

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/4751 –**

### **Reform der ärztlichen Gebührenordnungen GOÄ und GOZ**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

Die Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) ist in ihren wesentlichen Teilen fast 30 Jahre alt. Daher wird schon seit längerer Zeit über eine Reform der GOÄ und der fast ebenso alten zahnärztlichen Gebührenordnung (GOZ) diskutiert. Bei der Weiterentwicklung der GOÄ/GOZ gibt es offensichtlich Interessensgegensätze zwischen den Leistungserbringern (Ärztinnen und Ärzte) sowie den Kostenträgern (private Krankenversicherung – PKV – und Beihilfeträger). Aus den Reihen der PKV werden daher Forderungen nach Öffnungsklauseln für direkte Verträge mit ambulanten Leistungsanbietern erhoben (Ärzte Zeitung vom 30. November 2010). Die für die Beihilfe zuständigen Kostenträger wie z. B. Bundesländer haben ein Interesse daran, Kosten im Bereich der Beihilfe einzusparen und weitere Kostensteigerungen zu vermeiden.

Auch das Institut für Gesundheits- und Sozialsystemforschung (IGES) kommt in seinem vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie geförderten Gutachten „Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherungen“ (IGES, 2010) zu der Empfehlung, dass PKV-Unternehmen größere Spielräume für direkte Vereinbarungen mit Leistungsanbietern bekommen sollten.

Die Ärzteschaft lehnt hingegen derartige Öffnungsklauseln ab. Sie würden lediglich zu einem „Unterbietungswettbewerb“ führen (Ärzte Zeitung vom 6. Dezember 2010). Die Kostensteigerungen für die ambulant-ärztliche Behandlung würden laut Ärzteschaft vor allem auf einen gestiegenen Versorgungsbedarf infolge demographischer Entwicklungen zurückzuführen sein (Deutsches Ärzteblatt vom 13. Februar 2009).

Die Bundesregierung hat bislang noch nicht klar Stellung bezogen, mit welcher konkreten Zielrichtung sie eine Reform der ärztlichen Gebührenordnungen vorantreiben wird, da sie sowohl die Interessen der Ärzteschaft als auch der privaten Krankenversicherung wahren will, diese aber kaum miteinander in Einklang zu bringen sind.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die GOÄ wurde zuletzt 1996 novelliert. Dabei wurden rund ein Drittel der Gebührenpositionen mit einem Anteil von rund zwei Dritteln am Umsatzvolumen überarbeitet. Die GOZ ist zuletzt 1988 neugefasst worden. Unter allen Beteiligten ist der Novellierungsbedarf der GOZ und der GOÄ daher unstrittig. Die Ärzteschaft und Zahnärzteschaft sowie die Kostenträger (Verband der privaten Krankenversicherung e. V. – PKV-Verband – und die Beihilfekostenträger des Bundes und der Länder) verfolgen bei den Novellierungen unterschiedliche Interessen.

Die unterschiedlichen Positionen zeigen sich auch im Hinblick auf die seitens der Kostenträger in die Diskussion gebrachte Einführung von Öffnungsklauseln in die GOZ und die GOÄ. Damit sollen im Kern Verträge zwischen einzelnen PKV-Unternehmen und Ärzten bzw. Zahnärzten ermöglicht werden, in denen von der GOÄ oder der GOZ ganz oder teilweise abweichende Vergütungen für privat(zahn)ärztliche Leistungen festgelegt werden können, die nach Zustimmung des Patienten im jeweiligen Behandlungsfall wirksam werden. Die Kostenträger fordern eine solche Möglichkeit, während die Ärzteschaft und die Zahnärzteschaft diese entschieden ablehnt. Die Bundesregierung hat zu dieser für das privat(zahn)ärztliche Gebührenrecht grundlegenden Frage noch keine Entscheidung getroffen. Die hierfür erforderliche sorgfältige Abwägung ist noch nicht abgeschlossen.

1. a) Wie groß ist nach Kenntnis der Bundesregierung die Zahl der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die von der GOÄ beziehungsweise der GOZ vollständig oder partiell betroffen sind, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?
- b) Durch welche Vertragsmechanismen und in jeweils welcher Häufigkeit (z. B. Igel-Leistungen, Selbstzahler, Zusatzversicherungen etc.) werden diese Versicherten von der GOÄ und der GOZ erfasst?

Die Zahl der GKV-Versicherten, denen privatärztliche und privat Zahnärztliche Leistungen nach GOÄ oder GOZ in Rechnung gestellt werden, wird nicht systematisch statistisch erfasst. Der Bundesregierung liegen daher zu dieser Frage keine belastbaren Daten vor.

