



**Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.**

Präsident

Prof. Dr. Gert Naumann

Repräsentanz der DGGG und
Fachgesellschaften
Jägerstraße 58-60 | 10117 Berlin
☎ +49 (0) 30 514 883 333

✉ stellungennahmen@dggg.de

GOÄ-Novelle jetzt: Chance oder Risiko – eine kritische Analyse

März 2025



Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im September 2024 einen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. sowie den Beihilfestellen geeinigten und somit aus Sicht der Verhandlungsparteien finalen Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgestellt. Dieser stieß auf breite Kritik aus nahezu allen Fachrichtungen. Die Bundesärztekammer reagierte hierauf mit der Anberaumung sogenannter Clearinggespräche, in denen jeweils einzelfallbezogene Fragen zum fachspezifischen Leistungskapitel erörtert werden sollten. Des Weiteren hat die Bundesärztekammer jüngst mittels Rundschreiben auf die lautgewordene Kritik zum Paragraphenteil reagiert und geringfügige Anpassungen in Aussicht gestellt. Leider hat es weiterhin den Anschein, dass die Verhandlungsparteien die schnelle Umsetzung einer neuen GOÄ über alles setzen. Die durch die Bundesärztekammer eingeleiteten Maßnahmen sollen wohl den Eindruck vermitteln, dass man um einen konstruktiven Umgang mit der lautgewordenen Kritik bemüht sei. Tatsächlich kratzt man hier allerdings nur an der Oberfläche und betreibt allenfalls ein wenig Kosmetik, statt die Themen tatsächlich bei der Wurzel zu packen.

Aus unserer Sicht – damit meinen wir ausdrücklich die gemeinsame Sicht mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF), als der Sicht der Niedergelassenen Kollegen UND die der Fachgesellschaft, also hauptsächlich der stationären Versorger und universitären Spitzenmedizin – birgt dieses Vorgehen ein enormes Risikopotential, welches die Entwicklung der Patientinnen- und Patientenversorgung in Deutschland anbelangt. Bereits in der Vergangenheit haben wir mehrfach davor gewarnt, dass die geplante Novelle in ihrer jetzigen Form erheblichen **Unfrieden im Gesundheitswesen, die Hemmung des medizinischen Fortschritts und einen Qualitätsverlust im Bereich der Versorgung komplexer Krankheitsfälle** mit sich bringen wird. Diese Einschätzung ist nicht aus der Luft gegriffen, sondern basiert auf folgenden Hauptkritikpunkten:

1. Schwerwiegende handwerkliche Mängel

1.1. Leistungsverzeichnis

Dieses wurde unter Beteiligung von Berufsverbänden und (teilweise) Fachgesellschaften mit ausschließlichem Fokus auf das eigene Fachgebiet entwickelt.



Aufgrund sich teilweise überschneidender und ineinandergreifender Leistungen wäre es in einem zweiten Schritt nun zwingend erforderlich, die Kapitel inhaltlich sowie strukturell aufeinander abzustimmen und formal zu vereinheitlichen. Diese Aufgabe muss zwingend durch eine zentrale, fachbereichsübergreifend kompetente Stelle übernommen werden, was jedoch bisher nicht erfolgte und auch nicht vorgesehen ist. In der Konsequenz haben wir nunmehr die Situation, dass Kapitel strukturell komplett unterschiedlich aufgebaut und identische Leistungen in mehreren Kapiteln abgebildet, jedoch unterschiedlich bewertet sind. Das Leistungsverzeichnis gleicht daher in seiner Gesamtheit eher einem Flickenteppich Marke „work in progress“, denn einem abgestimmten Katalog, welcher einer GOÄ-Novelle nach mehr als 40 Jahren würdig wäre.

1.2. Bewertungen

Es fehlt nicht nur an einer internen Konsolidierung des Leistungskatalogs, sondern auch an einer Verprobung der Bepreisung einzelner Leistungen mit anderen Vergütungsgrundlagen, wie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Nach Vorstellung der Verhandlungsparteien soll es offensichtlich den Verbänden und Fachgesellschaften obliegen, Bewertungen unterhalb des EBMs aufzudecken und zu thematisieren. Erforderlich wäre aber stattdessen eine strukturierte, kapitelübergreifende Überprüfung im Sinne der Qualitätssicherung.

1.3. Intransparenz und unerklärliche Zugeständnisse bei der Verhandlung des Paragraphenteils

Der Paragraphenteil, der den Rahmen für die Abrechnung bildet und daher von herausragender Wichtigkeit ist, wurde in kleinem Kreis hinter verschlossenen Türen verhandelt. Wesentliche Aspekte, wie die Möglichkeit zur Analogiebildung und die Existenz eines Gebührenrahmens, betreffen nahezu ausschließlich klinisch sowie fachärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte und sind insbesondere für Universitäten und Maximalversorger von herausragender Bedeutung. Dennoch erfolgte zu keiner Zeit eine Einbeziehung der entsprechenden Gruppen sowie entsprechend qualifizierter Fachanwältinnen und -anwälte. Dies ist unverständlich, handelt es sich doch in erster Linie nicht um medizinische, sondern um juristische Fragen von weitreichender



Bedeutung. Die jüngst durch die BÄK kommunizierten Nachbesserungen tangieren allenfalls die Spitze des Eisbergs und ändern nichts an der grundlegenden Kritik.

