POLITIK 01.09.2018

Was geschieht mit EBM und GOÄ?



Seit Jahren wird über eine Reform der ärztlichen Gebührenordnungen GOÄ und EBM diskutiert, gerungen, gekämpft und verzweifelt. Ebenfalls seit Jahren werden mehr oder weniger regelmäßig Wasserstandsmeldungen über tatsächliche oder vermeintliche Fortschritte publiziert. Das ist hier nicht anders, vielleicht mit dem Unterschied, dass zur üblichen Wasserstandsmeldung eine Sturmwarnung hinzukommt.

Im Gegensatz zu den bisherigen Reformbemühungen und deren mehr oder weniger selbst verschuldeten Verzögerungen müssen wir uns jetzt zusätzlich noch mit einem Gesetzgeber auseinandersetzen, der in seinen Koalitionsvertrag eine Passage aufgenommen hat, die Anlass zu großer Sorge bietet. Dort heißt es:

„Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM), als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden. Deshalb wollen wir ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

Niemand geht im Ernst davon aus, dass vor einem Ergebnis der Kommissionsberatungen eine neue Gebührenordnung beschlossen werden wird, ganz unabhängig von der Frage, ob die Kommission am Ende feststellt, dass wegen der grundsätzlichen Unterschiede zwischen privater und gesetzlicher Versicherung eine sogenannte „EGO“ (einheitliche Gebührenordnung) überhaupt rechtlich möglich sein kann.

An dieser Stelle muss immer wieder klargestellt werden, dass die GOÄ für die Privatliquidation tatsächlich eine echte Gebührenordnung im Sinne einer Preisliste ist und als solche vom Gesetzgeber per Verordnung erlassen werden muss. Das gilt nicht für den EBM als Abrechnungsgrundlage ambulanter und belegärztlicher Leistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patienten. Der EBM ist insofern auch keine Gebührenordnung, sondern eine Relativbewertungen unterschiedlicher Leistungen zueinander. Die Verbindung zum Geld erfolgt auf dem Wege der regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) und ist alleinige Aufgabe der Selbstverwaltung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen. Diese Selbstverwaltung ist auch unabhängig von staatlicher Einflussnahme für eine Reform des EBM zuständig. Es liegt aber auf der Hand, dass angesichts der erklärten Absicht des Gesetzgebers, auch hier eigenen Handlungsspielraum zu entwickeln, die weiteren Verhandlungen nicht gerade befördert werden.

Im Ergebnis wird es eine neue GOÄ in dieser Legislaturperiode voraussichtlich nicht geben und eine grundlegende Reform des EBM auch nicht, abgesehen von einzelnen Korrekturen, die möglicherweise mit Wirkung zum 1. Januar 2019 eingeführt werden.

Trotzdem lohnt sich ein Blick auf den derzeitigen Verhandlungsstand:

Nach intensiven Beratungen und lobenswerter Einbeziehung der Verbände ist für die GOÄ ein stabiles Legendierungsgerüst fertig. Es wird erheblich mehr Ziffern als bisher geben und insbesondere in der Chirurgie sind jetzt alle relevanten Verfahren abgebildet. Das Ausweichen auf rechtsunsichere Analogziffern hätte damit ein Ende. Es würde zu weit führen, hier jetzt in die Details einzusteigen. Wir werden alles ausführlich darstellen und kommentieren, wenn es denn wirklich eine neue GOÄ geben sollte.

Derzeit läuft ebenfalls unter Beteiligung der Verbände der weitaus schwierigere Teil der Bewertung der Leistungen in Euro. Prinzipiell folgt die Bewertung einer klaren Matrix mit Ermittlung der betriebswirtschaftlichen Kosten und der leistungsbezogenen Zeiten. Allerdings lässt sich leicht vorstellen, dass diese beiden Parameter durchaus unterschiedlich gesehen werden. Am Ende wird ein Plausibilisierungsprozess erforderlich werden, der mit Sicherheit zu harten Auseinandersetzungen führen wird. Da bereits jetzt schon eine Ausgabensteigerung für die Kostenträger von maximal 5,8 % plus/minus 0,6 % fixiert ist, muss noch eine Transcodierung alter in neue Leistungen erfolgen, um den Gesamtkostenrahmen abschätzen zu können. Spätestens dann wird es noch einmal eine „Anpassung“ der Preise geben. Das hat dann leider nichts mehr mit einer sauberen betriebswirtschaftlichen Kalkulation zu tun, sondern ist eine ergebnisorientierte Preisfindung.