Unabhängig von der Art der bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Zahnärztinnen und Zahnärzten in Anspruch genommenen privat(zahn)ärztlichen Leistungen oder einer ggf. bestehenden privaten Zusatzversicherung finden die GOÄ und die GOZ dann Anwendung, wenn nicht durch Bundesgesetz etwas anderes vorgegeben ist oder durch bundesgesetzliche Rahmenbedingungen ausdrücklich zugelassene oder vorgeschriebene vertragliche Vergütungsbestimmungen etwas anderes bestimmen.

2. Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung zur Häufigkeitsverteilung der von den Ärzten und Zahnärzten angewendeten Steigerungsfaktoren
  - a) bis zum Regelhöchstsatz,
  - b) jenseits des Regelhöchstsatzes?

Dem Zahlenbericht 2009/2010 des PKV-Verbandes ist zu entnehmen, dass sich die Steigerungsfaktoren bis zum bzw. über dem Regelhöchstsatz in einer Stichprobe der bei PKV-Unternehmen zur Erstattung eingereichten Rechnungen aus dem Jahr 2008 wie folgt verteilen:

Bei Rechnungen über ambulante ärztliche Leistungen werden rd. 87,7 Prozent der Leistungen unter oder genau mit dem Regelhöchstsatz und rd. 12,3 Prozent über dem Regelhöchstsatz berechnet. Bei zahnärztlicher Behandlung werden rd. 47 Prozent der Leistungen zum oder unter dem Regelhöchstsatz sowie rd. 53 Prozent der Leistungen über dem Regelhöchstsatz berechnet.

3. a) Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung – auch im Vergleich zur GKV – über die Entwicklung der ambulant-ärztlichen Pro-Kopf-Ausgaben der PKV von 1999 bis 2009, und wie bewertet sie diese?

Nach Angaben des PKV-Verbandes lagen die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung je Vollversicherten (unter Berücksichtigung der Beihilfe) 2009 bei 822,10 Euro; im Jahr 1999 waren es 583,30 Euro.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung je Versicherten betragen 1999 rd. 304,50 Euro und sind bis 2009 auf rd. 376,90 Euro angestiegen (ohne Berücksichtigung der im Jahr 2004 eingeführten Praxisgebühr).

Aus Sicht der Bundesregierung sind die Ursachen für den Ausgabenanstieg je Vollversicherten in der PKV vielfältig. Dabei spielen Preiseffekte, wie z. B. die Tendenz zur Abrechnung von über dem Regelhöchstsatz liegenden Gebührensätzen, Struktureffekte mit einer ansteigenden Zahl an Analogabrechnungen sowie die Erbringung und Berechnung höher bewerteter Leistungen, und Mengeneffekte eine Rolle. Im Hinblick auf die Ausgabenentwicklung in der GKV ist zu berücksichtigen, dass die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einer stärkeren Regulierung unterliegt und sich z. B. Mengeneffekte nicht in vollem Umfang auswirken können.

- b) Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung zur Entwicklung der Umsätze je Arzt bzw. Ärztin aus der ambulanten privatärztlichen Vergütung, und wie bewertet sie diese?

Aus den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass im Berichtsjahr 2007 die durchschnittlichen Einnahmen je Praxis 399 000 Euro betragen. Der Anteil der Einnahmen aus ambulanter und stationärer (vor allem Belegärzte) Kassenpraxis ging von 75 Prozent im Jahr 2003 auf 71 Prozent im Jahr 2007 zurück. Der Anteil der Einnahmen aus ambulanter und stationärer (vor allem Belegärzte) Privatpraxis stieg entsprechend von 22,2 Prozent (2003) auf 25,9 Prozent (2007) und der der Einnahmen aus sonstiger selbstständiger ärztlicher Tätigkeit von 2,7 Prozent (2003) auf 3,1 Prozent (2007) an. Der Anteil der Einnahmen aus Privatpraxis schwankt insbesondere je nach Praxisform und Facharzttrichtung.

Neben den oben dargestellten Mengen- und Struktureffekten bei der Erbringung und Berechnung privatärztlicher Leistungen dürfte bei dem gestiegenen Anteil der durchschnittlichen Einnahmen aus ambulanter und stationärer Privatpraxis auch das nach einer Modellrechnung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK ansteigende Marktvolumen privatärztlicher Zusatzleistungen (IGEL-Leistungen) eine Rolle spielen.

- c) Welche Erkenntnisse besitzt die Bundesregierung über Mengeneentwicklungen bei einzelnen ambulant-ärztlichen Leistungen der PKV, und wie bewertet sie diese?

