

Entwurf für

gesetzliche Änderungen im Zusammenhang mit der Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

als Kompromiss zwischen

Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung
zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig

Stand: 30.04.2025

Hinweis:

In diesem Dokument wird bei Personenbezeichnungen das generische Maskulinum verwendet; gemeint sind stets alle Angehörigen der genannten Personengruppen unabhängig vom Geschlecht.

Artikel 1: Änderung der Bundesärzteordnung (BÄO)

1. § 11 BÄO wird wie folgt neu gefasst:

§ 11

¹Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. ²In dieser Gebührenordnung (Gebührenordnung für Ärzte – GOÄ) sind nicht unterschreitbare Gebührensätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. ³Abweichende Honorarvereinbarungen sind zulässig; Näheres auch zum Anwendungsbereich bestimmt die Verordnung nach Satz 1. ⁴Die Vergütungen für ärztliche Leistungen haben den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen. ⁵Die Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission nach § 11 a sind zu beachten.

2. Nach § 11 wird folgender § 11a eingefügt:

§ 11a

Gemeinsame Kommission

- (1) ¹Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. errichten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum xx.xx.xxxx eine Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ. ²Sie besteht aus vier von der Bundesärztekammer, zwei vom Verband der Privaten Krankenversicherung sowie zwei von den für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden benannten stimmberechtigten Vertretern. ³Die Rechtsaufsicht über die Gemeinsame Kommission führt das Bundesministerium für Gesundheit. ⁴Das Bundesministerium für Gesundheit und die für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden erhalten die Beratungsunterlagen und Niederschriften der Gemeinsamen Kommission und können zu deren Sitzungen weitere nicht stimmberechtigte Vertreter entsenden. ⁵Die Beratungen der Gemeinsamen Kommission einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich.
- (2) ¹Die Gemeinsame Kommission beschließt Empfehlungen, insbesondere
 1. zur Anpassung der Gebührenordnung an den medizinischen Fortschritt und an die Erfordernisse zur Sicherung der Qualität der medizinischen Versorgung;
 2. zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen, insbesondere wenn der Gebührensatz nicht mehr der Summe der Bewertung der ärztlichen Leistung und des durchschnittlichen Aufwands der nichtärztlichen Leistungskomponenten bei hoher Leistungsqualität und wirtschaftlicher Leistungserbringung entspricht;
 3. zur analogen Anwendung der Gebührenordnung im Hinblick auf neue Behandlungs- und Diagnoseverfahren und alle bei Inkrafttreten der Gebührenordnung für Ärzte noch nicht im Leistungsverzeichnis aufgenommenen Leistungen;
 4. zur Interpretation der Abrechnungsbestimmungen der Gebührenordnung, zur Entwicklung von Vorschlägen zu deren Anpassung.

