

**Antwort
der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 18/1768 –**

Unterschiedliche Wartezeiten von gesetzlich und privat Krankenversicherten

Vorbemerkung der Fragesteller

Auf dem diesjährigen Ärztetag in Düsseldorf sagte der Präsident der Bundesärztekammer, es sei Tatsache, dass Privatpatienten schneller einen Arzttermin bekämen. Er führte weiter aus: „Dabei wissen wir alle, dass es das bessere Vergütungsmodell, also das bessere Leistungsversprechen der Privaten Krankenversicherung ist, das hier zu schnelleren Terminen führt. Wenn die Funktionäre der Gesetzlichen Krankenversicherung das beklagen, weiß ich eine schnell wirksame und effiziente Therapie dagegen: Vergüten, leisten und regeln Sie wie die PKV! Dann bekommen Ihre Patienten genau so schnell einen Termin.“ (vgl. www.aerztezeitung.de/extras/druckansicht/?sid=861947).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Eine angemessene zeitnahe Behandlungsmöglichkeit ist Ausdruck eines funktionierenden medizinischen Versorgungssystems und muss daher in Deutschland für alle Versicherten gewährleistet sein, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind. Aus diesem Grund sieht der zwischen CDU, CSU und SPD vereinbarte Koalitionsvertrag vor, die Kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten, Terminservicestellen einzurichten. Deren Aufgabe wird es sein, dafür zu sorgen, dass Versicherte im Regelfall nicht länger als vier Wochen auf einen Behandlungstermin bei einem Facharzt warten müssen.

1. Wie hoch ist die derzeitige jährliche Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte insgesamt, in Euro pro Versichertem, in Euro pro Mitglied und in Euro pro niedergelassener Ärztin, niedergelassenem Arzt sowie in Euro pro Arztbesuch aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung?

Auf Basis der amtlichen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) betragen im Jahr 2013 die Ausgaben, die der vertragsärzt-

lichen Versorgung zugute kommen, 35,9 Mrd. Euro. Das entspricht 514 Euro je Versicherten und 685 Euro je Mitglied. Zum Ende des Jahres 2013 nahmen 130 405 Vertragsärzte und -psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung teil (ohne Angestellte und Ermächtigte). Darauf bezogen lagen die durchschnittlichen Ausgaben der GKV je Vertragsarzt bzw -psychotherapeut bei rund 275 000 Euro. Valide Angaben zur Zahl der Arztbesuche in der GKV liegen der Bundesregierung nicht vor.

2. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung die derzeitige jährliche Vergütung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte insgesamt, in Euro pro Versichertem, in Euro pro Mitglied und in Euro pro niedergelassener Ärztin, niedergelassenem Arzt sowie in Euro pro Arztbesuch aus Mitteln der privaten Krankenversicherung?

Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) haben nach Angaben des PKV-Verbandes im Jahre 2012 ihren rund 8,9 Millionen Vollversicherten sowie ihren rd. 7,7 Millionen ambulant Zusatzversicherten insgesamt 5 471,2 Mio. Euro für ambulante ärztliche Behandlung erstattet. Die Versicherungsleistungen für die Vollversicherten einerseits und die ambulant Zusatzversicherten in der PKV andererseits werden nicht getrennt ausgewiesen. Wenn man für die Berechnung der Größenordnung der Erstattung je Versichertem nur auf die Vollversicherten abstellt und die ambulant Zusatzversicherten nicht berücksichtigt, ergibt sich rein rechnerisch eine Versicherungsleistung von durchschnittlich rund 610 Euro je Vollversichertem. Im Jahr 2012 gab es 123 213 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Die durchschnittlichen Ausgaben der Unternehmen der privaten Krankenversicherung für die ambulante ärztliche Behandlung ihrer Versicherten lagen damit bei rund 44 400 Euro je niedergelassener Ärztin oder niedergelassenem Arzt. Die Zahl der Arztbesuche von Versicherten in der PKV wird nicht erfasst, sodass keine Angaben zu den Vergütungen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte je Arztbesuch gemacht werden können.