Die Anzahl der in den von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ausgestellten Rechnungen über privatärztliche Leistungen enthaltenen einzelnen Gebüh-

renpositionen wird nicht systematisch statistisch erfasst. Der Bundesregierung liegen daher zu dieser Frage keine belastbaren Daten vor.

4. a) Worauf führt die Bundesregierung die erheblichen Kostensteigerungen bei den ambulant-ärztlichen Ausgaben der PKV im Bereich der GOÄ zurück?

Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung je Vollversicherten in der PKV haben sich nach Angaben des PKV-Verbandes (vgl. Antwort zu Frage 3a) im Zeitraum von 1999 bis 2009 um rd. 41 Prozent oder durchschnittlich um rd. 3,5 Prozent pro Jahr erhöht. In diesem Zusammenhang ist auch zu bedenken, dass in 21 betrachteten OECD-Ländern die Gesundheitsausgaben pro Kopf in der jeweiligen Landeswährung zwischen 1998 und 2008 im Durchschnitt um 79,8 Prozent (durchschnittliche jährliche Steigerung rd. 6 Prozent) gestiegen (Deutschland 30,8 Prozent) sind. Die Ausgabensteigerung bildet den auch bei PKV-Versicherten demografiebedingt zunehmenden Versorgungsbedarf ab, denn die Ausgaben für die ambulante Behandlung weisen eine deutliche Altersabhängigkeit auf. Darüber hinaus könnten auch Anreizwirkungen von Ungleichgewichten in den Bewertungsrelationen der GOÄ ausgehen, die mit den erwähnten Struktur- und Mengeneffekten verknüpft sind. Im Rahmen der GOÄ-Novellierung wird daher auch zu prüfen sein, ob die Bewertungsrelationen von Leistungen mit höheren Technikanteilen im Vergleich zu Leistungen mit höheren persönlichen ärztlichen Leistungsanteilen noch stimmig sind und gegebenenfalls korrigiert werden müssen.

- b) Worauf führt die Bundesregierung die Kostenentwicklung bei den ambulant-zahnärztlichen Ausgaben der PKV zurück?

Nach Angaben des PKV-Verbandes haben sich die Ausgaben im Zahnbereich je Vollversichertem unter Berücksichtigung der Beihilfezahlungen bei Beamten von 1999 rd. 358,70 Euro auf 487,60 Euro im Jahre 2009 um durchschnittlich rd. 3,1 Prozent pro Jahr erhöht. Die Zahlen des PKV-Verbandes umfassen offenbar neben den privat Zahnärztlichen Honoraren für die Zahnärztliche Behandlung PKV-Vollversicherter auch die Kosten der zahntechnischen Leistungen. Vor diesem Hintergrund lässt sich die Ausgabenentwicklung für die nach GOZ berechneten privat Zahnärztlichen Leistungen bei PKV-Vollversicherten aus den o. g. Daten nicht sicher ableiten.

Grundsätzlich ist aber zu beachten, dass bei der Zahnärztlichen Behandlung in der Regel mehrere unterschiedlich aufwendige Versorgungsoptionen zur Verfügung stehen. Insoweit dürften Struktureffekte, die durch die Wahl einer aufwendigeren Versorgung mit entsprechend höheren Zahnärztlichen Vergütungen auftreten können, eine Rolle bei der Entwicklung der privat Zahnärztlichen Honorare spielen.

5. a) Welche Qualitätsanforderungen bestehen derzeit für niedergelassene Ärzte, die nicht Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigungen sind und ausschließlich mit der PKV abrechnen, und wo sind diese geregelt?

Ärztinnen und Ärzte, die Privatpatientinnen und -patienten behandeln, rechnen entweder selbst oder über Verrechnungsstellen mit den Patientinnen und Patienten und grundsätzlich nicht mit der PKV ab.

Soweit im Hinblick auf die Qualitätssicherung das Vertragsarztrecht keine Anwendung findet, gelten die Regelungen der ärztlichen Berufsausübung, die nach dem Grundgesetz grundsätzlich der ausschließlichen Zuständigkeit der Länder unterliegen, die auch die Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts über-

wachen. Die Länder haben es in ihren Heilberufs- und Kammergesetzen weitgehend den Ärztekammern überlassen, entsprechende Berufsordnungen aufzustellen, die wiederum von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder genehmigt werden müssen. Die Berufsordnungen entsprechen im Wesentlichen der (Muster-)Berufsordnung (MBO) für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, die vom Deutschen Ärztetag verabschiedet und bei Bedarf modifiziert wird.

