

# Kein Einkaufsmodell im GOÄ-Bereich



Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann

Dr. Klaus Ottmann, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) sprach vor dem 66. Bayerischen Ärztetag in Würzburg zu einigen Teilaspekten seines Arbeitsbereiches Berufsordnung.

Zum Thema ausländische Hochschultätigkeitsbezeichnungen sagte Ottmann: „Das Führen von ausländischen Hochschultätigkeitsbezeichnungen ist ‚in‘. Es bedarf einer Kammerentscheidung, das Führen derartiger Bezeichnungen zu genehmigen oder festzulegen, wie die Titel zu führen sind.“ Aber auch andere Bezeichnungen kursierten, wie zum Beispiel „Präventionsmediziner“, „Männerarzt“ und „Schönheitsarzt“. Hier müsse eine Klärung im Sinne der Weiterbildungsordnung gefunden werden.

## Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)

Die Novellierungsarbeiten der GOÄ bei der Bundesärztekammer (BÄK) liefen auf Hochtouren. Der GOÄ-Leistungskatalog sei abgeschlossen. Verhandlungen mit ca. 160 Fachgruppen wurden durchgeführt. Die endgültige Feststellung der Bewertung werde sich etwas verschieben. „Die GOÄ ist und muss eine Einzelleistungsvergütung bleiben mit einer klaren Bewertung der einzelnen ärztlichen Leistung auf normativer Basis“, forderte der Vizepräsident. Im allgemeinen Teil der neuen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) fände sich im § 2a eine Öffnungsklausel, die bedeute, dass die Versicherungen von der geltenden Gebührenordnung per Vertrag abweichen könnten. „Dies wird von uns kategorisch abgelehnt, da dies einem Einkaufsmodell mit forciertem Wettbewerb auch im GOÄ-Bereich entspricht“, sagte Ottmann. Ein weiteres Problem sei der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eingeführte Basistarif. Laut Gesetz habe die

Kassenärztliche Vereinigung (KV) den Sicherstellungsauftrag für Basistarif-Versicherte, die Vertragsärzte müssten diese Versicherten entsprechend den GKV-Bedingungen behandeln. Die reduzierte GOÄ-Rechnung ginge dann künftig vom Arzt direkt an die KV. Dann erfolge die Umrechnung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), wobei die Pauschalen des EBM selbstverständlich noch Umrechnungsprobleme ergäben. „Der Patient erhält dann eine GOÄ-Rechnung zur Information im EBM-Niveau, wie das auch immer gehen soll?“, fragte Ottmann. Er ist sich sicher, dass „die derzeitige Bundesregierung, das Ziel einer Angleichung der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat. Für mich ist die politische Tendenz eindeutig.“ Schließlich sprach der Vize die Direktabrechnung zwischen Arzt und Versicherung an, die im Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das seit Jahresbeginn 2008 in Kraft ist, möglich sei. „Wir sehen in diesem Direktverfahren einen massiven Eingriff in das Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient und eine Entmündigung des Patienten.“ Der Patient erhalte keine Transparenz über die abgerechneten ärztlichen Leistungen. Bei reduzierter Bezahlung durch die Versicherung bliebe der Patient jedoch als Schuldner bestehen. Insgesamt seien die politischen Tendenzen leider auch bei der PKV eindeutig: Es soll das GKV-System auch in der PKV etabliert werden. Die PKV gäbe selbst zu, sich vom bisherigen Kostenerstattungsunternehmen zum Gesundheitsmanagementsystem ändern zu wollen.



## Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Zum Thema „Ambulante Behandlung im Krankenhaus“ (§ 116b Sozialgesetzbuch V – SGB V) gab Ottmann einen Zwischenstand bekannt:

- Bisher noch keine Entscheidung im Krankenhausplanungsausschuss in Bayern.
- Zirka 50 Anträge von bayerischen Krankenhäusern liegen vor.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) prüft vertragsärztliche Versorgungssituation, aber keine Bedarfsprüfung.
- Es besteht ein sehr detaillierter Anforderungskatalog zur sachlichen und personellen Versorgungssituation sowie einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung.
- Speziell in Bayern werden auch noch mögliche Kooperationsmodelle mit Vertragsärzten abgefragt.
- Eine einvernehmliche Bestimmung mit an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

## Qualität

In Sachen Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement sagte Ottmann, dass sich die Situation der externen stationären Qualitätssicherung grundlegend geändert habe. Fand diese vormals in einem datengeschützten Raum statt – nur das einzelne Krankenhaus hatte Informationen über seine Auswertungen – so bestehe heute ein öffentlicher Vergleich. Die Daten würden von den Krankenhäusern selbst in Qualitätsberichten ins Internet eingestellt und seien für jedermann zugänglich. „Pay for performance“ sei bald auch hier das Stichwort. Eigentlich hätten die Kammern die Definitionshoheit für die Qualität der ärztlichen Leistungen. Jetzt jedoch definierten zum Beispiel Krankenkassen mit KV, der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), oder Zertifizierungsorganisationen die Qualität. Es werde bei der BÄK eine „Qualitätsordnung“ diskutiert, analog einer Fortbildungs- oder Weiterbildungsordnung. Außerdem stehe die Einrichtung einer Clearingstelle zur Diskussion, um den „Wildwuchs“ der Zertifizierungen zu ordnen. Ein ähnliches Problem seien die Leitlinien der medizinischen Versorgung. Auch hier wurde bereits ein Clearing-Verfahren notwendig und liefere schon. Abschließend erläuterte Ottmann seine organisatorischen und inhaltlichen Vorstellungen zur sektorübergreifenden Qualitätssicherung, das er grundsätzlich begrüßt, wobei unbedingt die regionalen Qualitätssicherungsstrukturen erhalten bleiben sollten.