

# IMPLICON

– Gesundheitspolitische Analysen –



06/2016

## Das große GOÄ-Debakel

# IMPLICON

– Gesundheitspolitische Analysen –

## **Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über [dnb.ddb.de](http://dnb.ddb.de) abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet

Gestaltung: roman und braun medienproduktionen

Umschlaggestaltung: Robert Roman

Internet: [www.implicon.de](http://www.implicon.de)

ISSN: 2199-4978

## Das große GOÄ-Debakel

**Auch in dieser Legislaturperiode wird es zu keiner Reform der rund 35 Jahre alten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kommen. In den 2000er Jahren war eine Novellierung mit Blick auf ein einheitliches Honorarsystem durch die Bürgerversicherung am sozialdemokratisch geführten Bundesgesundheitsministerium gescheitert. Aber die für Ärzte günstigere politische Konstellation seit 2009 hat die tatsächlichen Reformchancen kaum verbessert: entgegen dem immer wieder von der Führung der Bundesärztekammer erweckten Eindruck, die Reform stehe kurz vor ihrer Vollendung – will sagen: einem zwischen Ärzteschaft, privater Krankenversicherung und Beihilfe konsentierten Vorschlag für das Bundesgesundheitsministerium –, haben die letzten Monate offenbart, dass eine maßlose Unterschätzung der Komplexität vor allem durch die Gremien der Bundesärztekammer die Novellierung an den Rand des Scheiterns gebracht hat. Nach zehnjähriger Arbeit warf der Vorsitzende des BÄK-Gebührenausschusses, Dr. Theodor Windhorst, das Handtuch, sein Nachfolger Dr. Klaus Reinhardt kündigte auf dem Ärztetag die Fortsetzung der Reformarbeiten an – erneut mit ambitionierten Zeitplänen. Aber: Wesentliche Fragen bleiben unbeantwortet, etwa wie der Spagat zwischen betriebswirtschaftlicher Kalkulation von Leistungen und deren wirtschaftliche Auswirkungen für Ärzte, Versicherungen und Beihilfe geschlossen werden kann.**

In einem Punkt besteht zwischen Ärzteschaft, privater Krankenversicherung, der Beihilfe und dem CDU-geführten Bundesgesundheitsministerium derzeit Konsens: die Gebührenordnung für Ärzte ist dringend reformbedürftig. Und zwar sowohl was den Aktualisierungsbedarf unter medizinischen Aspekten angeht – das Leistungsverzeichnis beruht auf dem Stand der Medizin von Anfang der 1980er Jahre – als auch hinsichtlich der Leistungsbewertungen. Beratende Medizin und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient sind viel zu niedrig bewertet, manche technische Leistungen könnten als Folge von Rationalisierungseffekten abgewertet werden, innovative Verfahren, die bislang über die Hilfsbrücke von Analogbewertungen abrechenbar waren, müssten direkt in das Leistungsverzeichnis aufgenommen werden. Interessiert an einem Scheitern der Reform sind vor allem die Befürworter der Bürgerversicherung und einer Einheitshonorierung, die die anachronistische GOÄ und damit die Privatmedizin ad absurdum führen wollen.

Seit 2009, nach dem Ausscheiden der SPD aus der Bundesregierung und der Übernahme des Bundesgesundheitsministeriums durch einen FDP-Minister, schienen die politischen Rahmenbedingungen für eine GOÄ-Reform wieder günstiger. Aber das Ministerium selbst wollte einerseits die Arbeit nicht selbst machen (kann es wahrscheinlich auch nicht), ferner wurde ein von der Bundesärztekammer, der privaten Krankenversicherung und

der Beihilfe entwickelter Konsensvorschlag gefordert. Daran wird nunmehr seit rund zehn Jahren gearbeitet.