Nach § 5 MBO sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

- b) Welche Möglichkeiten zur Steuerung der Behandlungsqualität besitzt die PKV?

Das Recht der privaten Krankenversicherung, wie es im Versicherungsvertragsgesetz geregelt ist, betrifft lediglich das Rechtsverhältnis zwischen Krankenversicherer und Versicherungsnehmer, nicht zwischen Krankenversicherer und Leistungserbringern (z. B. Ärzten).

PKV-Unternehmen oder der PKV-Verband haben grundsätzlich die Möglichkeit, z. B. mit Ärzten oder Ärzteverbänden Vereinbarungen im Sinne des in Frage 12 erwähnten Projektes zu treffen, bei dem es um Qualität und Service privatärztlicher Leistungen ging. Darüber hinaus ist der PKV-Verband nach § 137 Absatz 1 SGB V neben der Bundesärztekammer und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Qualitätssicherung zu beteiligen.

- c) Auf welche Weise bzw. mit welchen Instrumenten könnten aus Sicht der Bundesregierung Qualitätsaspekte stärker in die ambulante privatärztliche Vergütung einbezogen werden, und welche Maßnahmen plant die Bundesregierung diesbezüglich zu ergreifen?

Im Rahmen der anstehenden fachlichen Arbeiten zur GOÄ-Novellierung wird gemeinsam mit der Bundesärztekammer und den Kostenträgern zu prüfen sein, ob und gegebenenfalls wie Qualitätsaspekte in geeigneter Weise in die Ausgestaltung der Leistungsbeschreibungen und der Abrechnungsbestimmungen der einzelnen Leistungen einbezogen werden können.

6. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung nach einer Öffnungsklausel für die GOÄ und die GOZ in Bezug auf Verbraucher- und Patientenschutz sowie als Instrument zur Qualitätssteuerung?
- b) An welchen Kriterien könnten sich nach Ansicht der Bundesregierung derartige Verträge orientieren?
7. a) Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung nach einem einheitlichen Verhandlungsmandat des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. für die Unternehmen der PKV im Rahmen von durch eine Öffnungsklausel möglichen Verträgen?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung die Empfehlung der IGES-Studie zum Wettbewerb in der PKV (IGES, 2010), aus wirtschaftspolitischer Sicht solle geprüft werden, „ob bzw. inwiefern sich Kooperationen von Versicherern als wettbewerbskonform einstufen“ ließen?

9. a) Wie bewertet die Bundesregierung die aus den Reihen der Ärzteschaft erhobene Kritik, Öffnungsklauseln und ein damit verbundenes Verhandlungsmandat der PKV und der Beihilfekostenträger würden dem Preisdumping Vorschub leisten?
- b) Inwieweit ließe sich nach Auffassung der Bundesregierung diesem Vorwurf durch Öffnungsklauseln begegnen, bei denen eine Mindestvergütung vorgesehen wird?

Die Fragen 6, 7 und 9 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die in den Fragen 6, 7 und 9 angesprochenen Forderungen und Kritikpunkte werden im Rahmen des noch nicht abgeschlossenen Entscheidungsprozesses zu der Frage der Einführung einer Öffnungsklausel zu berücksichtigen sein.

8. Wie bewertet die Bundesregierung die unter anderem von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung unter Verweis auf ein Gutachten von Prof. Dr. Winfried Boecken (18. Juli 2008) erhobene Kritik, eine Öffnungsklausel wäre verfassungswidrig?

Die Bundesregierung ist nicht der Auffassung, dass eine Öffnungsklausel als solche verfassungswidrig wäre.

10. Kann die Bundesregierung abschätzen, welche Steuerungsmöglichkeiten und ggf. welches Einsparpotenzial sich durch eine Öffnungsklausel bei den Beihilfetragern erzielen ließe?

Falls ja, welche?

Die Öffnungsklausel eröffnet einem genau festgelegten Kreis von Berechtigten lediglich die Aufnahme von Verhandlungen, um im zugelassenen Umfang von den Bestimmungen der GOZ abzuweichende Vereinbarungen zu treffen. Inwieweit sich aus einer Öffnungsklausel unmittelbare Auswirkungen ergeben, lässt sich ohne Kenntnis der Bereiche der Gebührenordnung, auf die sich die Regelung beziehen würde, nicht abschätzen.

11. a) Wie viele Vereinbarungen zur Wahlleistung Unterkunft bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung zwischen Krankenhäusern und PKV?
- b) Welchen Inhalt im Hinblick auf Versorgungsqualität haben diese Verträge nach Kenntnis der Bundesregierung in der Regel?
- c) Welche Erkenntnisse zur Entwicklung der PKV-Ausgaben im Bereich Wahlleistung Unterkunft hat die Bundesregierung, und worauf führt sie diese Entwicklung zurück?

