffnungsklausel“  
in einer neuen GOÄ / GOZ**



## Zunehmende Bedeutung der GOÄ

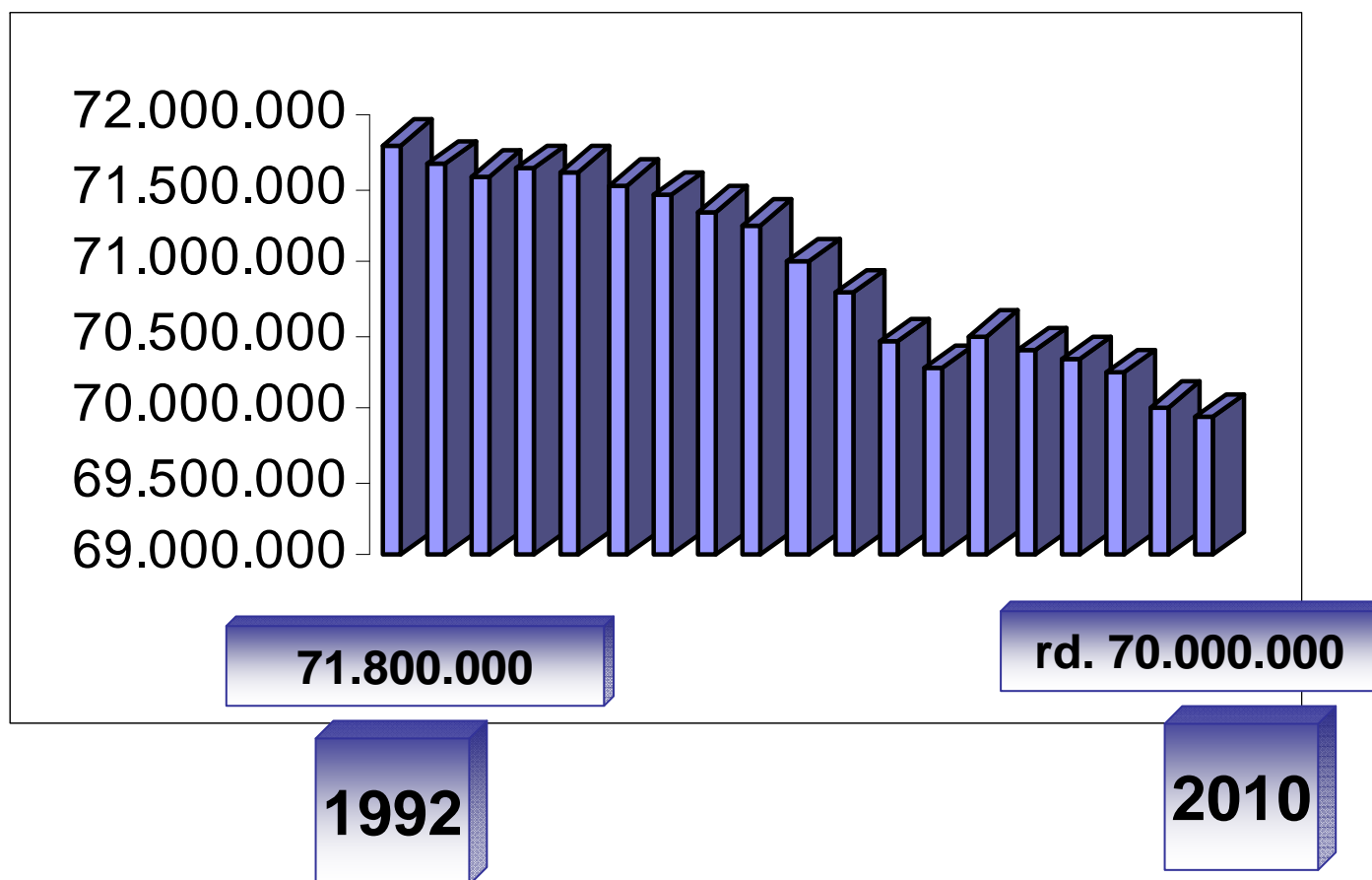
**Die Zahl der Privatversicherten nimmt kontinuierlich zu – und damit auch die Relevanz der GOÄ, da privatärztlich erbrachte Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 GOÄ zwingend auf der Grundlage der GOÄ abzurechnen sind.**

## Versicherte in PKV-Vollversicherungstarifen



Quelle: PKV-Zahlenberichte und eigene  
Berechnungen der BÄK

## Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)



