

# ALLIANZ STRAHLENMEDIZIN DEUTSCHLAND



## Aktueller GOÄ-Entwurf bedroht Versorgungssicherheit in Radiologie und Radioonkologie

### Problem

Der aktuelle Entwurf der Bundesärztekammer für eine Novelle der GOÄ, der auf dem kommenden Deutschen Ärztetag in Leipzig Ende Mai verabschiedet werden soll, bedroht im Falle seiner Umsetzung durch den Gesetzgeber akut die Versorgungssicherheit in den medizinischen Disziplinen Radiologie und Radioonkologie.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass erstmalig nach 1996 die GOÄ endlich an die veränderten Preisentwicklungen sowie den medizinischen Fortschritt angepasst werden soll und damit einen Großteil der modernen Leistungen in unseren Fächern abgedeckt wird. Die aus Budgetverteilungskonflikten resultierende faktische Verschlechterung der Vergütung der technischen Fächer stellt jedoch die künftige Wirtschaftlichkeit radiologischer sowie radioonkologischer Praxen in Frage. Dies ist mit Blick auf die in den letzten Jahrzehnten stark ambulantisierete Versorgungslandschaft – welche von der Politik ganz ausdrücklich gewünscht war (Motto: „Ambulant vor stationär!“) – in unseren Disziplinen nicht hinnehmbar.

Durch die Trends, mehr Patientenbehandlungen im gleichen Zeitraum vorzunehmen sowie den sich gleichzeitig verstärkenden Fachkräftemangel, sind die Praxen durch die absinkenden Vergütungen künftig nicht mehr in der Lage ihre notwendigen Investitionen in hochpreisige medizinische Gerätschaften wirtschaftlich zu refinanzieren. Ein Praxensterben droht; die Leistungen müssten künftig alle wieder stationär von den Kliniken erbracht werden, wo sie letztlich dann wiederum teuer quersubventioniert werden.

Die vorgesehene Legendierung der Leistungen führt zu einer mittleren Abwertung von 30-50 % (je nach herangezogenen Vergleich in der alten GOÄ). In den vergangenen 29 Jahren hat ein erheblicher, inflationärer Druck die Praxen bereits hart wirtschaftlich gebeutelt. Die notwendigen Investitionen in die Gerätetechnik selbst sowie die immer komplexere IT und verpflichtende Administration (DSGVO, Strahlenschutz, QM, NIS II) sind zunehmend immer schwerer zu stemmen. Zudem würden im MRT die für die Leistungserbringung notwendigen Anforderungen schlichtweg verdoppelt (alte GOÄ mindestens zwei Sequenzen, neue GOÄ mindestens vier Sequenzen) unter erheblicher Minderung der Bepreisung.

Dies gefährdet erheblich die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit zahlreicher Praxen und droht somit, die Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten in der Fläche einzuschränken. Beide Fächer erbringen aber jeweils unverzichtbare Dienstleistungen für viele andere Fächer, welche z. B. ohne akkurate radiologische Bilder ihre Patienten gar nicht behandeln könnten. Die Strahlentherapie wiederum ist die kostengünstigste Form der Krebsmedizin. Durch das drohende Praxensterben wäre die flächendeckende medizinische Versorgung in ganz Deutschland akut gefährdet, weil die bislang geordneten „Patientenpfade“ nachhaltig gestört würden.

### Hintergrund

In der Radiologie und Radioonkologie entstanden in den vergangenen Jahren durch immer mehr bürokratische Auflagen für KMU zur IT-Sicherheit sowie insbesondere im Bereich des Strahlenschutzes und die daraus resultierende Bindung personeller Ressourcen erhebliche Kostensteigerungen. Insbesondere in Zeiten des Fachkräftemangels geht dies schon heute zu Lasten der Patientenversorgung; Wartezeiten sind oft unzumutbar lang. Dies wird verschärft durch zeitliche Vorgaben für Leistungslegenden. Diese sog. Plausibilitätszeiten führen über eine politisch vorgegebene Verknappung zu Wartezeiten. Dies relativiert die Idee des Ärztemangels! Verschärft wird dies zusätzlich durch unrealistische Vorgaben zur Niederlassungsbeschränkung. Oft versorgen Städte die ländliche Umgebung mit. Dies wird bei der Berechnung der Bedarfszahlen nicht angemessen berücksichtigt.

