
Stellungnahme des Bundesverbandes Geriatrie e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V.

zum Entwurf für eine neue Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der Version vom 12. September 2024

09. Oktober 2024

Der Bundesverband Geriatrie e. V. (BV Geriatrie) und die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V. begrüßen ausdrücklich die Intention einer Gesamtnovellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die aktuell gültige GOÄ stammt im Wesentlichen aus dem Jahr 1982 und wurde bisher lediglich teilnovelliert. Daher bilden die Gebührenordnungsziffern weder den Leistungsinhalt und -umfang noch den damit verbundenen Aufwand adäquat ab. Gleichzeitig verändert sich die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten durch den demografischen Wandel stetig. Insbesondere durch den Eintritt der Babyboomer in die hochaltrige Lebensphase wird es in den kommenden Jahren eine beschleunigte Veränderung und einen Wandel der zu versorgenden Patientenkielentel geben. In der Folge steigt kurz- und mittelfristig der Bedarf an altersmedizinischer Kompetenz deutlich an. Eine zukunftsorientierte Novelle der GOÄ muss diese Entwicklungen sachgerecht aufgreifen. Ausgehend vom altersmedizinischen Versorgungsbedarf der kommenden Jahre, ergibt sich aus geriatricspezifischer Sicht nachfolgender Anpassungsbedarf:

1. Geriatisches Assessment: Beachtung der Empfehlungen der AGAST¹ und auskömmliche Vergütung
2. Aufnahme des hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplexes (EBM 03362)
3. Spezialisierte geriatrische Diagnostik: Aufnahme des Leistungsspektrums gemäß § 118a SGB V und § 135 Abs. 2 SGB V (EBM 30.13)
4. Aufnahme weiterer geriatricspezifischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: z. B. Bioimpedanz-Analyse, ernährungsmedizinische Maßnahmen
5. Konsiliarische Erörterung: telemedizinische Durchführung

Der BV Geriatrie und die DGG nehmen im Folgenden zu ausgewählten Inhalten des gemeinsamen Entwurfs einer neuen GOÄ der Bundesärztekammer (BÄK) und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) vom 12. September 2024 gemeinschaftlich und detailliert Stellung. Zugleich möchten wir an dieser Stelle unser Bedauern zum Ausdruck bringen, dass weder der BV Geriatrie noch die DGG in den bisherigen Novellierungsprozess der GOÄ involviert war und somit aus unserer Sicht bis zum heutigen Tag keine ausreichende geriatricspezifische Expertise Berücksichtigung gefunden hat.

¹ Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment, Hofmann 1995

1. Geriatrisches Assessment: Beachtung der Empfehlungen der AGAST und auskömmliche Vergütung

Der Entwurf einer neuen GOÄ sieht im Kapitel B „Grundleistungen, Allgemeinmedizin“ unter der Rubrik II „Spezielle Beratungen und Untersuchungen“ zwei neue Gebührenpositionen zur Abbildung des „Hausärztlich-geriatrischen Basisassessments zur quantitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen“ (Nr. 116 und Nr. 117) vor. Der BV Geriatrie und die DGG begrüßen ausdrücklich die Intention, das hausärztlich-geriatrische Basisassessment in die GOÄ neu aufzunehmen. Aus fachlich-inhaltlicher Sicht indizieren die bisherige Bezeichnung und Ausgestaltung jedoch Unklarheiten und sollte dringend überarbeitet werden.

Das geriatrische Assessment wird nach den Empfehlungen der AGAST grundsätzlich in drei Stufen eingeteilt²:

Das Assessment der Stufe 1 entspricht einem multidimensionalen „*Screening*“ mit dem Zweck der Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten. Dabei werden Instrumente eingesetzt, die einen orientierenden Einblick in mehrere Problembereiche ermöglichen. Für dieses multidimensionale Screening wurde von der AGAST ausschließlich das Screening nach Lachs in einer modifizierten Version genannt. Das Assessment der Stufe 2 entspricht dem „*Basisassessment*“. Hierbei lassen sich zwei Schritte unterscheiden: Der Ausschluss/Nachweis einer Störung (Stufe 2a) und die Erfassung der Ausprägung eines interventionsbedürftigen Problems (Stufe 2b). Ergänzend werden bei Bedarf gezielt und problemorientiert Assessments der Stufe 3 angewendet. Hierbei handelt es sich um „*differenziertere und spezifische Verfahren*“ zur Beantwortung spezieller Fragestellungen.