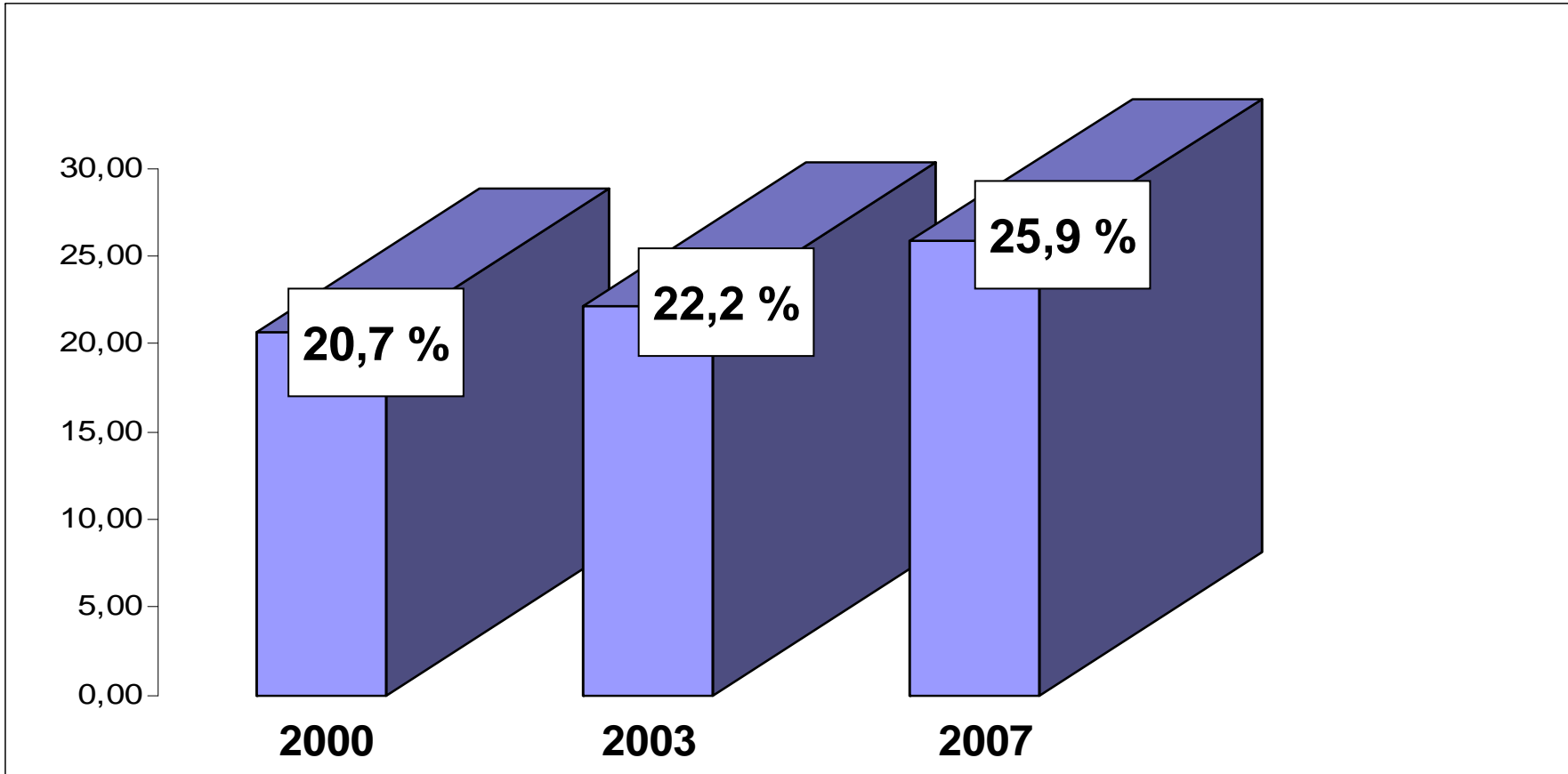
Quelle: PKV-Zahlenberichte und eigene Berechnungen der BÄK



## Zunehmende Bedeutung der GOÄ

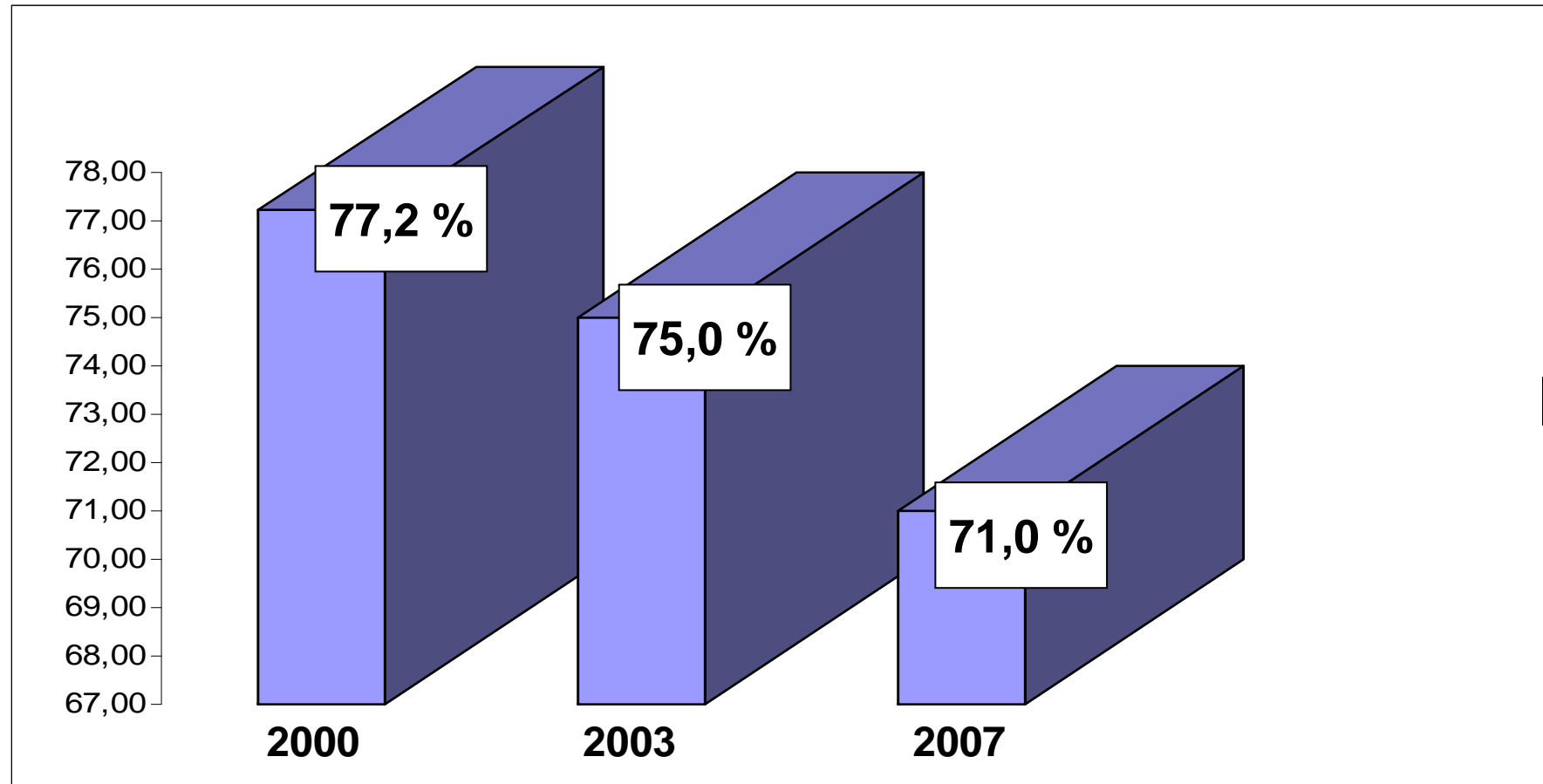
**GOÄ-basierte Einkünfte nehmen  
für Ärzte einen immer wichtigeren  
Stellenwert ein**