3. Sollte die gesetzliche Krankenversicherung bei diesen Werten günstiger abschneiden, erhalten gesetzlich Versicherte weniger Leistungen als privat Krankenversicherte?

Die Leistungen der GKV müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Dieses Gebot müssen die Verträge der gemeinsamen Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten. Zudem müssen sie den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen und die ärztlichen Leistungen müssen angemessen vergütet werden (§ 72 Absatz 2 SGB V). Unterschiede im Leistungsangebot gibt es im Hinblick auf die von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen Satzungs- und Ermessensleistungen. In der PKV gilt der Grundsatz der Vertragsfreiheit. Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben können die Versicherten den Inhalt ihres Krankenversicherungsvertrags mit dem Versicherungsunternehmen individuell vereinbaren. Insofern kann der Leistungsumfang privat Versicherter variieren. Ein pauschales Urteil, welche Versicherten mehr Leistungen erhalten, ist daher nicht möglich.

4. Arbeitet die gesetzliche Krankenversicherung nach Kenntnis der Bundesregierung effizienter als die private Krankenversicherung?

Ein Vergleich der Effizienz bzw. des Kosten-Nutzen-Verhältnisses der medizinischen Versorgung in der GKV und PKV ist aufgrund der Komplexität der Wirkungszusammenhänge auch hinsichtlich der Behandlungsqualität und des Behandlungserfolgs sowie fehlender Datengrundlagen nicht möglich.

5. Auf Mehrkosten in etwa welcher Höhe/Größenordnung würde sich der Vorschlag des Ärztekammerpräsidenten belaufen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung jeden Arztbesuch so vergütete wie die private Krankenversicherung und die Zahl der Arztbesuche sowie der Art und Anzahl der Diagnosen und verordneten Therapien gleich bliebe?
6. Auf Mehrkosten in welcher Höhe würde sich der Vorschlag des Ärztekammerpräsidenten belaufen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung pro Versichertem gleich hohe Ausgaben für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hätte wie die private Krankenversicherung?
7. Wie hoch wären nach Kenntnis der Bundesregierung in etwa die Minderausgaben der privaten Krankenversicherung, wenn sie jeden Arztbesuch so vergütete wie die gesetzliche Krankenversicherung und die Zahl der Arztbesuche gleich bliebe?
8. Wie hoch wären nach Kenntnis der Bundesregierung in etwa die Minderausgaben der privaten Krankenversicherung, wenn sie pro Versichertem gleich hohe Ausgaben für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hätte wie die gesetzliche Krankenversicherung?

Die Fragen 5 bis 8 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Ein belastbarer Vergleich der Mehr- oder Minderausgaben setzt Kenntnis über die Zahl der Arztbesuche sowie Art und Anzahl der Diagnosen und verordneten Therapien voraus. Ferner wären bei derartigen Berechnungen die unterschiedlichen Morbiditätsstrukturen der Versicherten sowie der unterschiedliche Leistungsumfang in der GKV und PKV zu berücksichtigen. Diese Datengrundlagen liegen der Bundesregierung nicht vor.

9. Ist auch die Bundesregierung der Auffassung, dass es unterschiedliche Wartezeiten für gesetzlich und privat Versicherte gibt, und dass die Ursache in der unterschiedlich hohen Vergütung liegt?
10. Strebt die Bundesregierung – jenseits der Überlegung, dass Wartezeiten für gesetzlich Versicherte ein gewisses Maß nicht überschreiten sollen – gleiche Wartezeiten für gesetzlich und privat Krankenversicherte an?
11. Wenn nein, warum nicht?
Welchen gesundheitspolitischen Sinn ergeben unterschiedliche Wartezeiten für Mitglieder verschiedener Versicherungssysteme?

