

**Prof. Dr. Thomas Ratajczak**

Rechtsanwalt
 Fachanwalt für Medizinrecht
 Fachanwalt für Sozialrecht
 Justitiar des BDIZ EDI

Kanzlei RATAJCZAK & PARTNER mbB

Rechtsanwälte
 Berlin · Duisburg · Essen · Freiburg i.Br. ·
 Köln · Meißen · München · Sindelfingen

Charles-Lindbergh-Straße 7, 71034 Böblingen
 Tel.: +49 7031 9505-27
 E-Mail: syr@rpmed.de (Sybill Ratajczak)
 Fax.: +49 7031 9505-99

ratajczak@bdizedi.org
 www.rpmed.de

INHALT

1. Einleitung
2. Übersicht und Vergleich GOÄneu – GOÄ 1982/1996
3. Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse
4. Punktwert als Maßstab?
5. Relationierung der Gebührenbewertungen
6. Beispiele
7. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der GOÄneu
8. Strahlendiagnostik
9. Wegegeld und Reiseentschädigung
10. Allgemeiner Teil der GOÄneu
 - 10.1 Wirtschaftliche Aufklärung (§ 1 GOÄ)
 - 10.2 Honorarvereinbarung (§ 2 GOÄneu)
 - 10.3 Gebühren (§ 4 GOÄneu)
 - 10.4 Gebührenhöhe (§ 5 GOÄneu)
 - 10.5 Analogleistungen (§ 6 GOÄneu)
 - 10.6 Ersatz von Auslagen (§ 10 GOÄneu)
 - 10.7 Unterschreitung des Gebührensatzes (§ 11 GOÄneu)
 - 10.8 Fälligkeit der Rechnung (§ 12 GOÄ neu)
 - 10.9 Rechnungsformular (§ 12 und Anlage 2 GOÄneu)
 - 10.10 Schutz der Gesundheitsdaten (§ 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu)
 - 10.11 Gemeinsame Kommission (§ 11a BÄO)
11. Resümee

GOÄneu

Analyse und Kritik

1. Einleitung

Die Bundesärztekammer gab im September 2024 nach vielen Auseinandersetzungen dem Druck nach und leitete den zwischen ihr und dem PKV-Verband offenbar konsentierten Entwurf einer neuen GOÄ (Stand 12.9.2024) an die Verbände zur Anhörung weiter.

Dieser Artikel bezieht sich mit „GOÄneu“ auf diesen Entwurf. Die GOÄneu umfasst 975 Seiten. Eine Begründung wurde nicht veröffentlicht, und das ist bedauerlich, weil sowohl die Systematik als insbesondere auch die Bewertungen der GOÄneu erklärungsbedürftig sind.

Die Ausgangsdaten zur GOÄ-Reform sind so verrückt wie frustrierend. An der Reform der GOÄ von 1982 wird seit Jahrzehnten gewerkelt, ohne dass diese Arbeit bisher zu irgendeinem Abschluss gekommen wäre. Lediglich 1996 kam es bei der GOÄ (nicht bei der GOZI!) zu minimalen Ergänzungen und einer geringfügigen Anhebung des Punktwerts von 11,0 auf 11,4 DPf, was einem Plus von 3,64 Prozent entspricht. Ansonsten sind Leistungsbeschreibungen und -bewertungen seit 1982 praktisch unverändert und damit fachlich-medizinisch überwiegend hoffnungslos veraltet.

In den amtlichen Veröffentlichungen der GOÄ werden pro Gebührensatz auch 2025 stets nur zwei Werte angegeben:

- Punktmenge,
- Gebühr zum 1,0-fachen Satz.

Das ist nicht so sehr bemerkenswert wie der Umstand, dass die Gebühren auch 2025 in DM (Deutsche Mark) ausgewiesen sind, was viele beim Lesen übersehen. Der Euro ist seit dem 1.1.2002 und damit seit 23 Jahren offizielle Währung. Aber der Ersteindruck auf den flüchtigen Leser hinsichtlich der ausgewiesenen Zahlen (bei Nr. 1 GOÄ „9,12“ statt „4,66“) klingt beim DM-Wert sicherlich besser. Es dürfte deshalb kein Zufall sein, dass man seitens des Bundesgesundheitsministeriums ausgerechnet bei der jetzt 43 (!) Jahre alten GOÄ bis heute auf eine Euro-Gebührenordnung verzichtet hat.

Zu den Verrücktheiten der GOÄ gehört, dass der Bundesgesundheitsminister in dem seit 2023 beim Verwaltungsgericht Berlin an-

hängigen und vom BDIZ EDI unterstützten Klageverfahren wegen Nichtanpassung von GOÄ und GOZ an die wirtschaftlichen Verhältnisse (Aktenzeichen: VG 9 K 588/23) in der Klageerweiterung vortragen ließ, es gäbe gar keinen Grund zur Anpassung, um nun auf dem Neujahrsempfang 2025 der Bundesärztekammer im Berliner KaDeWe für den Fall seiner Wiederberufung im Amt zuzusagen, dass er sich frühzeitig um die Überarbeitung der GOÄ kümmern werde. Nach einem Bericht in der Ärztezeitung online vom 15.1.2025 über den Empfang bezeichnete der Bundesärztekammerpräsident das Verhalten als „erratisch und irrlüchternd“, meinte damit allerdings offenbar nur Donald Trump.

Zu den Problemen der GOÄneu gehört, dass der heutige Präsident der Bundesärztekammer sich nach einem Bericht der Ärztezeitung vom 6.5.2013 als damaliger Vorsitzender des Hartmannbundes unter bestimmten Voraussetzungen ein identisches Vergütungssystem für Privat- und Kassenleistungen vorstellen konnte. Zentrale Faktoren eines solchen Systems seien für ihn die exakte Beschreibung von Einzelleistungen, die Einführung eines sozial verträglich organisierten Kostenerstattungsprinzips, eine Mengenbegrenzung durch eine intelligente Steuerung und der Erhalt der unterschiedlichen Rechtsrahmen von GKV und PKV. Wenn das die Langzeitintention war, dann hat die Bundesärztekammer mit der GOÄneu das Ziel erreicht. Betrachtet man aber die Beschlüsse vieler Deutscher Ärztetage zur GOÄ-Reform, dann wird das Ziel der Ärztetagsbeschlüsse in jedem Fall verfehlt.

Aus heutiger Sicht stellt die Meldung der Ärztezeitung vom 14.11.2013 über die Vorstellung einer Rahmenvereinbarung zur neuen GOÄ zwischen Bundesärztekammer und PKV-Verband über die Eckpunkte der Reform (robuste Einzelsätze und 4.000 Gebührensätze) nicht nur ein Kuriosum am Rande dar. Vergleicht man die damaligen Grunddaten zur Struktur einer neuen GOÄ mit der jetzt vorgelegten GOÄneu, dann muss man zum Ergebnis kommen, dass sich seit November 2013 nicht mehr viel bewegt zu haben scheint, sieht man von der Aufnahme weiterer neuer Gebührensätze ab.

2. Übersicht und Vergleich GOÄneu – GOÄ 1982/1996

Die GOÄneu bewertet die Leistungen nicht mehr in Punkten, sondern in Euro-Beträgen, die nicht mehr steigerungsfähig sind (§ 5 GOÄneu).

Die in § 11 S. 2 BÄO enthaltene Vorgabe, dass in der „Gebührenordnung Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen“ sind, wird offenbar bewusst missachtet, wie überhaupt festzustellen ist, dass die GOÄneu ohne die grundlegende Änderung des § 11 BÄO nicht umzusetzen ist.

Das Bundesgesundheitsministerium kann zwar eine neue Gebührenordnung mit Zustimmung des Bundesrats erlassen, für die

Änderung der BÄO braucht es aber den Bundestag. Und wenn § 11 BÄO geändert wird, muss auch § 15 ZHG geändert werden. Mit der von Herrn Prof. Lauterbach angekündigten schnellen Reform für den Fall seiner Wiederernennung dürfte es also schon aus gesetzestechnischen Gründen nichts werden. Warum die Bundesärztekammer ungeachtet der Kritik der ärztlichen Verbände seit mehr als einem Jahrzehnt an dem Konzept der sog. robusten Einzelsätze festhält, bleibt ihr Geheimnis.

