



Die Geschichte der „neuen“ Gebührenordnung für Ärzte

Was wir für die GOZ lernen können

Ja, es gab tatsächlich mal eine Zeit, in der sich eine Bundesregierung die Überarbeitung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in den Koalitionsvertrag geschrieben hatte. Lang ist es her, es war im Oktober 2009 zum Start der schwarz-gelben Regierungskoalition von CDU und FDP. Insbesondere auf die Ärzte kam damit nicht nur ein Berg an Arbeit zu, vielmehr mussten wesentliche und zukunftsrelevante Entscheidungen getroffen werden: Was für eine neue GOÄ wollen wir eigentlich haben?

Grund genug sich einmal mit der Geschichte der GOÄneu, die am 11. September 2024 in eine letzte(?) Konsentierungsrunde ging, und den politischen Umständen und Besonderheiten dieses Opus magnum der Ärzteschaft zu befassen. Und das nicht nur, weil die GOÄ für die Abrechnung diverser Leistungen in der Zahnmedizin maßgeblich ist, sondern um aus den für die Ärzteschaft notwendigen Konsequenzen, die die Untätigkeit der Politik im Hinblick auf die stete Anpassungsnotwendigkeit einer Gebührenordnung an die wirtschaftliche und wissenschaftliche Realität verursacht, zu lernen.

Zurück ins Jahr 2009

Angesichts des Koalitionsvertrages 2009 war der seitens der Ärzteschaft aufgebaute Handlungsdruck auf die Politik zur Novellierung der GOÄ ausnehmend erfolgreich. Die Notwendigkeit einer Anpassung der Gebührenordnung an den aktuellen Stand der Wissenschaft unter Berücksichtigung der Kostenentwicklung war bei der Regierung angekommen. Allerdings formulierte die Politik zwei weitere Bedingungen: Zuerst müsse die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erfolgen und als zwei-

tes eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer (BÄK) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) hinsichtlich der neuen GOÄ erfolgt sein, bevor man sich damit beschäftigen wolle. Für ausreichend Veränderungsdruck im System, genauer aufseiten der Ärzteschaft, sorgte die Politik mit der Vorgabe, dass die neue GOÄ 2012 eigenständig fertiggestellt sein sollte.

Verhandlungen auf Augenhöhe?

Und damit beginnt eine ganz eigene Geschichte. Denn was kommt dabei heraus,



© Chinnapong – stock.adobe.com

Gebührenordnung mutiert zur Einheitsgebührenordnung

In der Konsequenz des gewählten Vorgehens – ob es alternativlos war, mag beurteilen wer kann – wurde nicht nur die Anzahl der Gebührenziffern massiv ausgeweitet. Zum heutigen Zeitpunkt sind es 5.595 Gebührenziffern, bestehend aus 4.202 Hauptleistungen und 1.393 definierten Zuschlägen. Im Sinne der dezidierten Leistungsbeschreibungen ändert sich auch die Systematik der Gebührenordnung grundlegend: Sie mutiert zu einer Einheitsgebührenordnung mit robustem Einheitsatz und festgelegter Steigerungsmöglichkeit durch definierte Zuschläge. Somit gehört auch die Individualisierbarkeit der Abrechnung in Abhängigkeit vom jeweiligen Patientenbefund, also Anpassung des Aufwandes mittels Steigerungsfaktoren, der Vergangenheit an. „Gesteigert“ werden kann nur noch im Rahmen der definierten Zuschläge.

Als eine wesentliche Schwäche der bisherigen Gebührenordnungen hat sich deren regelmäßige Pflege und Weiterentwicklung erwiesen. Diesem soll mit der Gründung einer Gemeinsamen Kommission, bestehend aus BÄK, PKV und Beihilfe abgeholfen werden. BMG und Länder haben ein Gastrecht.