Unter dem „Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment zur quantitativen Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen“ gemäß der neuen Gebührenpositionen 116 und 117 wird u. a. das geriatrische Screening nach Lachs aufgeführt. Auch im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wird das geriatrische Screening nach Lachs über die Gebührenposition 03360 dem „Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment“ zugeordnet. Die Leistung ist fachlich-inhaltlich jedoch dem multidimensionalen geriatrischen Screening zuzuordnen. Um die diagnostische Tiefe der Stufe 2 „Basisassessment“ zu erreichen, müsste der Leistungsinhalt der Gebührenpositionen 116 und 117 mit entsprechenden Inhalten gefüllt und unter Einbezug des hausärztlichen Vorwissens ggf. auf wenige Dimensionen beschränkt werden.

Durch einen klaren Bezug zu wenigen Dimensionen wäre nicht nur eine Operationalisierbarkeit der neuen Gebührenordnungspositionen 116 und 117 gewährleistet, sondern auch der im Titel geforderte „*quantitative*“ Bezug gegeben.

In der jetzigen Ausgestaltung erscheint eine Einordnung in die Stufen des geriatrischen Assessments zumindest unklar. Zudem bestehen inhaltlich zum Teil erhebliche Unterschiede zu der Gebührenposition 03360 innerhalb des EBM, obwohl in beiden Systemen das „Hausärztlich-geriatrische Basisassessment“ adressiert wird. Diese inhaltlichen Differenzen sind fachlich-inhaltlich unbegründet und sind für ein gemeinsames Verständnis bzw. die Vergleichbarkeit der Leistungen aufzulösen. Die Notwendigkeit für ein gemeinsames Verständnis ergibt sich auch in Verbindung mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) und der damit geplanten Förderung der sektorenübergreifenden Versorgung. Nicht zuletzt enthält die bisherige Ausgestaltung der Gebührenpositionen 116 und 117 missverständliche Formulierungen. So heißt es u. a. „*Beurteilung von Hirnleistungsstörungen, z. B. Barthel-Index*“. Aus geriatrispezifischer Sicht ist der Barthel-Index der Dimension „*Selbsthilfefähigkeit*“ zuzuordnen.

² Vgl. S1-Leitlinie, Geriatrisches Assessment der Stufe 2, AWMF-Register-Nr. 084-002LG

In Verbindung mit der ICD-10-GM wird der Barthel-Index zur Beschreibung von "*motorischen Funktionseinschränkungen (U50.-)*" verwendet. Die Beschreibung von "*kognitiven Funktionseinschränkungen (U51.-)*" erfolgt hingegen unter Verwendung des erweiterten Barthel-Index. Um Missverständnisse zu vermeiden ist daher auch in Verbindung mit der ICD-10-GM eine Vereinheitlichung geboten.

Auch ist darauf hinzuweisen, dass die angedachte Bewertung von 8,18 € bzw. 25,02 € dem Aufwand nicht gerecht wird. Das Vergütungsniveau liegt damit unterhalb des EBM, welcher das Hausärztlich-geriatrische Basisassessment mit 13,49 € bewertet. Bereits die Einstufung innerhalb des EBM ist aus fachlich-inhaltlicher Sicht nicht sachgerecht und darf keinesfalls – wie im aktuellen Entwurf vorgesehen – unterschritten werden. Auch im Vergleich des Gesamtkataloges ergibt sich kein einheitliches Vergütungsniveau. So ist z. B. die Position 1801 "*Symptombezogenes Assessment bei palliativmedizinischen Patienten und/oder Schmerzmedizinpatienten*" mit einem Betrag von 61,78 € bewertet. Die Leistung setzt die Untersuchung von mindestens drei Bereichen der Palliativ- und/oder schmerzmedizinischen Versorgung voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werden. Da der Leistungsinhalt vergleichbar mit dem geriatrischen Basisassessment ist, ist das unterschiedliche Vergütungsniveau nicht begründet.