# PKV- Anteil der Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit



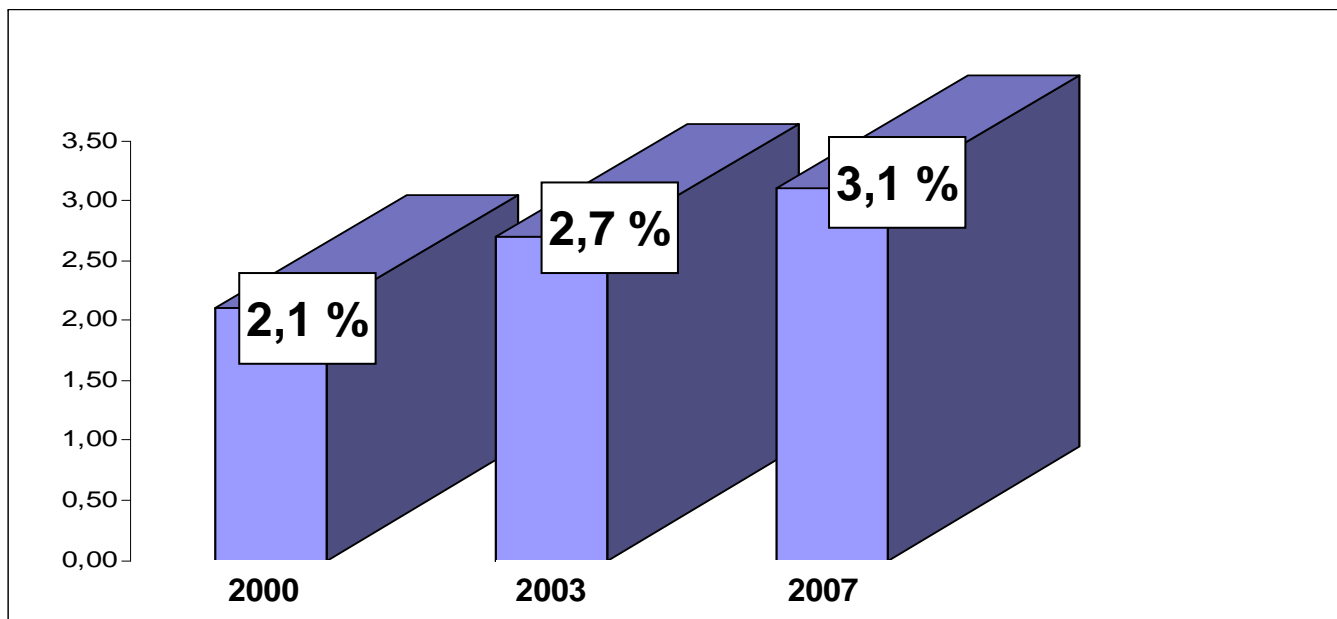
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2 Reihe 1.6.1,  
2007 - erschienen am 5. Aug. 2009, korrigiert am 2. Sept. 2009  
2003 - erschienen am 31. Juli 2006  
2000 - erschienen im Febr. 2004

# GKV - Anteil der Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2 Reihe 1.6.1,  
2007 - erschienen am 5. Aug. 2009, korrigiert am 2. Sept. 2009  
2003 - erschienen am 31. Juli 2006  
2000 - erschienen im Febr. 2004

## „Sonstige\*“ - Anteil der Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit



\*z. B. aus betriebsärztlicher Tätigkeit, nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit, durchgangsärztlicher Tätigkeit selbständiger Vertretung, Gutachtertätigkeit

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2 Reihe 1.6.1,  
2007 - erschienen am 5. Aug. 2009, korrigiert am 2. Sept. 2009  
2003 - erschienen am 31. Juli 2006  
2000 - erschienen im Febr. 2004

**Prozentuale Verteilung der Einnahmen aus selbstständiger ärztliche Tätigkeit (GKV- und reine Privatpraxen sind hier zusammengefasst)**  
**2007**



