

Bachelorarbeit gemäß § 17 der Allgemeinen Prüfungsordnung vom 09.02.2023
im Bachelorstudiengang Betriebswirtschaft im Gesundheitswesen
an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Neu-Ulm

Thema:
**Digitalisierung als Hebel für eine
Reform der Gebührenordnung für Ärzte**

Erstkorrektor: Prof. Roger Jaeckel
Zweitkorrektor: Prof. Dr. Patrick Da-Cruz

Verfasser: Jannik Ventour (Matrikel-Nr.: 256703)

Thema erhalten: 10.04.2023
Arbeit abgeliefert: 10.07.2023

Abstract

Das Ziel dieser Arbeit ist es zu beantworten, ob eine Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte wirklich notwendig ist, aus welchen Gründen die Anpassung bis heute aufgeschoben wurde und in welcher Form die Digitalisierung für oder gegen eine Neuerung der Gebührenordnung spricht.

Dazu wird die folgende Forschungsfrage gestellt: Inwieweit ist die Digitalisierung ein Treiber für die Reformierung der Gebührenordnung für Ärzte?

Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde in dieser Arbeit mit den verschiedensten Quellen gearbeitet. Diese setzen sich aus aktuellen, aber auch älteren Büchern zusammen. Ferner aus einer Internetrecherche, um die Aktualität der Thematik zu verdeutlichen und den aktuellen Stand wieder zu spiegeln. Die Literatur, sowie die Internetrecherche zeigt, dass eine Aktualisierung der Gebührenordnung für Ärzte schon lange überfällig ist. Das Beispiel der Digitalisierung unterstreicht diese Tatsache. Der aktuelle medizinische Stand kann mit der veralteten Gebührenordnung für Ärzte nicht wiedergespiegelt werden. Auch die Verwendung von analogen Ziffern macht die Situation nicht besser und sorgt für einen erhöhten bürokratischen Aufwand und Verunsicherung in der Ärzteschaft.

The aim of this work is to answer whether an amendment to the Gebührenordnung für Ärzte is really necessary, for what reasons the adjustment has been postponed to this day and in what form digitization speaks for or against an update of the fee schedule.

The following research question is asked: To what extent is digitization a driver for the reform of the fee schedule for doctors?

In order to answer the research question, a wide variety of sources were used in this work. These are made up of current as well as older books, Furthermore the internet research to clarify the topicality of the topic and to reflect the current status. The literature and internet research shows that an update of the Gebührenordnung für Ärzte is long overdue. The example of digitization underscores this fact. The current medical status cannot be reflected in the outdated Gebührenordnung für Ärzte. Even the use of analogue digits does not improve the situation and causes increased bureaucracy and uncertainty in the medical profession.

Key words: Digitalisierung, Gesundheitswesen, Telemetrie, Gebührenordnung

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Abkürzungsverzeichnis	VI
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung	1
1.3 Aktueller Stand der GOÄ	2
2 Grundlagen.....	3
2.1 Vergleich der GOÄ und des EBM	3
2.2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).....	6
2.3 Aufbau der Gebührenordnung für Ärzte.....	8
2.4 Geschichte der Gebührenordnung für Ärzte	10
2.5 Digitalisierung im Gesundheitswesen	13
2.5.1 Ziele der aktuellen Bundesregierung zur Stärkung der Digitalisierung in Deutschland.....	14
2.5.2 Telemedizin.....	15
2.5.2.1 Voraussetzungen für die Telemedizin.....	19
2.5.2.2 Rechtliche Aspekte	21
2.5.2.3 Anwendungsbereiche	23
2.5.2.4 Beispiele für die Anwendung von Telemetrie in Form einer Videosprechstunde und dem Telemonitoring bei herzinsuffizienten Patienten	23
2.5.2.5 Vergütungsregelungen	25
3 Reform der GOÄ.....	30
3.1 Vergleich der alten und neuen Gebührenordnung für Ärzte	30
3.2 Anpassungsprozess der Gebührenordnung für Ärzte.....	31
4 Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes und der ambulanten Abrechnung	32
4.1 Erhaltung des dualen Systems mit Anpassungen für die Gebührenordnungen des ambulanten Bereichs.....	32
4.2 Bürgerversicherung als Ersatz des jetzigen dualen Systems	34

4.2.1	Die Struktur der Krankenversicherungen im Vergleich zur Schweiz und den Niederlanden	36
5	Ergebnis und Ausblick	40
5.1	Ergebnis	40
5.2	Ausblick	41
	Literaturverzeichnis.....	42

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Innere Medizin/ Nephrologie.....	6
Abb. 2: Gebührenordnung für Ärzte.....	10
Abb. 3: Geschichte der Gebührenordnungen	12
Abb. 4: Verfügbarkeit der Praxen außerhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2019 und 2022	18
Abb. 5: Gesellschafter und Gremien.....	20
Abb. 6: Modernisierung der technischen Infrastruktur für das Gesundheitswesen	21
Abb. 7: Neues zur GOÄ: Neue GOÄ-Leistungen im Bereich der Telemedizin.....	27
Abb. 8: Merkmale der Krankenversicherungssysteme.....	38

Abkürzungsverzeichnis

BÄK	Bundesärztekammer
BDI	Bundesverband der Deutschen Industrie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Der Bundesmantelvertrag-Ärzte
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
KBV	Kassenärztlichen Bundesvereinigung
KOMV	Kommission für ein modernes Vergütungssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Die Gebührenordnung für Ärzte über die die ambulant erbrachten Leistungen der Ärzte abgerechnet werden bildet das Leistungsgeschehen nicht mehr ab. Dies soll an Hand der Telemetrie aufgezeigt werden und es soll weiter damit auch die Notwendigkeit einer Novellierung nachgewiesen werden.

Bei dieser Bachelorarbeit wird zur Vereinfachung der Lesbarkeit auf die übliche Verwendung von weiblicher und männlicher Schreibweise verzichtet. Alle Personenbeschreibungen gelten für beide Formen.

1.1 Problemstellung

Deutschland hat ein duales Krankenversicherungssystem. Neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gibt es als Vollversicherung die privaten Krankenversicherungen (PKV). Für die ambulant erbrachten medizinischen Leistungen gibt es auch zwei Gebührenordnungen in beiden Systemen. Im GKV-Bereich ist das der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), im PKV-Bereich ist es die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bestimmt „Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Ärzte...“ (§ 1 Anwendungsbereich, Absatz 1, GOÄ). Sie ist seit einigen Jahren nicht grundlegend an die aktuellen medizinischen Gegebenheiten angepasst worden. Allen Beteiligten im Gesundheitssystem ist klar, dass eine Reform dringend erforderlich ist. Die Politik wirkt sehr zögerlich bei der Novellierung der GOÄ. Mit dem Hintergrund, dass es Bestrebungen gibt die Versicherungsform im Gesundheitswesen ganz neu ordnen zu wollen und es ist wohl geplant die private Krankenversicherung abzuschaffen. Es scheint, dass man sich daher den Aufwand einer Novellierung der GOÄ sparen möchte. Dies lässt sich auch vermuten, weil der EBM weiterentwickelt wird und im Gegensatz zur GOÄ die medizinischen Leistungen nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft abbildet und den Ärzten eine leistungs- und aufwandsgerechte Abrechnung ermöglicht.

1.2 Zielsetzung

Ziel dieser Arbeit ist es darzulegen, warum eine GOÄ-Reform nötig ist und weshalb sie trotzdem von der Politik nicht umgesetzt wird. Die Gründe der Politik sollen offengelegt und der aktuelle Stand beschrieben werden.

Im Vergleich GOÄ zu EBM sollen die Entwicklungsunterschiede und die Mängel der GOÄ aufgezeigt werden. Ein Schwerpunkt bildet hierzu die Telemedizin. Die Bundesregierung hat beschlossen die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranzutreiben. Die Telemedizin

bildet hier neben dem elektronischen Rezept und der elektronischen Patientenakte einen Schwerpunkt. Es soll aufgezeigt werden, dass dieser neue wichtige Bereich in der GOÄ im Gegensatz zum EBM nicht ausreichend bis gar nicht abgebildet ist und damit vor allem bei Privatpatienten die Entwicklung dieses neuen Behandlungsbereiches stark behindert.

1.3 Aktueller Stand der GOÄ

Es ist nicht klar, wie es mit der Novellierung der GOÄ weitergehen wird. Die Ärzte fordern eine grundlegende Anpassung der GOÄ oder mindestens einen Inflationsausgleich für Ihre erbrachten Leistungen. Die Politik prüft im Moment den aktuell vorliegenden Vorschlag der Ärzte für eine umfassende Novellierung der GOÄ, die Notwendigkeit einer Umsetzung wird aber laut Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach eher nicht gesehen.¹

¹ Vgl. Deutscher Bundestag (2022), S. 1 - 5.

2 Grundlagen

In den folgenden Abschnitten wird die Gebührenordnung für Ärzte näher beleuchtet. Abschließend wird auf die Geschichte der GOÄ eingegangen und was sich seit der Entstehung getan hat. Am Beispiel der Telemedizin sollen unter Punkt 2.6 die Mängel der GOÄ dargestellt werden.

2.1 Vergleich der GOÄ und des EBM

Die EBM ist eine Gebührenordnung für die vertragsärztliche Versorgung, die neben den Gebühren die Anforderungen an die Erbringung einzelner Leistungen festlegt (SIMON, 2017, S. 182). Grundlage ist § 87 Abs. 1 SGB V, der den EBM als festen Bestandteil der Bundesrahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Krankenkassen vorschreibt. Der EBM umfasst den gesamten ambulanten vertragsärztlichen Leistungskatalog. Er wandelt die Inhalte des Abrechnungskataloges in Punkte um. Nationale Orientierungswerte drücken den Wert von einem Punkt in Euro aus. 2019 betrug der Wert 0,108226 Euro. Dieser Zielwert kann im Rahmen von Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Krankenkasse bzw. deren Verband auf regionaler Ebene angepasst werden. Eine systematische Prüfung der verfügbaren regionalen Euro-Gebührenordnungen ergab keine relevanten Abweichungen für den Vergleich der in diesem Bericht betrachteten Positionen. Demnach entspricht das zugrunde gelegte Entgelt für eine Behandlung in namentlich benannter ärztlicher Behandlung dem bundeseinheitlichen Orientierungswert, multipliziert mit der Punktzahl für die entsprechende Leistung im EBM.

Die Leistungen werden im EBM als Gebührenordnungsposition (GOP) bezeichnet, wobei es drei Unterscheidungen in Form von arztgruppenübergreifenden allgemeinen GOP, arztgruppenspezifischen GOP und arztgruppenübergreifenden spezifischen GOP gibt. Weiterhin kann eine GOP fakultative Leistungen beinhalten, die bei Erbringung ebenfalls durch die GOP abgegolten sind.

Die Abrechnung von arztgruppenspezifischen GOP ist an bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen der leistungserbringenden Ärzte gekoppelt. Vertragsärzte nutzen die GOP des EBM, um die erbrachten Leistungen mit der KV abzurechnen. Für den Inhalt des EBM ist der Bewertungsausschuss zuständig.

Ärzte und Psychotherapeuten mit regionaler Zulassung sichern die vertragsärztliche Versorgung. Der Eintrag ins Ärztereister erfolgt durch paritätisch besetzte Zulassungsausschüsse. Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) ist die Vertragsgrundlage für die vertragsärztliche Versorgung und wird von der KBV und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen verhandelt. Der Mantelvertrag regelt die Leistungen der Vertragsärzte und die damit verbundene Gesamtvergütung. Die Vergütung wird bestimmt durch die erwartete Morbidität und einer ggf. nötigen Extrabudgetarisierung. Berücksichtigt

wird auch das Vorjahresleistungsvolumen an EBM-Punkten. Es sind Maximalbudgets vorgegeben. Der Arzt rechnet die Behandlung nach EBM ab. Die KV prüft und verteilt die Mittel anhand des Verteilungsmaßstabs. Wenn das Volumen nicht ausgeschöpft ist, gilt der volle regionale Punktwert. Mehrleistungen werden geringer bezahlt, um Ärzte dazu zu motivieren, ihre Mengen zu begrenzen. Die Zusatzvergütung honoriert neue und wichtige Leistungen gemäß der regionalen Gebührenordnung. Dies umfasst Impfungen, Früherkennungsmaßnahmen, ambulante Operationen und Notfallversorgungen. Die Vergütung erfolgt in Eurobeträgen ohne Mengenbegrenzung. Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist doppelt so groß wie die extrabudgetäre Gesamtvergütung (2016: 24,8 Mrd. € vs. 12,3 Mrd. €. KBV, 2019a, S. 127) Der EBM fasst ärztliche Tätigkeiten zu einer GOP (Gebührenordnungsposition) zusammen und macht Vorgaben für abrechenbare Häufigkeiten. Neben Leistungskomplexen gibt es auch direkt abrechenbare Pauschalen im EBM: Versicherungs-, Grund-, Konsiliar-, Zusatz- und Strukturpauschalen sowie Zuschläge für bestimmte GOPs. Der EBM legt Mindestanforderungen und Abrechnungshäufigkeiten fest. Ein Behandlungsfall entsteht innerhalb eines Kalendervierteljahres, wenn derselbe Versicherte in derselben Arztpraxis behandelt wird. Ein Krankheitsfall gilt für aktuelle und folgende drei Kalendervierteljahre bei krankheitsbezogenen GOP (§ 21 BMV-Ä). Ein Betriebsstättenfall bezieht sich auf Behandlungen desselben Versicherten in derselben Einrichtung und wird von derselben Krankenkasse bezahlt (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä). Für die Abrechnung mit der Krankenkasse ist der Behandlungsort wichtiger als der behandelnde Arzt. Ein Arztfall umfasst die Behandlung des gleichen Versicherten durch denselben Arzt, unabhängig von der Betriebsstätte und zu Lasten derselben Krankenkasse.²

Im Vergleich dazu hat die GOÄ nur wenige Mengenbeschränkungen bei der Abrechnung im Unterschied zur vertragsärztlichen Versorgung. Dennoch sind Leistungen gemäß medizinischem Erfordernis zu erbringen. Eine Vergütung nur für notwendige ärztliche Leistungen soll eine kosteneffektive Behandlung sicherstellen. Ärzte dürfen nur Zusatzleistungen berechnen, wenn sie vom Patienten verlangt werden (§ 1 Abs. 2 Satz 2 GOÄ). Die medizinische Notwendigkeit wird anhand objektiver Befunde beurteilt, mit einem gewissen Spielraum für den Arzt. Dies bedeutet, dass Privatärzte mehr Freiheiten bei der Therapie haben und die medizinische Notwendigkeit ihrer Versorgung besser begründet ist als in der GKV.³

Der Behandlungsfall nach GOÄ umfasst eine Behandlung derselben Erkrankung innerhalb eines Monats nach der ersten ärztlichen Leistung. Die Definition von 'derselben Erkrankung' ist uneinheitlich interpretiert, Komplikationen können ggf. einen neuen Behandlungsfall

² Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 3-5.

³ Vgl. Hermanns/ Barufke/ Mattig (2023), S. 3-4.

auslösen. Die Einzelleistungsvergütung und das Fehlen einer Obergrenze ermöglichen dem Arzt eine hohe Therapiefreiheit, was zu hohen Kosten führen kann.⁴

Die PKV-Standardtarife begrenzen Honoraransprüche deutlich. Ärzte müssen bei behandlungsberechtigten Versicherten reduzierte Steigerungssätze anbringen oder Abschläge in Kauf nehmen.⁵

Die folgende Abbildung zeigt einen Vergleich zwischen dem EBM und der GOÄ im Bereich der Inneren Medizin, genauer gesagt der Nephrologie. Die Tabelle zeigt, dass es in diesem Fall drei Ziffern gibt, die es zwar im EBM gibt, allerdings nicht in der GOÄ. Die Leistung 40823, 40825 und 40824 sind in der GOÄ einfach nicht abbildbar.