2. Aufnahme des hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplexes (EBM 03362)

Neben dem "*Hausärztlich-geriatrischen Basisassessment*" sieht der EBM zur Einleitung und/oder Koordination der Behandlung von geriatrischen Syndromen auch den "*hausärztlich geriatrischen Betreuungskomplex (03362)*" als weiterführende Gebührenposition vor. Dieses Element ist im Sinne einer Harmonisierung von Leistungsansprüchen und -spektralen in die neue GOÄ zu überführen.

3. Spezialisierte geriatrische Diagnostik: Aufnahme des Leistungsspektrums gemäß § 118a SGB V und § 135 Abs. 2 SGB V

Das SGB V sieht in § 118a vor, dass geriatrische Fachkrankenhäuser, Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen geriatrischen Abteilungen sowie Krankenhausärztinnen bzw. -ärzte vom Zulassungsausschuss zu einer strukturierten und koordinierten ambulanten geriatrischen Versorgung ermächtigt werden können. Der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben Näheres hierzu auf Bundesebene in einer GIA-Vereinbarung³ geregelt. Die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik regelt zudem die fachlichen, organisatorischen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung.

Unternehmen der privaten Krankenversicherung sind aufgrund gesetzlicher Bestimmungen dazu verpflichtet, mindestens einen Basistarif in einheitlicher Form anzubieten. Die Vertragsleistungen des Basistarifs sind in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem SGB V, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar. Gemäß § 1 Absatz 7 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) erstreckt sich Versicherungsschutz mindestens auf die Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland. Der Bundesgerichtshof (BGH) definiert in ständiger Rechtsprechung die Heilbehandlung als „jede ärztliche

³ Vereinbarung nach § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen) i. d. F. aus der Sitzung des erweiterten Bundesschiedsamtes vom 15.07.2015 (PDF, 53 KB)

Tätigkeit, die durch die betreffende Krankheit verursacht worden ist, sofern die Leistung des Arztes von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung, Besserung oder auch Linderung der Krankheit abzielt".⁴

Zur medizinisch notwendigen Heilbehandlung gehört damit auch der ambulante geriatrische Versorgungsbedarf, sodass das Leistungsspektrum der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und Versorgung im Sinne der §§ 118a und 135 Abs. 2 SGB V aufgrund gesetzlicher Bestimmungen in die GOÄ zu überführen ist. Der Leistungsumfang ist vergleichbar mit dem „Standardisierten palliativmedizinischen und/oder schmerzmedizinischen Basisassessment“ gemäß der Gebührenposition 1800, sodass ein ähnliches Vergütungsniveau (118,89 €) anzustreben ist. Analog dem EBM (Vgl. 30.13) gehören zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nachfolgende Leistungen:

30980 30981	Abklärung vor der Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments nach der Gebührenordnungsposition
30984	Weiterführendes geriatrisches Assessment gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach § 135 Abs. 2 SGB V
30985 30986	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition für die Fortsetzung des weiterführenden geriatrischen Assessments
30988	Zuschlag für die Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen gemäß multiprofessioneller geriatrischer Diagnostik nach Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments
01321	Grundpauschale für ermächtigte Institute

4. Aufnahme weiterer geriatrispezifischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden: z. B. Bioimpedanz-Analyse, ernährungsmedizinische Maßnahmen, Pertubationstraining

Um den besonderen Bedarfen geriatrischer Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, ist die neue GOÄ um weitere geriatrispezifische Leistungen zu ergänzen. Hierzu gehören u. a. die Bioimpedanz-Analyse, ernährungsmedizinische Maßnahmen, das Pertubationstraining und die Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop.

Die Bioimpedanz-Analyse wird bisher im Rahmen der Analogabrechnung über die Gebührenpositionen 831 „Vegetative Funktionsdiagnostik“ und 832 „Neurologische Befunderhebung durch Faradisation/Galvanisation“ aufgeführt. In der neuen GOÄ wurden diese Gebührenpositionen neu besetzt und sind für eine analoge Anwendung daher nicht mehr geeignet.

Auch das Pertubationstraining bzw. die hochpreisigen gerätegestützten Therapien wie z. B. der Endeffektor-Gangtrainer werden in der neuen GOÄ nicht sachgerecht abgebildet. Über die Gebührenposition 4220 „Sequenz-Gerätetraining“, welche mit 45,81 € für 45 Minuten bewertet ist, ist keine auskömmliche Finanzierung möglich.