- (3) ¹Die Empfehlungen sind so auszugestalten, dass sie den Anforderungen des § 11 Satz 5 genügen. ²Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig die Empfehlungen auf Vorschlag mindestens einer der in Absatz 1 Satz 2 genannten Organisationen und obersten Bundes- und Landesbehörden und veröffentlicht die angenommenen Empfehlungen. ³Stimmberechtigt sind die Vertreter nach Absatz 1 Satz 2. ⁴Findet ein Vorschlag für eine Empfehlung keine Einstimmigkeit, legt die Gemeinsame Kommission den Vorschlag unter Darlegung der unterschiedlichen Standpunkte dem Bundesministerium für Gesundheit vor. ⁵Das Bundesministerium für Gesundheit prüft die Empfehlungen und Vorschläge nach Satz 2 und 4 und teilt der Gemeinsamen Kommission innerhalb von sechs Monaten mit, ob die GOÄ auf dieser Grundlage geändert werden soll.
- (4) ¹Zur Durchführung ihrer Aufgaben bedient sich die Gemeinsame Kommission einer Datenstelle. ²Die Gemeinsame Kommission kann einstimmig einen Dritten mit den Aufgaben der Datenstelle beauftragen. ³Die Datenstelle führt zu den Aufgaben nach Absatz 2 nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission regelmäßige, mindestens halbjährliche Analysen durch und erhebt hierzu die erforderlichen, nicht personenbezogenen Daten. ⁴Die Gemeinsame Kommission kann die Datenstelle mit weiteren Erhebungen und Analysen beauftragen. ⁵Aufträge und Weisungen werden der Datenstelle ausschließlich durch die Gemeinsame Kommission erteilt. ⁶Die Gemeinsame Kommission hat die im Zusammenhang mit Absatz 2 durchgeführten Analysen der Datenstelle dem Bundesministerium für Gesundheit unverzüglich zu übermitteln.
- (5) ¹Nach Maßgabe der von der Gemeinsamen Kommission zu bestimmenden inhaltlichen und verfahrensmäßigen Vorgaben erfassen die Unternehmen der Privaten Krankenversicherung die für die Aufgaben der Gemeinsamen Kommission nach diesem Gesetz erforderlichen Daten einheitlich und übermitteln sie in anonymisierter Form der Datenstelle. ²Soweit die Bundesärztekammer und die für das Beihilferecht zuständigen obersten Bundes- und Landesbehörden gemäß den Vorgaben nach Satz 1 erhobene anonymisierte Abrechnungsdaten an die Datenstelle übermitteln, sind diese ebenso zu verwenden. ³Sollten Daten einzelner Quellen zu einzelnen Analysezeitpunkten nicht vollständig zur Verfügung stehen, arbeitet die Datenstelle behelfsmäßig auf Teildaten, solange die Signifikanz, Übertragbarkeit und methodische Validität der Aussagen gewahrt bleibt. ⁴Ausschließlich die Datenstelle hat zur Erfüllung ihrer Aufgaben Zugriff auf die anonymisierten Daten.
- (6) Die Gemeinsame Kommission beschließt einstimmig eine Geschäftsordnung, in der sie Regelungen trifft zur Arbeitsweise der Gemeinsamen Kommission, zur Beteiligung und Anhörung Dritter sowie zu deren Aufwandsentschädigungen, zur Durchführung des regelmäßigen nach den Vorgaben der Gemeinsamen Kommission vorzunehmenden Monitorings entsprechend der Aufgaben nach Abs. 2 und zur Datenerhebung und Verarbeitung von Daten durch die Datenstelle nach den Absätzen 4 und 5 sowie zu deren Finanzierung.
- (7) ¹Die nach Absatz 1 beteiligten Organisationen und Obersten Bundes- und Landesbehörden tragen die ihnen im Zusammenhang mit deren Mitwirkung in der Gemeinsamen Kommission entstehenden Kosten. ²Die Kosten der Gemeinsamen Kommission und der Datenstelle nach Absatz 4 tragen zu gleichen Anteilen die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V., die Näheres durch Vereinbarung regeln.

3. Nach § 11a wird folgender § 11b eingefügt:

§ 11b

Innovative Elemente zur Verbesserung der Versorgung

¹Die Bundesärztekammer und der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. können im Einvernehmen Lösungen zur modellhaften und befristeten Erprobung und Evaluation von Elementen zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und Versorgungsqualität im Rahmen von Modellvorhaben entwickeln. ²Hierbei können sie auch von der Verordnung nach § 11 Satz 1 abweichende Regelungen treffen. ³Eine Unterschreitung der Gebührensätze nach § 11 Satz 2 ist nicht zulässig. ⁴Die Teilnahme an den Modellvorhaben ist freiwillig. ⁵Die Teilnehmer erklären sich schriftlich gegenüber ihrem behandelnden Arzt mit der Teilnahme an den Modellvorhaben einverstanden. ⁶Die sich im Ergebnis der gemeinsamen Evaluation bewährenden Elemente sollen dem Bundesministerium für Gesundheit mit der Empfehlung der Übernahme in die Gebührenordnung Ärzte vorgelegt werden.

