

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster),
Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter
und der Fraktion der FDP
– Drucksache 16/6474 –**

Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte

Vorbemerkung der Fragesteller

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat auf Bitten der FDP-Bundestagsfraktion am 3. Juli 2007 einen Sachstandsbericht über die Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgelegt, der am 4. Juli 2007 im Gesundheitsausschuss diskutiert worden ist. Eine Novellierung der seit 1988 nicht mehr angepassten GOZ im Hinblick auf die in der Zwischenzeit stattgefundenen Veränderungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung ist von allen Seiten begrüßt worden, nicht jedoch die dort ebenfalls klar zum Ausdruck kommende Zielsetzung, den Bewertungsmaßstab für Zahnärzte (BEMA) und die GOZ einander anzugleichen. Eine fundierte Auseinandersetzung mit der GOZ-Novelle war allerdings nicht möglich, weil in dem Sachstandsbericht Angaben zum Finanzvolumen sowie Informationen zum Verfahren über die Festsetzung und die Fortschreibung fehlten. Auch der ergänzende Sachstandsbericht des Bundesministeriums für Gesundheit vom 23. August 2007 enthält nicht alle Informationen, die notwendig sind, um die GOZ-Novelle fachgerecht beurteilen zu können. Um die quantitativen Auswirkungen einschätzen zu können, ist insbesondere eine klare Definition der zugrunde gelegten Begriffe unerlässlich. Um Transparenz zu schaffen, ist eine Darlegung und Erklärung des Transcodierungsverfahrens und eine Konkretisierung der Datenquellen erforderlich.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Auch aus Sicht der Bundesregierung bedarf die zuletzt 1987 überarbeitete Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) einer umfassenden Novellierung. Deshalb hat das Bundesministerium für Gesundheit im Juli 2004 zur Vorbereitung einer Novellierung eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung der Bundeszahnärztekammer, des Verbandes der privaten Krankenversicherung sowie von Vertretern der Beihilfekostenträger eingesetzt. Obwohl die Beratungen in der Arbeitsgruppe auf Bitten der Bundeszahnärztekammer vom April 2005 bis Dezember 2005 un-

terbrochen waren, konnte der Arbeitsentwurf für den Leistungskatalog des Gebührenverzeichnisses der neuen GOZ im Dezember 2006 fertiggestellt werden.

Ausgehend von der Überlegung, dass sich die Leistungsbeschreibungen und Abrechnungsbestimmungen insbesondere bei häufigen zahnärztlichen Leistungen in der vertragszahnärztlichen und privat Zahnärztlichen Vergütung im Kern nicht wesentlich voneinander unterscheiden können, baut der Arbeitsentwurf des Gebührenverzeichnisses für die neue GOZ maßgeblich auf den Strukturen des aktuellen einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung (BEMA 2004) auf. Soweit dies sachgerecht begründet werden kann, wurde das Gebührenverzeichnis für die neue GOZ aber auch um Leistungen ergänzt, die nicht in der vertragszahnärztlichen Gebührenordnung enthalten sind.

Der BEMA 2004 erfüllt als Ergebnis der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses beziehungsweise der im Konsens getroffenen Vereinbarungen zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die einschlägigen Vorgaben des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (§ 87 Abs. 2h SGB V). Danach sind die zahnärztlichen Leistungen entsprechend einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung insbesondere nach dem Kriterium der erforderlichen Arbeitszeit gleichgewichtig in und zwischen den Leistungsbereichen für Zahnerhaltung, Prävention, Zahnersatz und Kieferorthopädie zu bewerten. Zudem ist bei der Festlegung der Bewertungsrelationen wissenschaftlicher Sachverstand einzubeziehen.

Rund zwei Drittel der Gebührenpositionen des Entwurfes des neuen Gebührenverzeichnisses der GOZ entsprechen den vergleichbaren zahnärztlichen Leistungen des BEMA. Auch das wertmäßige Verhältnis der einzelnen Leistungen untereinander wird aus dem BEMA 2004 in die neue GOZ übertragen. Damit ist sichergestellt, dass die den Bewertungen des BEMA 2004 zugrunde liegenden konsentierten Ergebnisse von Zeitmessstudien auch den Kern des Bewertungsgefüges der neuen GOZ bilden.

Die Bundeszahnärztekammer war seit Beginn der fachlichen Vorarbeiten im Juli 2004 in die Beratungen zur Novellierung der GOZ im Rahmen der hierzu eingerichteten Arbeitsgruppe eingebunden, hat ihre Teilnahme an den Beratungen aber unter anderem von April 2006 bis März 2007 ausgesetzt, insbesondere weil sie das vom BMG verfolgte Novellierungskonzept einer grundsätzlichen Anlehnung der neuen GOZ an die Leistungs- und Bewertungsstrukturen der vertragszahnärztlichen Vergütungsregelung ablehnt. In der Sitzung der Arbeitsgruppe am 5. September 2007 wurde den von der Bundeszahnärztekammer entsandten Beobachtern das Berechnungsverfahren zur Ermittlung der quantitativen Auswirkungen und die hierfür herangezogenen Datenquellen erläutert.