Der Bundesregierung liegen keine Angaben zur Zahl der Vereinbarungen zur Wahlleistung Unterkunft und zu deren Inhalt vor.

Aus den Zahlenberichten des PKV-Verbandes ist zu entnehmen, dass die Gesamtausgaben der PKV-Unternehmen für die Wahlleistung Unterkunft im Jahr 1999 rd. 736,5 Mio. Euro betragen haben und sich auf rd. 519,6 Mio. Euro im Jahr 2009 verringerten. Dies ist möglicherweise auf vertragliche Anpassungen der Empfehlungen zur Bemessung der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem PKV-Verband nach § 17 Absatz 1 Satz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes zurückzuführen.



12. a) Wie bewertet die Bundesregierung die im März 2010 von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem PKV-Verband geschlossene Vereinbarung zum Programm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“?
- b) Wie bewertet die Bundesregierung das Scheitern dieser Vereinbarung, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus in Hinblick auf die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung von Öffnungsklauseln und Qualitätsvereinbarungen für die ärztliche Vergütung nach GOÄ und GOZ?

Kern der Vereinbarung zwischen PKV-Verband und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) zu dem Pilotprojekt „Hand in Hand für exzellente Qualität in der ambulanten Medizin“ war, dass Vertragsärzte der KVB, die an dem KVB-Programm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ teilnehmen, gegenüber dem PKV-Verband ein Serviceversprechen abgeben konnten. Das Serviceversprechen konnte u. a. eine Terminvergabe innerhalb von drei Tagen ab Anfrage, das Angebot von Abend- und Samstagssprechstunden und eine Wartezeit von weniger als 20 Minuten bei Termin umfassen. Für die Abgabe und die Einhaltung des Serviceversprechens erhielt der Vertragsarzt keine zusätzliche Vergütung.

Die im Februar 2010 zwischen der KVB und dem PKV-Verband geschlossene Vereinbarung zu Qualität und Service privatärztlicher Leistungen wurde von der KVB im April 2010 außerordentlich gekündigt, nachdem die Vertreterversammlung den Vorstand der KVB aufgefordert hatte, die Vereinbarung baldmöglichst aufzulösen.

Die GOÄ als die für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verbindliche Abrechnungsgrundlage privatärztlicher Leistungen wurde von dem Pilotprojekt der KVB und des PKV-Verbandes nicht berührt. Vor diesem Hintergrund können aus dem Scheitern des Projektes keine direkten Schlussfolgerungen für die GOÄ und die GOZ gezogen werden.

13. Auf welche Weise sollen nach Auffassung der Bundesregierung medizinische Innovationen wie neue Behandlungsmethoden künftig Eingang in die privatärztliche Gebührenordnung finden, und auf der Grundlage welcher Kriterien?

Die Berücksichtigung neuer ärztlicher Behandlungsmethoden in der GOÄ ist bereits durch das geltende Gebührenrecht sichergestellt. Die Ärztin und der Arzt kann nach § 6 Absatz 2 GOÄ selbständige ärztliche Leistungen, die in das Gebührenverzeichnis nicht aufgenommen sind, nach einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses berechnen (Analogabrechnung). Darüber hinaus werden im Rahmen der Novellierung der GOÄ in deren Gebührenverzeichnis bei Bedarf neue Leistungen aufgenommen werden.

14. Welche Position hat die Bundesregierung zu einer stärkeren Berücksichtigung der so genannten sprechenden Medizin in der privatärztlichen Gebührenordnung?

Die Bundesregierung steht einer stärkeren Berücksichtigung der so genannten sprechenden Medizin im Rahmen der anstehenden GOÄ-Novellierung positiv gegenüber.

15. a) Welche Zeitplanung hat die Bundesregierung zur Reform der GOZ?

Nach derzeitigem Stand soll ein Referentenentwurf einer GOZ-Novelle in den nächsten Wochen erstellt werden, um anschließend das Verordnungsverfahren mit dem Ziel eines Inkrafttretens noch in diesem Jahr fortzuführen.

b) Welche Zeitplanung hat die Bundesregierung zur Reform der GOÄ?

Nach Abschluss der GOZ-Novellierung soll noch in diesem Jahr mit den fachlichen Vorarbeiten zur GOÄ-Novelle unter Einbeziehung der Bundesärztekammer und der Kostenträger begonnen werden.