⁴ Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 6.

⁵ Vgl. Zimmermann (2018), o. S.

GOP-Ziffer und Titel nach EBM und Betrag in Euro		GOÄ Ziffer(n) obligat	GOÄ obligate EBM-Leistungen in Euro	GOÄ Ziffer(n) obligat und fakultativ	Σ Obligate und fakultative Leistungen in Euro	Bemerkungen
40823 Kostenpauschale für Dialyse ab dem 18. Lebensjahr; Preisstufe 4	398,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig
13610 Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren	16,13	792	58,99	Keine fakultativen Leistungen EBM	58,99	
40825 Kostenpauschale für Peritonealdialyse ab dem 18. Lebensjahr	505,40	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig
13590 Grundpauschale bis 5. Lebensjahr	15,69	1, 5, K1	28,44	1, 5, K1, 1, 5, K1, 70	62,25	Fakultativer Leistungsinhalt „im Anhang 1 aufgeführte Leistungen“ kann aufgrund des Umfangs nicht berücksichtigt werden
13591 Grundpauschale ab 6. bis 59. Lebensjahr	26,62	1,5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
13592 Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	27,60	1,5	21,45	1, 5, 1, 5, 70	48,26	
40824 Kostenpauschale für Dialyse ab dem 18. Lebensjahr am Wohnort; Preisstufe 4	132,70	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	In GOÄ nicht abbildbar	0,00	Sachkosten gem. GOÄ nach § 10; die Abrechnung von Pauschalen ist unzulässig

Abb. 1: Innere Medizin/ Nephrologie

Quelle: Höpfner et al. (2020), S. 26

2.2 Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bildet die Grundlage für die ambulante Abrechnung von durch Ärzte erbrachte medizinische Leistungen an ihren Patienten, die in einer privaten Krankenkasse oder nicht versichert sind. Die privat versicherten Patienten zahlen die nach GOÄ abgerechneten Leistungen ihrer Ärzte direkt an diese. Sie reichen diese Kosten bei ihrer Privatkasse ein und erhalten einen Ausgleich.⁶ Des Weiteren findet die GOÄ bei Patienten ohne Krankenversicherung, die die Gebühren für ärztliche Leistungen aus

⁶ Vgl. Sauerland (2022), S. 880.

eigenen Mitteln bezahlen, oder bei GKV-Versicherten, die sich privat behandeln lassen möchten, Anwendung. Statt Sach- und Dienstleistungen kann in diesem Fall von GKV-Versicherten eine variable Kostenerstattung durch die gesetzliche Krankenkasse gemäß SGB V gewählt werden.⁷

Den Ärzten stehen Honorare, Vergütungen und ein Auslagenersatz zu. Als Auslagen gelten die in der Gebührenordnung festgelegten Vergütungen für ärztliche Leistungen.⁸

Der Vertrag wird zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt geschlossen und nicht, wie in der GKV, zwischen Krankenkasse und Arzt. Das Ausfallrisiko bei Zahlungsschwierigkeiten des Patienten liegt somit beim Arzt.⁹

Die stationäre Abrechnung erfolgt bei gesetzlich oder privat versicherten Patienten über die diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Privat versicherte Patienten können den sie im Krankenhaus behandelnden Arzt (in aller Regel der Chefarzt) frei wählen. Dieser rechnet seine Wahlarztleistungen auch im stationären Bereich über die GOÄ direkt mit dem Patienten ab.¹⁰

Anders als beim EBM gibt es bei der GOÄ keine Budgetgrenze von Seiten der Kassen. Jede Leistung bekommt einen Punktwert und über dessen Bewertung einen Betrag in Euro. Der Wert eines Punktes ist dabei in bilateralen Verhandlungen festgesetzt worden und wird von gesetzlich eingerichteten Aufsichtsorganen überwacht. Allerdings handelt es sich anders als beim EBM nicht um Pauschalen. Es werden bei der GOÄ Einzelleistungen vergütet. §5, Absatz (1) „Die Höhe der einzelnen Gebühr bemisst sich, soweit in den Absätzen 3 bis 5 nichts anderes bestimmt ist, nach dem Einfachen bis Dreieinhalbfachen des Gebührensatzes.“ In der Regel wird der 2,3-fache Satz berechnet.¹¹ Bei dem 2,3-fachen Satz handelt es sich um einen sogenannten Schwellenwert, welcher nur überschritten werden darf, wenn es durch besondere höhere Aufwände oder bei einem erhöhten Zeitaufwand begründet und damit gerechtfertigt werden kann. Es kann dann als Höchstsatz von den Wahlärzten auch der 3,5-fache Satz des Grundpreises abgerechnet werden.¹² Es können auch höhere Sätze zwischen Wahlarzt und Patient vereinbart werden, allerdings zahlt die betroffene Krankenversicherung in der Regel nur den Anteil bis zum 3,5-fachen Satz. Die Beträge oberhalb dieses Satzes müssen vom Patienten ggf. selbst getragen werden.

⁷ Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 5.

⁸ Vgl. Hermanns/ Barufke/ Mattig (2023), S. 3 - 14.

⁹ Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 5.

¹⁰ Vgl. Landgrebe (2022), S. 716.

¹¹ Vgl. Sauerland (2022), S. 881.

¹² Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 5.

Die Privatkassen haben keine Möglichkeit, die aus den Behandlungen ihrer Versicherten entstehenden Kosten zu steuern. Es gibt keine zwischen den privaten Krankenkassen und den Ärzten verhandelten Verträge zu Obergrenzen der Ausgaben.¹³ Es kann also unterstellt werden, dass es ein Motiv zur Überversorgung von privatversicherten Patienten gibt. Je mehr Leistungen am Patienten erbracht werden, umso mehr Vergütung kann durch den behandelnden Arzt erzielt werden. Zusammengefasst sind die medizinischen Leistungen, die an Privatpatienten erbracht werden höher vergütet und unterliegen keiner Budgetgrenze. Für GKV-Patienten gilt, dass der EBM zwischen Leistungserbringern und Kassen verhandelt wird und einer Budgetgrenze unterliegt. Die am GKV-Patienten erbrachten Leistungen sind niedriger vergütet und durch die Budgetgrenzen limitiert. Die Privatpatienten sind aus diesem Grund für die Leistungserbringer die lukrativeren Patienten.¹⁴

Darüber, welche Folgen diese Gegebenheiten haben, ist man sich in der Literatur nicht einig. Es wird einerseits eine Unterversorgung der GKV-Versicherten unterstellt und andererseits eine Überversorgung der PKV-Versicherten.¹⁵ Es wird aber auch ein positiver Effekt auf den Wettbewerb betont, der durch die Konkurrenz zwischen PKV und GKV ausgelöst wird. Dieser Wettbewerb soll in der Theorie eine Verbesserung der Gesundheitsleistungen zur Folge haben.¹⁶ Sicher ist, dass Privatpatienten höhere Erlöse bedeuten und meist schneller Behandlungstermine erhalten.

2.3 Aufbau der Gebührenordnung für Ärzte

Die aktuell geltende Gebührenordnung für Ärzte besteht aus 12 Paragraphen. In diesen sind die Vorgaben zur Anwendung und der Geltungsbereich festgehalten. Ebenfalls Teil der Rechtsverordnung ist die Abrechnung der einzelnen erbrachten Leistungen, welche sich nach dem Gebührenverzeichnis richten.

Paragraf 1 bestimmt den Anwendungsbereich. Das heißt also, dass festgehalten ist, welche beruflichen Leistungen vergütet werden, soweit nichts anderes durch ein Bundesgesetz vorgeschrieben ist. Außerdem wird darin bestimmt, dass der Arzt nur unter folgenden Voraussetzungen Leistungen erbringen darf:¹⁷

¹³ Vgl. Sauerland (2022), S. 881.

¹⁴ Vgl. Gibis (2013), S. 77-105.

¹⁵ Vgl. Greß (2009), S. 1 - 4.

¹⁶ Vgl. Augurzky/ Felder (2013), S. 58.

¹⁷ Vgl. Bundesamt für Justiz (o. J.a), o. S.

“(...) die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich sind.”¹⁸

Falls die Leistungen nicht nötig sind, darf der Arzt sie nur erbringen, wenn der Patient die Leistungen einfordert und für die Kosten selbst aufkommt.

Der zweite Paragraph umfasst die abweichenden Vereinbarungen.

Gemäß Paragraph 2 können für rein ärztliche Leistungen abweichende Gebührensätze zwischen Patient und Arzt vereinbart werden. Dazu ist eine schriftliche Vereinbarung vor der Behandlung erforderlich. Es muss klar kommuniziert werden, dass eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse nicht zwingend erfolgt und dass eine Zuzahlungspflicht des Versicherten bestehen kann. Bei stationären Leistungen mit Vereinbarung von wahlärztlichen Leistungen kann nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen eine Abdingungsvereinbarung geschlossen werden.

Der Paragraph 3 „Vergütungen“ beschreibt die 3 Bestandteile, aus denen sich die Vergütung nach GOÄ zusammensetzt. Die drei Bestandteile sind Gebühren, Entschädigungen und Ersatz von Auslagen.

Um die Gebühren geht es in Paragraph 4. Hier wird festgehalten, dass es sich bei Gebühren um die Vergütung für ärztliche Leistungen handelt. Des Weiteren wird beschrieben für welche Leistungen der Arzt überhaupt Gebühren berechnen kann sowie welche Voraussetzungen hierfür gelten. Es wird auch festgelegt für welche Leistungen der Arzt keine Gebühren berechnen kann. Außerdem wird definiert, welche Kosten mit der Gebühr abgedeckt sind und dass diese Kosten nicht gesondert abgerechnet werden dürfen. Auch wird vorgegeben, dass Kosten, die durch Dritte verursacht werden und dem Zahlungspflichtigen berechnet werden, durch den Arzt, der die Kosten bei Dritten verursacht, dem Patienten mitgeteilt werden müssen.¹⁹

In Abbildung 1 sind alle Paragraphen der Gebührenordnung für Ärzte auf einen Blick zu sehen. Im letzten Punkt Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen sind alle Leistungen mit Punktzahl und den entsprechenden Gebühren festgehalten.

¹⁸ Bundesamt für Justiz (o. J.c), o. S.

¹⁹ Vgl. Münzel/ Zeiler (2008), S. 88 - 97.

Gebührenordnung für Ärzte	
zur Gesamtausgabe der Norm im Format: HTML PDF XML EPUB	
-	Inhaltsübersicht
-	§ 1 Anwendungsbereich
-	§ 2 Abweichende Vereinbarung
-	§ 3 Vergütungen
-	§ 4 Gebühren
-	§ 5 Bemessung der Gebühren für Leistungen des Gebührenverzeichnisses
-	§ 5a Bemessung der Gebühren in besonderen Fällen
-	§ 5b Bemessung der Gebühren bei Versicherten des Standardtarifes der privaten Krankenversicherung
-	§ 6 Gebühren für andere Leistungen
-	§ 6a Gebühren bei stationärer Behandlung
-	§ 7 Entschädigungen
-	§ 8 Wegegeld
-	§ 9 Reiseentschädigung
-	§ 10 Ersatz von Auslagen
-	§ 11 Zahlung durch öffentliche Leistungsträger
-	§ 12 Fälligkeit und Abrechnung der Vergütung, Rechnung
-	§ 13
-	§ 14
-	Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen

Abb. 2: Gebührenordnung für Ärzte

Quelle: Bundesamt für Justiz (o. J.), o. S.

2.4 Geschichte der Gebührenordnung für Ärzte

Es gibt eine lange Tradition, für ärztliche Leistungen Gebühren vorzugeben. Intention war vor allem die ärztlichen Leistungen ausreichend und angepasst zu vergüten und dabei einen ungeordneten Preiswettbewerb zum Nachteil der Patienten zu verhindern. Diese Vorgehensweise gibt es auch für andere freie Berufe z.B. für Rechtsanwälte. In Deutschland gibt es die ersten amtlichen privatärztlichen Gebührenordnungen seit dem Jahr 1693 (Brandenburgische Medizinaltaxe). Über verschiedene Weiterentwicklungen, die parallel mit der Umgestaltung der medizinischen Versicherungen in Deutschland einhergingen, entstand das heutige, Duale System mit der GKV und der PKV und den Gebührenordnungen GOÄ und EBM zur Abrechnung ambulanter Leistungen. Eine Besonderheit stellen die Krankenhausangestellten Wahlärzte dar. Sie rechnen ihre persönlich am privat versicherten Patienten erbrachten medizinischen Leistungen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung über die GOÄ mit den Patienten ab. Auch die Rechtsformen der Gebührenordnungen haben sich unterschiedlich entwickelt. Die GOÄ wird im Rahmen einer Rechtsverordnung durch das Bundesgesundheitsministerium erlassen. Der EBM ist ein Vertrag zwischen Leistungserbringern und den Krankenkassen. Diese entwickeln den EBM regelmäßig weiter, während das Bundesgesundheitsministerium dies bei der GOÄ zurzeit nicht macht.²⁰

²⁰ Vgl. Greiner et al. (2019), S. 1.

Ihre heutigen Ursprünge hat die Abrechnung ärztlicher Leistungen in der Preußischen Gebührenordnung von 1896. Als GOÄ wurde sie 1965 in erster Fassung umgesetzt. Mittlerweile wurde die Gebührenordnung vier Mal überarbeitet und besteht nun seit dem 9. Februar 1996 in der jetzigen Form. Ab 1996 wurden nur kleine, zwingend notwendige, Anpassungen vorgenommen. Die Einführung des Euro z.B. erzwang eine Anpassung der GOÄ.²¹

Weiter wurde eine Anpassung der Punktwerte in Form einer Anhebung um 3,6 Prozent vorgenommen. 2020 erfolgte eine Änderung der Punkte zur ärztlichen Leichenschau. Seitdem hat es keine Anpassungen mehr gegeben.²²

In Abbildung 3 ist die Entwicklung der Gebührenordnungen zwischen 1693 und heute dargestellt. Wie auf der Abbildung zu sehen ist, sind die privatärztliche Gebührenordnung und die kassen-/vertragsärztliche Gebührenordnung eng verbunden. Seit 1896 gibt es amtliche Gebührenordnungen für die privatärztliche Abrechnung, wie die Preugo, dann die GOÄ 65 und die GOÄ 83. Die freie Bezahlung zwischen Arzt und Patient wurde eingeschränkt. In der Kassenärztlichen Versorgung gab es bis 1971 die amtliche Gebührenordnung. Danach wurde der Bewertungsmaßstab für Ärzte (BMÄ) entwickelt. Bei den Ersatzkassen gab es bereits seit 1928 eine eigene Gebührenordnung. Durch regelmäßige Anpassungen, die den jeweiligen aktuellen Stand der medizinischen Leistungen abbildeten, konnte diese im Zeitraum zwischen 1965 und 1982 als Grundlage für die Weiterentwicklung der GOÄ dienen. Seit 1993 gibt es bei den Primär- und Ersatzkassen eine einheitliche Vergütung auf Basis des EBM, der kontinuierlich aktualisiert wird. Das Kassenarztrecht wurde vereinheitlicht und der Begriff der kassenärztlichen Versorgung durch vertragsärztliche Versorgung im SGB V ersetzt. Die GOÄ basiert auf dem EBM, was die Ähnlichkeit der Ausgestaltung erklärt. Als Beispiel wäre hier die Gebührennummer und die Leistungsdefinition zu nennen. Vertrags- und privatärztliche Versorgung unterscheiden sich in der Vergütung. Der Gesetzgeber hat jedoch innerhalb beider Systeme die Vergütungsunterschiede begrenzt. In der privatärztlichen Versorgung wurde die freie Preisgestaltung eingeschränkt und in der GKV wurden Abweichungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen bei der Vergütung nivelliert. Im frühen 20. Jahrhundert galt in Deutschland weitgehend Vertragsfreiheit bei der Vergütung zwischen Krankenkassen und Ärzten. Außer bei Arbeiter- und Knappschaftskrankenkassen galten ab 1896 die Mindestsätze der Preugo. Die Vergütungshöhe ergab sich aus vielen Faktoren, wie z.B. der Wettbewerbsposition der Ärzte und der Kassen sowie der Höhe der Mitgliedsbeiträge. Da in der GKV vorrangig Geringverdiener versichert waren, fielen hier die Vergütungen auch geringer aus als bei den Privatpatienten. Die Budgetierung in der GKV war seit den Notverordnungsgesetzen 1931 gesetzlich immanent. Mit ihnen wurden die

²¹ Vgl. Münzel/ Zeiler (2008), S. 88.