Die Gemeinsame Kommission soll sich als „Arbeitsstruktur von Ärzteschaft und Kostenträgern“ um die stete Pflege und Weiterentwicklung der Gebührenordnung kümmern. Zudem soll sie dem Gesetzgeber diesbezügliche Empfehlungen geben. Angesichts des von außen betrachtet komplexen Gebildes wundert die Forderung vieler Ärzte und auch einiger Verbände nicht, dass es doch gereicht hätte, den Punktwert zu erhöhen. Eine durchaus nachvollziehbare Überlegung, die jedoch angesichts des klaren Vetos der Politik damals wie heute keine Chance auf Verwirklichung hat. Eine der wesentlichen Begründungen war und ist, der gesetzlich vorgegebenen Schutzfunktion nach § 11 Bundesärzteordnung ... den Patienten fi-

wenn man freiberufliche Leistungserbringer und Kostenträger bildlich gesprochen in einen Sack steckt? Die Dominanz der Kostenträger oder anders gesagt, eine GKV-isierung der privatärztlichen Gebührenordnung. Kombiniert mit dem politischen Junktim keiner neuen GOÄ ohne vorherige Einigung mit der PKV – und man muss hinzufügen der Beihilfestellen – stellte es die Ärzteschaft vor erhebliche inhaltliche und personelle Probleme.

Wie soll man als BÄK eine neue GOÄ auf Augenhöhe mit einer PKV und deren finanziellen und personellen Ressourcen gemeinsam entwickeln und verhandeln? Also alle Fachverbände ins Boot geholt und eine neue GOÄ entwickelt.

Ergebnis: ein komplett neues Leistungsverzeichnis

Heraus kam ein komplett neues Leistungsverzeichnis, welches das gesamte Leistungsspektrum in Krankenhaus und Praxis auf Basis des aktuellen medizinischen Wissensstandes beschrieb. Für Rechtssicherheit bei der Abrechnung soll-

ten präzise Leistungsbeschreibungen sorgen. Ablaufbezogene Leistungskomplexe wurden unter der Maßgabe des Zielleistungsprinzips entwickelt und in das Leistungsverzeichnis integriert, auch um Fehlansätze zu beseitigen.

Gewinner und Verlierer

Zudem galt es gemäß der Beschlusslage des Deutschen Ärztetages, die sprechende und betreuende Medizin auf- und die technischen Leistungen abzuwerten. Damit produziert die neue GOÄ jedoch Gewinner und Verlierer nach dem Muster: je technischer die Leistung, umso größer die Abwertung. Die Aufgabe einer fairen monetären Bewertung war auch nicht mal eben schnell zu lösen, gab es doch bis dahin keine betriebswirtschaftliche Basisierung der historisch entstandenen Abrechnungsziffern. Ergo entwickelte man einen GOÄ-spezifischen Algorithmus, in den ärztliche Leistung, Personaleinsatz, technische Ausstattung und allgemeine Kosten eingingen. Zur Plausibilisierung wurden empirisch erhobene Daten aus den Fachgebieten verwendet.

Zeit ist bei Gebührenordnungen relativ

Dass sich auch die Geschichte der Ärzte- und Zahnärzteschaft wiederholt, zeigt ein kurzer Blick in die Historie. Eine ärztliche Gebührenordnung gab es in Deutschland erstmals 1897, die sogenannte Preugo – Preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte. Erlassen wurde diese auf Basis der damalig gültigen Gewerbeordnung! Es galt ein Gebührenrahmen vom Drei- bis Zehnfachen. Mindestsätze mussten dann angewendet werden, „wenn nachweislich Unbemittelte oder Armenverbände die Verpflichteten sind oder die Zahlung aus den Mitteln einer Krankenkasse [...] erfolgt“.

Somit war es auch vor fast 130 Jahren mit der freien Bestimmung der Honorare nicht so weit her. 27 Jahre später wurde die Preugo 1924 unter maßgeblicher Beteiligung des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) und der von diesem entwickelten Allgemeinen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (AdGo) novelliert.