Das Reformprojekt enthält drei Kernelemente:

- Erstens den Paragrafenteil, mit dem die Bundesärzteordnung und die GOÄ-Verordnung (zustimmungspflichtig im Bundesrat) geändert werden: Reformelemente sind die Institutionalisierung einer Gemeinsamen Kommission, besetzt mit vier Ärztevertretern und vier Vertretern von PKV und Beihilfe; ihre wichtigste Aufgabe ist die künftig permanente Weiterentwicklung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen, um einen Reformstau wie bisher zu vermeiden; ferner werden neue Modalitäten für Steigerungsraten festgesetzt, so die Einführung eines „robusten“, nicht zu unterschreitenden Einzelsatzes, der unter bestimmten Voraussetzungen („Positivliste“) auf das Zweifache gesteigert werden kann, wobei die Gemeinsame Kommission die Bedingungen konkretisiert. Wichtig: Beschlüsse der Gemeinsamen Kommission gehen als Empfehlung an das Bundesgesundheitsministerium – es gibt, anders in der vertragsärztlichen Versorgung, keine Schlichtung innerhalb der Selbstverwaltung, sondern es bleibt bei der politischen Endverantwortung.
- Die Entwicklung eines neuen, aktuellen medizinischen Leistungsverzeichnisses: unter Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände sollten die in der GOÄ aufgeführten Leistungen auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht werden. Als Folge dessen hat sich die Zahl der aufgeführten Leistungen auf 4300 nahezu verdoppelt. Allerdings gilt das Leistungsverzeichnis, das den Verhandlungen in den letzten Monaten zugrunde gelegt worden war, schon wieder als veraltet, weil die letzte Beteiligung der Fachgesellschaften bereits Jahre zurückliegt.
- Am Ende steht die Bewertung der Leistungen – der technisch schwierigste Teil. Hier müssen zwei Prozessschritte gemacht werden: erstens die Kalkulation einer jeden Leistung für sich unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, was die Kenntnis die maßgeblichen Kosten der jeweiligen Leistungen (ärztlicher und nichtärztlicher Arbeitsaufwand und dessen Bewertung, Abschreibungen, Gemeinkostenanteile) und deren Leistungsfrequenz (oder Auslastung) voraussetzt. Zweitens ist eine Abschätzung erforderlich, wie sich eine Neubewertung der Leistungen einerseits fachgruppenspezifisch auf die GOÄ-Umsätze der Ärzte auswirkt, andererseits mit welchen Kostenwirkungen private Krankenversicherung und Beihilfe rechnen müssen. Das ist allerdings eine Gleichung mit mehreren Unbekannten. Es erfordert, im Wege der Transcodierung der bisher zur Verfügung stehenden GOÄ-Leistungen plus Analogbewertungen hin zu den Leistungen und Bewertungen der neuen GOÄ zu simulieren, wie die Finanzwirkungen der neuen GOÄ sind. Das setzt Kenntnis der bisherigen Abrechnungsdaten voraus, und darüber verfügen derzeit nur PKV und Beihilfe, nicht jedoch die Bundesärztekammer. Sie muss sich – und das ist bislang gescheitert – möglichst repräsentative Daten bei der PVS, einer Großorganisation von privatärzt-

lichen Verrechnungsstellen besorgen, in der Hoffnung, diese seien repräsentativ für das gesamte Leistungsgeschehen der Privatabrechnung.

## **Innerärztlich umstritten: Die Gemeinsame Kommission**

Bis zuletzt – und zwar auch beim 119. Deutschen Ärztetag vom 24. Bis 27. Mai – waren die Änderung der Bundesärzteordnung und der Rechtsverordnung zur GOÄ umstritten. Das zeichnete sich schon im Herbst 2015 ab, nachdem es eine Einigung zwischen Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe zum Paragrafenteil gegeben hatte. Besonders kritisch wurde dabei die Schaffung einer Gemeinsamen Kommission gesehen: Sie soll vor allem Empfehlungen über die Fortentwicklung der GOÄ geben und diese – allerdings nur bei Einstimmigkeit – dem Bundesgesundheitsministerium vorschlagen. Das Gremium ist paritätisch mit je vier Vertretern der Ärzteschaft und der Kostenträger besetzt, es besteht Einigungszwang, bei Nichteinigung ist die Entscheidungsfähigkeit des Gremiums blockiert. Ferner hat die Gemeinsame Kommission die Aufgabe, Interpretationshilfen zur Anwendung der GOÄ zu entwickeln und die Bedingungen auszugestalten, bei der der Steigerungssatz angewendet werden (Positivliste) und ausgeschlossen werden kann (Negativliste). Als Normalfall ist ein sogenannter „robuster“ Einzelsatz vorgesehen, der etwas höheren Beträgen entspricht als der gegenwärtig meist abgerechnete 2,3fache Satz der geltenden GOÄ.