²² Vgl. Grebe (2022), S. 50.

zweistufige Vergütung und das Prinzip der Gesamtvergütung eingeführt. Es war ähnlich wie bei der privatärztlichen Versorgung, da das Vermögen des Zahlungspflichtigen berücksichtigt werden musste. Eine Budgetierung in der privatärztlichen Vergütung wurde bis heute vom Gesetzgeber vermieden bzw. es wurde auf Regulierungen verzichtet.²³

	Privatärztliche Gebührenordnungen		Kassen-/Vertragsärztliche Gebührenordnungen	
	amtlich	nicht-amtlich	Ersatzkassen	Primärkassen
1693	Brandenburgische Medizinaltaxe 30 GOP, grds. 1-fache Sätze			
1802	Preußische Medizinaltaxe 60 GOP, grds. 1-fache Sätze ab 1815 grds. 1- bis 2-fache Sätze			
1897	Preugo 360 GOP, 1- bis 10-fache Sätze			
1928				
1929		Adgo 670 GOP, 1- bis teilw. 20-fache Sätze		
1952	Anhebung Mindestsätze um 50 % (allg. Lstg.) bzw. 33 % (Sonderlstg.) Aufnahme EKG, EEG, Grundumsatzbestimmung		E-Adgo einfache Sätze, grds. Mindestsätze der Adgo	
1957	Anhebung aller Mindestsätze um 33 %			
1965	GOÄ'65 (auch BUGO-Ä) 1.050 GOP, 1-bis 6-fache Sätze			
1971				BMÄ'71
1978			E-GO'78	EBM'78 BMÄ'78 (2.500 GOP)
1983	GOÄ'83 2.500 GOP, 1- bis 3,5-fache Sätze			
1987			E-GO'87	EBM'87 BMÄ'87 (1.800 GOP)
1993				EBM ab 1993
1996	GOÄ'96 (Teilnovellierung) (ca. 2.800 GOP) Anhebung Punktwert, Einschränkung abw. Honorarvereinbarungen, teilw. Überarbeitung Leistungsverzeichnis			
heute	2002: Umstellung auf Euro		regelmäßige Aufnahme neuer Leistungen; grundlegende Anpassungen in 1996 2005 2008 (GKV-WSG) 2013 (GKV-VStG)	(derzeit ca. 2.500 GOP)

Abb. 3: Geschichte der Gebührenordnungen

Quelle: Greiner et al. (2019), S. 9.

Für die Zukunft stellt sich die Frage, ob es in Deutschland zwei parallel existierende Versicherungs- und Gebührenordnungen für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen geben muss. Die öffentlichen Diskussionen laufen darüber schon lange und sind bisher zu keinem Ergebnis gekommen. 2018 ist im Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD festgelegt worden, dass eine Kommission bis Ende 2019 Vorschläge erarbeiten soll, wie ein modernes Vergütungssystem beschaffen sein könnte, das den medizinischen Versorgungsbedarf und die Weiterentwicklungen in der Medizin abdecken kann. Diese Kommission soll die bestehenden Probleme des Dualen Systems benennen und deren

²³ Vgl. Greiner et al. (2019), S. 8.

Behebungsmöglichkeiten in einem neuen System vorschlagen. Weiter soll geprüft werden, welchen Einfluss die rechtlichen Rahmenbedingungen bundes- und europaweit auf eine Neuordnung haben werden und es sollen die Auswirkungen in der Versorgungsqualität und -sicherheit beachtet werden. Eine neue einheitliche Gebührenordnung muss natürlich auch wirtschaftlich sein.²⁴

2.5 Digitalisierung im Gesundheitswesen

Ob die Digitalisierung auch im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle spielt oder nicht, steht schon lange nicht mehr zur Debatte, sondern eher wie schnell, in welchen Bereichen und wie ausgeprägt die Digitalisierung umgesetzt werden kann. Die Spanne reicht dabei von einfachen Vorgängen wie papierlos zu arbeiten, über einfache intelligente Krankenhausinformationssysteme und eine elektronische Patientenakte, bis hin zur künstlichen Intelligenz.²⁵

Die Digitalisierung ist ein Kernanliegen der derzeitigen Regierung. Es wurde dazu ein Strategiepapier veröffentlicht, in dem es heißt:

"Die vorliegende Strategie führt die politischen Schwerpunkte der Bundesregierung beim Querschnittsthema Digitalisierung unter einem Dach zusammen und bildet den übergeordneten Rahmen für die Digitalpolitik bis 2025."²⁶

Digitalisierung ist ein Querschnittsthema mit vielen Aspekten. Es geht um die Nutzung aktueller Informationstechnologien, um Prozesse in der Gesellschaft, in der Wirtschaft und der Verwaltung. Es geht darum, Prozesse in der Wissenschaft und im Gesundheitswesen zu beschleunigen, den Zugang zeitlich und örtlich zu entkoppeln, zu vereinfachen und auch transparenter zu machen. Zum Thema Digitalisierung gehören aber auch die Aspekte menschliche Ressourcen, Infrastruktur, Entwicklung und Forschung. Die Bundesregierung will die Aus- und Weiterbildung von Menschen in moderner Informationstechnologie stärken, die Zuwanderung von Experten auf diesem Gebiet vereinfachen und fördern, die Infrastruktur, wie den Ausbau des Glasfaserkabel- und des Mobilfunknetzes vorantreiben. Zudem soll die Forschung zur künstlichen Intelligenz oder der Quantentechnologie insbesondere zu Quantencomputern finanziert werden.²⁷

Der erste, größere Schritt zur Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde mit der Erlassung des E-Health-Gesetz vom 29. Dezember 2015 getan.²⁸

²⁴ Vgl. Greiner et al. (2019), S. I - IV.

²⁵ Vgl. Knappe/ Hufnagl Peter/ Rasche (2020), S. 9.

²⁶ Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 2.

²⁷ Vgl. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 2.

²⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2022), o. S.

Deutschland hinkt bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems hinter anderen Ländern zurück. Es besteht ein Bedarf an Verbesserungen in Struktur, IT, Organisation und Recht, um Fehlerfreiheit und Effizienz in der Versorgung zu ermöglichen und medizinischen Fortschritt flächendeckend zu implementieren sowie für sektorenübergreifende Kommunikation zu sorgen. In der Gesundheitspolitik und -versorgung, sowie im Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen, steht das Patientenwohl im Mittelpunkt, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Die Forschung für das Wohl der Patienten soll durch die Digitalisierung gefördert werden. Die Rahmenbedingungen vorzugeben, liegt dabei in Öffentlicher Hand. Das digitale Gesundheitssystem ermöglicht eine verbesserte Selbstbestimmung und Qualitätskontrolle im Vergleich zu rein kommerziellen Anbietern aus anderen Rechts- und Wirtschaftssystemen. Es erlaubt auch eine einheitliche, evidenzbasierte Rahmensetzung und die politische Sicherstellung, dass die Erkenntnisse allen Patienten zugute kommt.²⁹ Digitalisierung kann dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu reduzieren, wenn sie patientenorientiert gestaltet wird. Digitalisierung im Gesundheitswesen muss am Patientenwohl ausgerichtet werden, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern.³⁰

2.5.1 Ziele der aktuellen Bundesregierung zur Stärkung der Digitalisierung in Deutschland

Die Bundesregierung hat zum Thema Digitalstrategie ein Thesenpapier veröffentlicht, das zuletzt am 25.04.2023 überarbeitet wurde.³¹

Auszug:

- „- die Versorgung von mindestens der Hälfte der stationären Anschlüsse mit Glasfaser sowie im Mobilfunk bis möglichst 2026 flächendeckende Verfügbarkeit unterbrechungsfreier drahtloser Sprach- und Datendienste für alle Endnutzerinnen und Endnutzer;
- die Nutzung der elektronische Patientenakte durch mindestens 80% der gesetzlich Krankenversicherten und die Etablierung des E-Rezepts als Standard in der Arzneimittelversorgung als Grundlage für bessere, digital gestützte Gesundheitsversorgung;
- ein moderner Rechtsrahmen für die erfolgreiche Entwicklung der Datenökonomie und die verbesserte Nutzung von Daten durch vernetzte Datenräume in Wissenschaft und Forschung, Wirtschaft, Verwaltung und Gesellschaft;
- die weitere Verbesserung der Vereinbarkeit von Schriftformerfordernissen mit elektronischen Kommunikationsformen; elektronische Signaturen sollen einfacher abgegeben werden können;

²⁹ Vgl. Hinnenburg et al. (2021), S. XXIII.

³⁰ Vgl. Hinnenburg et al. (2021), S. 1 - 2.

³¹ Vgl. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 16 - 17.

- die umfassende Digitalisierung von Verwaltungsleistungen, damit sich Behördengeschäfte auch mit Hilfe staatlicher digitaler IDs - ortsunabhängig und effizient elektronisch erledigen lassen;
- die Stärkung unserer Digitalen Souveränität etwa durch zielgerichtete Innovationsförderung, den Ausbau der Kompetenzen in Schlüsseltechnologien und die Förderung von Open Source;
- ein transparenter und demokratischer Multistakeholder-Ansatz in der europäischen und internationalen Zusammenarbeit für verlässliche Rahmenbedingungen auf allen Ebenen der digitalen Welt, für die technische Einheit des Internets und für eine globale digitale Ordnung auf Basis der Menschenrechte und Grundfreiheiten, der Demokratie, der Rechtsstaatlichkeit sowie des Schutzes der Privatsphäre."³²

Diese Ziele sind eine wichtige Grundlage für den Ausbau der Digitalisierung im Gesundheitswesen mit seinen besonderen Bedürfnissen nach einer gesicherten Umgebung für den vertraulichen Austausch von Gesundheitsdaten, wie es z.B. für den Bereich der Telemedizin absolut notwendig ist.³³

Die Telemedizin stellt einen großen Bereich der Digitalisierung im Gesundheitswesen dar.³⁴

2.5.2 Telemedizin

Telemedizin ist ein Begriff, dessen Inhalt sich aufgrund des technischen Wandels der vergangenen Jahre immer wieder verändert hat. Im Kern geht es aber um einen orts- und zeitunabhängigen medizinischen Informationsaustausch mittels moderner Telekommunikationstechniken. Eine Abgrenzung zu anderen Begriffen der digitalen Gesundheitswelt ist dabei meist nicht eindeutig möglich und die Übergänge sind fließend.³⁵

Die World Health Organisation hat den Begriff folgendermaßen definiert:

„The delivery of health care services, where distance is a critical factor, by all health care professionals using information and communication technologies for the exchange of valid information for diagnosis, treatment and prevention of disease and injuries, research and evaluation, and for the continuing education of health care providers, all in the interests of advancing the health of individuals and their communities.“³⁶

Während die Bundesärztekammer 2015 die folgende Definition veröffentlicht hat.³⁷

„Telemedizin ist ein Sammelbegriff für verschiedenartige ärztliche Versorgungskonzepte. Diese Konzepte weisen als Gemeinsamkeit den prinzipiellen Ansatz auf, dass medizinische Leistungen der

³² Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 2 - 3.

³³ Vgl. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 16 - 17.

³⁴ Vgl. Knappe/ Hufnagl Peter/ Rasche (2020), S. 9.

³⁵ Vgl. Gibis et al. (2022), S. 205.

³⁶ World Health Organization (1998), S. 10.

³⁷ Vgl. Gibis et al. (2022), S. 205.

Gesundheitsversorgung in den Bereichen Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sowie bei der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen (oder zeitlichen Versatz) hinweg erbracht werden. Hierbei werden Informations- und Kommunikationstechnologien eingesetzt.“³⁸

Der Deutsche Bundestag hat 2011 den Begriff wie folgt definiert:

„Die Telemedizin ist ein Hilfsmittel zur Überwindung größerer Entfernungen bei medizinischen Sachverhalten. Darunter wird die Bereitstellung bzw. Anwendung von medizinischen Dienstleistungen mit Hilfe von Informations- und Kommunikationstechnologien für den Fall verstanden, dass Patienten und Angehörige eines Gesundheitsberufes (etwa Ärzte) bzw. diese untereinander nicht am selben Ort sind. Es erfolgt die Übertragung medizinischer Daten und Informationen für die Prävention, Diagnose, Behandlung und Weiterbetreuung von Patienten in Form von Text, Ton oder Bild oder in anderer Form. Ziel der Telemedizin ist insbesondere eine Verbesserung der Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der medizinischen Versorgung. ...“³⁹

Anwendungsbeispiele im Bereich der Telemedizin können dabei unterteilt werden in Gespräche zwischen Ärzten, Arzt und Patient sowie Arzt und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe. Bei der Videokonsultation, der Videosprechstunde oder der Fallbesprechung sind alle Beteiligten, die sich an verschiedenen Orten befinden, zur gleichen Zeit über eine Videoplattform zusammengeschaltet. Einfacher ist es, wenn nur Informationen versendet oder empfangen werden, wie zum Beispiel beim Telekonsil, Wearables oder Apps und E-Rezepten. Diese können an eine Plattform gesendet werden und relativ zeitunabhängig eingesehen oder ausgewertet werden. Voraussetzung für diese Anwendungsbeispiele sind Computer / Laptops, Smartphones oder Wearables sowie die nötige Software, um über eine Plattform den Datenaustausch zu ermöglichen. Eine Datenbank wird benötigt, um die wichtigen Informationen gesichert abzulegen.⁴⁰

Für die Abrechnung einer Videosprechstunde gibt es für gesetzlich Versicherte einen extra Technikzuschlag in Höhe von 4,21 Euro. Für bis zu 50 Videosprechstunden wird dieser im Quartal gezahlt. Die GOÄ enthält weder eine Ziffer für die Videosprechstunde noch für einen Technikzuschlag. Hier muss eine analoge Ziffer gewählt werden, wie zum Beispiel die Ziffer 1: „Beratung auch telefonisch“ zu denen dann die geläufigen Zuschläge hinzugerechnet werden können. Somit ist über die GOÄ keine aufwandsgerechte Abrechnung möglich.⁴¹

Auch in Regionen mit tendenziell schlechterer medizinischer Versorgung, z.B. ländliche Bereiche, kann mit Hilfe von Telemedizin im pflegerischen, ambulanten und stationären Bereich einer Versorgungslücke vorgebeugt werden.⁴²

³⁸ Bundesärztekammer (2015), o. S.