Es dauerte dann tatsächlich bis in das Jahr 1965, bis eine neue GOÄ, ausdrücklich „als Übergangslösung“ bezeichnet, in Kraft trat, nachdem die „gebührenrechtlichen Bestimmungen der Preugo mit dem Leistungsverzeichnis der damaligen Ersatzkassengebührenordnung (E-AdGo) verbunden worden waren“. Erst 1977 wurden die Arbeiten an der Übergangslösung vom damals zuständigen Arbeitsministerium wieder aufgenommen, bis sechs Jahre später tatsächlich eine Teilüberarbeitung unter dem Namen „Erste Verordnung zur Änderung der GOÄ von 1. Januar 1983“ rechtsverbindlich wurde. Der wissenschaftliche Dienst des Bundestages formulierte es so: „Letztlich erfolgte eine weitgehende Übernahme des im Rahmen der Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstabes für die ärztlichen Leistungen und eine Anhebung der Einzelsätze der GOÄ auf etwa die durchschnittlichen Gebührensätze der gesetzlichen Krankenversicherung.“ Seitdem gibt es in der GOÄ auch das System der Trennung von Punktzahl und Punktwert. (nach <https://www.bundestag.de/resource/blob/908102/b98203bb140042d5911430ef27377132/WD-9-043-22-pdf.pdf>)



Angesichts des medizinischen Fortschritts wie auch der allgemeinen Kostenentwicklung sind zwölf Jahre, mithin drei Legislaturperioden eine lange Zeit, bis man sich politischerseits bequeme, an der Übergangslösung von 1965 weiterzuarbeiten, um dann nochmals weitere sechs Jahre für die erste Teilnovellierung der GOÄ Anfang 1983 zu brauchen. Im politischen Diskurs rund um die Aktualisierung von GOÄ wie auch GOZ scheint demnach das Argument „Alter“ wenig sinnvoll zu sein. Eine Feststellung scheint wichtiger: Gebührenrahmen und Leistungsverzeichnis speisten sich bereits 1965 aus unterschiedlichen Quellen.

Politisches Junktim

2009 vereinbarte die frischgewählte schwarz-gelbe Koalition in ihrem Koalitionsvertrag die Novellierungen von zahnärztlich und ärztlichen Gebührenordnung, Reihenfolge GOZ vor GOÄ. Und damit sind wir bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr angekommen, der 2011 diese Position von seinem Vorgänger Philipp Rösler, der zum Wirtschaftsminister und Vizekanzler aufgestiegen war, übernahm. Daniel Bahr formulierte dann das Junktim, dass die Voraussetzung für eine GOÄ-Novellierung einer vorherigen Einigung zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband (und der Beihilfestellen) bedürfe. Eine entsprechende Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ wurde dann anlässlich des Deutschen Ärztetages in Hannover 2013 abgeschlossen. Elf Jahre später liegt die konsenterte GOÄ-Novelle nach diversen Anläufen vor.

Neben der Ablösung der seit Anfang 1983 nur in Teilen revidierten GOÄ durch eine dem aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechende Gebührenordnung standen 2013 folgende Ziele im Lastenheft: Ein fairer und angemessener, inhaltlich, medizinisch und ökonomisch plausibler Interessenausgleich zwischen den Betroffenen unter Erhaltung der in § 11 Satz 3 BÄO (Bundesärzteordnung) festgeschriebenen Doppelschutzfunktion für Patienten und Ärzte, dass die zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten ökonomisch nicht überfordert werden sowie einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen. Hinzu kamen im Lastenheft die Punkte Abrechnungssicherheit, Transparenz und Verständlichkeit sowie ein ganz wesentlicher Aspekt: die kontinuierliche Weiterentwicklung und Pflege der neuen GOÄ.

Drei Gesundheitsminister und elf Jahre weiter – Gröhe, Spahn, Lauterbach – stellte der Vorsitzende des Hartmannbundes (!) und Präsident der Bundesärztekammer Dr. Klaus Reinhardt die nunmehr dritte Version einer GOÄneu im September 2024 kurz vor dem Auseinanderbrechen der Ampelkoalition vor. Das derzeitige Ziel lautet: Verabschiedung der GOÄneu ärztlicherseits zum Deutschen Ärztetag 2025.

nanziell nicht zu überfordern und den Leistungserbringer vor einem ruinösen Unterbietungswettbewerb zu schützen, gerecht zu werden. Es versteht sich von selbst, wo der wahre Fokus der Politik liegt.