# ALLIANZ STRAHLENMEDIZIN DEUTSCHLAND



Beide Fächer sind unabdingbar auf hochspezialisierte medizinische Gerätschaften angewiesen, deren Preis sich am Weltmarkt bildet. Die meisten anderen europäischen Volkswirtschaften haben höhere Vergütungsansätze in der Strahlenmedizin, so dass europäische Kollegen finanziell potenter sind. Leider erfolgt die Preisbildung jedoch am Durchschnitt des Erlöspotenzials und nicht am unteren Ende der Skala, so dass die Kolleginnen und Kollegen in Deutschland schon heute oft benachteiligt sind, weil sie gemessen an ihrer Gesamtvergütung mehr für die technischen Gerätschaften ausgeben müssen und diese somit über längere Zeiträume amortisieren müssen.

Die Bedienung dieser Geräte bedingt zudem neben der speziellen Ausbildung unserer Ärzteschaft hochspezialisiertes technisches und medizinisches Fachpersonal (Physiker, MTRAs, etc.). Die Arbeit der Absolventen dieser Studiengänge und Berufsausbildungen muss mit Recht entsprechend angemessen vergütet werden.

Die Kostenstruktur unserer Fächer ist also durch Ihre Beschaffenheit grundlegend höher als in anderen Disziplinen, entsprechend müssen auch Vergütungssätze entsprechend höher ausfallen. Hier ist zu beachten, dass der Umsatz noch lange keinen Gewinn darstellt. Insbesondere höhere Nutzungsfrequenzen der Maschinen bedingen einen schnelleren Verschleiß und die Notwendigkeit entsprechend fortlaufend zu investieren.

Schon heute tragen die Praxen insgesamt ein erhebliches wirtschaftliches Risiko, weil sich mit jeder Kostensteigerung ihre wirtschaftliche Tragfähigkeit verschlechtert und die Bereitschaft zu investieren gemindert wird.

Darüber hinaus sind führende Medizintechnikhersteller am Standort Deutschland niedergelassen – beispielhaft wären hier z. B. die Medizintechnik-Cluster Tuttlingen/Memmingen in Baden-Württemberg, Jena oder der Großraum München und Nürnberg zu nennen. Eine dramatische Absenkung der Vergütungen im Heimatmarkt würde die ohnehin schon latent grassierende Standortdebatte um die Wettbewerbsbedingungen in Deutschland bei den dort ansässigen Firmen noch weiter befeuern.

## Lösung

Der aktuelle Entwurf zur Novelle der GOÄ muss so angepasst werden, dass auch die radiologischen Fächer faire Möglichkeiten zur Refinanzierung Ihrer Praxen, welche mit teuren hochtechnologischen medizinischen Gerätschaften ausgestattet sind, behalten.

Im Übrigen sollte man sich vom Dogma der Bevorzugung der „sprechenden Medizin“ vor der Apparatedizin verabschieden. Auch die radiologischen Disziplinen sind sehr intensiv in die Beratung Ihrer Patienten eingebunden. Die Patienten erwarten Antworten auf ihre Probleme von unseren Fachgruppen, weil die sprechende Medizin diese Interpretation nicht vollumfänglich leisten kann und die sprechende Medizin ohne begleitende (radiologische und nicht-radiologische) technische Untersuchungen letztendlich ins Leere läuft.