³⁹ Deter/ Markovski (2011), S. 1.

⁴⁰ Vgl. Gibis et al. (2022), S. 206.

⁴¹ Vgl. Fehn (2021), S. 27.

⁴² Vgl. Gadatsch (2020), S. 38.

In der Studie “Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich” sind die Konsultationen zu Hause oder per Video über die Jahre 2015, 2019 und 2022 dargestellt.

Die folgende Abbildung zeigt, dass im internationalen Vergleich Deutschland im Bereich Videokonsultationen ein Entwicklungsland ist. Nur 35,5% der Arzt-Patientenkontakte findet in Form einer Videokonsultation statt. Hier ist zusätzlich wichtig zu beachten, dass sich diese Prozentzahl aus “Ja, oft” und “Ja, gelegentlich” zusammensetzt. Nur die Schweiz hat noch weniger Videokonsultationen.

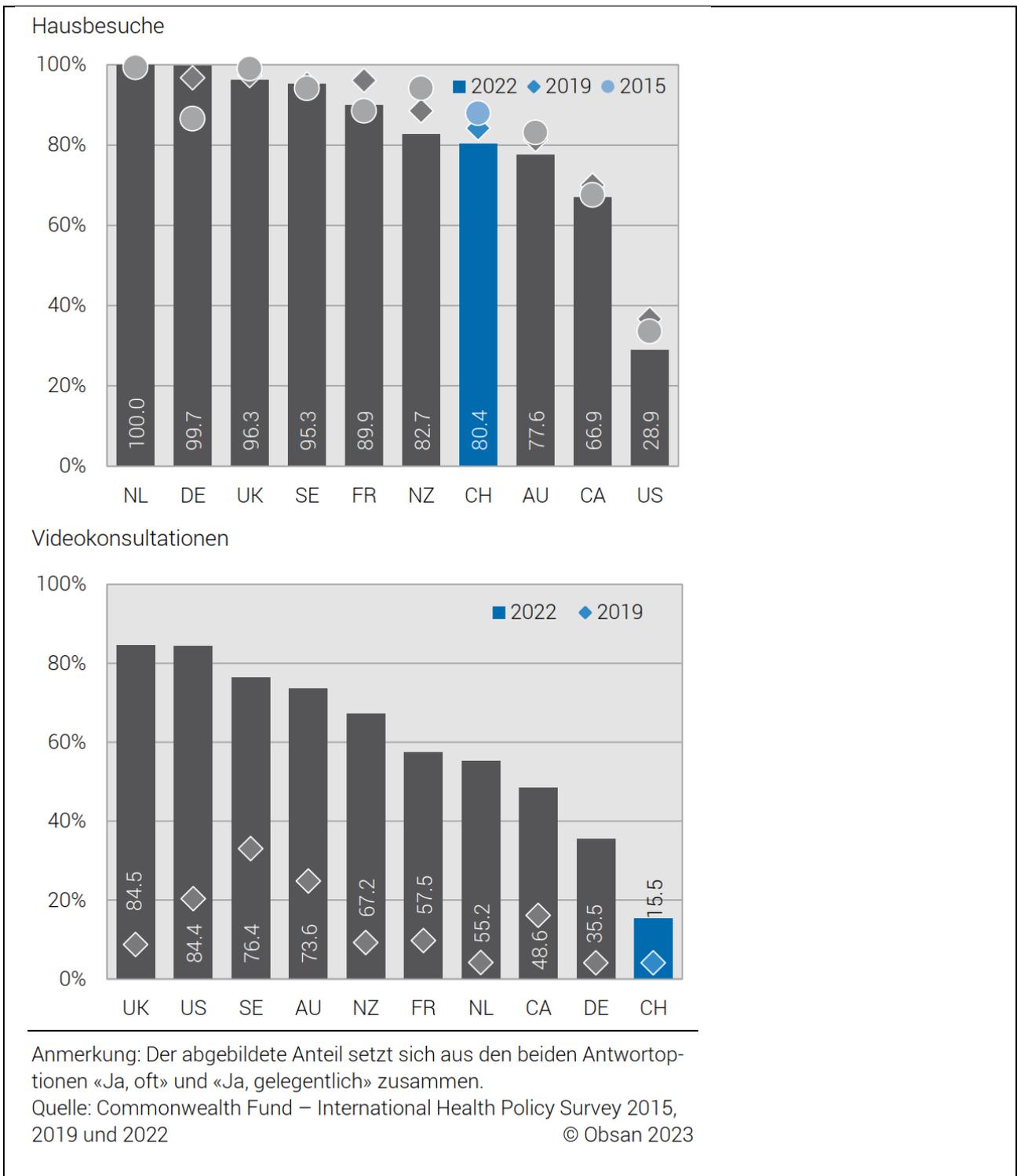


Abb. 4: Verfügbarkeit der Praxen außerhalb der gängigen Öffnungszeiten, internationaler Vergleich, 2019 und 2022

Quelle: Pahud/ Dorn (2023), S. 18

2.5.2.1 Voraussetzungen für die Telemedizin

Die unter 2.5.1 genannten Ziele machen die Telemedizin erst möglich und sicher. Im Einzelnen bedeutet das, dass die Infrastruktur unterbrechungsfrei für alle Beteiligten zur Verfügung stehen muss. Der Rechtsrahmen für den Austausch von sensiblen Daten und der Datenschutz müssen gewährleistet sein. Digitale IDs und Signaturen stellen sicher, dass die Kommunikationspartner die sind, welche sie vorgeben zu sein. Sie ermöglichen es Befunde und Arztberichte fälschungssicher zu machen und bieten den sicheren Nachweis, wer der Ersteller war. Die notwendigen Programme müssen soweit es geht von Partikularinteressen einzelner Firmen unabhängig sein. Dies ermöglicht es, die Telemedizinprogramme ohne Urheberrechtsverletzungen im Falle einer Firmeninsolvenz weiterentwickeln und pflegen zu können (Open Source). Dazu gehört auch, dass die genutzten technischen Plattformen eine umfassende Datensicherheit bieten und ihre Verfügbarkeit dauerhaft und ohne Störungen gewährleistet ist. Nur so ist eine 24/7-Nutzung durch Patienten mit medizinischen Problemen sicher möglich.⁴³

Für telemedizinische Anwendungen gelten die gleichen Wirtschaftlichkeitsanforderungen wie für konventionelle Methoden. Der G-BA entscheidet über die Erstattungsfähigkeit anhand von Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer neuen Methode. Für den Zugang in die GKV-Versorgung müssen belastbare wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesen drei Fragestellungen vorgelegt werden. Dazu sind medizinische Studien, welche die Notwendigkeit des Einsatzes in der Behandlung begründen, notwendig. Es muss eine gesundheitsökonomische Evaluation zur Kost- und Nutzen-Relation durchgeführt werden. Dies ist notwendig, um eine rationale und transparente Mittelverwendung in der GKV zu gewährleisten. Eine effiziente Mittelverwendung ist im Gesundheitswesen aufgrund der Ressourcenknappheit von zentraler Bedeutung. Entscheidungsträger sollten begrenzte Mittel dort einsetzen, wo der größte Nutzen erzielt wird. Gesundheitsökonomische Evaluationen sind auch nötig, um die Nutzenpotenziale von telemedizinischen Anwendungen für verschiedene Akteursgruppen darzustellen.⁴⁴

Telematikplattform

Eine Telematikplattform bietet die Möglichkeit eines umfassenden, sicheren und datenschutzkonformen Datenaustausches im Gesundheitswesen für alle Beteiligten und ist 24/7 erreichbar.

„Die Telematikplattform definiert eine umfassende Infrastruktur zur Kommunikation von Gesundheitsdaten unter den verschiedenen Beteiligten des Gesundheitswesens. Die für 2006 geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und die damit verbundenen Begleitumstände werden allgemein als erster

⁴³ Vgl. Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023), S. 16-18.

⁴⁴ Vgl. Gensorowsky/ Dörris/ Greiner (2021), S. 484.

Schritt auf dem Weg zur Realisierung der Telematikplattform angesehen. Bereits in dieser wichtigen Anfangsphase werden entscheidende Weichen für künftige weitere Entwicklungen gestellt."⁴⁵

Die einheitliche Telematikplattform für den Bereich Gesundheit gibt es noch nicht. Mit der Einführung des e-Rezeptes und der elektronischen Patientenakte dürfte es bei der Entwicklung einer einheitlichen Telematikplattform große Fortschritte geben, da ohne diese Plattform das e-Rezept und die elektronische Patientenakte nur schwer vorstellbar ist.⁴⁶

Mit der Bereitstellung der Telematikplattform ist die gematik GmbH durch die Bundesregierung und die Beteiligten der Selbstverwaltung beauftragt.⁴⁷

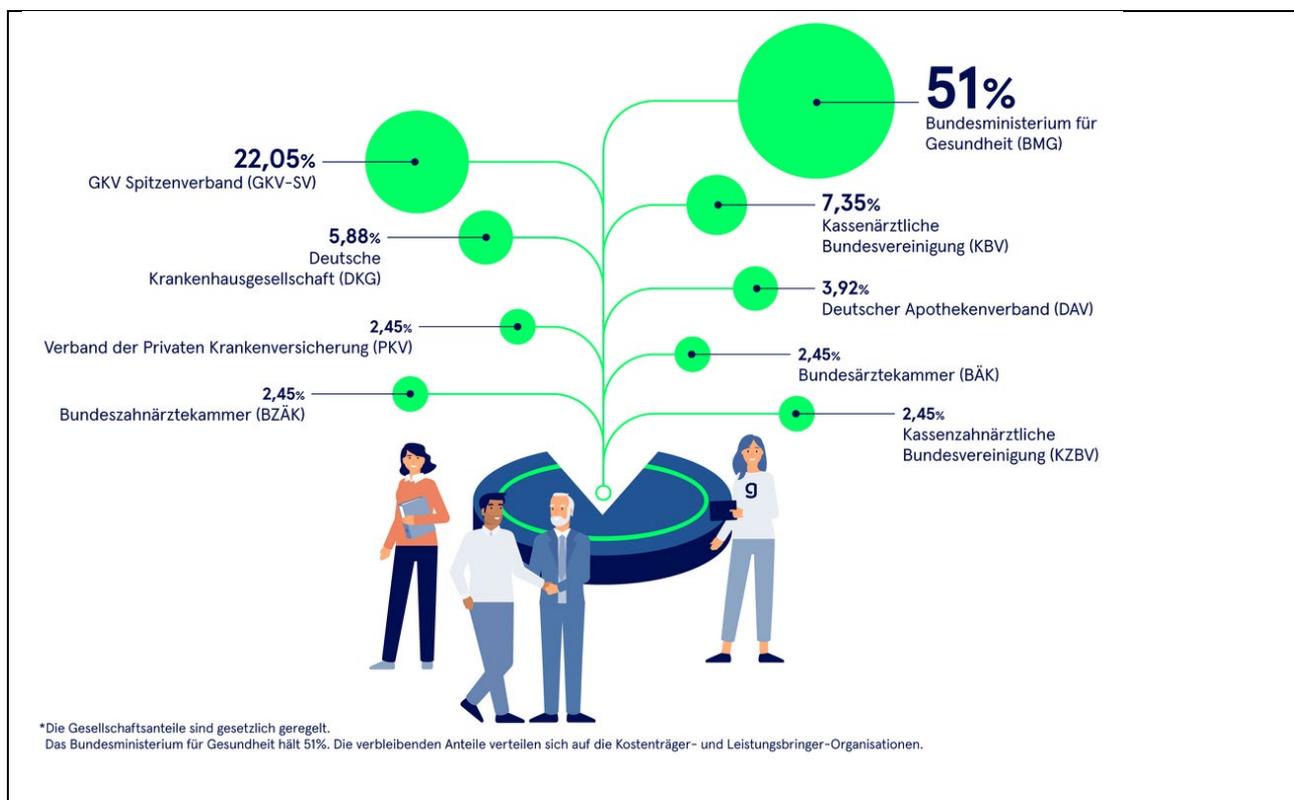


Abb. 5: Gesellschafter und Gremien

Quelle: gematik GmbH (2023), o. S.

Sie beschreibt ihre Aufgaben wie folgt:

„Die Digitalisierung ist der nächste Quantensprung in der Entwicklung der Medizin. Die Erfassung, Verarbeitung und Nutzung medizinischer Daten beflügelt die Forschung, revolutioniert Therapien und sorgt

⁴⁵ Noelle (2005), o. S.

⁴⁶ Vgl. gematik GmbH (o. J.), o. S.

⁴⁷ gematik GmbH (o. J.), o. S.

dafür, dass wir immer gesünder, länger und besser leben. Diesen Prozess in Deutschland entschlossen voranzutreiben und konstruktiv mitzugestalten, ist Ziel, Aufgabe und Mission der gematik.⁴⁸

„Die gematik trägt die Gesamtverantwortung für die Telematikinfrastruktur (TI), die zentrale Plattform für digitale Anwendungen im deutschen Gesundheitswesen. Mit der Definition und Durchsetzung verbindlicher Standards für Dienste, Komponenten und Anwendungen in der TI gewährleistet die gematik, dass diese zentrale Infrastruktur sicher, leistungsfähig und nutzerfreundlich ist und bleibt.“⁴⁹

Weiter heißt es:

„Moderner, einfacher und trotzdem sicher: Für die Gesundheitsplattform der Zukunft hat die gematik sechs tragende Säulen definiert. Diese bilden die Grundlage für ein nutzerfreundlicheres, flexibleres und dynamischeres digitales Gesundheitswesen in Deutschland – für mehr Innovation, bessere Versorgung, effizientere Kommunikation, einfachere Nutzung und die Stärkung der Autonomie von Versicherten.“⁵⁰

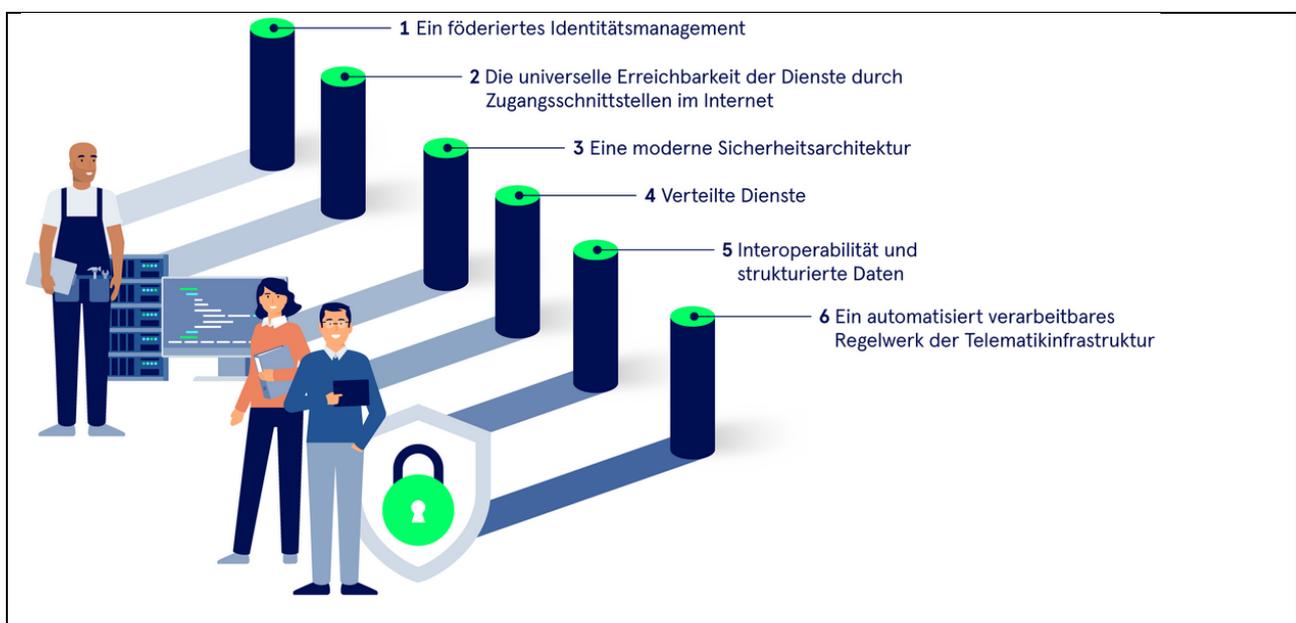


Abb. 6: Modernisierung der technischen Infrastruktur für das Gesundheitswesen

Quelle: gematik GmbH (2023), o. S.