Kostenneutralität ist tragende Bedingung

Damit sind wir elf Jahre später und beim dritten Anlauf, davon ein ärztteigener Entwurf in 2023, für eine neue GOÄ im Jahr 2024 angekommen. Die Grundforderung der Politik vor dem eigenen Tätigwerden nach einem Konsens zwischen Ärzten und Kostenträgern ist nach wie vor gültig. Womit wir zum letzten tragenden Aspekt dieser Gebührenneuordnung kommen: der Kostenneutralität. Kostenneutralität ist letztlich nichts anderes als ein Budget auf Basis der Vorjahreskosten plus eines geringen Steigerungsfaktors. Um eine Vorstellung zu bekommen, denke man an die Steigerungen des Orientierungspunktwertes im Bereich der GKV, der auch nichts mit der Realsteigerung der Kosten zu tun hat, sondern mit der Steigerung auf der Einnahmenseite der GKV.

Nun steht die faktische Kostenneutralität der steten Forderung der Leistungserbringer in den vergangenen Jahrzehnten nach einem Kostenausgleich für Kostensteigerungen und Inflation diametral entgegen. Und das, obwohl allein von 2015 bis 2022 der Verbraucherpreisindex um 20,6 Prozent gestiegen ist. Zwar wird in berufspolitischen Diskussionen auch heute noch immer wieder versucht, die heilige Kuh namens Honorarhoheit zu reanimieren, so muss man jedoch konzedieren, dass sie dadurch nicht wieder lebendig wird.

Doch halt! BÄK-Präsident Reinhardt hat doch bei Annahme der GOÄneu sowie erfolgter Genehmigung seitens des Ordnungsgebers einen Honorarzuwachs von insgesamt 1,9 Milliarden für die privat abrechnenden Ärzte in den folgenden

drei Jahren avisiert, was einem Volumen von 13,2 Prozent entspricht. Das klingt gut, sind aber im Durchschnitt nur 4,4 Prozent pro Jahr. Trotz der erheblichen Summe fällt es schwer, von einem Ausgleich, wenigstens einer finanziellen Anerkennung für die kaum angehobenen Honorare der letzten drei Jahrzehnte, zu reden. Schließlich werden auch in den kommenden drei Jahren die Preise weiter steigen.

Honorarzuwachs als „Einschwingungspuffer“

Der wahre Grund für das Honorarplus von avisierten 13,2 Prozent für besagte drei Jahre ist in der Tat ein anderer. Denn BÄK, PKV und Beihilfe haben diese Honorarentwicklung für die Risikosteuerung in der Einführungsphase nach dem Inkrafttreten der neuen GOÄ gemeinsam vereinbart. Dieses Vorgehen (nicht die Summe) war bereits 2015 für die erste Version der GOÄneu abgesprochen worden, um eine Feinjustierung der Honorarentwicklung – die Formulierung lautete „Einführungsphase bis zum eingeschwungenen Zustand“ – zu ermöglichen. Bereits damals stellte man klar, dass es sich nicht um ein Budget handeln würde. Ob ein Bundesgesundheitsminister zu derselben Einschätzung gelangen wird, steht zurzeit allerdings in den Sternen. Immerhin beziffert Reinhardt das Honorarplus für die nächsten drei Jahre mit ca. 1,9 Milliarden Euro. Und ein Teil davon wird nun mal von der Beihilfe zu tragen sein.