12. Wenn ja, wie sollen gleiche Wartezeiten für gesetzlich und privat Krankenversicherte erreicht werden?

Die Fragen 9 bis 12 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zur Frage unterschiedlicher Wartezeiten für gesetzlich und privat Versicherte liegen verschiedene Untersuchungen vor (vgl. dazu Antwort zu Frage 13). Unbestritten ist, dass eine angemessen zeitnahe Behandlungsmöglichkeit Ausdruck eines funktionierenden medizinischen Versorgungssystems ist und daher in Deutschland für alle Versicherten gewährleistet sein muss, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind. Mit der im Koalitionsvertrag vorgesehenen Regelung zur Reduzierung der Wartezeiten auf einen Facharzttermin sollen die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten reduziert werden. Beabsichtigt ist, den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen insoweit zu konkretisieren, dass diese verpflichtet werden, Terminservicestellen einzurichten. Aufgabe dieser Terminservicestellen wird es sein, gesetzlich Versicherten, die eine Überweisung zu einem Facharzt, haben innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Facharzt zu vermitteln. Die Wartezeit auf diesen Behandlungstermin darf im Regelfall vier Wochen nicht überschreiten. Kann die Terminservicestelle keinen Termin innerhalb der Vier-Wochen-Frist vermitteln, ist sie – außer in medizinisch nicht begründeten Fällen – verpflichtet, dem Versicherten einen Behandlungstermin in einem Krankenhaus anzubieten. Damit kann sich der Versicherte darauf verlassen, dass er eine fachärztliche Behandlung innerhalb von vier Wochen erhält, sei es bei einem niedergelassenen Facharzt oder in medizinisch begründeten Fällen in einem Krankenhaus.

13. Welche Studien über unterschiedliche Wartezeiten – einerseits auf einen Termin und andererseits im Wartezimmer – sind der Bundesregierung bekannt, und was sind die Ergebnisse dieser Studien?

Gibt es auch Erkenntnisse über die Wartezeit von im Basistarif der privaten Krankenversicherung Versicherten?

Es gibt eine Vielzahl von Untersuchungen zu Wartezeiten in Deutschland mit uneinheitlichen Ergebnissen. Untersuchungen, die auf Versichertenbefragungen beruhen, liegen zum Beispiel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2013), der Techniker Krankenkasse (2011) und den Betriebskrankenkassen (2011) vor. Im Ergebnis lässt sich diesen Untersuchungen entnehmen, dass Wartezeiten für Versicherte kein Einzelfall sind. So kommt z. B. die Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu dem Ergebnis, dass immerhin 21 Prozent der Versicherten über eine Wartezeit von über drei Wochen auf einen Facharzttermin berichten. Auf der anderen Seite scheint in dringenden medizinischen Fällen in der Regel eine Behandlung innerhalb angemessener Fristen zu erfolgen.

Zu den Wartezeiten im Wartezimmer ist der KBV-Versichertenbefragung 2013 zu entnehmen, dass fast drei Viertel aller Befragten innerhalb einer halben Stunde beim Arzt waren, gut zwei Fünftel mussten maximal eine Viertelstunde warten. Allerdings verweist die KBV-Versichertenbefragung darauf, dass an vielen Stellen mitunter erhebliche Abweichungen von diesen durchschnittlichen Wartezeiten bestehen, die immer auch von individuellen Faktoren abhängig sind (z. B. Wohnort, Arztgruppe etc.).

Systematische Erkenntnisse zu den Wartezeiten von im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV-Versicherten liegen der Bundesregierung nicht vor.

14. Ist die Bundesregierung mit der Aussage einverstanden, dass längere Wartezeiten nicht nur ein Komfortproblem darstellen, sondern dass mit längeren Wartezeiten auch die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems abnimmt und damit Ressourcen des Gesundheitssystems unterschiedlich auf Versicherte verschiedener Gruppen aufgeteilt werden?
15. Inwieweit sind nach Ansicht der Bundesregierung unterschiedlich hohe Wartezeiten mit dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit in Verbindung mit dem Gleichheitsgrundsatz und dem Sozialstaatsgebot vereinbar?
16. Inwiefern können nach Ansicht der Bundesregierung lange Wartezeiten die Gesundheitssituation der Patientinnen und Patienten beeinträchtigen?