Ganz ausgedient haben die bisherigen Steigerungssätze nach dem Willen der Bundesärztekammer allerdings nicht. Es soll zwei Ausnahmen geben.

In Gebührenvereinbarungen soll nach § 2 Abs. 1 S. 1 GOÄneu „eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt werden“ können.

Es soll also im Grundsatz unterbunden werden, dass in Gebührenvereinbarungen die Mindestsätze unterschritten werden, wie dies in der GOÄ im Laborbereich seit Langem der Fall ist. Allerdings wird dieses Unterschreitungsverbot in § 11 GOÄneu zugunsten der Beihilfe (ausgerechnet) wieder aufgehoben (s. dazu unten Ziffer 10.7).

Es soll nicht zugelassen werden, dass sich der Arzt mit dem Patienten auf eine andere Art der Honorierung einigt. Diese gemeinhin unter dem Stichwort „Öffnungsklausel“ diskutierte Option war bei der GOZ 2011 seitens der Bundeszahnärztekammer auf Ablehnung gestoßen und 2013 in den Diskussionen um eine neue GOÄ auch seitens der Bundesärztekammer. Diese ablehnende Haltung war für mich schon immer unverständlich. Dann sollen halt die PKVen das Recht erhalten, auch Verträge mit Ärzten und Zahnärzten abzuschließen, wäre doch interessant zu sehen, ob sich dann auch die GOZ in großen Teilen weiterhin unterhalb des BEMA einpendelte, wie dies aktuell der Fall ist. In Zeiten des Ärztemangels ist diese Ablehnung erst recht unverständlich.

Die fehlende Steigerungsfunktion soll durch Zuschläge teilweise ersetzt werden, von denen die GOÄneu umfangreich Gebrauch macht. In der GOÄ sind nur 1,8 Prozent aller Gebührensätze Zuschlagsätze, in der GOÄneu sollen es 23,7 Prozent werden.

Es lohnt sich, beide Gebührenordnungen in ihren Strukturen zu vergleichen. Die erste Tabelle enthält zunächst die groben Rahmendaten.

	GOÄ	GOÄneu	Zuwachs
Gebührensätze	2792	4200	50,43 %
Zuschlagsätze	52	1306	2411,54 %
Gesamt	2844	5506	93,60 %

Die GOÄneu enthält die nachstehend gelisteten Kapitel (ein Kapitel A gibt es auch, es enthält aber keine Gebührenziffern). In der Tabelle sind auch die Gebührenziffern pro Kapitel mit

jeweils erster und letzter GOP angegeben, ferner, wie viele davon auf Gebührenziffern und wie viele auf Zuschlagsziffern entfallen.

Kapitelbezeichnung	GOP von	bis	Anzahl GOP	Anzahl Zuschläge
Kapitel B Grundleistungen Allgemeinmedizin	1	504	82	20
Kapitel C Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	600	1526	239	155
Kapitel D Anästhesieleistungen, Palliativmedizin und Schmerzmedizin	1600	1825	41	37
Kapitel E Physikalisch-medizinische Leistungen	1900	2718	77	3
Kapitel F Innere Medizin und sonstige nichtoperative Leistungen	2800	4226	223	171
Kapitel G Neurologische, psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Leistungen	4300	4528	113	16
Kapitel H Gynäkologie und Geburtshilfe	4600	4779	87	16
Kapitel I Leistungen der konservativen Augenheilkunde	4800	4871	66	5
Kapitel J Leistungen der konservativen Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie	4900	5017	82	32
Kapitel K Leistungen der konservativen Urologie	5100	5123	18	6
Kapitel L Chirurgie				
Allgemeine Bestimmungen	5200	5205	0	6
I. Plastische Chirurgie, Oberflächenchirurgie, Replantationschirurgie	5500	7458	204	95
II. Operative Orthopädie und Traumatologie	7500	7801	262	39
III. Arthroskopien	7900	7955	43	13
IV. Endoprothetik	8000	8177	115	63
V. Neurochirurgie	8300	8386	75	13
VI. Wirbelsäulenchirurgie	8500	8596	45	52
VII. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	8700	8841	79	63
VIII. Halschirurgie	8900	8939	22	18
IX. HNO-Chirurgie	9000	9180	125	56
X. Thoraxchirurgie	9300	9417	68	50
XI. Herzchirurgie	9500	9639	116	24
XII. Gefäßchirurgie	9700	9830	97	34
XIII. Operative Gynäkologie	9900	9998	78	21
XIV. Operative Urologie	10100	10278	129	50
XV. Operative Augenheilkunde	10300	10394	68	27
XVI. Hernienchirurgie	10500	10540	24	17
XVII. Viszeralchirurgie	10600	10819	109	108
XVIII. Operative Proktologie	10900	10961	42	20
Kapitel M Ärztliche Laboratoriumsleistungen	11000	12981	1151	1
Kapitel N Zell- und gewebebasierte Leistungen	13000	13122	39	5
Kapitel O Leistungen der Strahlendiagnostik, Magnetresonanztomografie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	13200	13643	238	68
Kapitel P Sektionsleistungen	13700	13703	4	0
Kapitel R Rehabilitationsmedizinische Leistungen	13800	13803	4	0
Kapitel S Sonstige Leistungen	13900	13938	35	2

Eine Zuschlagsziffer darf nur abgerechnet werden, wenn eine zuschlagsfähige Grundziffer abgerechnet wird (§ 4 Abs. 1 S. 4 GOÄneu). Es fällt deshalb besonders auf, dass die Anästhesie (Kapitel D) fast so viele Zuschlagsziffern wie Grundziffern enthält und die Wirbelsäulenchirurgie (Kapitel L V) mehr Zuschlagsziffern als Grundziffern. Auch das Verhältnis der Grundziffern zu den Zuschlagsziffern in der Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie (Kapitel L VII – 79:63) ist überraschend.

Aufschlussreich ist eine Analyse derjenigen Abschnitte der GOÄ, die in ihrer Gliederung mit der GOÄneu vergleichbar geblieben sind. Für den Vergleich wurden in der nachstehenden Tabelle die in der GOÄneu in konservativ und operativ auseinandergezogenen Fächer wieder zusammengerechnet. Es ergibt sich folgende Übersicht:

Betrachtet man die absoluten und die relativen Zahlen, dann fällt aus zahnmedizinischer Sicht die starke Ausweitung der mundkiefer-gesichtschirurgischen Leistungen auf.

3. Anpassung an die wirtschaftlichen Verhältnisse

Der Verbraucherpreisindex stieg nach den Daten des Statistischen Bundesamtes (2020=100) zwischen 1991 und 2024 von 61,9 auf 119,3 und damit um 57,4 Basispunkte. Für die Zeit davor wurde der Verbraucherpreisindex nicht ermittelt. Die Zäsur kam mit der Wiedervereinigung 1990, sodass es schwierig ist, die vorhandenen Daten zu den Lebenshaltungspreisindizes vor 1991 in den Verbraucherpreisindex umzurechnen.

Versucht man es dennoch, kommt man auf einen Wert von ca. 14 Basispunkten, sodass der Ausgangsindex für 1982 sogar bei nur 47,9 liegen könnte (und die Steigerung demzufolge bei 71,4 Basispunkten).

Hätte man den Punktwert der GOÄ wenigstens in diesem Zeitraum ab 1991 um die 57,4 Basispunkte verändert, müsste er heute statt bei 11,4 DPf bei 21,97 DPf = 11,233719 Cent liegen. Stattdessen liegt er bei 5,828727 Cent.