	<b>PKV</b>	<b>GKV</b>	<b>Sonst.</b>
<b>Allgemeinmed./Prakt. Ärzte</b>	15,8	81,7	2,4
<b>Internisten</b> (auch Hausarztinternisten)	22,4	75,0	2,6
<b>Frauenheilkunde</b>	31,1	66,4	2,4
<b>Kinderheilkunde</b>	20,8	77,9	1,2
<b>Augenheilkunde</b>	34,2	62,7	3,1
<b>HNO</b>	33,1	64,2	2,7
<b>Orthopädie</b>	37,7	57,7	4,5
<b>Chirurgie</b>	30,6	61,6	7,9
<b>Dermatologie</b>	45,3	52,7	2,0
<b>Radiologie, Nuklearmed.</b>	36,7	59,4	4,0
<b>Neurologie, Psychiatrie</b>	23,9	69,7	6,3
<b>Urologie</b>	34,9	62,4	2,6

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2 Reihe 1.6.1, 2007 - erschienen am 5. Aug. 2009, korrigiert am 2. Sept. 2009



<b>Tabelle 1 - Privatumsätze niedergelassener Ärzte 2005</b>			
<b>Deutschland gesamt</b>			
Arztgruppe	Privatumsatz	Gesamtumsatz	%-Anteil Privat
Allgemeinärzte	36.668	213.016	17%
Augenärzte	96.262	323.631	30%
Chirurgen	96.588	298.103	32%
Gynäkologen	72.960	263.796	28%
Hautärzte	70.929	239.311	30%
HNO-Ärzte	76.811	263.043	29%
Internisten (Hausarzt)	52.045	240.131	22%
Kinderärzte	42.056	242.817	17%
Nervenärzte	43.178	191.469	23%
Orthopäden	97.873	333.842	29%
Radiologen	174.208	653.091	27%
Urologen	85.316	288.721	30%
Psychotherapeuten	13.741	71.215	19%
gew. Durchschnitt	53.081	230.347	23%
Quelle: Zentralinstitut Kostenstrukturanalyse 2005			

**Prozentuale Verteilung der  
privatärztlichen Honorare  
aus Kapitel M auf die einzelnen  
Facharztgruppen**

**2008**

<b>Innere Medizin</b>	<b>24,21%</b>
<b>Laboratoriumsmedizin</b>	<b>23,05%</b>
<b>Allgemeinmedizin</b>	<b>13,17%</b>
<b>Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	<b>10,78%</b>
<b>Urologie</b>	<b>10,70%</b>
<b>alle anderen Fachgruppen zusammen</b>	<b>18,08%</b>

Quelle: WIP\*-Diskussionspapier 4/2010

\* Wissenschaftliches Institut der PKV



Foto: Getty Images



Jährliche Kosten je Versicherten in der GKV = **26,00 €**

Jährliche Kosten je Versicherten in der PKV = **129,00 €** (davon rd. 49,00 € via Beihilfe)

Kosten für Maklerprovisionen in der PKV liegen für jeden Vollversicherten bei mindestens **200,00 €** jährlich [2008: 2,528 Milliarden €]

# Bewertung laborärztlicher Leistungen



## Diskussionspapier WIP 04/2010

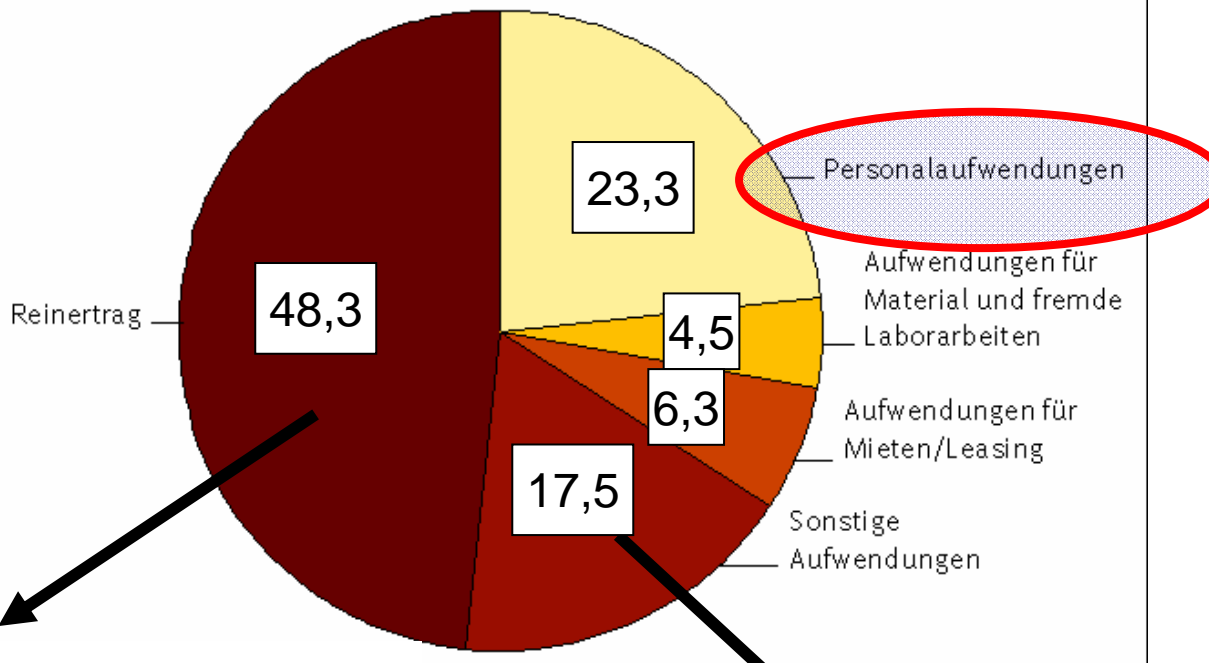
### “Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor“