## **Konvergenz zur Kassenmedizin?**

Bei einer Reihe von Ärzteverbänden stieß die Bildung der Gemeinsamen Kommission auf grundsätzliche Bedenken. Befürchtet wurde – und wird –, dass diese Kommission eine starke Ähnlichkeit zu Selbstverwaltungsgremien in der vertragsärztlichen Versorgung aufweist, insbesondere zum Bewertungsausschuss von KBV und GKV, der Inhalte und Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes beschließt und jährlich die Eckdaten für die Honorarentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung festlegt – meist im Erweiterten Bewertungsausschuss mit der ausschlaggebenden Stimme eines neutralen Vorsitzenden. Neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der für die ambulante ärztliche Versorgung nach dem Erlaubnisprinzip innovative Leistungen als geeignet für die vertragsärztliche Versorgung bestimmen muss ist der Bewertungsausschuss für die Bewertung dieser Leistungen und die Aufnahme in den EBM zuständig – ohne Abrechnungsziffer ist die Leistung nicht erbringbar. Die Argumentation der Kritiker läuft darauf hinaus, dass mit Schaffung der Gemeinsamen Kommission für die Privatmedizin erstmals die Tür zumindest einen Spalt breit für eine schrittweise Konvergenz in Richtung Kassenmedizin geöffnet werde. Befürchtet wird, dass am Ende der Zugang von Innovationen in die Privatmedizin ähnlich wie in der GKV reglementiert ist und eine

Honorarsteuerung über eine Budgetierung erfolgen könnte. Zusätzliche Nahrung erhält dieses Argument dadurch, dass die Gemeinsame Kommission eine gewisse steuernde oder korrigierende Funktion in einer dreijährigen Übergangsphase haben soll, wobei es offenbar eine Einigung von Ärzteschaft, PKV und Beihilfe geben soll, dass die privatärztlichen Honorare im gesamten Drei-Jahres-Zeitraum um nicht mehr als 5,8 Prozent steigen sollen. Weder beim Sonderärztetag im Januar 2016 noch auf dem 119. Ärztetag vor wenigen Tagen in Hamburg gab es präzise Informationen darüber, wie diese als politisch akzeptabel bewertete Honorarsteigerung eingehalten werden soll und wie konkret die Steuerungsinstrumente aussehen.

## **Das Misstrauen wird bleiben**

Praktisch steht im Kostenerstattungssystem der Privatmedizin eine Budgetsteuerung wie im Sachleistungssystem der GKV nicht zur Verfügung. Mengensteuerung in der GKV erfolgt über die global vereinbarte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die in einem komplizierten Mechanismus auf Regelleistungsvolumina – Fallzahlen und Fallwerte – auf die einzelnen Arztpraxen heruntergerechnet und zugeteilt werden; übersteigende Fallzahlen und Fallwerte werden dann stark abgestaffelt vergütet. In der Privatmedizin rechnet jeder Arzt einzeln mit seinen Privatpatienten ab, die die liquidierten Honorare entsprechend den Bedingungen des Versicherungsvertrages von ihrer Versicherung erstattet bekommen. Zwischen vom Arzt liquidierten Honorar und der Erstattung durch die Versicherung kann es je nach Vertrag zu erheblichen Differenzen kommen: durch vereinbarte Selbstbeteiligungen, Höchstsätze für Multiplikatoren, Leistungsausschlüsse. Das macht eine Rückverrechnung bei Überschreitung vereinbarte Gesamthonorarsteigerungen schon aus administrativen Gründen so gut wie unmöglich. So bliebe lediglich eine in die Zukunft gerichtete Korrektur – entweder über den Punktwert, was alle Arztgruppen gleichmäßig ohne Rücksicht auf die Verursachungsfaktoren betreffen würde, oder gezielt durch Abwertung bestimmter Leistungen, deren Bewertung sich als zu hoch erwiesen hat oder deren Abrechnungsfrequenz über den Erwartungen liegt. Tatsache ist: Über derartige Konsequenzen werden die betroffenen Ärzte im Unklaren gelassen.