Kapitel	GOÄ	GOÄneu	Veränderung
B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen	64	102	59,38%
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen	174	394	126,44%
D. Anästhesieleistungen	33	78	136,36%
E. Physikalisch-medizinische Leistungen	43	80	86,05%
F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie	137	394	187,59%
G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	44	129	193,18%
H. Geburtshilfe und Gynäkologie	103	202	96,12%
I. Augenheilkunde	132	166	25,76%
J. Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	153	295	92,81%
K. Urologie	133	203	52,63%
VIII. Neurochirurgie	79	88	11,39%
IX. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	51	142	178,43%
X. Halschirurgie	9	40	344,44%
XII. Thoraxchirurgie	37	118	218,92%
XIII. Herzchirurgie	33	140	324,24%
XI. Gefäßchirurgie	52	131	151,92%
XV. Hernienchirurgie	9	41	355,56%
XIV. Ösophaguschirurgie, Abdominalchirurgie	91	217	138,46%
M. Laboratoriumsuntersuchungen	921	1152	25,08%
N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik	15	44	193,33%
O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomografie und Strahlentherapie	207	306	47,83%
P. Sektionsleistungen	9	4	-55,56%

Wer das nachrechnen will, muss beachten, dass die Indextabelle nicht mit Prozentzahlen verwechselt werden darf. Geht man von 1982 aus, dann müsste der Wert heute bei ca. 14,517060 Cent liegen.

Die nachstehende Tabelle rechnet den Anpassungsbedarf in die Änderung der Steigerungsfaktoren um:

	11,233719 Cent	14,517060 Cent
Steigerungsfaktor 1,0	1,93	2,49
Steigerungsfaktor 2,3	4,43	5,73
Steigerungsfaktor 3,5	6,75	8,72

Man darf sich in Anbetracht der langen Zeiträume die Frage stellen, wie das in der GOÄneu abgebildet werden soll.

Antwort: Offenbar gar nicht.

Das soll ein Blick auf die Vergütungsspannen von GOÄ und GOÄneu zeigen:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Mindestvergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchstvergütung	524,59 €	1.206,55 €	1.836,05 €	6.023,30 €
Median	22,12 €	34,19 €	45,90 €	90,00 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 4,074-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Nimmt man die jeden Vergleich besonders verzerrenden Laborziffern des Abschnitts M aus den Datensätzen heraus, ergibt sich folgender Median:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Median	34,97 €	74,27 €	113,03 €	164,46 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspräche der Median der GOÄneu immerhin dem 4,7-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ. Die Vergleichsmaßstäbe werden allerdings dadurch stark verzerrt, dass die GOÄ im Einzelsatz keine einzige Gebührenposition über mehr als 525 Euro kennt, die GOÄneu aber 321 mit einem Gebührensatz von mehr als 1.000 Euro, davon 56 mehr als 2.000 Euro.

Verzerrt werden die Gebührenordnungen, vor allem die GOÄneu, auch durch die zahllosen Zuschläge.

Reduziert man beide Gebührenordnungen um die Leistungen des Abschnitts M (Labor), die Zuschläge und für die GOÄ um alle im Einzelsatz mit mehr als 300 Euro bewerteten 46 Gebührenziffern und für die GOÄneu um alle mit mehr als 1.000 Euro bewerteten Gebührenziffern, dann erscheint ein Vergleich der medianen Leistungsbewertung zwischen beiden Gebührenordnungen plausibel machbar.

Die Zuschlagsziffern können deshalb außer Betracht gelassen werden, weil es Aufgabe einer jeden privatärztlichen Gebührenordnung ist, die jeweilige Grundleistung sachgerecht zu bewerten.

Mit der Beschränkung auf diese Vergütungsspannen werden die ganzen hochpreisigen und in aller Regel nur stationär zu erbringenden Leistungen in der Betrachtung ausgeschlossen. Der Vergleich beschränkt sich auf den vor allem für die niedergelassenen Ärzte wichtigen Bereich.

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Anzahl GOPs	1826			3874
Mindestvergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchstvergütung	297,27 €	683,71 €	1.040,43 €	999,41 €
Median	32,29 €	74,27 €	113,03 €	69,26 €

Rechnet man die Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 2,145-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Will man den Vergleichsbereich noch weiter kürzen auf die 1.713 GOÄ-Ziffern unter 200 Euro (ohne Zuschläge und Labor), dann verbessern sich die Medianwerte im Vergleich zur GOÄneu nur wenig:

	GOÄ 1,0	GOÄ 2,3	GOÄ 3,5	GOÄneu
Anzahl GOPs	1826			3874
Mindestvergütung	0,17 €	0,40 €	0,61 €	0,20 €
Höchstvergütung	197,87 €	455,10 €	692,54 €	999,41 €
Median	29,14 €	63,38 €	96,49 €	69,26 €

Rechnet man diese Werte aus, dann entspricht der Median der GOÄneu dem 2,377-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

Egal, wie man rechnet, von dem rechnerischen Normalergebnis bei regelmäßiger Anpassung an die wirtschaftliche Entwicklung ist die GOÄneu weit entfernt.

4. Punktwert als Maßstab?

Warum muss man den Punktwert als Maßstab heranziehen? Weil es in der Begründung zur GOZ 1988 heißt:

„Im neuen System der Gebührenbemessung sollen die Steigerungssätze nicht mehr die Funktion haben, die wirtschaftliche Entwicklung aufzufangen; diese Funktion hat nach der neuen GOÄ der Punktwert übernommen“ (BR-Drucksache 276/87 vom 26.6.1987, S. 49).

Der Punktwert der GOÄ wurde zwischen 1982 und 2025 nur einmal 1996 angepasst (um 3,64 Prozent), der Punktwert der GOZ wurde seit 1988 überhaupt nicht mehr angepasst. Das ist weder vom wirtschaftlichen Ergebnis noch vom rechtlichen Ausgangspunkt her belanglos. Das System der Gebührenordnung wurde seitdem nicht geändert – und damit steht fest, dass den Ärzten und Zahnärzten seit 43 bzw. 37 Jahren die Anpassung der Privatleistungsvergütung an die wirtschaftlichen Verhältnisse verwehrt wird.

5. Relationierung der Gebührenbewertungen

Die GOÄneu hat die Aufgabe einer Neubeschreibung und Neubewertung der privatärztlichen Leistungen. Man sollte annehmen, dass nach 43 Jahren Nichtstun die Neubeschreibung zu ganz-zahligen Euro-Beträgen führen würde. Das Gegenteil ist der Fall, sodass sich die Frage stellt, wie eigentlich gerechnet wurde.

Die am höchsten bewertete Leistungsziffer der GOÄneu ist die GOP 10717 (Darmtransplantation). Die GOÄ kennt diese Leistung

nicht. Wie kommt man gerade auf den Betrag von 6.023,30 Euro und nicht einfach auf 6.000 oder 6.100 Euro?

Wie muss man sich erklären, dass die GOÄneu ungeachtet der Neuheit vieler Leistungen nur 187 Grundziffern (4,45 Prozent) kennt, die auf einen vollen Euro-Betrag enden?

Alle anderen 4.013 Grundziffern und die allermeisten Zuschlagsziffern enden auf Centbeträge, für die sich keine, schon gar keine plausible Erklärung findet.

Wie kommt man z. B. bei der Nr. 1508 (271,01 Euro für eine Polygrafie bei einem Kind bis zum vollendeten 3. Lebensjahr) oder der Nr. 2930 (6,99 Euro für die Datenerfassung, Analyse und Sichtung von ggf. auftretenden Warnmeldungen (Datenmanagement) mittels kardialer Aggregate telemetrisch übertragener Daten im Rahmen eines Telemonitorings bei chronischer Herzinsuffizienz) oder der Nr. 3083 (525,99 Euro für die Implantation eines elektrodenlosen Schrittmachers), die alle kein Pendant in der GOÄ aufweisen, auf die Cent-Beträge?

Wie hat man gerechnet? Nahm man den Einzelhandel zum Vorbild für die Preisgestaltung? Das muss die Bundesärztekammer erklären können – und von sich aus aufklären. Ohne diese Aufklärung muss man wohl von einem Würfelspiel bzw. „türkischem Bazar“ ausgehen.