Die Fragen 14 bis 16 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Angesichts der insgesamt guten Versorgungssituation in Deutschland ist die Zugänglichkeit medizinischer Leistungen grundsätzlich auf hohem Niveau gewährleistet. Dies gilt insbesondere für dringende medizinische Fälle. Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 9 bis 12 Bezug genommen.

17. Sind lange Wartezeiten nach Ansicht der Bundesregierung eine Folge ärztlicher Unterversorgung bzw. eines Ärztemangels (bitte begründen)?
18. Vergrößert sich nach Ansicht der Bundesregierung das Problem der Wartezeiten mit sinkender Ärztedichte (gemessen an den Bedarfszahlen gemäß der Bedarfsplanung)?

Die Fragen 17 und 18 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Gründe für Wartezeiten können im Einzelfall recht unterschiedlich sein: Neben tatsächlichen Versorgungsengpässen kann insbesondere auch die Beliebtheit eines Arztes dazu führen, dass eine kurzfristige Terminvergabe nicht möglich ist. Ein weiterer Grund kann die Praxisorganisation sein. Letztlich ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (vgl. § 105 Absatz 1 SGB V).

19. Welche Initiativen erwartet die Bundesregierung von den Ärztekammern und den kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts zur Bekämpfung der unterschiedlichen Wartezeiten?

Die Bundesärztekammer hat im April 2014 mitgeteilt, dass nach dem Ergebnis der im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgten Versichertenbefragung (vgl. auch die Antwort zu Frage 13) die Hälfte aller Patienten ohne Wartezeiten sofort ihren Arzt aufsuchen könne. Sie hat in diesem Zusammenhang vorgeschlagen, eine dringliche Überweisung einzuführen, mit der Ärzte ihre Kassenpatienten schnell zu einem Kollegen überweisen können. Diese dringliche Überweisung wurde jedoch vom 117. Deutschen Ärztetag abgelehnt.

Hinsichtlich der Kassenärztlichen Vereinigungen ist auf deren Sicherstellungsauftrag zu verweisen. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 umfasst dieser Sicherstellungsauftrag auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung.

20. Inwiefern würde die Einführung einer Bürgerversicherung mit einheitlichem Vergütungssystem das Problem unterschiedlicher Wartezeiten nach Ansicht der Bundesregierung lösen?

Die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems wäre mit sehr weitreichenden und zum jetzigen Zeitpunkt nicht absehbaren Auswirkungen auf die Vergütungen der Ärztinnen und Ärzte, auf die Ausgaben der Krankenversicherungen sowie auf die medizinische Versorgung verbunden.

21. Wann soll nach Kenntnis der Bundesregierung die Vereinbarung aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD umgesetzt werden, der zufolge die Wartezeiten deutlich reduziert und zentrale Terminservicestellen eingerichtet werden sollen (vgl. ähnliche Forderung der Fraktion DIE LINKE. von 2011 zur Reduktion der Wartezeiten, Bundestagsdrucksache 17/6489)?

Es ist geplant, die Regelung mit einem der anstehenden Gesetzgebungsvorhaben einzuführen.

22. Ist der „Therapie“-Vorschlag des Ärztekammerpräsidenten insofern realistisch, dass, wenn für alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine höhere Vergütung auf Niveau der privaten Krankenversicherung gezahlt würde, alle eine geringere Wartezeit hätten?

Die Ursachen für Wartezeiten auf einen Behandlungstermin in einer Arztpraxis können (siehe die Antwort zu den Fragen 17 und 18) recht unterschiedlicher Natur sein.

23. Würde der Vorschlag des Ärztekammerpräsidenten umgesetzt, wäre dann ein System mit Exklusivsprechstunden, z. B. am Wochenende, wie es derzeit bei einigen Ärztinnen und Ärzten für Privatversicherte angeboten wird, für alle durchzuhalten, oder sind Privilegien für alle eher unwahrscheinlich?

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Rahmen ihres Versorgungsauftrags verpflichtet, Sprechstunden anzubieten. Der Bundesmantelvertrag regelt hierzu weitere Vorgaben. Ob und inwieweit Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sich entscheiden, Sprechstunden z. B. am Wochenende oder am Abend anzubieten, liegt in ihrem Ermessen.