- ⇒ fragliche Repräsentativität der PKV-Rechnungsstichprobe
- ⇒ fragliche Vergleichbarkeit des „durchschnittlichen“ PKV- vs. GKV-Versicherten (Risikostruktur, Case-Mix etc.)
- ⇒ fragliche Vergleichbarkeit aggregierter Daten: bekannte Strategiefanfälligkeit
- ⇒ fragliche Vergleichbarkeit von Leistungen im EBM und in der GOÄ
- ⇒ Problematik einer direkten Transkodierung
- ⇒ Schwierigkeit einer Umrechnung: Pauschalierung im EBM vs. Einzelleistungsabrechnung in der GOÄ
- ⇒ Problematik der Vergleichbarkeit der Mengen („Mengenausweitung“)
- ⇒ möglicherweise unterschiedliche „Indikationsqualität“

# Arztpraxen sind bedeutende Arbeitgeber



**Kostenstruktur bei Arztpraxen 2007  
nach Aufwendungen und Reinertrag in % der Einnahmen**



## Reinertrag

Zieht man die Summe der Aufwendungen von der Summe der Einnahmen ab, so erhält man den **Reinertrag**. Dieser wird jeweils je Praxis und je Praxisinhaber ausgewiesen.

Der Reinertrag stellt nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Praxis dar, da u. a. die **Aufwendungen für Praxisübernahme** (Ausgaben, die auf das Kalenderjahr 2007 entfallen und/oder Abschreibungen für das Kalenderjahr 2007 auf einen käuflich erworbenen Praxiswert) und **Aufwendungen privater Natur** für die Alters-, Invaliditäts-, Hinterbliebenen- und Krankenversicherung der Praxisinhaber und der Familienangehörigen, auch Beiträge zu Versorgungseinrichtungen der Ärzte für das Jahr 2007 nicht berücksichtigt werden.

Die **sonstigen betrieblichen Aufwendungen** umfassen alle nicht bereits in den vorgenannten Positionen erfassten steuerlich absetzbaren Aufwendungen für die Praxis (u. a. für KV- bzw. KZV-Verwaltungskosten, Aufwendungen für wissenschaftliche Kongresse, Fortbildungskurse, Fachliteratur und dgl., betriebliche Steuern, Büromaterial, Post- und Telefongebühren, Berufsbekleidung, Gebühren an privatärztliche Verrechnungsstellen, Aufwendungen für Steuerberatung, Buchführung und Rechtsberatung, Reisekosten, Reparaturen, EDV-Kosten, Kostenerstattung an Belegkrankenhäuser). Nicht enthalten sind die als außerordentlich und betriebsfremd anzusehenden Aufwendungen und die Einkommensteuer.

# Nichtärztliches Personal in Arztpraxen

2008

**543.000**  
**VZÄ: 401.000**

darunter Arzthelferinnen /  
Med. Fachangestellte

**356.000**  
**VZÄ: 261.000**

VZÄ = Vollzeitäquivalente

## In Zahnarztpraxen

**279.000**  
**VZÄ: 206.000**

Darunter Zahnarthelferinnen  
/Zahnmed. Fachangestellte

**200.000**  
**VZÄ: 146.000**

Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit – Personal 2000-2008  
erschienen am 11. März 2010

## Arztpraxen sind bedeutende Arbeitgeber



**Ohne adäquate Einnahmen aus  
GOÄ-basierten Privatumsätze kann  
das in Arztpraxen beschäftigte Personal  
nicht angemessen bezahlt werden.**

**Weitere Folgen einer nicht  
ausreichenden Honorierung  
ärztlicher Leistungen:**

**Personalabbau und/oder  
Zwang zur Beschäftigung  
billigerer (weniger qualifizierter)  
Arbeitskräfte.**

## Zunehmende Bedeutung der GOÄ

**Die GOÄ stellt die verbindliche  
Abrechnungsgrundlage  
in zahlreichen Segmenten  
der ärztlichen  
Leistungserbringung dar**





## Gesamthonorareffekt der GOÄ

betrug im Jahr 2009 ca.  
**15 Milliarden Euro**

Nicht berücksichtigt sind hierbei Honorare mit Bezug auf § 11 GOÄ (Zahlung durch öffentliche Leistungsträger), aus dem Selbstbehalt der Beihilfeberechtigten sowie aus weiteren Bereichen

**Zusammensetzung  
Gesamthonorareffekt der GOÄ  
(rund 15 Mrd. €)**

**2009**



**Mrd. €**

**Zahlungen der PKV für ambulant  
erbrachte ärztliche Leistungen**

**5,1**

**Zahlungen der Beihilfekostenträger für  
ambulant erbrachte ärztliche Leistungen**

**3,5**

**Selbstbehalte von Privatversicherten**

**0,6**

**Zahlungen der PKV für wahlärztliche Leistungen**

**2,35**

**Zahlungen der Beihilfekostenträger für wahlärztl. Lstg.**

**1,6**

**IGeL-Leistungen**

**1,5**

**Betriebs- und Arbeitsmedizin**

**0,2**

Quelle: PKV-Zahlenberichte sowie  
eigene Berechnungen der Bundesärztekammer

Alexander Gölfler, MBA

## Weitere GOÄ-basierte Honorareffekte

2009



Mrd. €

Zahlungen gemäß § 11 GOÄ (öffentliche Leistungsträger)	?
Selbstbehalte Beihilfeberechtigter (z. Zt. In 5 Bundesländern)	?
Reine Selbstzahler (z. B. ausländische Patienten)	?
Kostenerstattung für GKV-Versicherte gemäß § 13 Abs. 2 SGB V	gering
Kostenerstattung für GKV-Versicherte gemäß § 53 Abs. 4 SGB V	gering
<b>UV-GOÄ Berufsgenossensch./Unfallversicherungsträger</b>	<b>0,55</b>
Psychologische (Kinder)Psychotherapeuten	0,2
Zahnmedizinische Lstg. für Privatversicherte	0,35
Zahnmedizinische Lstg. für GKV-Versicherte	0,2