6. Beispiele

GOÄ und GOÄneu zu vergleichen ist vielfach schwierig, weil sich die Bundesärztekammer bei vielen Leistungen für eine andere Beschreibungssystematik entschieden hat.

Aber für genügend aussagekräftige Leistungen lässt sich der Vergleich herstellen.

Als erstes Beispiel will ich die Nr. 1 GOÄ nehmen, die es auch in der GOÄneu gibt:

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	4,66 €	10,72 €	16,32 €	1	- Persönliche Beratung durch den Arzt, Dauer unter zehn Minuten - Die Leistung nach Nummer 1 ist neben der Leistung nach Nummer 2 nicht berechnungsfähig	14,11 €
1	Beratung – auch mittels Fernsprecher	4,66 €	10,72 €	16,32 €	2	- Persönliche Beratung durch den Arzt, je vollendete zehn Minuten - Die Leistung nach Nummer 2 ist je Kalendertag bis zu fünfmal berechnungsfähig. - Die Leistung nach Nummer 2 ist neben der Leistung nach Nummer 1 nicht berechnungsfähig. - Die genaue Dauer der Gesprächsleistung(en) ist in der Rechnung anzugeben.	21,21 €



© Masterlevsha/Shutterstock.com

Die GOÄneu differenziert die bisherige Ä1 in acht Gebührenziffern (u. a. Palliativmedizin, Reisemedizin). Aber die Grundziffer wird nur in die Nrn. 1 und 2 differenziert. Der Unterschied liegt allein in der Zeitdauer. Bis zehn Minuten gibt es 14,11 Euro, ab zehn Minuten bis zu 5x 21,21 Euro. Mehr gibt es nicht, auch wenn die Beratung lange Zeit in Anspruch nimmt. Das Stundenhonorar für die sprechende Privatmedizin beträgt also maximal 106,05 Euro.

länder im Jahr 2022 mit 403 Euro pro Behandlungsstunde und in den neuen Bundesländern mit 375 Euro pro Behandlungsstunde (S. 111) an. Es ist nicht sehr wahrscheinlich, dass die erforderlichen Honorarumsätze der Ärzte nur bei einem Drittel dieses Wertes liegen. Also ist die Schlussfolgerung, dass die sprechende Medizin in der GOÄ unverändert massiv unterhonoriert bleiben soll, zwingend. Fragt sich nur, warum, nachdem für gerade diesen Bereich seit Jahrzehnten die Unterfinanzierung beklagt wird.

Die Nr. 2 der GOÄneu zeigt gleichzeitig ein Problem auf, das sich durch den gesamten Entwurf zieht: der bürokratische Mehraufwand, den die GOÄneu für die Praxen mit sich brächte (s. dazu näher unter Ziffer 10.10). Dass die Bundesärztekammer seit Langem vom Gesetzgeber Bürokratieabbau im Gesundheitswesen fordert, ist in Anbetracht der Bürokratieausweitung, welche die GOÄneu mit sich brächte, bereits heute ein Treppenwitz.

Die sprechende Medizin findet vor allem auch in der Psychiatrie/ Psychotherapie statt.

Bei Erwachsenen kann nach Nr. 4401 für die psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Untersuchung je vollendete 15 Minuten ein Betrag von 37,56 Euro abgerechnet werden. Das ergibt ein Stundenhonorar von 150,24 Euro, bei Patienten unter 21 Jahren sind es nach Nr. 4403 immerhin 173,48 Euro. Aber für die entsprechende Anamnese bei diesem Personenkreis gibt es nach Nr. 4404 nur 109,04 Euro, sofern diese mindestens 45 Minuten dauert.

Als drittes Beispiel sei die Nr. 4 GOÄ/12 GOÄneu angeführt:

Zum Vergleich: die KZBV gibt im Jahrbuch 2024 den Honorarumsatz der Zahnärzte (ohne Fremdlabor) für die alten Bundes-

Die Neubewertung erfolgt zum 2,41-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ.

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
4	- Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken - Die Leistung nach Nummer 4 ist im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig. - Die Leistung nach Nummer 4 ist neben den Leistungen nach den Nummern 30, 34, 801, 806, 807, 816, 817 und/oder 835 nicht berechnungsfähig.	12,82 €	29,49 €	44,88 €	12	- Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken oder einen zu Beratenden und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en), im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken oder einer Beratung zur Prävention - Die Leistung nach Nummer 12 kann in begründeten Einzelfällen telefonisch erbracht werden. Die Begründung ist in der Rechnung anzugeben. - Die Leistung nach Nummer 12 ist nicht berechnungsfähig, wenn sie während einer anderen Beratungsleistung erbracht wird.	30,88 €

Als viertes Beispiel sei die Nr. 7 GOÄ/17 GOÄneu gezeigt:

GOÄ					GOÄneu		
Nr.	Legende	1,0	2,3	3,5	Nr.	Legende	Vergütung
7	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)	9,33 €	21,45 €	32,61 €	17	Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme: das gesamte Hautorgan, die Stütz- und Bewegungsorgane, alle Brustorgane, die Mammae, alle Bauchorgane, der gesamte weibliche Genitaltrakt (ggf. einschließlich Nieren und ableitender Harnwege)	25,44 €

Die Neubewertung erfolgt zum 2,73-fachen Steigerungsfaktor der GOÄ. An der Geringschätzung und -bewertung der klassischen Medizin ändert die GOÄneu also nichts.

7. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in der GOÄneu

sammen also 142 Gebührenscheffern werden. Diese Zunahme um 178,43 Prozent ist schon sehr bemerkenswert.

Die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie soll durch die GOÄneu eine massive Ausweitung in den Leistungsziffern erfahren. Aus 51 GOPs der GOÄ sollen 79 GOPs und 63 Zuschlagsziffern, zu-

In der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie gibt es im Vergleich zur GOÄ teilweise sehr niedrige, teilweise sehr hohe Neubewertungen.

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄneu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ neu-Betrag	Steigerungsfaktor GOÄ: GOÄneu
2699	Anlegen und Fixation einer Schiene am gebrochenen Ober- oder Unterkiefer	128,23 €	294,93 €	448,81 €	8705	Anlegen und Fixation einer oder mehrerer Schiene(n), von dental getragenen Verankerungselementen oder Insertion von MMF-Schrauben im verletzten Ober- oder Unterkiefer, je Kieferhälfte	224,91 €	1,8
2700	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte) am Ober- oder Unterkiefer oder bei Kieferklemme	20,40 €	46,92 €	71,40 €	8711	Anlegen von Stütz-, Halte- oder Hilfsvorrichtungen (z. B. Verbandsplatte, Pelotte, 3D-geprintete Positioning-Guides) am Ober- oder Unterkiefer	70,08 €	3,4
2702	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen oder Stützapparaten – auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten –, je Kiefer	17,49 €	40,22 €	61,20 €	8713	Wiederanbringung einer gelösten Apparatur oder kleine Änderungen, teilweise Erneuerung von Schienen, z. B. maxillomandibuläre Fixation durch Drahtcerclagen oder Gummis, oder Stützapparaten (auch Entfernung von Schienen oder Stützapparaten), je Kieferhälfte	40,85 €	2,3
2642	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, je Kieferhälfte	107,83 €	248,01 €	377,41 €	8730	Operative Verlagerung des Unterkiefers bei Dysgnathie, ggf. einschließlich	798,67 €	7,4