Damit wird Raum gelassen für Spekulationen und Mythenbildung, eben dass die GOÄ-Reform dazu führe, dass die Privatmedizin sukzessive zur Kassenmedizin konvergieren werde. So nimmt es nicht Wunder, dass die Kritiker der Gemeinsamen Kommission, die sich bereits auf dem Sonderärztetag im Januar mit ihrer Auffassung nicht durchsetzen konnten, beim Ärztetag in Hamburg erneut den Versuch unternahmen, mit einem Beschlussantrag den gesamten Paragrafenteil der GOÄ zu torpedieren. Auch jetzt, zum zweiten Mal, wurde den Kritikern vom Ärztetag mit überwältigender Mehrheit eine Abfuhr erteilt. Aber die windelweichen und oftmals nicht haltbaren Informationen aus dem Vorstand der Bundesärztekammer – insbesondere die Beteuerung, die neue GOÄ

sehe keinerlei Budgetierung vor – sind wenig glaubhaft und geben weiterhin Nahrung für Spekulationen. Insofern werden die Kritiker aller Wahrscheinlichkeit nach auch in Zukunft keine Ruhe geben und das Mehrheitsvotum bei nächster Gelegenheit wieder angreifen – demokratischen Gepflogenheiten zum Trotz.

## **Das „Blaue Buch“ und wie es zum Eklat kam**

Was aber den weiteren Reformfortgang im März gestoppt hat, sind die dilettantischen Arbeiten der Bundesärztekammer am Leistungsverzeichnis und der Leistungsbewertung. Missmanagement und administrative Konfusion führten schließlich dazu, dass der Vorstand der Bundesärztekammer auf seiner Sitzung am 17./18. März ein dazu präsentiertes Leistungsverzeichnis samt Bewertungen einstimmig als ungeeignet verwarf. Am 19. März trat der Verhandlungsführer der Ärzte, der westfälische Kammerpräsident Dr. Theodor Windhorst von seinem Amt als Vorsitzender der Gebührenordnungskommission zurück. In einem Schreiben vom 21. April erklärte Windhorst dazu:

- Unter „erschweren Rahmenbedingungen durch erhebliche Personalknappheit und zusätzlich häufigen Wechsel von Mitarbeitern, auf die der Vorstand regelmäßig hingewiesen ... wurde, konnte trotzdem eine Struktur für die GOÄ-Novellierung geschaffen werden.“ Das war vor allem der Paragrafenteil, dem auch der Vorstand zugestimmt hatte.
- Teil 2 war die Neufassung der Leistungslegenden. „Die Basis für alle Gespräche waren vor Jahren vorausgegangene Abstimmungen mit den Verbandsvertretern und Vertretern der Gesellschaften. Diese Ergebnisse sind bis zu 90 Prozent mit dem BMG auf Fachebene abgestimmt.“ Das heißt im Klartext: Aktuell hatte es keine Abstimmung mehr mit der Expertise von Berufsverbänden und medizinischen Fachgesellschaften mehr gegeben. Auch die neue GOÄ wäre bei ihrem Inkrafttreten schon veraltet, weil die Gespräche mit den medizinischen Experten zum Teil schon vor über zehn Jahren geführt worden waren.
- Offen sei allerdings Teil 3 der Novelle: die Bewertung/Bepreisung der Leistungslegenden. Windhorst: „Meiner Ansicht nach ist die Achillesferse des GOÄ-Projekts, dass die Ärzteschaft nicht direkt über den Zugriff auf reale Abrechnungsdaten verfügt. Eine zuvor initiierte Zusammenarbeit mit der PVS wurde von ihr im Verlauf Februar 2016 gestoppt. Die so notwendigen Simulationsberechnungen im gesamten sowie auch reale Abrechnungsdaten von fachgebundenen Gebührenordnungspositionen und -komplexen konnten so nicht erfolgen. Zu Beginn des Jahres 2016 in Auftrag gegebene Berechnungen der PVS mit den Beratern der PKV und Beihilfe (McKinsey) scheiterten ohne verwertbare Ergebnisse. Deswegen war es nicht möglich, die (von der) BÄK generierten betriebswirtschaftlichen Kalkulationen mit Daten der PKV zu vereinen. Eine konsenterte Kalkulation war nicht möglich.“