2.5.2.2 Rechtliche Aspekte

Eine wichtige gesetzliche Grundlage für die Telemedizin ist das E-Health-Gesetz vom 29. Dezember 2015. Das Bundesministerium für Gesundheit fasst die Inhalte wie folgt zusammen:

„Das am 29. Dezember 2015 in Kraft getretene „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ hat die ersten Weichen für den Aufbau der sicheren Telematikinfrastruktur (TI) und die Einführung medizinischer digitaler Anwendungen gestellt. Ziel

⁴⁸ gematik GmbH (o. J.), o. S.

⁴⁹ gematik GmbH (o. J.), o. S.

⁵⁰ gematik GmbH (2023b), o. S.

dieses Gesetzes war es, die Chancen der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung zu nutzen und eine schnelle Einführung medizinischer Anwendungen für die Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Die Organisationen der Selbstverwaltung erhielten darin klare Vorgaben und Fristen, die bei Nichteinhaltung teilweise auch zu Sanktionen führen. Die Schwerpunkte der Regelungen betreffen die

- Schaffung von Anreizen für die zügige Einführung und Nutzung medizinischer Anwendungen (modernes Versichertenstammdatenmanagement, Notfalldaten, elektronischer Arztbrief und einheitlicher Medikationsplan),
- Öffnung der TI und perspektivische Weiterentwicklung in Richtung maßgebliche und sichere Infrastruktur für das deutsche Gesundheitswesen,
- Erstellung eines Interoperabilitätsverzeichnisses zur Verbesserung der Kommunikation verschiedener IT-Systeme im Gesundheitswesen,
- Förderung telemedizinischer Leistungen (Online-Videosprechstunde, telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen).

Seitdem wird die Digitalisierung des Gesundheitswesens durch verschiedene gesetzliche Maßnahmen, zum Beispiel mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), dem Gesetz für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung (GSAV), dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), dem Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) sowie zuletzt mit dem am 9. Juni 2021 in Kraft getretenen Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVGPMG) vorangetrieben.“⁵¹

Der Einführung der Telemedizin stand das Fernbehandlungsverbot für Ärzte im Wege. Dies wurde in mehreren Schritten durch die Ärztekammer durch Änderungen der ärztlichen Berufsordnung korrigiert:

„Die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Baden-Württemberg hat 2016 eine Modellklausel für § 7 Abs. 4 der ärztlichen Berufsordnung für Baden-Württemberg beschlossen.

Die Berufsordnung wurde um den Satz „Modellprojekte, insbesondere zur Forschung, in denen ärztliche Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsnetze durchgeführt werden, bedürfen der Genehmigung durch die Landesärztekammer und sind zu evaluieren“ ergänzt.

Derzeit finden in Baden-Württemberg zwei Modellprojekte zur ausschließlichen Fernbehandlung statt. Von den Ergebnissen dieser Projekte wird erwartet, mehr über Möglichkeiten, aber auch Grenzen der ausschließlichen Fernbehandlung in Erfahrung zu bringen.

Auch der 120. Deutsche Ärztetag 2017 in Freiburg hat die neuen Entwicklungen auf dem Gebiet der Fernbehandlung intensiv diskutiert und die Bundesärztekammer aufgefordert, Vorschläge zu erarbeiten, nach denen die ausschließliche Fernbehandlung auf Grundlage der Musterberufsordnung ermöglicht wird.

Der 121. Deutsche Ärztetag 2018 in Erfurt hat sich für die Lockerung des Verbotes der reinen Fernbehandlung ausgesprochen (TOP IV Änderung des § 7 Abs. 4 MBO-Ä - Fernbehandlung). Demnach sieht die Musterberufsordnung der Ärzte künftig in § 7 Abs. 4 vor, dass Ärzte auch bei noch unbekanntem

⁵¹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2022), o. S.

Patienten eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien vornehmen dürfen.

Dies gilt jedoch nur, sofern dies ärztlich vertretbar und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt ist. In einer eigens eingerichteten Arbeitsgruppe Fernbehandlung wurde die Regelung in § 7 Abs. 4 MBO-Ä konkretisiert, und ausgestaltet sowie Fragen sowohl aus rechtlicher als auch aus ärztlicher Sicht, die insbesondere im Zusammenhang mit der Zulässigkeit einer ärztlichen Beratung und Behandlung ausschließlich aus der Ferne stehen geklärt.⁵²

Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben zur Implementierung der Telemedizin im Rahmen des Bundesmantelvertrag-Ärzte eine Vereinbarung geschlossen, um die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Durchführung von Videosprechstunden festzulegen. Diese Vereinbarung ermöglicht es den Ärzten die Videosprechstunde mit Patienten rechtssicher durchzuführen und bei Einhaltung dieser Vorgaben ist eine problemlose Abrechnung mit den gesetzlichen Kassen möglich.⁵³

2.5.2.3 Anwendungsbereiche

In welchen Bereichen die Telemedizin angewendet werden kann, wird vom Deutschen Bundestag wie folgt definiert:

„Die Telemedizin umfasst eine große Vielfalt verschiedener medizinischer Dienstleistungen bzw. Anwendungen. Am häufigsten werden die Teleradiologie, die Telepathologie, die Teledermatologie, Telediagnostik, das Telemonitoring, Telechirurgie sowie die Tele-Ophthalmologie genannt.

Weitere Dienste bzw. Anwendungen in diesem Zusammenhang sind medizinische Call-Center, Online-Informationszentren für Patienten, Telekonsultationen bzw. sogenannte „elektronische Hausbesuche“ oder Videokonferenzen zwischen Angehörigen von Gesundheitsberufen.“⁵⁴

2.5.2.4 Beispiele für die Anwendung von Telemetrie in Form einer Videosprechstunde und dem Telemonitoring bei herzinsuffizienten Patienten

Für eine Videosprechstunde sind Standardgeräte, wie ein Computerarbeitsplatz mit Internetanbindung, eine Firewall, Kamera, Mikrofon und Lautsprecher nötig. Über einen zertifizierten Videodienstanbieter wird eine sichere, geschützte Leitung zwischen Patient und Arzt hergestellt.⁵⁵

⁵² Bundesärztekammer (o. J.), o. S.

⁵³ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR/ GKV Spitzenverband (2022), S. 1-11.

⁵⁴ Deter/ Markovski (2011), S. 1.

⁵⁵ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2023b), S. 1-6.

Es wird vorausgesetzt, dass die Videosprechstunde genauso vertraulich verlaufen kann wie die normale Sprechstunde in einer Praxis. Eine entsprechende vertrauliche Umgebung müssen die Teilnehmenden bereitstellen.

Die Patienten erklären ihre Einwilligung zu einer Videosprechstunde gegenüber dem Arzt und dem Videodienstanbieter. Es wird ein Termin abgesprochen, zu dem sich die Praxis und der Patient beim Videoanbieter anmelden und dann zusammengeschaltet werden. Eine Aufzeichnung der Videosprechstunde ist nur mit expliziter Einwilligung des Patienten erlaubt.⁵⁶

Telemonitoring bei Herzinsuffizienz:

„Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz soll durch Telemonitoring und eine lückenlose Betreuung verbessert werden. Dabei arbeiten primär behandelnde Ärztinnen und Ärzte (PBA) mit Kardiologinnen und Kardiologen in der Funktion eines telemedizinischen Zentrums (TMZ) eng zusammen.“⁵⁷

Primär behandelnde Ärzte können aus den Bereichen Hausärztinnen und Hausärzte, Internistinnen und Internisten ohne Schwerpunkt, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, Kardiologinnen und Kardiologen, Nephrologinnen und Nephrologen, Pneumologinnen und Pneumologen kommen. Diese arbeiten, nachdem der Patient seine Einwilligung zum Telemonitoring gegeben hat, mit dem telemedizinischen Zentrum eng zusammen. Außerdem müssen bestimmte medizinische Voraussetzungen erfüllt werden, das trifft zu, wenn:⁵⁸

- „- sie an einer Herzinsuffizienz nach NYHA-II- oder NYHA-III-Stadium mit einer Ejektionsfraktion < 40 Prozent leiden,
- sie Träger eines implantierten kardialen Aggregates (ICD, CRT-P, CRT-D) sind oder im zurückliegenden Jahr wegen kardialer Dekompensation stationär behandelt wurden,
- ihre Herzinsuffizienz leitliniengerecht behandelt wird und
- keine Faktoren vorliegen, die eine Datenübertragung oder ihr Selbstmanagement behindern würden.“⁵⁹

Die medizinischen Daten werden vom Patienten selbst erhoben, wie z.B. der Blutdruck oder die Herzfrequenz und an das telemedizinische Zentrum weitergemeldet oder/und es erfolgt eine automatische Datenübertragung von z.B. implantierten Geräten (Herzschrittmacher/Defibrillator oder andere) an das telemedizinische Zentrum. Die medizinischen Daten des

⁵⁶ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2023a), S. 1-5.

⁵⁷ Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2022), S. 1.

⁵⁸ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2022), S. 1-2.

⁵⁹ Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2022), S. 2.

Patienten werden dort fachlich bewertet und bei Auffälligkeiten sofort an den behandelnden Arzt weitergeleitet. Dieser entscheidet über die notwendigen Maßnahmen und leitet sie ein.

Für die Patienten sind diese Formen der Betreuung durch ein telemetrisches Verfahren von Vorteil, da sie deutlich weniger Arztbesuche, keine Fahrtkosten und mehr Sicherheit in der Betreuung und bei Zwischenfällen bedeuten.⁶⁰

2.5.2.5 Vergütungsregelungen

Im EBM sind für die Vergütung der Leistung Videosprechstunde vorgesehen:

In der Abrechnung kommen die GOP (Gebührenordnungsposition) für die jeweilige Grund- und Versichertenpauschale und zusätzlich die GOP 25214 für Konsile nach strahlentherapeutischer Behandlung zur Anwendung.

Weiter sind beispielhaft GOP aus den Bereichen Gesprächsleistungen (Einzel- und Gruppenbehandlungen), Einzelpsychotherapie, Gruppenpsychotherapie, Neuropsychologische Therapie und weitere Bereiche explizit für telemetrische Betreuungen zugelassen.

Für das Telemonitoring sind die GOP 03325, 04325 und 13578 Indikationsstellung inklusive Aufklärung einer Patientin/eines Patienten für die Abrechnung vorgesehen. Die GOP 03326, 04326 und 13579 Zusatzpauschalen für die Betreuung einer Patientin/eines Patienten.

Die GOÄ enthält keinen explizit für die Telemetrie ausgewiesenen Abrechnungstitel.

Ersatzweise werden inzwischen auch von den privaten Krankenkassen analoge Abrechnungsschlüssel akzeptiert, um den behandelnden Ärzten überhaupt diese innovativen Verfahren vergüten zu können.⁶¹

Die folgende Abbildung zeigt, wie telemedizinische Leistungen mit der GOÄ abgerechnet werden können. Wie in der Tabelle zu sehen ist, gibt es keine passenden Ziffern, sondern nur analoge Ziffern, über die diese Leistungen abgerechnet werden können.

Die Texte in der Abbildung sind eingefügt, um dem Abrechnenden einen Hinweis zu geben für welche telemedizinische Leistung die analoge Ziffer verwendet werden soll. Der Originaltext zur GOÄ-Ziffer 1 z.B. lautet:

„Die GOÄ Ziffer 1 bedeutet eine Beratung – auch mittels Fernsprecher. Die GOÄ Ziffer 1 wird abgerechnet, wenn ein Gespräch mit dem Patienten unter 10 Minuten andauert. Dieses Gespräch kann persönlich aber auch mittels Fernsprecher durchgeführt werden.“⁶²

Der Originaltext für die GOÄ-Ziffer 661 als weiteres Beispiel lautet:

⁶⁰ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (2022), S. 3.

⁶¹ Vgl. Ulmer (2021), S. 2022.

⁶² Medalis Abrechnungsservice (o. J.), o. S.

„Impulsanalyse und EKG zur Überwachung eines implantierten Schrittmachers - gegebenenfalls mit Magnettest -“⁶³

Auch hier zeigt sich, dass die Analogziffern oft wenig mit den telemetrischen Leistungen gemein haben. Sie sind nur eine Hilfsabrechnung, um überhaupt eine Kostenerstattung der telemetrischen Leistungen für die Ärzte zu ermöglichen.

Die Anzahl der Punkte für eine Leistung ist eine Relation für deren Aufwand im Vergleich mit dem Aufwand anderer Leistungen.⁶⁴

⁶³ Bundesamt für Justiz (o. J.b), o. S.

⁶⁴ Vgl. abrechnungsstelle.com (2023), o. S.

Nr. GOÄ	Art	Leistungsbeschreibung	Punkte	Euro*
1	analog	Beratung durch den Arzt mittels E-Mail (Chats und SMS sind ausgeschlossen).	80	10,72
1 bzw. 3	originär	Beratung durch den Arzt mittels Videoübertragung	80 150	10,72 20,11
5	analog	Visuelle symptomatische klinische Untersuchung mittels Videoübertragung.	80	10,72
2	analog	Ausstellung von Rezepten, Überweisungen, Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen durch Medizinische Fachangestellte.	30	3,15
70	analog	Erstellung, Aktualisierung, ggf. elektr. Übersendung eines Medikationsplans.	40	5,36
76	analog	Verordnung und Einweisung in Funktionen, Handhabung sowie Kontrolle der Messungen mittels digitaler Gesundheitsanwendungen.	70	9,38
60	originär	Vorstellung von Patienten oder Beratung über Patienten in interdisziplinären/multiprofessionellen Videokonferenzen zur Diagnosefindung und/oder Festlegung eines fachübergreifenden Behandlungskonzepts.	120	16,09
60	analog	Gemeinsame ärztliche telekonsiliarische Fallbeurteilung im Rahmen diagnostischer Verfahren (z. B. bildgebender Verfahren wie CT-, MRT-, Röntgenaufnahmen, Videoendoskopie etc. und/oder z. B. histologischer Befundungen wie Schnittdiagnostik, Ausstrich) (Telekonsil)	120	16,09
661	analog	Telemetrische Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers, eines Kardioverters bzw. Defibrillators und/oder eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie, wenn die Daten über eine größere Entfernung übertragen werden (z. B. aus der häuslichen Umgebung des Patienten heraus).	530	55,61

(* Euro-Angaben mit dem Faktor 2,3 – Ausnahmen sind die GOÄ-Nrn. 2 und 661 mit jeweils Faktor 1,8)

Abb. 7: Neues zur GOÄ: Neue GOÄ-Leistungen im Bereich der Telemedizin

Quelle: Hermanns/ Barufke/ Mattig (2023), S. XXIV

Die Bundesregierung hat zu diesem Mangel in der veralteten GOÄ auf eine kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion wie folgt geantwortet:

Folgende Fragen wurden gestellt:

„12. Wie stellt die Bundesregierung auf Grundlage der derzeit gültigen GOÄ die angemessene Vergütung und damit verbunden die Erbringung von Leistungen aus den Bereichen Digitalisierung und E-Health (z. B. elektronische Patientenakte, digitale Gesundheitsapps, Videosprechstunde) sicher?