GOÄ und GKV bedingen sich

Bleibt die Frage, warum die Ärzteschaft eigentlich so stark auf eine neue GOÄ drängt? In einem Interview des *Deutschen Ärzteblattes* vom 4.10.2024 mit BÄK-Präsident Reinhardt führte dieser aus: „Die GOÄ ist viel mehr als ein Gebührenverzeichnis, nach dem Privatbehandlungen abgerechnet werden. Die Honorarordnung ist ein Wesensmerkmal unseres

freien Berufes. Sie ist wesentlich für die Unterscheidung zwischen der freiberuflichen Tätigkeit und dem Gewerbe. Wichtig ist auch: Ohne den Benchmark der GOÄ wäre es politisch viel leichter, das Leistungsniveau im GKV-Bereich herabzusetzen. Je mehr die GOÄ veraltet und damit an innerer Legitimität verliert, desto weniger kann sie ihrer strukturellen Rolle für die Ärzteschaft und die Patientenversorgung gerecht werden. Das spielt dann denen in die Hände, die ein anderes System wollen, sei es eine Einheitsgebührenordnung oder gleich eine Bürgerversicherung. Deswegen müssen wir die politischen Blockaden auf dem Weg zu einer neuen GOÄ auflösen.“

Das politische Junktim ist Realität

Und weiter: „Warum braucht es dazu eine Einigung zwischen BÄK und PKV?“ Seine Antwort: „Die Ärzteschaft kämpft inzwischen seit Jahrzehnten für eine neue GOÄ. Dabei sind wir parteiübergreifend mit einem Junktim konfrontiert: Die Politik macht eine Einigung zwischen Ärzteschaft und PKV zur Vorbedingung für eine Novelle. Das ist im Grunde systemfremd, denn die GOÄ ist eine staatliche Verordnung. Trotzdem ist dieses Junktim eine politische Realität. [...]“ Als Chef des Hartmannbundes, der BÄK-Präsident Reinhardt ebenfalls ist, sieht er die neue GOÄ als letzte Chance für den freien Arztberuf.

Angesichts der elfjährigen Vorlaufzeit – man könnte es auch Desensibilisierungsphase nennen – hatte man seitens der BÄK wohl mit einer geschmeidig verlaufenden Einführungsphase gerechnet und einen engen Zeitplan vorgegeben. Am 11. September dieses Jahres wurde der mit der PKV erarbeitete Entwurf GOÄneu an die Vertreter der Ärzteschaft versandt. Für die Sichtung, Analyse und Stellungnahme durch 165(!) ärztliche Verbände und Fachgesellschaften waren zwei Wochen vorgesehen. Die Begründung seitens der BÄK: Die Verbände seien ja Teil des

Verfahrens gewesen, mithin sei der Teil des sie betreffenden Gebührenverzeichnisses ja bekannt. Am 9. Oktober dieses Jahres sollte die GOÄneu öffentlich vorgestellt werden.

Heftige Reaktionen

Doch es kam anders. In Anbetracht der daraufhin folgenden lauten, teils schrillen Reaktionen, die bis hin zu Rücktrittsforderungen des BÄK-Präsidenten und Einberufung eines Sonderärztetags reichten, ruderte Reinhardt schließlich zurück. Nun hieß es, dass die Einsprüche der ärztlichen Verbände bis Mai nächsten Jahres in einem strukturierten Verfahren geprüft und in die GOÄneu eingearbeitet würden, um diese zum Ärztetag 2025 öffentlich vorzustellen.

Apropos ärztliche Verbände: Irgendwie scheint es mit dem Management der Stakeholder nicht so wirklich geklappt zu haben. Einige der 165 Ärzteverbände zeigten sich informiert, viele überrascht, vor allem von den finanziellen Auswirkungen auf die technischen Leistungen. Und manche kritisierten, dass die Zahlen im vorgelegten Dokument nicht identisch mit denen seien, die zuvor gemeinsam mit der BÄK konsentiert worden waren. Entsprechend waren die Reaktionen, die sogar die allgemeine Öffentlichkeit erreichten. Man muss kein Augur sein, um zu erkennen, dass die tatsächlichen Preise die eigentliche Nagelprobe für eine neue GOÄ sein werden.