Zum Thema EBM gibt es einen Beschluss, dass (derzeit) zum 1. Januar 2019 eine Reform vereinbart werden soll, allerdings ebenfalls unter dem immer noch bindenden Beschluss der „Ausgabenneutralität“. Mit anderen Worten: es darf nicht teurer werden! Die Verbände haben hier eine Reihe von Vorschlägen eingebracht, die im Grunde eher systematischen Charakter haben, da ja bekanntlich eine Preisgestaltung innerhalb der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung überhaupt nicht Ziel des EBM sein kann. Insofern sind Einzelleistungen wie in der GOÄ unter den Bedingungen eines Budgets und in der Höhe fixierter Regelleistungsvolumina nicht zielführend. BDC und BVOU haben von Beginn an ihre Vorschläge untereinander abgestimmt, da beide Verbände angesichts einer veränderten Weiterbildungsordnung die bisherigen Kapitel 7 (Chirurgie) und 18 (Orthopädie) zusammenlegen wollen. Innerhalb eines dann gemeinsamen Kapitels wird es Leistungen für alle geben sowie Unterkapitel, die den Bedürfnissen der acht Säulen im Gesamtgebiet der Chirurgie Rechnung tragen. Letzten Gerüchten zufolge, will die KBV diese Neustrukturierung aber noch nicht weiter verfolgen. Sollte das zutreffen, wäre eine Reform des EBM für uns wertlos.

Im Rahmen des EBM gibt es aber eine wichtige Ausnahme von der Systematik EBM-HVM-RLV. Das bezieht sich auf die sogenannten extrabudgetären Leistungen, zu denen bekanntlich der gesamte Block ambulanter und belegärztlicher Operationen gehört, aus dem unsere Fachgruppe etwa ein Drittel ihres Umsatzes generiert. In diesem Sektor ist eine realistische Kostenkalkulation eminent wichtig, da es sich hier tatsächlich um eine Art Preisliste handelt. Alle beteiligten Verbände investieren viel Arbeit und Zeiteinsatz in die Erhebung der Kosten und Zeitaufwände für operative Eingriffe. Dabei geht es vor allem um die Bezifferung des perioperativen Aufwands, der in den bisherigen Berechnungen eher stiefmütterlich und sehr pauschal erfasst wurde. Natürlich sind auch die hinterlegten Schnitt-Naht-Zeiten wichtig, zumal die Kassen diese anzweifeln und absenken wollen. Nach unseren bisherigen Daten sind die Zeiten in der Vergangenheit durchaus realistisch angesetzt worden, wenn auch mit einzelnem Korrekturbedarf in beide Richtungen. In der Gesamtkalkulation sind aber eher die perioperativen Rüstzeiten inklusive des Aufwands für gesetzlich vorgeschriebene Hygienemaßnahmen bedeutsam. Wir werden zusammen mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) eine Befragung bei operativen Einheiten durchführen, deren Struktur aktuell zwischen ZI und Verbänden ausgearbeitet wird. An dieser Stelle möchten wir schon einmal dringend darum bitten, an dieser Befragung im eigenen Interesse teilzunehmen und realistische (!) Werte anzugeben. Ein Ergebnis wird allerdings erst in 2019 vorliegen und dann Grundlage der Verhandlungen zwischen KBV und Spitzenverband der Krankenkassen sein. Was am Ende einer solchen Verhandlung herauskommt, ist mit Spekulation nur unzureichend beschrieben.

Fazit

Eine neue GOÄ wird in dieser Legislaturperiode (der Bundesregierung) nicht kommen. Was bei einer wann auch immer neu gewählten Regierungskonstellation passiert, bleibt ebenfalls sehr spekulativ. Eine EBM-Reform könnte als „Reförmchen“ mit kleinen Änderungen zum 1. Januar 2019 kommen, die für uns relevanten Teile insbesondere eine Neubewertung operativer Leistungen dürfte vor 2020 nicht zu erwarten sein.

Rüggeberg JA: Was geschieht mit EBM und GOÄ? Passion Chirurgie. 2018 September, 8(09): Artikel 05_01.