2. Benachteiligung der (universitären) Spitzenmedizin

2.1. Einschränkungen bei Steigerungsfaktoren

Die BÄK rechtfertigt den Wegfall des Gebührenrahmens immer wieder damit, dass die Ärzteschaft hiervon ohnehin in der Vergangenheit nur wenig Gebrauch gemacht habe. Gerade dies ist aber doch das stärkste denkbare Argument für die Erhaltung des Gebührenrahmens, da dies für einen verantwortungsvollen Umgang mit entsprechenden Steigerungsmöglichkeiten spricht. Die Mehrheit der medizinischen Behandlungsfälle entspricht unzweifelhaft dem Durchschnitt, was sich auch in der weit überwiegenden Anwendung des Regelsatzes widerspiegelt. Gleichzeitig kumulieren sich jedoch überdurchschnittlich schwierige und komplexe Behandlungsfälle an entsprechenden Zentren, die, zur kostendeckenden Erbringung ihrer Leistungen, darauf angewiesen sind, den überdurchschnittlichen Aufwand in der Leistungserbringung auch in der Abrechnung abbilden zu können. Feststehende Erschwerniszuschläge sind kein adäquater Ersatz, da sie gerade keine hochindividuellen Faktoren abbilden können, sondern wiederum lediglich häufig vorkommende Standards. Es scheint, als scheuten die Verhandlungsparteien den Ermessensspielraum der Ärztinnen und Ärzte, wie der Teufel das Weihwasser, was in Anbetracht der eigenen Argumentation vollkommen unverständlich ist.

2.2. Komplexleistungsprinzip versus Einzelleistungen

Die neuen Leistungslegenden sind, vor allem im operativen Bereich, extrem weit gefasst und umfassen zahlreiche fakultative Leistungen, die einen erheblichen Unterschied in Bezug auf Komplexität und Zeitaufwand bei der Leistungserbringung bedingen. Die Bewertung der jeweiligen Gebührennummer basiert auf einer Mischkalkulation. Je spezialisierter das medizinische Zentrum ist, desto mehr komplexe Behandlungsfälle kumulieren sich hier, sodass die Leistungserbringung überwiegend in maximaler Ausdehnung der fakultativen Leistungsbestandteile erbracht wird. Die Anwendung einer Mischkalkulation macht aus Kostenträgersicht durchaus Sinn, nicht aber aus Sicht der spezialisierten Leistungserbringer, die mit



jedem weiteren komplexen Behandlungsfall zunehmend in eine finanzielle Unterdeckung geraten.

2.3. Abwertung der Vergütung komplexer Eingriff

Modellrechnungen belegen, dass vor allem komplexe Eingriffe nach der geplanten GOÄ schlechter bewertet werden, als dies aktuell der Fall ist. Je komplexer der Eingriff, umso höher sind auch die Abwertungen zwischen ärzteigenem und konsentiertem Entwurf des neuen Leistungskatalogs.

So sehr eine Aufwertung der sprechenden Medizin auch erforderlich und zu begrüßen ist: Der Schwerpunkt der fachärztlichen bzw. klinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten liegt doch eindeutig im therapeutischen bzw. operativen Bereich. Die Aufwertung der sprechenden Medizin wiegt die gleichzeitige Abwertung der oft lebensrettenden fachärztlichen diagnostischen und operativen Leistungen aus Sicht der Kliniken nicht auf und wird zunehmend zu einer finanziellen Schieflage führen.

In Reaktion auf die Vorstellung des konsentierten Entwurfs im September 2024 erfolgten aus nahezu allen chirurgischen Fachrichtungen alarmierende Rückmeldungen über teils dramatische Abwertungen von fachärztlichen Leistungen. Dies kann kein Zufall sein und verlangt nach einer grundlegenden Überprüfung des Bewertungsmechanismus.

2.4. Einschränkung bei Analogabrechnung

Die stark eingeschränkte Möglichkeit der Analogberechnung, die der aktuelle Entwurf vorsieht, welche nur die Möglichkeit der Bildung einer Analogziffer bei Leistungen bietet, die nach 2018 Eingang in die Therapie gefunden haben, reicht im Bereich der hochspezialisierten Medizin nicht aus. Die hohen bürokratischen Hürden werden eine Analogberechnung defacto gerade in großen Kliniken unmöglich machen. Die Existenz planwidriger Regelungslücken wird überhaupt nicht berücksichtigt, das heißt Leistungen, die bei der Erstellung des Leistungsverzeichnisses vergessen wurden, sind für alle Zeit für die Vergütung verloren.



3. Negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung in Deutschland

Bereits heute sind viele Kliniken defizitär. Die Privatliquidation trägt mittlerweile bei vielen Kliniken wesentlich zur Finanzierung bei. Eine Reduzierung dieser Einnahmen würde die finanzielle Situation der Kliniken weiter verschärfen. Die Folgen sind eine Forcierung des Kliniksterbens, längere Wartezeiten und weitere Anfahrtswege für Patientinnen und Patienten, eine Ausrichtung des Leistungsangebots an zwingenden ökonomischen Gesichtspunkten und weniger Forschung.

Wir sind weiterhin der Meinung, dass eine Reform der aktuellen Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte nach über 40 Jahren dringend erforderlich ist, sodass wir dieses Vorhaben wie bereits in den vergangenen Jahren auch in Zukunft nach Kräften unterstützen. Allerdings sehen wir, anders als die Vertretenden der Bundesärztekammer, aufgrund der aktuellen politischen Rahmenbedingungen keinen übertriebenen Zeitdruck, der es rechtfertigt, teilweise gravierende Mängel in Kauf zu nehmen. Wir sind mit den Vertretenden der BÄK einer Meinung, dass es auf Jahrzehnte gesehen vermutlich eine einmalige Chance geben wird, die GOÄ grundlegend zu reformieren. Anders als die BÄK stellen wir das Qualitätskriterium jedoch deutlich über das zeitliche Kriterium. Entscheiden wir uns für eine GOÄ, die aufgrund des Umfangs des Leistungsverzeichnisses möglicherweise den Eindruck einer wesentlichen Verbesserung vermittelt, tatsächlich jedoch an entscheidenden Stellen ein halbgarer Kompromiss ist, werden wir schlimmstenfalls nicht lediglich viele lange Jahre mit einem unbefriedigenden Vergütungssystem leben müssen. Vielmehr steht zu befürchten, dass dies auch binnen kürzester Zeit zu einer nachhaltigen und nicht zu revidierenden Destabilisierung des dualen Gesundheitssystems führen wird und den Grundstein für eine einheitliche Gebührenordnung legen soll.

Aus diesem Grund fordern wir:

- **Neuverhandlung des Paragrapheils:** Wir fordern, den Paragrapheil neu aufzurollen und unter Einbeziehung von unabhängigen Medizinfachanwältinnen und -anwälten zu überarbeiten. Als Mindeststandard aus Sicht der Ärzteschaft sind dabei die bereits jetzt geltenden Regelungen in Kombination mit den durch ständige Rechtsprechung anerkannten Rahmenbedingungen anzusehen. Eine weiter



zunehmende Bürokratisierung, die zwar durch die BÄK nach Kräften bestritten, jedoch nachweislich auf die Ärzteschaft zukommen wird, ist nicht hinnehmbar.

- **Qualitätssichernde Konsolidierung des Leistungsverzeichnisses:** Wir fordern die Einrichtung bzw. Beauftragung einer fachübergreifenden, koordinierenden Stelle, die potenzielle Verwerfungen, Widersprüche und Doppelbenennungen von Leistungen identifiziert und zusammen mit den betroffenen Fachgruppen adäquate Lösungen erarbeitet, eine kapitelübergreifend einheitliche Form sicherstellt sowie eine Vpröbung der Bewertungen in Relation zu anderen Vergütungssystemen, wie beispielsweise dem EBM, vornimmt.
- **Leistungsgerechte, individuelle Vergütung:** Wir fordern, die Voraussetzungen für eine leistungsgerechte Vergütung der fachspezifischen Leistungen zu schaffen, um eine adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland auch unter ökonomischen Gesichtspunkten nachhaltig sicherzustellen. Hierzu gehört insbesondere die Schaffung von Abrechnungsspielräumen, die eine Differenzierung in der Abrechnung in der Weise ermöglicht, die der Individualität jeder einzelnen Behandlung Rechnung trägt und entspricht.

Wir appellieren an alle Beteiligten, die genannten Kritikpunkte ernst zu nehmen und gemeinsam eine GOÄ zu erarbeiten, die den Bedürfnissen aller Interessensgruppen gerecht wird sowie eine nachhaltige hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung gewährleistet.

Prof. Dr. Gert Naumann
DGGG-Präsident

Prof. Dr. Diethelm Wallwiener
DGGG-Finanzierungskommission

Prof. Dr. Sara Brucker
DGS-Vorstandsvorsitzende

Dr. Klaus Doubek
BVF-Präsident

Prof. Dr. Markus Fleisch
BLFG-Vorsitzender