Das war nun das Gegenteil der erwarteten Freude ob des Stapellaufs einer seit fast über vier Jahrzehnten geforderten neuen Gebührenordnung. Ob ein Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, der sich bezüglich der Anerkennung einer GOÄneu immer hinter einer diesbezüglich fehlenden Regelung im Koalitionsvertrag der Ampel versteckte, das Verhandlungsergebnis akzeptiert hätte, steht mangels gesetzlicher Verpflichtung eh in den Sternen. So blieb den Ärzten wenigstens diese Enttäuschung erspart.

GOÄneu keine Blaupause

Für die Zahnärzteschaft ist die GOÄ zur Entwicklung einer neuen GOZ jedenfalls keine Blaupause. Dies machte die Vizepräsidentin der Bundeszahnärztekammer Dr. Romy Ermler anlässlich der Bundesversammlung im November in Hamburg sehr deutlich. Aus Sicht der BZÄK ist der von BÄK und PKV vorgelegte Vorschlag aus zwei schwerwiegenden Gründen als Grundlage für eine neue GOZ ungeeignet. Der Entwurf weise eine entscheidende Lücke auf, da immer noch eine wirksame Verpflichtung der Politik zur regelmäßigen Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung fehle. „Eine solche Regelung ist jedoch zwingende Voraussetzung jeder GOZ-Modernisierung.“

Des Weiteren komme eine Abschaffung des Gebührenrahmens für die Zahnärzteschaft auf keinen Fall in Betracht. „Nicht ohne Grund sind Gebührenrahmen integraler Bestandteil zahlreicher Honorar- und Gebührenordnungen der freien Berufe. Denn nur sie ermöglichen eine individuelle Bemessung der Gebühr unter Berücksichtigung von Schwierigkeitsgrad, Zeitaufwand und Umständen bei der Ausführung. Die Zahnärzteschaft nutzt den Gebührenrahmen regelmäßig und verant-

wortungsvoll. Eine Gebühr, die den individuellen Besonderheiten Rechnung trägt, ist gelebter Patientenschutz“, so Ermler.

Die Bundeszahnärztekammer beobachte diese Entwicklung mit großer Skepsis. Einerseits, weil die GOÄ auch in der Zahnarztpraxis die Grundlage für die Berechnung von zahlreichen Leistungen darstellt, andererseits aufgrund der Gefahr, dass die Regelungen der GOÄneu der GOZ per politischer Vorgabe übergestülpt werden könnten. Mit dem PKV-Verband führe man diesbezüglich bereits Gespräche. Der PKV-Verband habe nach den Worten der Vizepräsidentin signalisiert, dass die neue GOÄ, egal wie sie aussehen wird, keine Blaupause für die GOZ darstelle. Denn anders als im ärztlichen Bereich mit seinen ca. zehn Prozent GOÄ-Leistungen beträgt der Anteil der GOZ-Leistungen in der Zahnmedizin 50 Prozent des Honorars!

Für die Zahnärzteschaft ist es hingegen – und das ganz ohne Häme – ein Glücksfall, das Ganze aus der Nähe beobachten zu können, um nicht nur die eigene Positionierung für die Überarbeitung der GOZ zu schärfen, sondern auch die Stolperfallen bei der Neufassung eines dermaßen umfassenden Gebührenwerkes kennenlernen zu können.

Der Autor im Porträt



© Verena Gallias

Dr. med. Uwe Axel Richter

hat Medizin in Köln und Hamburg studiert. Sein Weg in die Medienwelt begann beim *Hamburger Abendblatt*, danach wechselte er in die Fachpresse. Er sammelte seine journalistischen Erfahrungen auf sämtlichen journalistischen Positionen ebenso wie als Herausgeber, Verleger und Geschäftsführer bei verschiedenen Medienunternehmen. Zuletzt als Chefredakteur der *Zahnärztlichen Mitteilungen* in Berlin tätig, verfolgt er gewohnt kritisch die Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen.

Kontakt zum Autor unter
uweaxel.richter@gmx.net