Konkret ist der Entwurf wie folgt zu verändern:

1. Die Vergütungslegende ist in beiden Fächern auf die Wirtschaftlichkeit der Praxen und die Refinanzierung der technischen Gerätschaften abzustellen. Die Leistungslegende sollte künftig regelmäßig mindestens 1x pro Wahlperiode des Bundestages an die allgemeine und spezielle Kostenentwicklung bei Personal und Technik angepasst werden, so dass ein wirtschaftlicher Betrieb der Praxen auch künftig gewährleistet bleibt.
2. Folgende Paragraphen der GOÄ sind wie folgt zu überarbeiten:

### **S2 Absatz 1**

*Es gibt für uns keinen nachvollziehbaren Grund, dass für das Kapitel O die neue GOÄ unabdingbar ist und abweichende Vereinbarungen pauschal ausgeschlossen sind.*

# ALLIANZ STRAHLENMEDIZIN DEUTSCHLAND



Niedergelassene  
Radioonkologen



*In diesem Zusammenhang weisen wir auf die Thematik der immer wichtiger werdenden KI hin – was bisher einfach keine Berücksichtigung findet. Derzeit ist beispielsweise zweifelhaft, die Anwendung einer KI-Software zur Zweitbefundung und damit zur Verbesserung der Qualität abzurechnen ist. Dass die Kosten für den Einsatz der Software, die an den Hersteller zu zahlen sind, als Sachleistung weitergereicht werden können, scheint zumindest naheliegender. Unklar bleibt aber wie der administrative Aufwand der Einrichtung, Installation und Qualitätssicherung der KI sowie zur Information des Patienten und der Abgleich der humanen und computergenerierten Befunde in Rechnung zu bringen ist.*

*Unklar ist, wie eine deutlich teurere KI, die aber weitere Verfahren downstream vermeiden ließe (zum Beispiel die Berechnung der FFR aus CT-Angiographie-Daten, die eine teure und strahlenbelastete Stress-Szintigraphie des Herzens ersetzen kann) abzurechnen wäre.*

*Mit individuellen Vereinbarungen ließe sich diese Regelung Lücke zumindest überbrücken. So wird jedoch für privat versicherte Patienten der Zugang zu innovativer und möglicherweise lebensverlängernder Diagnostik verbaut. Daher ist die Möglichkeit zu individuellen Vereinbarungen in diesem Bereich unbedingt zu ergänzen.*

## **§6a Absatz 1**

*Es gibt für uns keinen nachvollziehbaren Grund, dass Rechnungen um 15% zu mindern sind, wenn ein PKV-Patient aus einer stationären Einrichtung zur Therapie an einen externen Dienstleister überwiesen wird. Unter dem Aspekt der Kostenerstattung werden die Kosten des Leistungserbringers nicht dadurch geringer, weil ein Patient stationär versorgt wird. Entsprechend ist die Bestimmung zu streichen.*

## **Kapitel O - Radiologie**

*Eine Ziffer für die native HerzCT fehlt. Im MRT ist diese z. B. analog verfügbar. Entsprechend ist sie zu ergänzen.*

*Die mengenmäßigen Anforderungen für die Abrechnung einer MRT-Leistung wurden – wie oben aufgeführt – von mindestens zwei auf mindestens vier Sequenzen heraufgesetzt. Es wäre konsequent, wenn auch die Qualitätsanforderungen äquivalent an die von der kassenärztlichen Bundesvereinigung für die gesetzlichen Patienten verpflichtenden Richtlinien angepasst würden. Das würde eine transparente und gleich gute Behandlung gesetzlich versicherten und privat versicherten Patienten garantieren.*

## **Kapitel O Abschnitt I, Absatz 11**

*Abgesehen von technisch erschwerten Bedingungen (BMI >40) sollten weitere Qualitätssichernde Maßnahmen wie Doppelbefundung und Expertenbefundung, Anwendung von KI und aufwendige Auswertungen (3D Messungen, Vergleiche im zeitlichen Verlauf, Einordnung in Leitlinien und Klassifikationen die einen Behandlungspfad implizieren etc.) sowie interdisziplinäre Befundbesprechungen mit einem Faktor von 1,5 berechnet werden.*