- Eine von McKinsey im Auftrag der PKV erstellte Bewertungsberechnung sei einseitig und keineswegs fertiggestellt gewesen, sondern nur ein Provisorium gewesen und als solches auch gekennzeichnet gewesen. Dies sei am 11. März der Bundesärztekammer zugeleitet worden. Es sei „weder in technischer noch systematischer Hinsicht fertig“ gewesen, sei Windhorst nicht vorgelegt, nicht von ihm kontrolliert und konsentiert worden. (Windhorst befand sich zu jener Zeit in Urlaub!)
- Auch bei der PKV habe diese GOÄ-Version unter dem Vorbehalt der Prüfung gestanden.
- Gleichwohl wurde diese Reformversion als sogenanntes Blaues Buch dem Vorstand der Bundesärztekammer ohne alle einschränkenden Hinweise (versehen sogar mit dem gemeinsamen Logo von Bundesärztekammer und PKV-Verband) quasi als eine konsentiertere Fassung übermittelt, mit dem – nach erfolgter Zustimmung des Vorstandes – die Verhandlungsführer dieses „Blaue Buch“ dem Bundesgesundheitsministerium als das Konsensmodell aller Beteiligten hätten überreichen sollen. Ein grandioses Missverständnis in der internen Kommunikation der Bundesärztekammer.

## Wo liegt die Verantwortung?

So hat möglicherweise ein Irrtum, ein Missverständnis oder ein Versäumnis eines Mitarbeiters in der Bundesärztekammer einen Eklat ausgelöst, der aber in Wirklichkeit erstmals den wahren Sachstand der komplexen Reform für die Öffentlichkeit transparent gemacht hat. Von der Spitze der Bundesärztekammer, insbesondere von ihrem Präsidenten Frank Ulrich Montgomery, ist in den vergangenen Jahren stets behauptet worden, die Arbeit an der GOÄ-Reform mache Fortschritte. Im September 2014 kündigte Montgomery in einem Interview der Ärzte Zeitung an, die Reform befinde sich „auf der Zielgeraden“ – eine massive Fehleinschätzung, wie er heute zugesteht. Das ändert allerdings nichts an der Verantwortung in Vorstand und Hauptgeschäftsführung: der ehemalige Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, Dr. Bernhard Rochell, der seit einiger Zeit als Verwaltungsdirektor der KBV arbeitet, aber der Bundesärztekammer mit seinem Sachverstand nach wie vor für die GOÄ zur Verfügung steht, ist als ehemaliger Leiter der Honorarabteilung der KBV ein ausgewiesener Experte in Gebührenordnungsfragen und hätte wissen müssen und können, von welcher Komplexität die GOÄ-Reform sein würde. Dafür war das Dezernat Gebührenordnung in der Bundesärztekammer personell nicht ausgestattet, über einen längeren Zeitraum war die Abteilung ohne Leitung. Versäumt wurden auch die Inanspruchnahme externer Expertise sowie die Beschaffung der empirischen Grundlagen für die Reform (Abrechnungsdaten). Insofern mangelte es über Jahre an den strukturellen Voraussetzungen, die Reform sachgerecht bewerkstelligen zu können.