2655	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste oder eines ausgedehnten Kieferdefektes, über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich, durch Zystektomie, je zusammenhängendem Defekt	55,37 €	127,36 €	193,81 €	8745	Operation einer ausgedehnten Kieferzyste oder eines ausgedehnten Kieferdefektes, über mehr als drei Zähne oder vergleichbarer Größe im unbezahnten Bereich, durch Zystektomie, je zusammenhängendem Defekt	183,21 €	3,3
2660	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung, als selbstständige Leistung	23,31 €	53,62 €	81,60 €	8750	Operative Behandlung einer konservativ unstillbaren Blutung im Mund-Kiefer-Bereich durch Freilegung und Abbinden oder Umstechung des Gefäßes oder durch Knochenbolzung	2660	4,4
2670	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	29,14 €	67,03 €	102,00 €	8751	Operative Entfernung eines Schlotterkammes oder einer Fibromatose größeren Umfanges über mindestens drei Zähne als selbstständige Leistung, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	102,65 €	3,5
2677	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich, als selbstständige Leistung	40,80 €	93,84 €	142,80 €	8752	Submuköse Vestibulumplastik, je Kieferhälfte oder Frontzahnbereich	185,49 €	4,5
2694	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je Fraktur	26,23 €	60,33 €	91,80 €	8796	Operative Entfernung von Osteosynthesematerial aus einem Kiefer- oder Gesichtsknochen, je zuvor osteosynthetisch versorgter Frakturspalte	214,57 €	8,2

Andere Leistungen wie die GOÄ 2650 sollen ersatzlos entfallen, obwohl sie sowohl zur BEMA- wie zur GOZ-Abrechnung gebraucht werden. Dafür enthält die GOÄneu in Nr. 8823 ein Pendant zur Nr. 9010 GOZ:

Die gezeigten Beispiele im Bereich der zahnheilkundlichen Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie betreffen Leistungen, in denen heute regelmäßig der 3,5-fache Steigerungsfaktor abgerechnet oder eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOZ/GOÄ abgeschlossen

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄ-neu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ-neu-Betrag	Steigerungsfaktor GOÄ: GOÄneu
9010	Implantatinserktion, je Implantat Präparieren einer Knochenkavität für ein enossales Implantat, Einsetzen einer Implantatschablone zur Überprüfung der Knochenkavität (z. B. Tiefenlehre), gegebenenfalls einschließlich Knochenkondensation, Knochenglättung im Bereich des Implantats, Einbringen eines enossalen Implantats einschließlich Verschluss-schraube und gegebenenfalls Einbringen von Aufbauelementen bei offener Einheilung sowie Wundverschluss	86,89 €	199,86 €	304,13 €	8823	Einbringen von Implantaten an einem Gesichtsteil, je Implantat	268,77 €	3,1

wird. Wie man auf die Idee kommt, sie unterhalb dieses Steigerungsfaktors zu relationieren, ist auch zu erklären und zu begründen.

Ein Ausgleich der wirtschaftlichen Verhältnisse findet nicht statt.

8. Strahlendiagnostik

Im Bereich der Strahlendiagnostik lässt sich ein Vergleich der bisherigen Leistungen mit den Leistungen der GOÄneu einfach herstellen.

GOÄ 1996	GOÄ 1996-Leistungslegende	Betrag (1,0)	Betrag (2,3)	Betrag (3,5)	GOÄ-neu	GOÄneu-Leistungslegende	GOÄ-neu-Betrag	Steigerungsfaktor GOÄ: GOÄneu
5000	Zähne, je Projektion Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, so darf die Leistung nach Nummer 5000 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnet werden.	2,91 €	5,25 €	7,29 €	13201	Röntgenaufnahme von Zähnen, je Projektion Werden mehrere Zähne mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13201 nur einmal und nicht je aufgenommenem Zahn berechnungsfähig.	8,68 €	3,0
5002	Panoramaaufnahme(n) eines Kiefers	14,57 €	26,23 €	36,43 €	13203	Panoramaschichtaufnahme eines Kiefers Die Leistung nach Nummer 13203 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.	26,01 €	1,8
5004	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer	23,31 €	41,97 €	58,29 €	13202	Panoramaschichtaufnahme der Kiefer Die Leistung nach Nummer 13202 ist im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff am Operationstag bis zu dreimal berechnungsfähig.	39,13 €	1,7
5090	Schädel-Übersicht, in zwei Ebenen	23,31 €	41,97 €	58,29 €	13217	Schädelübersichtsaufnahme, ggf. in zwei Ebenen	24,91 €	1,1
5095	Schädelteile in Spezialprojektionen, je Teil	11,66 €	20,98 €	29,14 €	13218	Röntgenaufnahme von Schädelteilen in Spezialprojektionen, je Teil Werden mehrere Schädelteile mittels einer Röntgenaufnahme erfasst, ist die Leistung nach Nummer 13218 nur einmal und nicht je aufgenommenem Schädelteil berechnungsfähig. Die untersuchten Schädelteile sind in der Rechnung anzugeben.	29,18 €	2,5
5098	Nasenbenhöhlen – gegebenenfalls auch in mehreren Ebenen –	15,15 €	27,28 €	37,89 €	13219	Röntgenaufnahme(n) von Nasenbenhöhlen Die Leistung nach Nummer 13219 ist auch bei Aufnahmen in mehreren Ebenen nur einmal berechnungsfähig.	27,61 €	1,8
5370	Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des craniozervikalen Übergangs –	116,57 €	209,83 €	291,44 €	13315	Tomografie im Kopfbereich, ggf. einschließlich der Untersuchung des craniozervikalen Übergangs. Die Leistung nach Nummer 13315 ist nicht neben der Leistung nach Nummer 13314 berechnungsfähig. Von den Leistungen nach Nummer 13315, 13316, 13317, 13318 und 13319 sind maximal drei Leistungen pro Kalendertag berechnungsfähig.	223,40 €	1,9
5370+ 5377	Computergesteuerte Tomografie im Kopfbereich – gegebenenfalls einschließlich des craniozervikalen Übergangs –	173,20 €	255,97 €	348,07 €	13400	Digitale Volumentomografie eines Kiefertils, ggf. einschließlich anschließender 3D-Rekonstruktion	139,90 €	0,8

Ein Ausgleich der wirtschaftlichen Verhältnisse findet sich auch hier nicht. Man fragt sich nicht nur an dieser Stelle, ob seitens der Bundesärztekammer wenigstens hierzu eine Abstimmung zumindest mit der Bundeszahnärztekammer stattgefunden hat. Dem Vernehmen nach soll dies nicht der Fall gewesen sein.

9. Wegegeld und Reiseentschädigung

Wegegeld und Reiseentschädigung sind eigentlich die Ausgabenposten, die jährlich an die Preisentwicklung angepasst gehören, weil sich diese Kosten jährlich erhöhen. Der Entwurf der GOÄneu vom 12.9.2024 sieht hierfür in den §§ 8 und 9 dieselben Entschädigungssätze vor wie der Entwurf vom 18.4.2017 und der Entwurf vom 12.8.2015. Und die wiederum sind aus § 8 GOZ 2012 entnommen.

Die Bundesärztekammer sieht offenbar kein Problem darin, die im Jahre 2011 in der GOZ festgelegten Wegegelder und Reiseentschädigungen für die Jahre ab 2024 unverändert in die GOÄ zu übernehmen. Der Verbraucherpreisindex stieg von Ende 2011 auf Ende 2024 um 29,3 Basispunkte resp. 32,56 Prozent.

Auch hier darf man bei einem Blick in die GOT „neidisch“ werden. Der Zahnarzt erhält bei der Fahrt in einem Radius ab Praxis bis zu 2 km ein Wegegeld von 4,30 Euro, bei Nacht von 8,60 Euro (§ 8 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 GOZ). Ein Radius von 2 km entspricht in der Realität nur in seltensten Fällen einer Fahrtstrecke von nur 2 km.

Der Tierarzt erhält nach § 10 Abs. 2 S. 1 GOT pro Doppelkilometer 3,50 Euro, mindestens aber 13 Euro. Beim Tierarzt kommt es auf die Fahrtstrecke, nicht auf den Radius an. Ein Radius von 2 km ergibt in der Fahrtstrecke wenigstens 2 km (meist deutlich mehr).