1. Welche genaue Definition liegt der nach Aussage des BMG für die Novellierung der GOZ entscheidenden Ausgangsgröße des „privat Zahnärztlichen Honorarvolumens“ zugrunde?

Auf welche Versichertenklientel entfällt diese Größe; auf Privat-Vollversicherte oder auch auf GKV-Versicherte, die Privatleistungen in Anspruch nehmen?

Wurde für den Fall, dass GKV-Versicherte einbezogen worden sind, für diesen Versichertenkreis das gesamte Honorarvolumen für alle Leistungen, die im Rahmen von Mehrkostenvereinbarungen nach der GOZ, GOÄ und der Analogiebildung abgerechnet wurden, einbezogen?

Das privat Zahnärztliche Honorarvolumen ist die Summe der in der Bundesrepublik Deutschland über die GOZ bzw. GOÄ umgesetzten Rechnungsbeträge

von Zahnärzten. Es werden sowohl die Privat-Vollversicherten, als auch GKV-Versicherten, die Privatleistungen in Anspruch nehmen, einbezogen. Bei den privaten Haushalten werden alle privat Zahnärztlichen Ausgaben erfasst, die ein Haushalt zu tragen hat (ohne gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung).

2. Welche genaue Definition liegt dem neben dem Begriff „privat Zahnärztliches Honorarvolumen“ vom BMG verwendeten Begriff „Ausgaben für privat Zahnärztliche Behandlungen“ zugrunde?

Betrachtet man das privat Zahnärztliche Honorarvolumen aus der Sicht der Kostenträger, handelt es sich hierbei um Ausgaben für privat Zahnärztliche Behandlungen. Die beiden Begriffe haben damit identische Inhalte, spiegeln jedoch unterschiedliche Sichtweisen wider.

3. Ist bei dem Ausgabenanteil der privaten Haushalte von 41 Prozent an den „Ausgaben für privat Zahnärztliche Behandlung“, von dem das BMG ausgeht, das Volumen der z. B. wegen des Bestrebens, die Beitragsrückerstattung zu bewahren, nicht zur Erstattung eingereichten Rechnungen mit erfasst?

Der Ausgabenanteil der privaten Haushalte umfasst all die Ausgaben, die ein privater Haushalt zu tragen hat. Laut den international üblichen Klassifikationen zur Gesundheitsausgabenrechnung gehören hierzu auch die Ausgaben für die Erstattung nicht eingereicherter Rechnungen für privat Zahnärztliche Behandlungen.

4. Welche konkreten Quellen und Daten und welche Annahmen wurden in die Wertermittlung des „privat Zahnärztlichen Honorarvolumens“ einbezogen, dem sich das BMG nach eigenen Angaben durch Auswertung von Daten und Schätzungen genähert hat?

Es gibt keine zusammenfassende Statistik über die Höhe des privat Zahnärztlichen Honorarvolumens. Aus diesem Grund muss dieses Volumen anhand der zur Verfügung stehenden Daten ermittelt werden. Grundlage für die Ermittlung des privat Zahnärztlichen Honorarvolumens sind sowohl Statistiken der Kostenträger als auch die Informationen zu den Zahnärztlichen Umsätzen aus den Kostenstrukturerhebungen. Für Kostenträger, wie dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Krankenversicherung der Post/Bahn, liegen Gesamtzahlen vor. Die Ausgaben der Beihilfe und der privaten Haushalte werden jedoch nur teilweise in Statistiken erfasst. Die Werte der Beihilfe werden deshalb anhand von Eckwerten der Beihilfestatistik einzelner Bundesländer und des Bundes geschätzt. Die Ermittlung der Ausgaben der privaten Haushalte erfolgt in Koordination mit der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes. Hierbei werden auch solche Ausgaben der privaten Haushalte für privat Zahnärztliche Leistungen berücksichtigt, für die Erstattungen weder beantragt noch gezahlt werden. Zur Plausibilisierung der Ergebnisse erfolgt auf der Grundlage der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes eine Gegenrechnung mit den Gesamtumsätzen der Einrichtungen und der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

Insgesamt werden damit für die Abschätzung des privat Zahnärztlichen Honorarvolumens insbesondere folgende Datenquellen herangezogen:

- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) (versch. Jahrgänge), KZBV Jahrbuch, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, Köln.
- Statistisches Bundesamt (versch. Jahrgänge), Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten, Kostenstrukturen bei Arzt-, Zahn- und Tierarztpraxen, Wiesbaden.
- Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) (versch. Jahrgänge), Jahresberichte der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB); Frankfurt.
- Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK) (versch. Jahrgänge), Geschäftsbericht, Stuttgart.
- Verband der privaten Krankenversicherung (versch. Jahrgänge), Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung, Köln.
- Statistisches Bundesamt (versch. Jahrgänge), Fachserie 14, Reihe 3.5, Rechnungsergebnisse der öffentlichen Haushalte für soziale Sicherung und für Gesundheit, Sport, Erholung, Wiesbaden.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (versch. Jahrgänge), Sozialbudget, Berlin.
- Statistisches Bundesamt (versch. Jahrgänge), Ausgaben, Kosten, Finanzierung, Das Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

5. Wie wurde die Steigerungsrate des privat Zahnärztlichen Honorarvolumens im Zeitraum von 2000 bis 2004 von 4,6 auf 5,9 Mrd. Euro ermittelt?