13. Sieht die Bundesregierung insbesondere mit Blick auf die beginnende Digitalisierung des Gesundheitswesens die Notwendigkeit, die GOÄ an

diese Veränderungen anzupassen, und wenn nein, warum nicht?"⁶⁵

Folgende Antworten wurden auf die Fragen gegeben:

"Die Fragen 12 und 13 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit digitalen Anwendungen und Diensten können im Wesentlichen bereits basierend auf den Abrechnungsempfehlungen der BÄK über die GOÄ abgerechnet werden („Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen“ vom Mai 2020; „Ergänzung zu den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen vom 14./15.05.2020“ vom Dezember 2021). Insofern wird derzeit kein spezifischer dringender Anpassungsbedarf gesehen."⁶⁶

Die von der Bundesregierung genannten Abrechnungsempfehlungen der KBV sehen folgendes vor:

- Für Gespräche Nr. 1 GOÄ beziehungsweise – bei einer Gesprächsdauer von mindestens zehn Minuten – kann Nr. 3 GOÄ verwendet werden.
- Für die Begutachtung von Hautveränderungen, mittels Videoübertragung kann analog mit der Nr. 5 GOÄ abgerechnet werden.
- Für die Ausstellung von Rezepten und/oder Überweisungen und/oder die Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen durch medizinische Fachangestellte mittels Videotelefonie oder E-Mail kann analog der Nr. 2 GOÄ gewählt werden.
- Für die Erstellung oder Aktualisierung und gegebenenfalls elektronische Übersendung eines Medikationsplans kann analog der Nr. 70 GOÄ genommen werden.
- Für die Verordnung und gegebenenfalls Einweisung in Funktionen beziehungsweise Handhabung sowie Kontrolle der Messungen von digitalen Gesundheitsanwendungen kann eine analoge Abrechnungsmöglichkeit über die Nr. 76 GOÄ geschehen.
- für die Vorstellung eines Patienten und/oder Beratung über einen Patienten in einer interdisziplinären und/oder multiprofessionellen Videokonferenz zur Diagnose- und Therapiefindung kann dem originären Wortlaut die Nr. 60 GOÄ gelten.
- für die telemetrische Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers, Kardioverters beziehungsweise Defibrillators oder eines CRT über eine größere räumliche Entfernung kann die Nr. 661 GOÄ abgerechnet werden.⁶⁷

In einer Ergänzung zur KBV-Empfehlung wird ausgeführt:

⁶⁵ Merz et al. (2022), S. 1.

⁶⁶ Deutscher Bundestag (2022), S. 4.

⁶⁷ Ulmer (2021), S. 2022.

„Ergänzung zu den Abrechnungsempfehlungen der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen vom 14./15.05.2020

1. Erhebung der Fremdanamnese über einen Kranken und/oder Unterweisung und Führung der Bezugsperson(en) mittels Videoübertragung – im Zusammenhang mit der Behandlung eines Kranken – analog Nr. 4 GOÄ
2. Einleitung und Koordination flankierender therapeutischer und sozialer Maßnahmen mittels Videoübertragung während der kontinuierlichen ambulanten Betreuung eines chronisch Kranken analog Nr. 15 GOÄ⁶⁸

Auffällig und bedeutsam ist der Satz aus der Erklärung der Bundesregierung:

„Insofern wird derzeit kein spezifischer dringender Anpassungsbedarf gesehen.“⁶⁹

Trotz dieser auffälligen Mängel in der überalterten GOÄ bei innovativen und wertvollen neuen Verfahren wie der Telemetrie, sieht die Bundesregierung keinen Handlungsbedarf zur Novellierung der derzeit gültigen unzureichenden GOÄ.

⁶⁸ Bundesärztekammer (2021), o. S.

⁶⁹ Deutscher Bundestag (2022), S. 5.

3 Reform der GOÄ

Die folgenden Abschnitte sollen erläutern, in wie weit die aktuelle GOÄ veraltet ist und wie der Anpassungsprozess abläuft.

3.1 Vergleich der alten und neuen Gebührenordnung für Ärzte

Ist eine Anpassung der GOÄ notwendig?

Seit 1996 eine Anpassung der Punktwerte vorgenommen wurde und 2020 die Vergütung der Ärztlichen Leichenschau angepasst wurde, ist die GOÄ nicht mehr grundlegend an die geänderten medizinischen Gegebenheiten angepasst worden. Die novellierte Neufassung der GOÄ enthält ca. 3.500 neue Ziffern. Das bedeutet fast eine Verdoppelung zur alten Fassung. Diese Tatsache zeigt auch, dass viele moderne medizinische Leistungen nicht mehr abgebildet sind und somit der aktuelle Fortschritt der Medizin nicht mehr widerspiegelt wird.⁷⁰ Beispiele dafür wären die Entwicklungsfortschritte in der Computertomografie oder der Magnetresonanztomografie⁷¹ und in der Digitalisierung, wie z. B. der Telemedizin.

Eine weitere Folge ist, dass die abgerechneten Leistungen sich grundlegend von den erbrachten Leistungen unterscheiden. So ist es den Ärzten erlaubt, eine Leistung, die in der GOÄ nicht zu finden ist, mit einer analogen Leistung abzurechnen, die gleichwertig ist was Art, Kosten und Zeitaufwand angeht, aber nicht mehr der erbrachten medizinischen Leistung entspricht.⁷²

Das Suchen nach analogen Ziffern zieht einen deutlich erhöhten bürokratischen Aufwand nach sich und führt häufig zu Rechtsstreitigkeiten mit den Kostenträgern.⁷³

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die GOÄ in ihrer jetzigen Form nur sehr eingeschränkt die medizinischen Leistungen abbildet und der medizinische Fortschritt lässt die Defizite weiterwachsen. Die Abrechnung analoger Ziffern ist mit erheblichen Nachteilen verbunden und in absehbarer Zeit nicht mehr in der Lage eine leistungs- und kostengerechte Abrechnung zu ermöglichen. Die erbrachten Leistungen entsprechen dann in keiner Form mehr den abgerechneten Leistungen. Das führt auch immer häufiger zu einer erheblichen Diskrepanz zwischen der zu erzielenden Vergütung und den wirklich entstandenen Kosten. Der Einsatz der Telemedizin wird stark behindert, da die Leistung nicht adäquat abgerechnet werden kann.

Aus diesem Grund fordern viele Ärzte eine schnellstmögliche Novellierung. Eine Mehrheit von 61% der Ärzte aber hat schon resigniert und kaum noch Hoffnung auf eine Novellierung.

⁷⁰ Vgl. Grebe (2022), S. 50.

⁷¹ Vgl. May (2016), S. 750.

⁷² Vgl. Höpfner et al. (2020), S. 1.

⁷³ Vgl. Ems (2022), S. 39.

Sie fordern daher stattdessen wenigstens zum Inflationsausgleich eine Erhöhung der Punktwerte.⁷⁴

3.2 Anpassungsprozess der Gebührenordnung für Ärzte

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist unter Zuhilfenahme anderer ärztlicher Verbände und unter anderem auch dem Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI), für die Ausarbeitung der GOÄ zuständig. Der Entwurf der GOÄ wird dann mit der PKV abgestimmt und schlussendlich vom Präsidenten der Bundesärztekammer, dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt. Diesem obliegt die genaue Prüfung. Hier endet im Moment das Verfahren zur Erlassung einer novellierten GOÄ, da das BMG die Prüfung bisher nicht beendet hat. Im Weiteren müsste dann nur noch der Bundesrat der vorgelegten GOÄ zustimmen. Die Bundesregierung könnte bei Zustimmung des Bundesrates dann die Rechtsverordnung erlassen. Damit wäre die novellierte GOÄ in Kraft gesetzt und könnte angewendet werden.⁷⁵

Die Gebührenordnung für Ärzte ist eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums, welche mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.⁷⁶

Ziel ist es, die Bürokratie zu mindern und die Rechtssicherheit wieder zu gewährleisten. Mehr als 3.500 Ziffern sollen hinzukommen und den einzelnen Leistungen sollen neue Preise zugeordnet werden.⁷⁷

Der digitale Fortschritt und hier insbesondere die Telemedizin würde berücksichtigt und fände einen Niederschlag in der novellierten GOÄ.

⁷⁴ Vgl. Grebe (2022), S. 50.

⁷⁵ Vgl. Grebe (2022), S. 50.

⁷⁶ Vgl. Graf von Stillfried (2022), S. 632.

⁷⁷ Vgl. Ems (2022), S. 39.

4 Weiterentwicklung des Krankenversicherungsmarktes und der ambulanten Abrechnung

Die Weiterentwicklung der ambulanten Abrechnung hängt eng mit der Weiterentwicklung im gesamten Krankenversicherungsmarkt zusammen. Das zurzeit existierende duale System (GKV/PKV) kann weiterentwickelt oder zusammengeführt werden. Sollte die Weiterentwicklung präferiert werden, muss die GOÄ früher oder später novelliert werden, damit sie das aktuelle medizinische Leistungsgeschehen abbildet und im Bereich der PKV auch ambulant leistungsgerecht abgerechnet werden kann.

Soll das Duale System in eine einheitliche Krankenversicherung, wie sie in vielen Ländern (z.B. der Schweiz) vorherrscht, überführt werden, könnte der EBM die ambulante Abrechnungsgrundlage für alle Patienten werden und die GOÄ wäre Geschichte.

4.1 Erhaltung des dualen Systems mit Anpassungen für die Gebührenordnungen des ambulanten Bereichs

Die Honorarkommission für ambulante ärztliche Vergütung legte am 28. Januar 2020 eine Empfehlung vor, wie ein modernes Vergütungssystem im ambulanten Bereich bei Erhaltung des Dualen Systems aussehen könnte, nachdem sie vom Bundesgesundheitsministerium 2018 nach Vorgabe aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD eingesetzt und beauftragt wurde Vorschläge zur Schaffung eines modernen Vergütungssystems vorzulegen.⁷⁸

„Die Kommission schlägt eine „partielle Harmonisierung“ der ambulanten ärztlichen Vergütungssystematiken in der vertragsärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte (EBM) und der privatärztlichen Versorgung (GOÄ) vor. Dieses Konzept unterscheidet zwischen Bausteinen, die gemeinsam weiterentwickelt werden, und Bereichen, bei denen Unterschiede bewusst erhalten bleiben sollten.

Zu den gemeinsamen Bausteinen gehören die Definition der ärztlichen Leistungen (sog. „Leistungslegendierung“) und die relative Kostenbewertung, d.h. die ökonomische Bewertung der Leistungen im Vergleich zueinander. Für beides sollen nach Auffassung der Kommission neue gemeinsame Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung zuständig sein.

Die Preise sollen hingegen weiterhin getrennt für GKV und PKV vereinbart werden. Dabei können neben den Kosten auch andere Gesichtspunkte einfließen, wie z.B. regionale, fachspezifische und mengenbezogene Aspekte. Angesichts der bestehenden sehr unterschiedlich gestalteten Versicherungssysteme empfiehlt die KOMV keine gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen.

Aus Gründen des Patienten- bzw. Verbraucherschutzes schlägt die Kommission außerdem vor, dass Mindestqualitätsstandards für die vertrags- und privatärztliche Versorgung künftig gemeinsam und

⁷⁸ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2023), o. S.

einheitlich definiert werden. Darüber hinaus sollen die Verhandlungspartner auch noch weitergehende Anforderungen festlegen können.

Flankiert wird das Modell durch eine Reihe ergänzender Vorschläge. So sollen die Koordination zwischen Krankenhäusern und ambulanten Ärzten und das Arbeiten im Team gefördert sowie Anreize zur besseren Versorgung im ländlichen Raum gesetzt werden.⁷⁹

Das Modell der partiellen Harmonisierung stellt eine sinnvolle Weiterentwicklung hin zu einem modernen Vergütungssystem dar. Es bietet zahlreiche Vorteile gegenüber dem heutigen System: Transparenz und Praktikabilität werden erhöht. Langfristig sind erhebliche Synergieeffekte zu erwarten, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse und Kostenkalkulationen separat gepflegt werden müssen. Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung werden gemindert, was die Versorgungsqualität fördert.⁸⁰

Die Vorschläge beruhen auf der Annahme, dass das duale System beibehalten wird. Es wurde leider versäumt bei der Beauftragung auch von der Kommission prüfen zu lassen, wie eine moderne Vergütungssystem aussehen sollte, wenn das duale System abgeschafft werden würde. Die Vorschläge sähen sicher ganz anders aus.

Die FDP, die CDU/CSU sind für die Erhaltung des bestehenden dualen Systems. Sie würden Anpassungen, wie die von der KOMV vorgeschlagene Veränderung, eventuell im Sinne einer guten Weiterentwicklung des dualen Systems akzeptieren.⁸¹

„Der Verband der privaten Krankenversicherungsunternehmen spricht sich ebenfalls vehement gegen die Bürgerversicherung aus. Eine vom PKV-Verband und der Bundesärztekammer beauftragte Studie kommt zu dem Schluss, dass es mehr Nachteile als Vorteile habe, die höheren Arzthonorare bei der Behandlung von Privatpatienten abzuschaffen. Durch einheitliche Honorare für die Behandlung aller Versicherten gingen Ärzten und Krankenhäusern wichtige Einnahmen verloren. Diese Verluste müsste die Bürgerversicherung kostspielig ausgleichen oder die Gesundheitsversorgung in Deutschland drohe sich zu verschlechtern.“⁸²

Die verfasste Ärzteschaft tendiert dazu das duale System erhalten zu wollen und steht damit auch einer Zusammenfassung der Gebührenordnungen EBM und GOÄ sehr kritisch gegenüber. Sie sieht verfassungsrechtliche und europarechtliche Probleme, die einer Abschaffung des Dualen Systems entgegenstehen.⁸³

Vor allem aber befürchtet sie Kosten- und Beitragssteigerungen.

„Die Forderung nach einer einheitlichen Gebührenordnung ohne Mengensteuerung und Budgetierung nach dem Vorbild der Einzelvergütung in der Gebührenordnung für Ärzte birgt für den Gesetz- und Verordnungsgeber das Risiko von Kosten- und Beitragssatzsteigerungen.“⁸⁴

⁷⁹ Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2023), o. S.

⁸⁰ Greiner (2020), o. S.

⁸¹ Vgl. Bee (2021), o. S.

⁸² Rieder (2023), o. S.

⁸³ Vgl. Hess et al. (2018), S. 16.

⁸⁴ Hess et al. (2018), S. 16.