Das bringt für den Tierarzt im ungünstigsten Fall 7,00 Euro Wegegeld – und wenn nichts hinzukommt, bekommt er den Mindestsatz von 13 Euro. Muss der Tierarzt – jeweils bedingt durch widrige Verkehrsverhältnisse – Strecken zu Fuß zurücklegen oder sind die Fahrten besonders aufwendig, dann darf das Wegegeld bis zum Dreifachen gesteigert werden (§ 10 Abs. 2 S. 3 GOT). Das sind dann bis zu 39 Euro im Mindestsatz.

Worin liegt der rechtfertigende Grund für eine solche Ungleichbehandlung? Ist die Fahrt zum Hausbesuch bei Tieren anstrengender als bei Menschen?

10. Allgemeiner Teil der GOÄneu

Die Kritik der Ärzteverbände an der GOÄneu richtet sich derzeit vor allem gegen den Allgemeinen Teil (Paragrafenteil).

Die Kritik ist berechtigt. Es erstaunt schon sehr, dass die Bundesärztekammer in all den Jahren, in denen der Allgemeine Teil jetzt

vorliegt (und das sind schon mindestens zehn Jahre), daran nicht gearbeitet und diesen entschlackt und verbessert hat, sondern stattdessen vor allem neue Bürokratie generieren will.

10.1 Wirtschaftliche Aufklärung (§ 1 GOÄ)

§ 1 Abs. 2 GOÄ soll um einen dritten Satz erweitert werden, der inhaltlich an § 630c Abs. 3 BGB angelehnt ist, in seinen Vorgaben aber darüber hinausgeht, wie sich anhand der nachstehenden Synopse leicht zeigen lässt:

§ 630c Abs. 3 BGB	§ 1 Abs. 2 S. 3 GOÄneu
Weiß der Behandelnde, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren. Weitergehende Formanforderungen aus anderen Vorschriften bleiben unberührt.	Rechtzeitig vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärzte die Patienten in Textform über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist; Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO sind zu beachten.

Was hat diese Vorgabe in einer Gebührenordnung zu suchen, nachdem sie für alle Patientenbehandlungen schon im BGB normiert ist?

Wieso sollten sich der Behandler auch noch darum kümmern müssen, ob es zu bestimmten Themen „Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO“ (s. dazu unten Ziffer 10.11) gibt?

Gibt es nicht schon genug Bürokratie in Arztpraxen und Kliniken? Oder stammt der Text des § 1 Abs. 2 S. 3 GOÄneu noch aus der Zeit vor Inkrafttreten des § 630c Abs. 3 BGB am 26.2.2013?

10.2 Honorarvereinbarung (§ 2 GOÄneu)

Die gute Nachricht vorweg: Die Honorarvereinbarung wird ungeachtet der Abkehr von den Steigerungsfaktoren zugunsten sog. robuster Einzelsätze nicht aufgegeben.

Die schlechte Nachricht dazu: Sie wird so ausgestaltet, dass der mit ihr verbundene Aufwand für viele Praxen sie uninteressant machen dürfte – und das ist wohl auch die Zielsetzung.

Die Unterschiede zwischen beiden Normen sind der nachstehenden Synopse zu entnehmen.

§ 2 GOÄ	§ 2 GOÄneu
(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 S. 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 S. 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.	(1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe ausschließlich durch Steigerung des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes festgelegt werden. Für Leistungen nach den Kapiteln E, M, N und O sowie für Leistungen nach § 24b Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch im Falle eines nach den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 des Strafgesetzbuchs vorgenommenen Abbruchs einer Schwangerschaft ist eine Vereinbarung nach Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, stationsäquivalenten, tagesstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen sowie Wahlleistungen im Rahmen einer speziellen sektorengleichen Vergütung des Krankenhauses eine Vereinbarung nach Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen	(2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Information und Aufklärung über die Abweichung der Gebührenhöhe im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem rechtzeitig vor Erbringung der Leistung des Arztes schriftlich zu treffen. Die Vereinbarung muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz, dem Steigerungsgrund und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht oder nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen eine Kopie der Vereinbarung auszuhändigen.
(3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.	(3) Die berufsrechtlichen Regelungen bleiben hiervon unberührt.

§ 2 Abs. 1 S. 1 GOÄneu will auch künftig nicht zulassen, dass sich Behandler und Patient auf eine andere Form der Vergütung, insbesondere auf ein Stundenhonorar einigen können.

§ 2 Abs. 2 S. 1 GOÄneu wäre ebenfalls eine deutliche Verschärfung, anknüpfend an eine seit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 25.10.2004 – 1 BvR 1437/02 – eigentlich überholte Rechtsprechung. Satz 1 enthält in verkappter Form wieder die Forderung nach einem individuellen Aushandeln (z. B. OLG Nürnberg, 28.4.1994 – 8 U 3123/93 –). Die Forderung nach einem persönlichen Informations- und Aufklärungsgespräch zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem (das ist nicht zwangsläufig der Patient) ist in Zeiten der Digitalisierung anachronistisch.

Satz 2 verlangt, dass in der Vereinbarung ein Steigerungsgrund angegeben wird. Der Begriff wird nicht erläutert. Vermutlich ist damit die bisher gebräuchliche Begründung des Steigerungsfaktors gemeint. Wozu man in der Gebührenvereinbarung einen Steigerungsgrund anzugeben hat (gestiegene Lebenshaltungskosten, Personalkosten, Mieten, Unzufriedenheit mit der Honorierung etc.), ist erklärungsbedürftig, auch warum man auf Steigerungsfaktoren seitens der Bundesärztekammer verzichtet, aber sie dann wieder für die Honorarvereinbarung heranzieht. Eine Erklärung dazu gibt es nicht.

Schließlich verweist der neu gefasste dritte Absatz auf die berufsrechtlichen Regelungen. Was damit gemeint sein soll, ist ebenfalls unklar. Soll die in § 12 Abs. 1 S. 1 MBO-Ä enthaltene Verpflichtung zur Forderung „angemessenen“ Honorars ein weiterer Prüfstein für die Wirksamkeit der Honorarvereinbarung werden?

Das würde sie noch unattraktiver machen.

Der Abschluss einer Gebührenvereinbarung nach § 2 GOÄ soll auch in der Honorarrechnung besonders hervorgehoben werden. § 10 Abs. 1 S. 3 Nr. 7 GOÄneu enthält dazu folgende Vorgabe:

„bei Abschluss einer abweichenden Vereinbarung nach § 2 die Angabe der hiervon betroffenen Gebührennummern und der vereinbarten Steigerungssätze unter Beifügung einer Kopie der Vereinbarung“.

Das muss man nicht kommentieren. Bisher sind die PKVen ohne Kopien ausgekommen. Nirgendwo bei den freien Berufen wird bei der Honorarabrechnung die Übersendung der Gebührenvereinbarung verlangt.

Auch hier bleibt die Frage: Wie kommt die Bundesärztekammer auf so eine Idee?

10.3 Gebühren (§4 GOÄneu)

§4 Abs. 1 S. 2 GOÄneu übernimmt wörtlich den Text aus Abschnitt I Ziffer 2.1 S. 1 des EBM. Darauf sei hingewiesen, weil der Vorwurf der EBMisierung des GOÄ bereits im Raum steht, und das nicht zu Unrecht – und sich der Kreis zu den in der Einleitung zitierten Vorgängen aus 2013 schließen könnte.

Der dritte Satz ist eine im Grunde sinnvolle Klarstellung für den Fall des Behandlungsabbruchs.

Die neu vorgesehenen Absätze 2a–2c betreffen den Bereich der wahlärztlichen Leistungen, mit einer weit hinter den aktuellen Möglichkeiten zurückbleibenden Einschränkung für Vertreter des Wahlarztes. Die Vertretung soll nur „durch einen einzigen anderen in der Wahlleistungsvereinbarung benannten Arzt desselben Fachgebietes erbracht werden, der die hierfür erforderliche Qualifikation wie der Wahlarzt erfüllt“ (Abs. 2a S. 2, Abs. 2b S. 1).