Welche Quellen belegen die Aussage?

Das privat Zahnärztliche Honorarvolumen wurde anhand der zur Verfügung stehenden Daten für den Zeitraum von 2000 bis 2004 ermittelt. Die Steigerungsrate ergibt sich aus dem rechnerischen Vergleich der für jedes Jahr nach dem in der Antwort zu Frage 4 geschilderten Verfahren gesondert ermittelten Ergebnisse.

6. Welche konkreten Quellen und Daten und welche Annahmen wurden in die Unterfütterung der Aussage des BMG einbezogen, dass vom privat Zahnärztlichen Honorarvolumen im Jahr 2004 die privaten Haushalte 41 Prozent, die PKV-Unternehmen 39 Prozent, die Beihilfekostenträger 16 Prozent und die Krankenversorgung der Post- und Bundesbahnbeamten 4 Prozent getragen hätten?

Die Anteile der Kostenträger ergeben sich aus der Höhe der jeweiligen Ausgaben der einzelnen Kostenträger für privat Zahnärztliche Leistungen. Grundlage für die Ermittlung sind sowohl Statistiken der Kostenträger als auch die Informationen zu den Zahnärztlichen Umsätzen aus den Kostenstrukturerhebungen (vgl. Antwort zu Frage 4). Für Kostenträger, wie dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) und der Krankenversicherung der Post/Bahn, liegen Gesamtzahlen vor. Die Werte der Beihilfe werden anhand von Eckwerten der Beihilfestatistik einzelner Bundesländer und des Bundes geschätzt. Die Ermittlung der Ausgaben der privaten Haushalte erfolgt ebenfalls anhand von Eckwerten der privat Zahnärztlichen Versorgung (Umsätze, Zuzahlungsregelungen in der PKV usw.). Zur Plausibilisierung erfolgt auf der Grundlage der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes eine Gegenrechnung mit den Ge-

samtumsätzen der Einrichtungen und der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung.

7. Inwieweit ist das Jahr 2004, mit dem die Datenauswertung endet, als Basisjahr für die Ermittlung der in Frage stehenden privatärztlichen Honorarvolumina und der Auswirkungen der neuen GOZ geeignet?

Im Rahmen des Gutachtens zur Kalkulation der finanziellen Auswirkungen einer Novellierung der GOZ werden zum einen das privatärztliche Honorarvolumen ermittelt und zum anderen die finanziellen Auswirkungen einer neuen GOZ abgeschätzt. Letzter ausgewiesener Wert für das privatärztliche Honorarvolumen ist im Moment das Jahr 2004. Sobald neuere Daten vorliegen, wird dieser Wert für 2005 fortgeschrieben.

Maßgebliche Grundlage für die Abschätzung der Auswirkungen einer Novellierung der GOZ sind die Stichproben zum privatärztlichen Abrechnungsgeschehen. Die hier verwendeten Rechnungsstichproben („GOZ-Analyse“ der BZÄK bzw. „PKV-Stichprobe“) umfassen Daten aus dem Jahr 2005. In beiden Bereichen wären aktuellere Daten zur Abschätzung der Auswirkungen wünschenswert, liegen jedoch noch nicht vor.

8. Welche Erkenntnisse hat das BMG über die betriebswirtschaftlich erforderlichen kostendeckenden Sollumsätze der zahnärztlichen Praxen, die im Hinblick auf den nach § 15 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vorgesehenen Interessenausgleich bei der Gebührenordnung zwischen den berechtigten Interessen der Zahnärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten und die daraus resultierenden Fragen der Rentabilität zahnärztlicher Praxen für eine Novellierung der GOZ von Relevanz sind?

Im Hinblick auf betriebswirtschaftlich erforderliche kostendeckende Sollumsätze ist auf die Daten der Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) aus den Jahren 2004 und 2005 hinzuweisen, die im KZBV Jahrbuch 2006 veröffentlicht worden sind. Diese Kostenstrukturerhebungen weisen für die alten Bundesländer im Jahr 2005 durchschnittliche Praxisausgaben je Praxisinhaber von 240 714 Euro aus, einschließlich der darin enthaltenen Kosten für Arbeiten von Fremdlaboratorien in Höhe von 65 303 Euro. Um diese Praxiskosten einschließlich eines Einkommens für den Praxisinhaber von durchschnittlich 111 103 Euro decken zu können, ist im Rahmen der Annahmen dieser Kostenstrukturanalyse bei einer durchschnittlichen Zahl von 1 474 Behandlungsstunden im Jahr ein Umsatz von 239 Euro pro Behandlungsstunde notwendig.