Quelle: PKV-Zahlenberichte sowie eigene Berechnungen der Bundesärztekammer

Alexander Gölfler, MBA

## Zahlungen der PKV für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen

**ca. 5,1 Milliarden €/ Jahr**

# Zahlungen der Beihilfekosten- träger für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen

**ca. 3,5 Milliarden €/ Jahr**

**Beihilfekostenträger (insbes. Bund, Länder, Gemeinden)**



## Selbstbehalte von Privatversicherten

**ca. 0,6 Milliarden €/ Jahr**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer



## Zahlungen der PKV für wahlärztliche Leistungen

**ca. 2,35 Milliarden €/ Jahr**

## Zahlungen der Beihilfekosten- träger für wahlärztliche Leistungen

**ca. 1,6 Milliarden €/ Jahr**





# IGeL-Leistungen

( IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen )

**ca. 1,5 Milliarden €/ Jahr**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer



## Betriebs- u. Arbeitsmedizin

**ca. 200 Mio. €/ Jahr**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer

# § 11 GOÄ Öffentl. Leistungs- träger

## § 11

### Zahlung durch öffentliche Leistungsträger

(1) Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, sind die ärztlichen Leistungen nach den Gebührensätzen des Gebührenverzeichnisses (§ 5 Abs. 1 Satz 2) zu berechnen.



### Leistungsträger im Sinne des § 12 Erstes Buch des SGB:

- Ämter für Ausbildungsförderung (§ 18 SGB I),
- Arbeitsämter (§§ 20, 25, 29 SGB I),
- Gewerbliche Berufsgenossenschaften (§§ 22, 29 SGB I),
- Betriebskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I),
- Bundesanstalt für Arbeit (§§ 19, 29 SGB I),
- Bundesbahn-Versicherungsanstalt (§§ 23, 29 SGB I),
- Bundesknappschaft (§§ 21, 23, 29 SGB I),
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (§§ 23, 29),
- Ersatzkassen (§§ 21, 29 SGB I),
- Feuerwehrunfallversicherungskassen (§§ 22, 29 SGB I),
- Gemeinden als Versicherungsträger (§§ 22, 29 SGB I),
- Gemeindeunfallversicherungsverbände (§§ 22, 29 SGB I),
- Hauptfürsorgestellen (§§ 20, 24, 29 SGB I),
- Innungskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I),
- Jugendämter (§ 27 SGB I),
- Kreise (§§ 24, 28, 29 SGB I),
- Kreisfreie Städte (§§ 24, 28, 29 SGB I),
- Landesjugendämter (§ 27 SGB I),
- nach Landesrecht bestimmte Behörden (für Wohngeld) (§ 26 SGB I),
- Landesversicherungsanstalten (§§ 23, 29 SGB I),
- Landesversorgungsämter (§§ 24, 29 SGB I),
- Landwirtschaftliche Alterskassen (§§ 23, 29 SGB I),
- Landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften (§§ 22, 29 SGB I),
- Landwirtschaftliche Krankenkassen (§§ 21, 29 SGB I),
- Orthopädische Versorgungsstellen (§§ 24, 29 SGB I),
- Ortskrankenkassen (§§ 21, 29 SGB I),
- See-Berufsgenossenschaft (§§ 22, 29 SGB I),
- Seekasse (§§ 23, 29 SGB I),
- See-Krankenkasse (§§ 21, 29 SGB I),
- Sozialhilfeträger (§§ 28, 29 SGB I), s.a. § 37 BSHG,
- Träger der freien Wohlfahrtspflege (§§ 28, 29 SGB I),
- Unfallkassen und Ausführungsbehörden des Bundes und der Länder (§§ 22, 29 SGB I),
- Versorgungsämter (§§ 24, 29 SGB I).



## **Selbstbehalte Beihilfeberechtigter**

**Wert nicht bekannt**

**zur Zeit in 5 Bundesländern relevant**



**Reine Selbstzahler  
(z. B. ausländische Patienten)**

**Wert nicht bekannt**

## GOÄ als Abrechnungsgrundlage für den zahnärztlichen Bereich

Zahnmedizinische  
Leistungen für Privat-  
versicherte / Beihilfe-  
berechtigte

Zahnmedizinische  
Leistungen für GKV-  
Versicherte



## **Kostenerstattung für GKV-Versicherte gemäß § 13 Abs. 2 SGB V**

**Kostenerstattung wird kaum in  
Anspruch genommen (von 0,02 - 0,04 Promille  
aller GKV-Patienten)**



## **Wahltarif Kostenerstattung für GKV-Versicherte gemäß § 53 Abs. 4 SGB V**

**Kostenerstattung wird kaum in  
Anspruch genommen (von 0,02 - 0,04 Promille  
aller GKV-Patienten)**



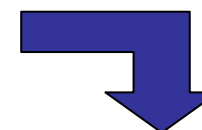
## UV-GOÄ Berufsgenossenschaften / Unfallversicherungsträger

**ca. 550 Mio. €/ Jahr**

Hier erfolgt die Abrechnung der erbrachten Leistungen auf Grundlage der UV-GOÄ, also nicht auf der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte. Gleichwohl bestehen zwischen beiden Systematiken sehr enge Bezugspunkte, teilweise sind die Leistungsinhalte (nicht aber die Bewertungen) identisch.

## Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten (GOÄ-basiert)

### Amtliche Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



#### §1

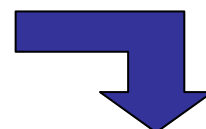
(1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.

**ca. 200 Millionen €/ Jahr**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer

## Zahnmedizinische Leistungen für Privatversicherte / Beihilfeberechtigte

Amtliche Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)



§ 6

### Gebühren für andere Leistungen

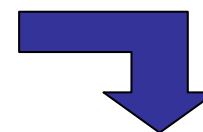
(1) Erbringt der Zahnarzt Leistungen, die in den Abschnitten B I und II, C, D, E V und VI, J, L, M unter den Nummern 4113 und 4700, N sowie O des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen – Anlage zur Gebührenordnung für Ärzte vom 12. November 1982 (BGBl. I S. 1522) – aufgeführt sind, sind die Vergütungen für diese Leistungen nach den Vorschriften der **Gebührenordnung für Ärzte** in der jeweils geltenden Fassung zu berechnen.

**ca. 350 Millionen €/ Jahr**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer

## Zahnmedizinische Leistungen für GKV-Versicherte

**BEMA (= zahnmed. EBM)**  
Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche  
Leistungen gem. § 87 Abs. 2 und 2d SGB V



3. Zahnärztliche Leistungen, die nicht in diesem Bewertungsmaßstab enthalten sind, werden nach dem Gebührenverzeichnis der **Gebührenordnung für Ärzte** vom 12.11.1982 in der jeweils gültigen Fassung bewertet. Zur Ermittlung der Bewertungszahl ist für 9 GOÄ-Punkte 1 Bema-Punkt anzusetzen. Die ermittelten Bewertungszahlen sind auf ganze Zahlen aufzurunden. Die Gebührenordnung für Ärzte ist im

**ca. 200 Mio. €**

Quelle: Berechnungen der Bundesärztekammer



## Kapitel M einer neuen GOÄ gemäß Entwurf der Bundesärztekammer

# Kapitel M einer neuen GOÄ gemäß Entwurf der Bundesärztekammer



## Gliederung in:

- M I:** Laboratoriumsuntersuchungen zur patientennahen Labor-Sofortdiagnostik (Point of care-testing, POCT) mit 4 Teilabschnitten: 33 Parameter (enumerativ)
  
- M II:** Basislabor mit 4 Teilabschnitten präzisiert und neu strukturiert, inhaltlich im wesentlichen aber unverändert
  
- M III:** Speziallabor mit 18 Teilabschnitten alte Kapitel M III und M IV in neuem Kapitel M III zusammengefasst; inhaltlich wesentlich erweitert und präzisiert

# Kapitel M einer neuen GOÄ gemäß Entwurf der Bundesärztekammer



## **M II: Basislabor**

1. Klinische Chemie
2. Hämatologie
3. Blutgerinnung
4. Funktionsteste

# Kapitel M einer neuen GOÄ gemäß Entwurf der Bundesärztekammer



## M III: Speziallabor

1. Autoantikörper, Allergene
2. Antikörper gegen Krankheitserreger
3. Arzneimittel (therapeutisches Drug Monitoring), exogene Gifte (Toxikologie, Drogenabusus)
4. Ausscheidungen (Urin, Stuhl)
5. Blutgruppen und HLA-System
6. Physikochemische Parameter
7. Funktionsteste
8. Gerinnungs-, Fibrinolyse-, Komplementsystem



# Kapitel M einer neuen GOÄ gemäß Entwurf der Bundesärztekammer



## M III: Speziallabor

9. Hormone, Hormonrezeptoren
10. Kohlenhydrate und Lipide
11. Körperzellen, Zellbestandteile, Zellfunktionen
12. Molekulargenetische Untersuchungen
13. Krankheitserreger (Bakterien, Parasiten, Pilze, Viren)
14. Proteine, Peptide, Aminosäuren, Porphyrine, Elektrophoreseverfahren
15. Sekrete, Liquor, Konkrement, Synovia
16. Spurenelemente, Schwermetalle, Vitamine
17. Substrate, Metabolite, Enzyme
18. Tumormarker

# GOÄ-Bewertungsprojekt der BÄK – besondere Anforderungen an Kapitel M



- ⇒ Erhalt des Labors **als ärztlicher** Leistungsbereich
  
- ⇒ Spannungsfeld:
  - verstärkter Trend zur Kommerzialisierung ?
  - Fehlentwicklungen durch Massenproduktion und durch Marktteilung ?
  - Gefahr der Monopolisierung und des Preisdiktats ?
  