## Ein neuer Anlauf ist notwendig

Was jetzt zu tun ist, stellte der neue Vorsitzende der Gebührenordnungskommission Dr. Klaus Reinhardt beim Ärztetag in Hamburg vor – versehen mit einer Zeitschiene bis zum 31. Dezember 2016:

- Nochmalige Durchsicht aller Leistungslegenden (4300) durch BÄK, Fach- und Berufsverbände;
- Erörterung des Veränderungsbedarfs mit PKV, Beihilfe und Bundesgesundheitsministerium;
- Erarbeitung eines Kalkulationsmodells durch die Bundesärztekammer zur Bewertung der einzelnen Leistungen (4300) sowie eine Folgeabschätzung bei der Transcodierung von alter auf neue GOÄ, unterstützt durch externe Beratung;
- Einbeziehung der Berufsverbände und Fachgesellschaften in diesen Prozess;
- Die Durchführung eines Praxistests ist in diese Zeitplanung bis Ende des Jahres nicht einbezogen.

Es ist absehbar, dass auch dieser Zeitplan kaum zu halten ist – allein die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen erfordert Zeit. Eher realistisch erscheint eine neue Zielsetzung des BÄK-Präsidenten, bis zum Beginn der nächsten Legislaturperiode eine Entwurfsfassung für eine neue GOÄ so weit vorangetrieben und konsentiert zu haben, dass die Reform eine Chance hat, als ein Ziel in der Koalitionsvereinbarung verankert zu werden.

## Fazit

Die GOÄ-Reform ist auf halbem Weg verunglückt. Die wesentliche Ursache ist, wie nun auch der Präsident der Bundesärztekammer beim Ärztetag eingestanden hat, die völlig unterschätzte Komplexität der Reform. Dies hätte man allerdings im Vorstand und in der Hauptgeschäftsführung schon vor Jahren wissen und danach handeln müssen. Das ist fahrlässig unterblieben. Bei einem wichtigen Reformprojekt hat dabei die Bundesärztekammer bei ihren Mitgliedern, letztlich in der gesamten Ärzteschaft, aber auch in Politik Vertrauen in ihre medizinische Expertise untergraben. Angesichts paralleler Entwicklungen in der KBV, die allerdings durch eine möglicherweise strafrechtliche Komponente übertroffen wird, gibt die Selbstverwaltung der Ärzteschaft gegenwärtig ein jämmerliches Bild ab. Es wird ein hartes Stück Arbeit sein, dieses Bild zu korrigieren.

# IMPLICON

– Gesundheitspolitische Analysen –

Helmut Laschet, Springer Medizin  
Ressort Gesundheitspolitik / Gesellschaft  
Ressortleiter / Stellv. Chefredakteur

Bitte besuchen Sie uns auch unter **[www.implicon.de](http://www.implicon.de)**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

**Impressum:****Herausgeber**

Dr. med. Manfred Albring  
Tel.: 030/431 02 95

**Redaktion**

Helmut Laschet (verantwortlich)

**Anschrift**

Warnauer Pfad 3  
13503 Berlin

**Layout**

Robert Roman  
Roman und Braun

## **Wissenschaftlicher Beirat:**

### **Dr. med. Jürgen Bausch**

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

### **Professor Dr. Gerd Glaeske**

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

### **Professor Roger Jaeckel**

Market Access Director, Baxter Deutschland GmbH

### **Professor Dr. Klaus Jacobs**

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

### **Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer**

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

### **Professor Dr. Eberhard Wille**

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats  
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