Sie befürchtet weiter:

„Dies würde der medizinischen Infrastruktur in der Folgezeit nicht nur erhebliche finanzielle Mittel entziehen, sondern auch einen ordnungspolitischen wie rechtlich fragwürdigen Systembruch bedeuten. Zugleich würde man dem „Ideal“ der Gleichheit nicht näherkommen: In der Folge würde sich schnell ein neuer Zusatzversicherungsmarkt etablieren, der all diejenigen Leistungs- und Preisdifferenzierungen erneut wiedereinführt, die vom Gesetz- und Verordnungsgeber durch die einheitliche Gebührenordnung gerade vermieden werden sollten.“⁸⁵

Sie sieht aber auch einen Verbesserungsbedarf:

„Der gute „Zustand“ des deutschen Gesundheitssystems schließt nicht aus, dass das Gesundheitssystem noch zahlreiche Möglichkeiten, insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren, für eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung bietet. Zu den hierzu erforderlichen Reformen gehört eine einheitliche Gebührenordnung jedoch eindeutig nicht. Die Debatte um eine einheitliche Gebührenordnung lenkt eher von den eigentlichen Problemen und Verbesserungsmöglichkeiten des deutschen Gesundheitswesens ab.“⁸⁶

4.2 Bürgerversicherung als Ersatz des jetzigen dualen Systems

„Die sogenannte Bürgerversicherung ist im Zuge der aktuellen Regierungssondierungen wieder verstärkt in der politischen Diskussion. Ein einheitliches Konzept zur Bürgerversicherung existiert nicht. Den verschiedenen diskutierten Modellen liegt aber in jedem Fall der Gedanke zugrunde, die Zweiteilung des deutschen Gesundheitssystems in gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) mit geringer Wechselmöglichkeit über kurz oder lang aufzuheben. Dies soll entweder durch die Abschaffung der PKV als Krankenvollversicherung oder durch ein Wahlrecht und vereinfachte Wechselmöglichkeiten erreicht werden.

Die Wahlprogramme von SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und DIE LINKE zur Bundestagswahl 2017 enthalten hierzu Konzepte.

Die SPD fordert in ihrem Wahlprogramm die Einführung einer paritätischen Bürgerversicherung inklusive Pflegeversicherung. Alle bisher gesetzlich Versicherten sollen automatisch in die Bürgerversicherung wechseln, privat Versicherten soll ein Wahlrecht zustehen. Für Beamte ist ein beihilfefähiger Tarif vorgesehen. Staatliche Arbeitgeber könnten entscheiden, ob sie wie bisher für die Beihilfe oder einen Arbeitgeberanteil aufkommen. Für Ärzte ist eine einheitliche Honorarordnung vorgesehen.

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN befürworten eine verpflichtende Kranken- und Pflegeversicherung für alle Versicherten mit gleichen Beiträgen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Die Versicherungsbeiträge sollen auch auf Kapitaleinkünfte und Aktiengewinne erhoben werden. Für Ärzte soll eine einheitliche Honorarordnung gelten. Geplant ist zudem die Abschaffung von Zuzahlungen für Arzneimittel sowie andere Selbstbeteiligungen.

DIE LINKE plant in ihrem Wahlprogramm die Schaffung der verpflichtenden sogenannten solidarischen Gesundheitsversicherung. Die PKV soll nur noch in Form von Zusatzversicherungen existieren. Beiträge

⁸⁵ Hess et al. (2018), S. 16.

⁸⁶ Hess et al. (2018), S. 15.

sollen auch auf Kapitaleinkommen und Gewinne erhoben und Zusatzbeiträge abgeschafft werden. Vorgesehen ist auch die Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze."⁸⁷

Das Wissenschaftliche Institut der AOK forscht zum deutschen System der Gesundheits- und Pflegeversorgung und berät die AOK dazu. Der AOK-Verbund ist eine der größten GKV-Krankenversicherungen.

„Das WIdO befasst sich regelmäßig mit diesem Nebeneinander von GKV und PKV, das in mindestens dreifacher Hinsicht problematisch ist.

1. Gesellschafts- und wettbewerbspolitisch: Unterschiedliche individuelle Wahlmöglichkeiten beim Krankenversicherungsschutz, die sich nach sachfremden Erwerbs- und Einkommenskriterien richten, sind gesellschaftspolitisch fragwürdig. Gleichzeitig lösen sie einen weithin unfruchtbaren Systemwettbewerb um die relativ kleine Gruppe wechselfähiger Versicherter aus, bei dem Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung keine nennenswerte Rolle spielen.

2. Verteilungspolitisch: Ausgerechnet Privatversicherte, die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich gut verdienen und zugleich unterdurchschnittlich von gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind, sind nicht an der solidarischen Finanzierung eines umfassenden Krankenversicherungsschutzes beteiligt.

3. Allokationspolitisch: Das Nebeneinander unterschiedlicher Abrechnungs- und Honorarsysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung – Sachleistungsprinzip auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in der GKV, Kostenerstattungsprinzip auf der Grundlage der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) in PKV und Beihilfe – erschweren sowohl die bedarfsgerechte räumliche Verteilung der Ärztinnen und Ärzte als auch einen primär an Behandlungserfordernissen orientierten Patientenzugang insbesondere zu ambulant tätigen Fachärzten, was zu längeren Wartezeiten auf einen Arzttermin führen kann.“⁸⁸

"In einigen Bundesländern zeigen sich allerdings erste Aufweichungen zwischen PKV und GKV. So zahlt Hamburg mittlerweile den Beamten einen Zuschuss zur Krankenversicherung, die sich gesetzlich versichern. Bisher gilt, dass Beamte nur dann über die Beihilfe finanziell entlastet werden, wenn sie sich für die private Krankenversicherung entscheiden.

Dem sogenannten Hamburger Modell folgen bereits weitere Bundesländer beziehungsweise prüfen eine Einführung.

Wo erhalten Beamte einen Zuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung?

Eingeführt ist sie in den Ländern Hamburg, Berlin, Brandenburg, Bremen, Thüringen

Steht in parlamentarischer Diskussion in Sachsen, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern

Ungewiss ist es in Hessen, Saarland, Sachsen-Anhalt

Nicht geplant in Bayern, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg "⁸⁹

⁸⁷ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2018), S. 4.

⁸⁸ Wissenschaftliches Institut der AOK (o. J.), o. S.

⁸⁹ Schlicht (o. J.), o. S.

Beamte waren bisher fast ausschließlich privat krankenversichert, weil sie keinen Arbeitgeberzuschuss für eine GKV-Kasse erhalten haben. Mit der Zahlung eines Zuschusses durch die Dienstherrn zur Versicherung in einer GKV-Kasse können Beamte ohne finanzielle Nachteile in der Krankenversorgung sich sowohl privat als auch in der GKV krankenversichern. Ein wichtiges Hemmnis für die Abschaffung des dualen Systems fiel damit weg.⁹⁰

Zusammenfassend kann über die Bürgerversicherung gesagt werden, dass sie einige Vorteile mitbringt. Der Solidargedanke in Deutschland wird gestärkt. Alle Einkommensbezieher tragen zusammen den Aufwand für die Gesundheitsversorgung im Rahmen eines einheitlich aufgestellten Krankenversicherungsmarktes und machen es so möglich, dass alle Bürger an dieser grundlegenden Daseinsfürsorge mittragen.

Es gibt bereits Konzeptvorschläge von Seiten der SPD, die LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Bisher sind es allerdings nur Lippenbekenntnisse ohne konkrete Umsetzungspläne. Es gibt aber schon erste Anzeichen zur Vorbereitung der Abschaffung des dualen Krankenversicherungsmarktes. Mit dem „Hamburger Modell“ werden erste Schritte erkennbar.

Die Bürgerversicherung bedeutet:

- Ein einheitliches Krankenkassensystem.
- Eine Finanzierung im Sinne des Solidaritätsgedankens abhängig vom Einkommen der Versicherten.
- Ein gleichberechtigter, zeitnaher Zugang zu allen notwendigen evidenzbasierten wirksamen Gesundheitsleistungen.

4.2.1 Die Struktur der Krankenversicherungen im Vergleich zur Schweiz und den Niederlanden

Die Bürgerversicherung wäre vergleichbar mit der Versicherungsstruktur der Schweiz und den Niederlanden.

“In den Niederlanden, der Schweiz und Deutschland hat die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung unabhängig von Einkommen und Gesundheitszustand. Der Abschluss einer Krankenversicherung ist in allen Ländern obligatorisch, d. h. es besteht eine gesetzliche Versicherungspflicht. Träger der öffentlichen Krankenversicherung sind verschiedene Krankenkassen, die frei gewählt werden können und miteinander im Wettbewerb stehen. Auch wenn der Leistungsumfang im niederländischen, schweizerischen und deutschen System variiert, bieten alle Länder eine Basisabsicherung medizinischer Leistungen, wie z. B. ärztliche Versorgung oder Krankenhausbehandlung. Die deutsche und die niederländische gesetzliche Krankenversicherung werden über ein öffentliches

⁹⁰ Vgl. Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2022), o. S.

Sozialversicherungssystem finanziert, d. h. durch einkommensabhängige Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. In der Schweiz existiert eine einkommensunabhängige Kopfpauschale, die vom Versicherten allein entrichtet wird. ⁹¹

In Deutschland sind die GKV-Kassen Körperschaften des öffentlichen Rechts. In der Schweiz und in den Niederlanden sind die Krankenkassen privatrechtlich organisiert.

Folgende Tabelle soll die Unterschiede zwischen dem Deutschen, Niederländischen, und Schweizer Krankenversicherungssystem verdeutlichen. In allen 3 Systemen gibt es eine gesetzliche Krankenversicherungspflicht. Die Namen unterscheiden sich dabei in jedem System. Der erste Unterschied findet sich bei dem Thema der privaten Krankenversicherung. In den Niederlanden und der Schweiz gibt es nämlich keine Substitutive Private Krankenversicherung. Der Anteil der versicherten Personen ist in allen 3 Systemen bei knapp 100% und in der Schweiz bei genau 100%. Während sich die Rechtsgrundlagen und die zuständigen Behörden unterscheiden sowie die Anzahl der Träger der öffentlichen Krankenkassen, ist die Finanzierung der öffentlichen Krankenversicherungen in den Niederlanden und Deutschland gleich. Es handelt sich jeweils um einen einkommensabhängigen Beitrag. In der Schweiz dagegen gibt es eine einkommensunabhängige Kopfpauschale. Beim Kostenübernahmeprinzip gibt es wieder Unterschiede. In der Schweiz ist es grundsätzlich das Kostenerstattungsprinzip, das Sachleistungsprinzip kann aber zwischen Versicherung und Arzt vereinbart werden. In Deutschland dagegen ist es grundsätzlich das Sachleistungsprinzip, während das Kostenerstattungsprinzip freiwillig von den Versicherten gewählt werden kann. In den Niederlanden dagegen können die Versicherten zwischen dem Sachleistungsprinzip und der Kostenerstattung wählen. Bei der freien Kassenwahl gibt es in der Schweiz und Deutschland kleine Einschränkungen, während in den Niederlanden die Wahl der Kasse komplett frei getroffen werden kann. In allen drei Ländern werden die Leistungen der Kassen auf nationaler Ebene festgelegt. In Deutschland und den Niederlanden gibt es zusätzlich eine eigenständige Pflegeversicherung, die es in der Schweiz nicht gibt.

⁹¹ Finkenstädt (2015), S. 9.

Tabelle 2: Merkmale der Krankenversicherungssysteme

	Deutschland	Niederlande	Schweiz
Gesetzliche Krankenversicherungspflicht	Ja	Ja	Ja
Offizielle Bezeichnung des öffentlichen Krankenversicherungssystems	Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	Zorgverzekerung	Obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP)
Substitutive Private Krankenversicherung	Ja, für rund 11 % der Bevölkerung	Nein	Nein
Bevölkerungsanteil mit Absicherung im Krankheitsfall (2012)	99,8 %	99,8 %	100,0 %
Maßgebliche Rechtsgrundlage	5. Sozialgesetzbuch (SGB V)	Zorgverzekeringswet (Zvw)	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG)
Zuständige Behörde	Bundesministerium für Gesundheit	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	Bundesamt für Gesundheit
Träger der öffentlichen Krankenversicherung	123 Krankenkassen	47 Krankenkassen	59 Krankenkassen
Überwiegende Finanzierung der öffentlichen Krankenversicherung	einkommensabhängige Beiträge	einkommensabhängige Beiträge	einkommensunabhängige Kopfpauschale
Kostenübernahmeprinzip	Grundsätzlich Sachleistung; Kostenerstattung kann von Versicherten freiwillig gewählt werden	Versicherte können zwischen Sachleistung und Kostenerstattung wählen	Grundsätzlich Kostenerstattung; Sachleistung kann zwischen Versicherung und Arzt vereinbart werden
Freie Krankenkassenwahl	Ja, sofern Krankenkasse am Beschäftigungs- oder Wohnort tätig ist*	Ja	Ja, sofern Krankenkasse im Wohnkanton tätig ist
Festlegung der öffentlichen Krankenversicherungsleistungen	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten	Auf nationaler Ebene für alle Versicherten
Eigenständige Pflegeversicherung	Ja (SGB XI)	Ja (AWBZ)	Nein (Bestandteil des KVG)

* In Deutschland gibt es 31 betriebsbezogene Betriebskrankenkassen (BKK), die ausschließlich Mitarbeiter der Trägerunternehmen und deren Familienangehörige versichern (Stand: Oktober 2015) (vgl. GKV-Spitzenverband 2015).

Abb. 8: Merkmale der Krankenversicherungssysteme

Quelle: Finkenstädt (2015), S. 13.

„Insgesamt betrachtet ist der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland - sowohl zu Haus- als auch zu Fachärzten – als sehr gut zu bezeichnen: sei es in Bezug auf die vergleichsweise hohe Arztdichte, die freie Arztwahl, die Möglichkeit des direkten Facharztzugangs und die Inanspruchnahme ohne Zuzahlungen. Der Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung ist somit deutlich weniger reglementiert als in unseren Nachbarländern bei vergleichsweise moderaten Kosten.“⁹²

Dieses Fazit der Autorin Verena Finkenstädt könnte für die Einführung der Bürgerversicherung sprechen. Das jetzige duale System stellt eine gute Versicherungsstruktur dar und sorgt damit für eine sehr gute ambulante ärztliche Versorgung zu vergleichsweise moderaten Kosten, wie sie feststellt. Eine Bürgerversicherung würde wie in der Schweiz und den Niederlanden eine einheitliche Versicherungsgrundlage bieten, die auf einer breiten, die gesamte Bevölkerung betreffenden, finanziellen Grundlage stehen würde. Die schon moderaten Kosten könnten sinken, da eine größere Einsparung von Verwaltungs- und Personalkosten anzunehmen ist.

⁹² Finkenstädt (2015), S. 48.

5 Ergebnis und Ausblick

Die letzten beiden Punkte dieser Bachelorarbeit sollen den Abschluss bilden. Die folgenden Punkte liefern ein Fazit und ein Ausblick des bearbeiteten Themas und sollen nochmal einen schnellen Überblick und eine Einschätzung liefern.

5.1 Ergebnis

Die Ergebnisse der Recherchen zeigen, dass die GOÄ nicht mehr das aktuelle medizinische Leistungsgeschehen abbildet und eine sach- und leistungsgerechte Abrechnung für die Ärzte nur sehr eingeschränkt möglich ist. Das Beispiel der Telemedizin, als einem Teil des digitalen Wandels im Gesundheitsmarkt, macht dies sehr gut deutlich. Die Schere zwischen der erbrachten medizinischen Leistung und dem, was abgerechnet werden kann, klafft immer weiter auseinander. Die analogen Ziffern, die in der Telemedizin ersatzweise abgerechnet werden, zeigen das deutlich auf. Sie haben inhaltlich nichts mit der erbrachten Leistung gemein. Zukünftige vergleichende Auswertungen zum medizinischen Leistungsgeschehen werden nicht möglich sein, da die abgerechneten analogen Ziffern nicht die wirklich erbrachte Leistung darstellen. Auch die Vergütung wird der erbrachten Leistung nicht mehr gerecht, da die Kosten für die telemedizinische Leistung in keiner Weise durch die, den analogen Ziffern hinterlegten, Vergütungen gedeckt werden.