## **Kapitel O Abschnitt I Nummer 13341**

*Eine Abwertung der Ziffer für ergänzende computergesteuerte Tomographien wird zu einer Reduzierten Anwendung hochauflösender und computergestützter Techniken führen und sich hierdurch negativ auf die Untersuchungs- und Befundqualität auswirken. Entsprechend sollte diese Abwertung zurückgenommen werden.*

## **Kapitel O, Abschnitt III., Absatz 1**

# ALLIANZ STRAHLENMEDIZIN DEUTSCHLAND



*Die Definition des Zielvolumens (Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion etc.) und auch die Möglichkeit als Betrachtung als Teilvolumens innerhalb eines größeren Volumens (z.B. simultan integrierter Boost) erscheint uns grundlegend sinnvoll, wenn es so zu verstehen ist, dass das Volumen in Primärtumor, Tumorloge, Primärtumorregion etc. das führende Volumen ist. Gerade dort wird der „simultan integrierte Boost“ appliziert.*

*Allerdings machen wir dann bei den GOP 13615, 13617 und 13618 einen Bruch zum sonst logischen Aufbau der GOÄ-Novelle aus. Das Zielvolumen mit „simultan integriertem Boost“ wird als Beispiel für ein untergeordnetes Zielvolumen genannt. Die konsequente Anwendung dieser Regel führt über den Interpretationsspielraum zu dem Risiko von juristischen Auseinandersetzungen.*

*Die Klammer „(z.B. ...)“ sollte deshalb ersatzlos gestrichen werden, weil sich aus der Definition des Zielvolumens und der GOP schon klar ergibt, dass das erste Zielvolumen voll und die weiteren gemindert erstattet werden.*

*Weitere Zielvolumina werden mit je 5Gy erstattet. Das birgt das Risiko, dass Therapiekonzepte der Honorierung angepasst werden. Einerseits könnte auf ein Zielvolumen auf eine durch 5 teilbare Dosis unterdosiert werden, denn jedes Gy bedeutet Aufwand – andersherum bringt jedes Gy auch sein Einkommen, auch z.B. bei einer Überdosierung.*

*Dies Problem wäre einfach zu lösen, indem nicht je 5Gy, sondern 20% des errechneten Gy-Erlösprodukts erstattet werden.*

## **7. Der allgemeinen Bestimmungen**

*Die Vorgabe der grundsätzlichen Verwendung einer hypofraktionierten Bestrahlung greift massiv in die ärztliche Freiheit zur Wahl der Therapie ein. Die Leitlinien gewähren gleichwertige Therapien. Zudem finden sich in den Leitlinien keine Spezifikationen zur Hypofraktionierung. Somit gibt es hier erhebliche Unklarheiten, auch mit großem Potential gerichtlich interpretiert zu werden.*

*Die Ziffer 7. ist daher ersatzlos zu streichen, weil sie erhebliches juristisches Konfliktpotential provoziert.*

Die **ALLIANZ STRAHLENMEDIZIN DEUTSCHLAND** vertritt radiologische und radioonkologische Praxen und Kliniken mit rund 3.000 Ärztinnen und Ärzten und bildet in Summe weit mehr als die Hälfte der gesamten Leistungen der Strahlenmedizin in Deutschland ab.

Für Rückfragen steht Ihnen das ehemalige Mitglied des Deutschen Bundestages Herr Matthias Ilgen vom Politikberatungsunternehmen **ALP – Advanced Level Politics GmbH** telefonisch unter 0176-24435272 sowie per E-Mail an [matthias.ilgen@alp-advisors.com](mailto:matthias.ilgen@alp-advisors.com) jederzeit zur Verfügung.