Diese Einschränkung ist umso erstaunlicher, als die GOÄneu durch die Einführung vieler neuer hochpreisiger Leistungen den stationären Anteil an den abrechenbaren Leistungen (auch in Zeiten der Ambulantisierung) erheblich ausweitet.

Da alle diese Leistungsziffern schon durch die DRGs bzw. künftig durch die Leistungsgruppenvergütung abgedeckt sind, kommen sie nur zum Tragen, wenn Wahlarztvereinbarungen darüber getroffen werden. Wenn das aber erschwert werden soll, dann fragt man sich, wozu man seitens der Bundesärztekammer die GOÄneu überhaupt auf den stationären Bereich zuschneiden will und sich nicht dafür „ins Zeug legt“, dass der ambulante Bereich sachgerecht vergütet wird.

Die Wortkombination „einen einzigen“ hätte man in früheren Zeiten im Deutschaufsatz als schlechten Stil moniert.

10.4 Gebührenhöhe (§5 GOÄneu)

Die bisher textlich sehr umfangreiche zentrale Norm der GOÄ besteht in der GOÄneu nur noch aus zwei Sätzen:

„Die Vergütung für die ärztliche Leistung ergibt sich aus dem für jede Leistung des Gebührenverzeichnisses festgelegten nicht unterschreitbaren Gebührensatz. Die Gebühr wird in Euro angegeben.“

Dass das mit dem „nicht unterschreitbaren“ nicht so ganz richtig ist, wurde schon angedeutet (s. dazu unter Ziffer 10.7).

10.5 Analogleistungen (§6 GOÄneu)

Für die Abrechnung von Analogleistungen will die GOÄneu den 1.1.2018 als Stichtag festsetzen und dazu zugleich vorschreiben, dass sie nach dem Stichtag „erstmalig im Geltungsbereich der GOÄ angewandt“ worden sein müssen.

Das erinnert an §6 Abs. 2 S. 1 GOZ 1988, der für die analoge Abrechenbarkeit forderte, dass die Leistungen „erst nach Inkrafttreten dieser Gebührenordnung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt“ wurden. Diese Einschränkung wurde durch die GOZ 2012 aufgegeben, weil sie „sich nicht bewährt“ hatte (Begründung der Bundesregierung zur GOZ 1988, BR-Drucksache 566/11 vom 21.9.2011, S. 45).

Wie stellt man fest, wann eine ärztliche Leistung erstmals in Deutschland zur Anwendung kam? Soll dazu ein Register aufgebaut werden? Soll es regelmäßige Umfragen zum Leistungsverhalten geben? Sollen Publikationen ausgewertet werden, und falls ja, in welchen Zeitschriften? Reicht aus, dass sich ein Arzt mit einer „neuen selbstständigen Leistung“ auf Social-Media-Kanälen brüstet oder sollte es sich um einen irgendwie fachlich qualifizierten ersten Einsatz handeln?

Wie kommt die Bundesärztekammer auf solche Ideen?

Warum sollte sich ein solches Konstrukt angesichts der rasanten Entwicklung der Medizin und damit des Bedarfs an neuen Analogleistungen nun ausgerechnet bei der GOÄneu bewähren?

Die Abrechnung von Analogleistungen soll durch §6 Abs. 2 S. 2 und 3 GOÄneu durch Bürokratie erschwert werden:

„Der Arzt hat den Patienten rechtzeitig vor Erbringung der Leistung bezogen auf die einzelne Leistung in Textform darüber zu informieren, dass eine nicht im Gebührenverzeichnis aufgenommene Leistung erbracht und gemäß Satz 1 durch Heranziehung einer vergleichbaren Leistung berechnet wird. Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach §11a BÄO zur Analogabrechnung sind zu beachten.“

Der in §6 Abs. 2 S. 1 GOÄneu enthaltene Stichtag 1.1.2018 gibt Anlass zu einer Reihe von Überlegungen. Der hier besprochene Entwurf der GOÄneu hat den Stand vom 12.9.2024.

Wenn Stichtag für die Abrechnung von Analogleistungen der 1.1.2018 sein soll, kann dies aus Gründen der Logik nur bedeuten, dass alle in der GOÄ enthaltenen Leistungen vor diesem Stichtag nicht nur entwickelt, sondern auch eingesetzt wurden.

Das führt dann zu der Schlussfolgerung, dass das Gebührenverzeichnis der GOÄneu zu Beginn des Jahres 2025 bereits mehr als sieben Jahre alt ist. Das ist zwar erst knapp 1/6 des Alters der GOÄ 1982, aber unter einer modernen Gebührenordnung stellt man sich gemeinhin nicht vor, dass diese nur eine schon ziemlich ferne Vergangenheit abbildet.

Dabei gab es seit dem 1.1.2018 doch bedeutende Entwicklungen mit Auswirkungen auf das Gesundheitswesen.

2018 hätte man schon um die Gefahr einer Coronaviruspandemie wissen können, wenn man denn den in der Bundestagsdrucksache 17/12051 vom 3.1.2013 von der Bundesregierung veröffentlichten Bericht zur Risikoanalyse im Bevölkerungsschutz 2012 gelesen hätte (dort insbesondere die Ausführungen S. 5–6 und 55–82 zur „Pandemie durch Virus Modi-SARS“; der das Ganze abrundende Folgebericht vom 12.4.2019, Bundestagsdrucksache 19/9520 wurde vom Deutschen Bundestag erst Tage vor dem ersten Lockdown 2020 zur Kenntnis genommen). Die Erfahrungen seit 2020, die Entwicklungen seit dieser Zeit (z. B. GLP-1-Rezeptoragonisten) finden zwar erst jüngst Eingang in die Allgemeinpresse. Aber die Bundesärztekammer ist nicht die Allgemeinpresse, sollte also vorher reagieren. Mit dem Stichtag 1.1.2018 ist diese Pflicht ersichtlich nicht erfüllt worden.

10.6 Ersatz von Auslagen (§ 10 GOÄneu)

§ 10 GOÄ enthält in Abs. 1 S. 2 GOÄneu die Vorgabe, dass nur die „tatsächlich entstandenen Kosten“ ersetzt werden, was Pauschalierungen verbietet. Von dem Pauschalierungsverbot wird nur für Versand- und Portokosten eine Ausnahme gemacht, „wenn diese den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten entsprechen“ (Satz 3). Diese Wortwahl ist keine Beliebigkeit, sondern legt die Darlegungs- und Beweislast für das Entsprechen der Behandlerseite auf.

Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten sind, sofern in den Gebührensätzen enthalten, nach § 10 Abs. 2 S. 2 GOÄneu nicht gesondert berechnungsfähig. Das heißt im Umkehrschluss, dass Lagerhaltungs- und Entsorgungskosten im Normalfall gesondert abrechnungsfähig sein sollen. Diese Diskussion gab es zur GOZ 1988 auch lange Zeit.

Nach § 4 Abs. 3 S. 1 GOZ 2012 sind diese Kosten aktuell nur im Ausnahmefall gesondert abrechenbar.

10.7 Unterschreitung des Gebührensatzes (§ 11 GOÄneu)

§ 11 GOÄ spielte bisher in der Praxis so wenig eine Rolle, dass die wenigsten die Norm überhaupt kennen dürften. Die GOZ kennt nichts Vergleichbares. Nun soll § 11 Abs. 1 GOÄneu folgenden Wortlaut erhalten:

„Wenn ein Leistungsträger im Sinne des § 12 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches oder ein sonstiger öffentlich-rechtlicher Kostenträger die Zahlung leistet, dürfen abweichend von § 5 Abs. 1 S. 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden. Zudem können die öffentlichen Leistungsträger nach Satz 1 mit der Bundesärztekammer von Satz 1 abweichende Regelungen zur Vergütung von Leistungen nach Satz 1 treffen. Abgeschlossene Vereinbarungen nach Satz 2 sind dem Bundesministerium für Gesundheit sowie der Gemeinsamen Kommission nach § 11a BÄO bekannt zu geben.“

Für die Beihilfe kann vereinbart werden, dass der „nicht unterschreitbare“ Gebührensatz doch unterschritten werden darf. Wozu macht man sich diese Mühe und vereinbart nicht einfach, dass für Beamte der EBM gilt?