Es zeichnen sich zwei Möglichkeiten für die Zukunft ab:

1. Das zurzeit bestehende Duale System bleibt erhalten. Die zwei Gebührenordnungen, die zur Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen angewendet werden, sind weiter notwendig. Die Gebührenordnung für den GKV-Teil, der EBM, ist auf einem aktuellen Stand. Hier besteht kein Anpassungsbedarf. Für den Privatversicherungsteil des bestehenden Systems, muss die Gebührenordnung, die GOÄ, angepasst werden. Die Vorarbeiten für eine erste Novellierung sind bereits sehr weit fortgeschritten und liegen dem BMG vor. In relativ kurzer Zeit könnte es eine neue GOÄ durch die Gremien erlassen werden. Diese wäre verwendungsfähig und könnte das aktuelle Leistungsgeschehen abbilden. In einem zweiten Schritt kann die GOÄ dann nach Vorschlägen der KOMV weiterentwickelt werden.
2. Der zweite, weitaus aufwändigere Weg wäre die Neugestaltung des Versicherungssystems in Deutschland. Auch hier liegen Vorschläge auf dem Tisch. Die Bürgerversicherung, die ein einheitliches Versicherungssystem ergeben würde, wie es in vielen anderen Ländern, die Schweiz und die Niederlande seien hier exemplarisch genannt, schon lange mit gutem Erfolg eingeführt ist, ist zurzeit das aussichtsreichste. Es könnte zu einer Vereinfachung im Versicherungsgeflecht in Deutschland führen, wahrscheinlich auch Kosten sparen, da alle Bürger in dieses System einzahlen würden, und zu einer Vereinfachung in der Verwaltung der Versicherungen führen. Weiter könnte die Anzahl der Versicherungen sinken und es könnte eingespart werden. Zur Abrechnung der ambulanten Leistungen könnte sofort

der EBM eingesetzt werden. Hier wäre eine Anpassung wahrscheinlich schnell machbar oder ist gar nicht nötig.

5.2 Ausblick

Die Recherchen zeigen aber deutlich, dass, aus meiner Sicht, eine Novellierung der GOÄ zwingend notwendig ist.

Wenn das duale System erhalten bleibt, muss die GOÄ angepasst werden, wie die KOMV schon vorgeschlagen hat.

Sollte das Krankenversicherungssystem unter Abschaffung des Zweiges des privaten Vollversicherungssystems hin zu einem einheitlichen System erfolgen, sollte die GOÄ dennoch novelliert werden. Die Entwicklung und Einführung des neuen Systems werden so lange brauchen, dass eine Abrechnung mittels der GOÄ für die Ärzte in der Übergangszeit nicht zumutbar ist.

Die Blockadehaltung der verantwortlichen Politiker ist aus dieser Sicht völlig unverständlich.

Es sei noch angemerkt, dass der Punktwert der GOÄ derzeit auf 5,82873 Cent in § 5 Absatz (1) festgelegt ist.⁹³

Der Punktwert im EBM wird Jahr für Jahr angepasst und beträgt für 2023, EBM in der Fassung mit Wirkung vom 1. April 2023, 11,4915 Cent. Er betrug 2022: 11,2662 Cent.⁹⁴

Bei weiter steigenden EBM-Punktwerten ist absehbar, dass er den 2,3-fachen Satz des GOÄ-Punktwertes übersteigt. Wartet die Politik vielleicht darauf, dass es lukrativer wird nach dem EBM abzurechnen?

⁹³ Vgl. Bundesamt für Justiz (1982), o. S.

⁹⁴ Vgl. IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft (2022), o. S.

Literaturverzeichnis

- abrechnungsstelle.com (2023) Was ist die Punktzahl (Bewertungszahl)?, online im Internet, URL: <https://abrechnungsstelle.com/lexikon/punktzahl/>, Abrufdatum: 17.06.2023.
- Augurzky B., Felder S. (2013) Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, in: RWI Materialien, Nr. 75, S. 1-64. DOI: 81137
- Bee E. K. (2021) Ampelkoalition: Die Bürgerversicherung ist vom Tisch, online im Internet, URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128222/Ampelkoalition-Die-Buergerversicherung-ist-vom-Tisch>, Abrufdatum: 20.05.2023.
- Bundesamt für Justiz (o. J.a) Gebührenordnung für Ärzte, online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/, Abrufdatum: 10.06.2023.
- Bundesamt für Justiz (o. J.b) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Anlage Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen, online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/anlage.html, Abrufdatum: 17.06.2023.
- Bundesamt für Justiz (o. J.c) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) § 1 Anwendungsbereich, online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/__1.html, Abrufdatum: 10.06.2023.
- Bundesamt für Justiz (1982) Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/BJNR015220982.html, Abrufdatum: 06.07.2023.
- Bundesärztekammer (o. J.) Weiterentwicklung des ärztlichen Berufsrecht, online im Internet, URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung/weiterentwicklung-berufsrecht>, Abrufdatum: 12.05.2023.
- Bundesärztekammer (2015) Telemedizin / Fernbehandlung, online im Internet, URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/telemedizin-fernbehandlung>, Abrufdatum: 15.04.2023.
- Bundesärztekammer (2021) Amtliche Gebührenordnung für Ärzte, online im Internet, URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/GOAE/2021-12-16_Ergaenzung_zu_den_Abrechnungsempfehlungen_der_Bundesaerztekammer_zu_telemedizinischen_Leistungen.pdf, Abrufdatum: 14.05.2023.
- Bundesministerium für Digitales und Verkehr (2023) Digitalstrategie. Gemeinsam digitale Werte schöpfen, online im Internet, URL: https://www.digitalstrategie-deutschland.de/static/fcf23bbf9736d543d02b79ccad34b729/Digitalstrategie_Aktualisierung_25.04.2023.pdf, Abrufdatum: 12.05.2023.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2022) Das E-Health-Gesetz, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html>, Abrufdatum: 08.05.2023.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat L7 "Presse" (2023) Honorarkommission für ambulante ärztliche Vergütung legt Empfehlungen vor, online im Internet, URL:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/bericht-komv.html>, Abrufdatum: 20.05.2023.

Deter G., Markovski G. (2011) Aktueller Begriff Telemedizin, online im Internet, URL:

<https://www.bundestag.de/resource/blob/191840/f03a819a557bc16821678aa947afe076/telemedizin-data.pdf>, Abrufdatum: 04.04.2023.

Deutscher Bundestag (2022) Antwort der Bundesregierung. Mögliche Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte, online im Internet, URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/031/2003103.pdf>, Abrufdatum: 13.05.2023.

Ems T. (2022) GOÄ: Die Kuh muss endlich vom Eis!, in: MMW Fortschritte der Medizin, Jg. 164, Nr. 7, S. 39. DOI: 10.1007/s15006-022-0887-y

Fehn K. (2021) Rechtliche Aspekte der Telemedizin, in: Marx G., Rossaint R., Marx N. (Hrsg.), Telemedizin, 1. Aufl., Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 9 - 52.

Finkenstädt V. (2015) Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz, online im Internet, URL: https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Veroeffentlichungen/Ambulante_aerztliche_Versorgung_Deutschland_Niederlande_Schweiz.pdf, Abrufdatum: 07.06.2023.

Gadatsch A. (2020) Innovation durch Digitalisierung - Eine Chance für die Restrukturierung von Prozessen im Gesundheitswesen, in: Pfanstiel M. A., Kassel K., Rasche C. (Hrsg.), Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden.

gematik GmbH (o. J.) Über uns, online im Internet, URL: <https://www.gematik.de/ueber-uns>, Abrufdatum: 07.06.2023.

gematik GmbH (2023a) Die Struktur der Gematik, online im Internet, URL: <https://www.gematik.de/ueber-uns/struktur>, Abrufdatum: 09.07.2023.

gematik GmbH (2023b) Die Telematikinfrastuktur. Auf dem Weg nach vorn, online im Internet, URL: <https://www.gematik.de/telematikinfrastuktur>, Abrufdatum: 07.06.2023.

Gibis B. (2013) Leistungsmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse R. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 3. Aufl., Springer, Dordrecht, S. 77-105.

Gibis B., Opitz O. G., Holthausen, Imeke: Wunderwald, Jacob, Kriedel T. (2022) Telemedizin, in: Henningsen M., Stachwitz P., Fahimi-Weber S. (Hrsg.), Die digitale Arztpraxis, 1. Aufl., Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 203-223.

Graf von Stillfried D. (2022) Ambulante Versorgungsleistungen, in: Haring R. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 631-657.

Grebe I. (2022) Brauchen wir eine neue GOÄ?, in: CME, Jg. 19, Nr. 6, S. 50. DOI: 10.1007/s11298-022-2410-2

Greiner W. (2020) Honorarkommission für ambulante ärztliche Vergütung legt Empfehlungen vor, online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2020/1-quartal/bericht-komv.html>, Abrufdatum: 20.05.2023.

- Greiner W., Gerlach F., Brosig-Koch J., Drösler S., Felix D., Haubitz M., Kingreen T., Schreyögg J., Sundmacher L., Thüsing G., Ulrich V., Wallrabenstein A., Wollenschläger F. (2019) Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der Ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für modernes Vergütungssystem - KOMV, online im Internet, URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV_-_Dezember_2019.pdf, Abrufdatum: 04.05.2023.
- Greß S. (2009) Mit gleichen Rahmenbedingungen zu einem fairen Wettbewerb im Gesundheitssystem. Zur Notwendigkeit einer einheitlichen Wettbewerbsordnung auf dem deutschen Krankenversicherungsmarkt. WISO direkt, online im Internet, URL: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/06372.pdf>, Abrufdatum: 25.03.2023.
- Hermanns P. M., Barufke C., Mattig W. (2023) Gebührenordnung für Ärzte § 1 bis § 12, in: Hermanns P. M., Barufke C., Mattig W. (Hrsg.), GÖÄ 2023 Kommentar IGeL-Abrechnung, Springer, Berlin, Heidelberg, S. 1-62.
- Hess R., Thüsing G., Ulrich V., Wille E., Wollenschläger F. (2018) Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO), online im Internet, URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Politik/Memorandum_Krankenversicherungssystem.pdf, Abrufdatum: 04.05.2023.
- Hinnenburg J., Kurz V., Duyen Le H., Mylius M., Niggemeier F., Saal K., Urban K., Gerlach F., Greiner W., Jochimsen B., Kalle C. von, Meyer G., Schreyögg J., Thürmann P. (2021) Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems, online im Internet, URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2021/SVR_Gutachten_2021.pdf, Abrufdatum: 17.06.2023.
- Höpfner T., Militzer-Horstmann C., Schäffer T., Schmiedel L., Stutzer, Franziska, Ahrens, Michael, Müller T. (2020) Vergleich der Bewertungen verschiedener EBM- und GOÄ-Positionen., online im Internet, URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/vergleich-der-bewertungen-verschiedener-ebm-und-goae-positionen.html>, Abrufdatum: 13.02.2023.
- IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft (2022) Orientierungswert steigt zum 01.01.2023 auf 11,4915 Cent, online im Internet, URL: <https://www.iww.de/vk/archiv/ebm-2023-orientierungswert-steigt-zum-01012023-auf-114915-cent-f148796>, Abrufdatum: 06.07.2023.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR (2022) Telemonitoring bei Herzinsuffizienz. Hinweise für primär behandelnde Ärztinnen und Ärzte. .
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR (2023a) Online in die Praxis mit der Videosprechstunde, online im Internet, URL: https://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Videosprechstunde.pdf, Abrufdatum: 13.05.2023.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR (2023b) Zertifizierte Videoanbieter, online im Internet, URL: https://www.kbv.de/media/sp/liste_zertifizierte-Videodienstanbieter.pdf, Abrufdatum: 13.05.2023.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung KdÖR, GKV Spitzenverband (2022) Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V, online im Internet, URL: https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf, Abrufdatum: 13.05.2023.

- Knape T., Hufnagl Peter, Rasche C. (2020) Innovationsmanagement unter VUKA-Bedingungen: Gesundheit im Fokus von Digitalisierung, Datenanalytik, Diskontinuität und Disruption, in: Pfanstiel M. A., Kassel K., Rasche C. (Hrsg.), Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, S. 1-24.
- Landgrebe J. (2022) Abrechnung medizinischer Leistungen mit künstlicher Intelligenz., in: Pfanstiel M. A. (Hrsg.), Künstliche Intelligenz im Gesundheitswesen, Springer Gabler, Wiesbaden, Germany, S. 715-726.
- May B. (2016) Business Intelligence: Prozesssteuerung der stationären Versorgung am Beispiel der klinischen Radiologie, in: Müller-Mielitz S., Lux T. (Hrsg.), E-Health-Ökonomie, Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S. 749-780.
- Medalis Abrechnungsservice (o. J.) GOÄ Ziffer 1, online im Internet, URL: <https://www.medalis.de/goae-ziffer-1/>, Abrufdatum: 17.06.2023.
- Merz F., Dobrindt, Alexander, Fraktion (2022) Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU. Mögliche Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte, online im Internet, URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/029/2002934.pdf>, Abrufdatum: 13.05.2023.
- Münzel H., Zeiler N. (2008) Ambulante Leistungen in und an Krankenhäusern, 1. Aufl., Kohlhammer Verlag, Stuttgart.
- Noelle G. (2005) Die Telematikplattform Versuch einer Begriffs- und Standortbestimmung, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, Jg. 48, Nr. 6, S. 646-648. DOI: 10.1007/s00103-005-1060-3
- Pahud O., Dorn M. (2023) Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Abrufdatum: 04.06.2023.
- Rieder J. (2023) Bürgerversicherung: Was sich durch die Bürgerversicherung ändern würde, online im Internet, URL: <https://www.finanztip.de/gkv/buergerversicherung/>, Abrufdatum: 06.07.2023.
- Sauerland D. (2022) Ziel, Akteure und Strukturen der Gesundheitspolitik in Deutschland, in: Haring R. (Hrsg.), Gesundheitswissenschaften, 2. Aufl., Springer, Berlin, S. 871 - 884.
- Schlicht A. (o. J.) Die Pläne zur Bürgerversicherung im Überblick, online im Internet, URL: <https://www.krankenversicherung.net/services/gesundheit/buergerversicherung>, Abrufdatum: 06.07.2023.
- Ulmer M. (2021) Abrechnungsempfehlung der Bundesärztekammer zu telemedizinischen Leistungen, in: Duetsches Ärzteblatt, Jg. 118, Nr. 43, S. 2022.
- Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. (2022) Beamte in Baden-Württemberg gegen pauschale Beihilfe, online im Internet, URL: <https://www.pkv.de/verband/presse/meldungen/beamte-in-baden-wuerttemberg-gegen-pauschale-beihilfe/>, Abrufdatum: 09.07.2023.
- Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages (2018) Argumente für und gegen eine „Bürgerversicherung“, online im Internet, URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/543314/9718c94eab41a8406e645cd6d5457caf/wd-9-058-17-pdf-data.pdf>, Abrufdatum: 31.08.2022.

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (o. J.) Dualer Krankenversicherungsmarkt, online im Internet, URL: <https://www.wido.de/forschung-projekte/gesundheitsystem/dualer-krankenversicherungsmarkt/>, Abrufdatum: 03.06.2023.

World Health Organization (1998) A Health Telematics Policy. in support of WHO`s Heath-for-All-Strategy for Global Health Development, online im Internet, URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y, Abrufdatum: 10.04.2023.

Zimmermann G. W. (2018) Basis- und Standardtarif der PKV: So rechnen Sie ab, in: MMW - Fortschritte der Medizin, Jg. 160, Nr. 3, S. 24. DOI: 10.1007/s15006-018-0181-1