- ⇒ Gezielte, indikationsgerechte Laboratoriumsdiagnostik
  - angemessene Einzelleistungsvergütung
  - Abrechnungsbestimmungen, Höchstwertregelungen

# Kapitel M einer neuen GOÄ

## - Zusammenfassung - I



- **Beibehaltung der Struktur**
  - M I Praxislabor als POCT (Patientennahe Sofortdiagnostik)
  - M II Basislabor
  - M III Speziallabor
- **Erhalt als ärztliche Gesamtleistung**
  - kein Splitting in Analytik und Befundungsgebühr
- **Rationalisierungspotential berücksichtigen**
  - bei Erhalt insgesamt des Honorarvolumens
- **Kontinuierliche Systempflege**
  - für zeitnahen Zugang zu Innovationen

## Kapitel M einer neuen GOÄ - Zusammenfassung - II



- Stärkere Gewichtung der originär laborärztlichen Leistung
- Höherer Differenzierungsgrad als im EBM  
(Anzahl der laborärztlichen Leistungspositionen liegt etwa doppelt so hoch wie im EBM 2009)
- Keine GOÄ-Bewertung auf der Kostenstruktur von Mega-Laboreinheiten („Labor-Fabriken“); damit keine Dumpingpreise, sondern Sicherung einer adäquaten Vergütung für die laborärztliche Leistungserbringung auch in der Fläche
- Feststehende Honorierung im GOÄ-Bereich im Gegensatz zur Unterdeckung im EBM-Bereich

# GOÄ-Bewertungsphilosophie



- ⇒ Wertschätzung ärztlicher Leistung statt IST-Kostenansatz auf „break even“-Niveau („Raus aus dem Hamsterrad“)
  
- ⇒ Fairer Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient gemäß § 11 BÄO
  - Rechtsanspruch der Ärzteschaft auf leistungsgerechte Vergütung
    - Gewährleistung der Unabhängigkeit des freien Arztberufs
    - Anreiz zum Verbleib/Einstieg in kurative ärztliche Tätigkeit
  - Verbraucherschutzfunktion der GOÄ für den Patienten
    - Qualitätssicherungsfunktion der GOÄ durch Garantie von Mindestsätzen
    - Schutz vor finanzieller Überforderung durch Festlegen von Höchstsätzen

# Wert ärztlicher Leistungen ist mehr als Kosten

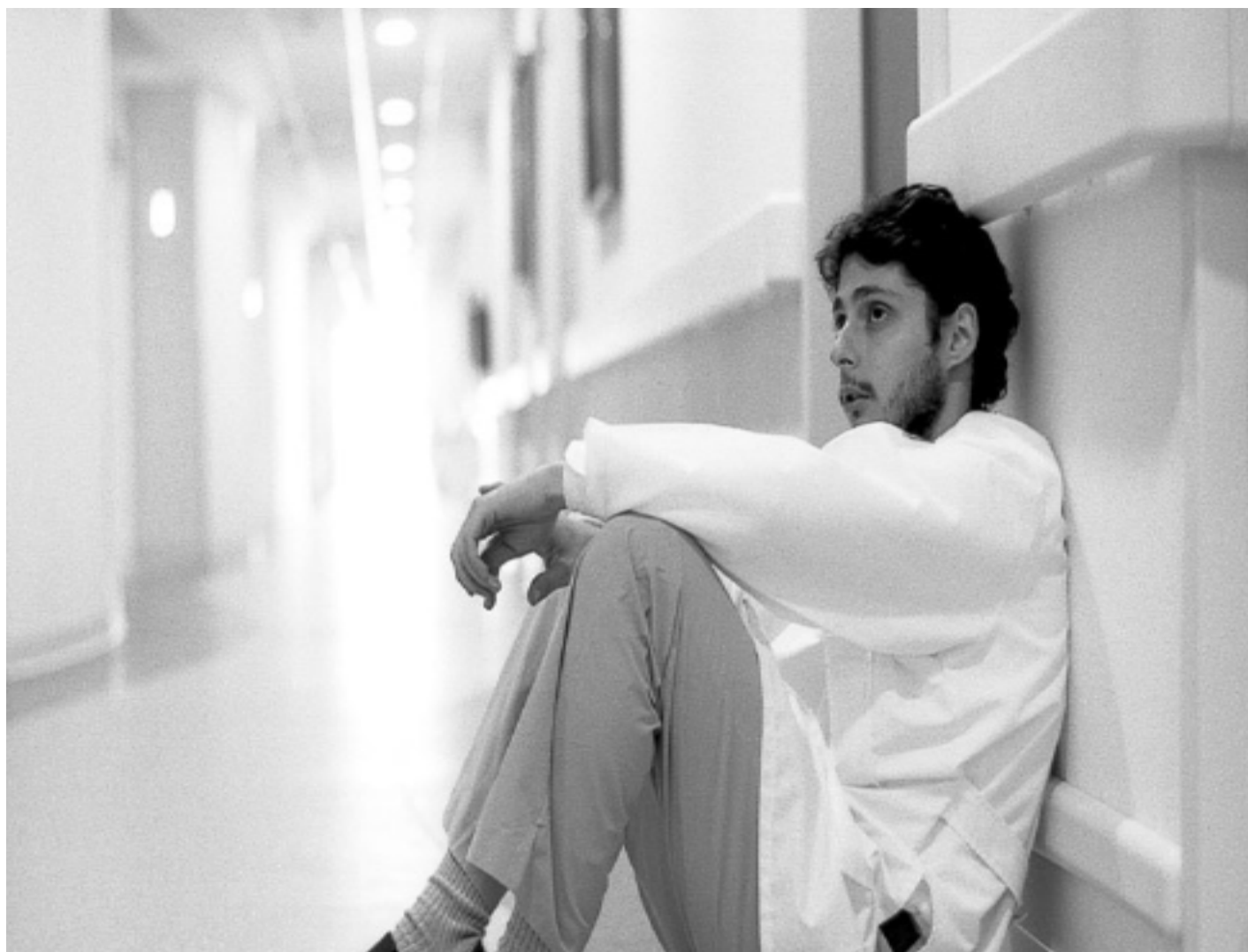


Foto: Uli Mayer-Johannsen, Hauptstadtkongress 2008