## **KBV versucht Staatskommissar abzuwenden**

Die KBV-Vertreterversammlung hat am 23. Mai beschlossen, den ehemaligen KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler mit allen zur Verfügung stehenden rechtlichen Möglichkeiten für mutmaßlich rechtswidrige Geschäfte und Vorgänge haftbar zu machen. Vorstand und die Vertreterversammlung kamen damit einer aufsichtsrechtlichen Androhung des Bundesgesundheitsministeriums nach, entsprechende Beschlüsse herbeizuführen, anderenfalls werde ein Staatskommissar nach Paragraph 79a SGB V eingesetzt. So behält sich die KBV vor, Altersbezüge, die Köhler ab dem 63. Lebensjahr zustehen würden, zu widerrufen. Ferner soll Köhler für 92.000 Euro in Haftung genommen werden, die der ehemaligen Ehefrau des KBV-Hauptgeschäftsführers Dr. Rainer Hess gezahlt worden waren. Darüber hinaus soll die Wiedergutmachung des Schadens eingeklagt werden, der durch die Kündigung einer ehemaligen Mitarbeiterin entstanden ist. Hier geht es um einen hohen sechsstelligen, möglicherweise auch siebenstelligen Betrag. Schließlich hat die Vertreterversammlung eine Rückabwicklung von Immobiliengeschäften beschlossen, die auf eine Liquidierung der Apo KG hinauslaufen. Bei der Eröffnung des Ärztetages am Folgetag wollte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe keine Wertung der Beschlüsse abgeben. Sie würden nun vom Ministerium sorgfältig geprüft.

Kurz zuvor hatte das Bundesgesundheitsministerium angekündigt, eine Strafanzeige – wahrscheinlich wegen Betrugs – gegen Köhler zu stellen. Diesmal betrifft dies die Ruhestandbezüge von Köhler. Zwei weitere Strafanzeigen beziehen sich auf den Mietzuschuss, den Köhler erhalten hatte und auf Immobiliengeschäfte der KBV.

Jenseits der Aufarbeitung interner Angelegenheiten beschloss die Vertreterversammlung das Positionspapier „KBV 2020“, das als gesundheitspolitische Agenda für die nächste Wahlperiode des Bundestages vorgeschlagen wird. Danach fordert die KBV eine bessere Strukturierung der Versorgung, um dem demografischen Wandel und der wachsenden Multimorbidität gerecht zu werden. Danach soll der Gesetzgeber innerhalb der GKV drei Tarife ermöglichen: einen Hausarzttarif, mit der Option der Einschreibung bei einem Hausarzt und der Verpflichtung zur Erstinanspruchnahme des Hausarztes, eine hausärztliche Patientenkoordination ohne Einschreibung und schließlich – wie derzeit üblich – einen Tarif mit freiem Zugang zu allen Fachärzten. Die Einführung der neuen Wahltarife müsse Konsequenzen für die Vergütungssystematik haben: Bei Hausärzten dürfe es keine fallzahlabhängige Abstufung mehr geben, die Budgetierung der Facharzt-Honorare müsse entfallen. Ferner sollen regional wieder kassenartenspezifische Gesamtverträge möglich werden.

## **Psychiatrie: Neues Gesetz für Klinik-Vergütung in Arbeit**

Das Bundesgesundheitsministerium hat einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Vergütung psychiatrischer Krankenhäuser erarbeitet und in die Ressortabstimmung gegeben. Damit soll das gescheiterte und heftig kritisierte pauschalierende Entgeltsystem für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ersetzt werden. Der Entwurf setzt auf an medizinischen Standards ausgerichtete Personalschlüssel. Die Vergütung der Kliniken soll auf individuellen Budgets und Leistungen der jeweiligen psychiatrischen Kliniken erfolgen.