Des Weiteren werden ernährungsmedizinische Maßnahmen bei Adipositas und Mangelernährung mit der Gebührenposition 304 „individueller Therapieplan“, welche mit 30,20 € bewertet ist, nicht ausreichend abgebildet.

⁴ BGH, Urteil vom 29. März 2017 - IV ZR 533/15 Rz. 21

5. **Konsiliarische Erörterung: telemedizinische Durchführung**

Der Entwurf einer neuen GOÄ sieht im Kapitel B „Grundleistungen, Allgemeinmedizin“ unter der Rubrik III „*Visiten, Konsiliartätigkeit, Besuche, Assistenz*“ die Gebührenposition 207 „*Konsiliarische Erörterung zwischen zwei oder mehr liquidationsberechtigten Ärzten*“. Die Leistung nach Nummer 207 darf dabei nur berechnet werden, wenn sich der liquidierende Arzt bzw. die Ärztin zuvor oder „*in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang*“ mit der konsiliarischen Erörterung im persönlichen Kontakt mit dem Patienten bzw. der Patientin und dessen Erkrankung befasst hat. Aus Sicht des BV Geriatrie und der DGG ist die aktuelle Formulierung nicht mit der Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) vereinbart und ist für telemedizinische Leistungen zu öffnen.

In § 7 Absatz 4 der MBO-Ä heißt es: *„Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.“*

Den Ärzten obliegt somit ein Ermessensspielraum bei der Durchführung von Konsilen. Die Entscheidung, ob ein Konsil in Präsenz oder im Rahmen der Telemedizin durchgeführt wird, richtet sich nach den medizinischen Erforderlichkeiten. Der 121. Deutsche Ärztetag hat sich im Jahr 2018 für diese Option ausgesprochen und damit das Verbot der reinen Fernbehandlung und -beratung aufgehoben. Ziel dieser Öffnung ist, den Patientinnen und Patienten auch mit der Fort- und Weiterentwicklung telemedizinischer, digitaler, diagnostischer und anderer vergleichbarer Möglichkeiten eine dem anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse entsprechende ärztliche Versorgung anbieten zu können.

Die telemedizinische Durchführung des Konsils ist innerhalb des ärztlichen Berufsrechts damit anerkannt und nicht mehr ausgeschlossen. Das Angebot von Telekonsilen entspricht vielmehr den allgemeinen Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes, wie es auch der Bundesmantelvertrag – Ärzte in § 24 Absatz 7 Nr. 2 für Konsiliaruntersuchungen vorsieht.

Gemäß § 87 Absatz 2a Sätze 14 und 15 SGB V dürfen seit Oktober 2020 Ärzte aller Fachgruppen Telekonsile in der vertragsärztlichen und in der sektorenübergreifenden Versorgung im weiten Umfang in Anspruch nehmen.

Darüber hinaus sind (telemedizinische) Konsile im Bereich der Geriatrie bereits seit 2016 innerhalb der spezialisierten geriatrischen Diagnostik im ambulanten Bereich verankert. Die spezialisierte geriatrische Versorgung setzt nach den Vorgaben der Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V im Vorfeld eine patientenorientierte Vorabklärung mit dem überweisenden Vertragsarzt voraus, welche explizit keinen direkten Patientenkontakt vorschreibt.⁵ Auch der Gesetzgeber nennt die Geriatrie in der Gesetzesbegründung zum Digitale-Versorgung-Gesetz als Best-Practice-Beispiel: „Eine sektorenübergreifende ärztliche Behandlung durch Konsilien ist bereits heute im EBM z. B. im Rahmen der spezialisierten geriatrischen Diagnostik und

⁵ KBV (2016): Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik (Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte geriatrische Diagnostik)

Versorgung durch ermächtigte Geriatrische Institutsambulanzen nach § 118a vorgesehen. Darüber hinaus werden Telekonsilien derzeit in vielen einzelnen Projekten erprobt (z. B. Expertenkonsilium PädExpert, ZNS-Telekonsilium, Telederm).⁶ Das Digitale-Versorgung-Gesetz zielt auf die Verbesserung der Versorgung der Versicherten ab. Um diese zu erreichen, soll durch das Gesetz die Anwendung von Telemedizin gestärkt werden. Ein Konsilium kann dabei gemäß der Gesetzesbegründung sowohl bei An- oder Abwesenheit der Patientinnen bzw. Patienten erfolgen.

⁶ BMG (2029): Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG), Seite 54