Artikel 2: Übergangsvorschrift

- (1) ¹Im Zeitraum bis zum xx.xx.xxxx (innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten) überprüft das Bundesministerium für Gesundheit mindestens halbjährlich die Auswirkungen der Neustrukturierung und Bewertung der Leistungen der GOÄ auf das Bewertungsvolumen und das Bewertungsgefüge und veranlasst Anpassungen, soweit die Auswirkungen von den von den Parteien nach § 11a Abs. 1 Satz 2 BÄO getroffenen Annahmen und Feststellungen abweichen. ²Die Kommission nach § 11a Abs. 1 BÄO legt dem BMG dazu vierteljährlich die Ergebnisse ihrer Analysen zu den Auswirkungen nach Satz 1 und zu daraus abgeleiteten Empfehlungen vor. ³§ 11a Abs. 3 Satz 4 gilt entsprechend.
- (2) Für Versicherte, die am xx.xx.xxxx in einem Tarif der substitutiven Krankenversicherung versichert sind, der eine Erstattung von nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), in Rechnung gestellten Vergütungen ausschließlich bis zum 2,3fachen des Gebührensatzes vorsieht, dürfen abweichend von Artikel 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen auch unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden.
- (3) Für Mitglieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 26 Abs. 2 BAPostG vom 14. September 1994 (BGBl. I S. 2325), das zuletzt durch Art. 3 und 4 des Gesetzes vom 28. Mai 2015 (BGBl. I S. 813) geändert worden ist, sowie für Mitglieder und mitversicherte Angehörige der Einrichtung gemäß § 14 Abs. 1 BEZNG vom 27. Dezember 1993 (BGBl. I S. 2378; 1994 I S. 2449), das zuletzt durch Art. 16 Abs. 14 des Gesetzes vom 19. Oktober 2013 (BGBl. I S. 2439) sowie durch Art. 513 der Verordnung vom 31. August 2015 (BGBl. I S. 1474) geändert worden ist, dürfen abweichend von Art. 1 Nummer 1 Entgelte für ärztliche Leistungen unterhalb des nicht unterschreitbaren Gebührensatzes berechnet werden, soweit durch oder aufgrund der Satzungen der genannten Einrichtungen am 31.12.20xx regelmäßig eine Erstattung für ärztliche Leistungen vorgesehen ist, die unterhalb der Regelhöchstsätze gemäß § 5 Abs. 2 bis 4 der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), zuletzt geändert durch Art. 17 des Gesetzes vom 4. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3320), liegt.
- (4) Für die Zahlung durch öffentliche Leistungsträger können in der Verordnung nach § 11 Satz 1 abweichende Regelungen von § 11 Satz 2 getroffen werden.

Artikel 3: Änderung des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch

§ 75 Abs. 3a wird wie folgt geändert:

(1) ¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben auch die ärztliche Versorgung der in den brancheneinheitlichen Standardtarifen nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 314 und nach § 257 Abs. 2a in Verbindung mit § 315 sowie dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes und dem Notlagentarif nach § 12h des Versicherungsaufsichtsgesetzes Versicherten mit den in diesen Tarifen versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. ²Solange und soweit nach Absatz 3b nichts Abweichendes vereinbart oder festgesetzt wird, sind die in Satz 1 genannten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen nach § 121 nach der Gebührenordnung für Ärzte oder der Gebührenordnung für Zahnärzte mit der Maßgabe zu vergüten, dass Gebühren und Zuschläge für die im Abschnitt M des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte genannten Leistungen sowie für den Zuschlag nach Nummer 1126 des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 0,9-fachen Satz, Gebühren und Zuschläge für die übrigen Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte nur bis zum 0,8-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte und Gebühren und Zuschläge für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte nur bis zum 2-fachen des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnet werden dürfen. ³Für die Vergütung von in den §§ 115b und 116b bis 119 genannten Leistungen gilt Satz 2 entsprechend, wenn diese für die in Satz 1 genannten Versicherten im Rahmen der dort genannten Tarife erbracht werden.

[Anpassung § 95b Abs. 3 Satz 2 SGB V]