Angesichts der im Median ohnehin nicht sonderlich stark angehobenen Gebührensätze der GOÄ kann man doch auf solche Regelungen verzichten. In vielen Fällen ist der EBM heute besser vergütet als die GOÄ, ein Phänomen, das im Verhältnis BEMA – GOZ bekanntlich schon seit vielen Jahren zu beobachten ist.

10.8 Fälligkeit der Rechnung (§ 12 GOÄneu)

Bisher war die Arztrechnung erst fällig, wenn sie den Vorgaben der GOÄ genügte. War das nicht der Fall, konnte sie auch nicht verjähren. Lediglich die Verwirkung der Honorarforderung drohte irgendwann einmal.

Das soll jetzt geändert werden. § 12 Abs. 1 S. 2 GOÄneu will den Arzt zur Rechnungsstellung „innerhalb von sechs Monaten nach der Leistungserbringung“ zwingen.

Wann diese Frist zu laufen beginnt (kommt es auf die gesonderte Abrechenbarkeit einer Einzelleistung an oder gilt das bei langdauernden Behandlungen nicht), ist nicht geregelt, auch nicht, welche Konsequenzen die Fristversäumnis haben soll. Denn Satz 1 knüpft unverändert wie bisher für die Fälligkeit der Honorarforderung an die GOÄ-konforme Abrechnung an. Eine nicht fällige Forderung kann nicht verjähren (§ 199 Abs. 1 Nr. 1 BGB).

10.9 Rechnungsformular (§ 12 und Anlage 2 GOÄneu)

Die Abrechnung soll künftig „maschinenlesbar“ auf einem Formular erfolgen, das den Ärzten vorgegeben wird (§ 12 Abs. 2 S. 1 GOÄneu).

10.10 Schutz der Gesundheitsdaten (§ 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu)

Das Rechnungsformular ist für sich allein kein Aufreger, wohl aber das, was auf der Rechnung alles anzugeben ist. Mindestangaben sollen nach § 12 Abs. 2 S. 3 GOÄneu u. a. sein:

- „1. die für die abgerechneten Leistungen maßgeblichen Diagnosen nach dem amtlichen ICD-Schlüssel in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten Diagnosen im Volltext, sowie bei operativen Leistungen den amtlichen OPS-Code in der jeweils geltenden Fassung oder die unverschlüsselten operativen Leistungen im Volltext; Verdachts- und vorläufige Diagnosen sind nur bis zur Befundabklärung aufzuführen,
2. den Namen des Rechnungsstellers und des behandelnden Arztes, den Namen des Zahlungspflichtigen und der behandelten Person sowie deren Geburtsdatum, das Datum der Rechnungsstellung und das Datum der Erbringung der Leistung, ...“

Dazu muss man eine Vorgabe für im Gebührenverzeichnis der GOÄneu immer wieder auftauchende Zuschlagsziffern für die Behandlung psychisch auffälliger Patienten lesen, z.B. Nr. 37:

„Zuschlag zu den Untersuchungsleistungen sowie den Leistungen der Erst- und Folgeanamnese des Abschnitts B I, die mit einem nicht unterschreitbaren Gebührensatz von mehr als 30,00 EUR bewertet sind, für die Durchführung an einem Kind bis zum vollendeten achten Lebensjahr und/oder bei Patienten mit mangelnder Einsichts- und/oder Mitwirkungsfähigkeit aufgrund einer geistigen und/oder psychischen Erkrankung ...

Die abrechnungsbegründende Diagnose ist in der Rechnung anzugeben.“

Wenn die Abrechenbarkeit an die Diagnosemitteilung in den höchst sensiblen Bereichen des Abschnitts F des ICD-10 knüpft, dann muss man als Arzt die Patienten wohl schon darauf hinweisen, dass hier Kollateralschäden drohen dürften. Für die Versicherer sind die F-Diagnosen von großer Bedeutung für die Beurteilung des individuellen Versicherungsrisikos. Nun will man den Arzt verpflichten, die gesamten Diagnosen, auch die, die der Patient in seiner elektronischen Patientenakte sperren möchte, den Versicherern und Beihilfebehörden offenzulegen.

Das ist dann

- Bürokratieabbau und
- Gesundheitsdatenschutz?

Die Datenschutzbeauftragten haben das sicher noch nicht gesehen.

10.11 Gemeinsame Kommission (§ 11a BÄO)

Aus drei Erwähnungen in der GOÄneu ist zu schließen, dass die Bundesärztekammer die BÄO um einen § 11a ergänzt wissen will, der eine „Gemeinsame Kommission“ begründen soll (s. § 1 Abs. 2 S. 3, 2. Hs. § 6 Abs. 2 S. 3, § 11 Abs. 1 S. 3 GOÄneu). Offenbar soll diese Kommission eine Art Oberaufsicht über das Geschehen in und die Weiterentwicklung der GOÄneu führen und dürfte mit Vertretern der Ärzteschaft, der PKV und der Beihilfebehörden besetzt sein und verbindliche Vorgaben zur Anwendung der GOÄneu machen. Eine Erklärung oder Begründung dafür findet sich nicht. Warum das im praktischen Ergebnis etwas Besseres als nur das Gängeln der Ärzteschaft bewirken sollte, bleibt einer der vielen Punkte, welche die Bundesärztekammer dingend aufklären muss.

11. Resümee

Eine neue Gebührenordnung ist kein Selbstzweck. Die GOÄ 1982 wurde damals zum EBM so korreliert, dass der 1,0-fache Steigerungsfaktor der GOÄ dem EBM entsprach. Solche Umrechnun-

gen gab es auch bei der GOZ. Es ist rechnerisch ohne Weiteres möglich, diese Korrelation fortzuführen.

Das Argument, dass man eine so lange Untätigkeit des GOÄ- (und GOZ-)Verordnungsgebers nicht ausgleichen kann, ist falsch. Dies zeigt ein Blick in die Entwicklung der GOZ, die seit 1988 um rund 135 Prozent im Wert angehoben wurde, davon allein im August 2022 um 60 Prozent.

Es kann durchaus sein, dass man die Bewertung der einzelnen Leistungen nicht einfach übernehmen kann, sei es, dass sich die Medizin inhaltlich in diesen Punkten anders entwickelt hat, sei es, dass sich Kosten und Zeitbedarf für die Leistungen verändert haben, oder was auch immer der Grund sein mag. Aber das ist eine Frage an die sachgerechte Bewertung der einzelnen Leistungen, nicht aber ein Argument, den Ärzten und Zahnärzten die in § 11 BÄO und § 15 ZHG vorgeschriebene Teilhabe an der wirtschaftlichen Entwicklung zu verweigern.

Wann hat ein niedergelassener Arzt in einem Jahr als Folge einer Vergütungserhöhung im Zeitraum von zwei Jahren eine lineare Erhöhung seines Bruttoeinkommens um acht Prozent verbuchen können, wie sie am 14.1.2025 der Marburger Bund mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände erzielt hat?

Die Heuchelei der Politik zu den Arzteinkommen muss endlich aufhören. Das gilt aber auch für den Berufsstand. Die Bundesärztekammer ist keine Körperschaft des öffentlichen Rechts und unterliegt deshalb keiner aufsichtsrechtlichen Kontrolle. Gefragt ist Mut, nicht Verzagtheit. Das gilt übrigens auch für die Bundeszahnärztekammer.

In der jetzigen Form ist die GOÄneu eine Enttäuschung.

RAT



DENTAL
News

JETZT
anmelden und nichts
mehr verpassen!



Dental News GOES WhatsApp

**Aktuelle Nachrichten und
Informationen direkt auf
dein Smartphone – egal wo!**