## **Bundessozialgericht erschwert Vertragsärzten den Weg in den Ruhestand**

Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil das Versorgungsstärkungsgesetz restriktiv zu Lasten von Ärzten ausgelegt, die den Ruhestand anstreben. Danach ist es künftig grundsätzlich notwendig, dass Ärzte, die einem MVZ ihren Vertragsarztsitz übertragen wollen, mindestens drei Jahre in diesem MVZ tätig sind. Bislang war es Praxis, dass Ärzte zum Teil nur wenige Monate im MVZ arbeiteten und das MVZ anschließend den Vertragsarztsitz übernahmen, um einen anderen Arzt anzustellen. Das Bundessozialgericht argumentiert, der Gesetzgeber habe die Intention gehabt, Ärzten die Anstellung im MVZ zu erleichtern, nicht jedoch das Ausscheiden aus dem Beruf. Ausnahmen wegen nicht vorhersehbarer Gründe lässt das Bundessozialgericht allerdings zu. (Az.: B KA 21/15R und B 6 KA 28/15R)

## **Bundessozialgericht: Kein Anspruch auf Brustersatz**

Gesetzliche Krankenkassen müssen keine künstliche Brust erstatten, wenn dies beispielsweise auf eine Erbkrankheit zurückgeht, hat das Bundessozialgericht entschieden. Im vorliegenden Fall hatte die AOK Sachsen-Anhalt einer Frau die Leistung verweigert, die am erblichen Camurati-Engelmann-Syndrom litt. Das BSG folgte der Argumentation der Kasse, wonach die Anlage einer künstlichen Brust nichts an der Erbkrankheit und der Funktionstüchtigkeit in Bezug auf die Stillfähigkeit ändere. Dass die Brust fehle, sei keine Krankheit, sondern betreffe lediglich das Erscheinungsbild. Leisten müsse die Kasse nur, wenn dies zu einer starken Entstellung führe; das sei vorliegend nicht der Fall. Diese Konstellation hält das Bundessozialgericht für nicht vergleichbar mit dem Ersatz der Brust bei einem Mammakarzinom oder bei Transsexuellen. (Az.: B 1 KR 35/15R)

## **Arzneimittelausgaben steigen moderat**

Der Umsatz von Arzneimitteln auf dem Apothekenmarkt ist im ersten Quartal 2016 um 1,7 Prozent gewachsen – ohne Berücksichtigung der Rabatte, die Hersteller den Kassen einräumen. Die Preise waren um 1,7 Prozent rückläufig, die abgesetzte Packungsmenge ging um 0,8 Prozent zurück. Lediglich der Absatz patentgeschützter Arzneimittel stieg um vier Prozent. Die gesetzlichen Rabatte von Herstellern und Apotheken werden vom Marktforschungsinstitut IMS Health mit insgesamt 951 Millionen Euro angegeben.

## **RKI mahnt: Mehr gegen FSME impfen**

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (RKI) sind die Impfquoten gegen den Erreger der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Schulanfängern in Risikogebieten nach einem Hoch in den Jahren 2009/10 von knapp 40 Prozent auf 21 Prozent in Baden-Württemberg und von über 50 Prozent auf 40 Prozent in Bayern gesunken. Ähnlich verlief die Entwicklung in Thüringen und Südhessen. Zwei Drittel der 1374 Erkrankungen der Jahre 2011 bis 2015 entfallen auf 49 Stadt- und Landkreise der Risikogebiete. Das höchste Risiko sieht das RKI für Erwachsene über 40 Jahre, bei denen die Schutzraten aber deutlich unter denen der Schulkinder liegen.

## **Beitragsschulden in der GKV bei 4,5 Milliarden Euro**

Binnen Jahresfrist sind die Beitragsschulden freiwillig in der GKV Versicherter von 3,24 auf 4,48 Milliarden Euro gewachsen, teil der GKV-Spitzenverband mit. Das Problem: Viele Selbständige mit geringem Einkommen sind offenbar nicht in der Lage, ihre Krankenversicherungsbeiträge zu zahlen. Deren Zahl hat sich als Folge der Hartz-Gesetze von 600.000 im Jahr 2002 auf 4,5 Millionen im Jahr 2012 erhöht. Ursprünglich drohten diesen freiwillig GKV-Versicherten Strafzinsen bei Zahlungsverzögerung von 60 Prozent im Jahr. Dieser Wucherzins wurde im Jahr 2013 auf zwölf Prozent reduziert – offenbar ohne Wirksamkeit.