

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 19/13403 –**

Ärztliche und zahnärztliche Versorgung von PKV-Versicherten im Basistarif

Vorbemerkung der Fragesteller

Im Zuge der Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung (PKV) im Jahre 2009 wurde ein Sicherstellungsauftrag für die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und Kassenärztlichen Vereinigungen für die Versorgung von privat Versicherten im Basistarif eingeführt. Zugleich wurde festgelegt, dass (zahn)ärztliche Leistungen im Basistarif nach Maßgabe bestimmter Begrenzungsregelungen auf der Grundlage der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) zu vergüten sind (§ 75 Absatz 3a Satz 2 des Fünftes Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)). Dies geschah im Wissen darum, dass sich eine gleichlautende Regelung ausweislich der Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestagsdrucksache 16/3100) schon bei den Versicherten im PKV-Standardtarif nicht bewährt hatte und es „immer wieder zu Beschwerden über die Verweigerung einer (zahn)ärztlichen Behandlung unter Hinweis auf die Gebührenbegrenzung für den Standardtarif“ gekommen war (vgl. ebenda, S. 116).

Bereits 2011 hat es vor dem Hintergrund entsprechender Medienberichte parlamentarische Anfragen zur Versorgung im Basistarif gegeben (vgl. Bundestagsdrucksache 17/4782). Die fragestellende Fraktion wurde nun durch Schreiben und Petitionen von Betroffenen darüber informiert, dass es nach wie vor Probleme beim Zugang von privat Versicherten im Basistarif insbesondere zur zahnärztlichen Versorgung gibt. Auch der aktuelle „Monitor Patientenberatung 2018“ der Unabhängigen Patientenberatung berichtet von Diskriminierung von PKV-Versicherten im Basistarif bei der Versorgung (vgl. Monitor Patientenberatung 2018, Berlin 2019, S. 53). Ärztinnen und Ärzte geben als Begründung für die Verweigerung der Versorgung häufig an, die Gebührenregelung nach § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V für zahnärztliche Leistungen im Basistarif würde zu einem Honorar unterhalb der Vergütung der gesetzlichen Krankenkassen führen (vgl. auch Bundestagsdrucksache 17/4782, Antwort zu den Fragen 38 und 39).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung beobachtet die Situation hinsichtlich der Umsetzung des den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven) und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen (K(Z)BV) gesetzlich zugewiesenen Sicherstellungsauftrages regelmäßig. Nach Mitteilung der K(Z)BV sowie der Kostenträger haben sich bislang nur in Einzelfällen Probleme ergeben, denen abgeholfen werden konnte. Sofern die Zahl der Beschwerden zunimmt und diesen nicht abgeholfen werden kann, wird die Bundesregierung prüfen, ob und ggf. welche gesetzlichen Änderungen bezüglich der Durchsetzung des den K(Z)Ven und den K(Z)BV obliegenden Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angezeigt sind.

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurde im Jahr 2007 mit der Regelung des § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V erstmals auch für Versicherte des bei Schaffung dieser Regelung bereits bestehenden Standardtarifes in der privaten Krankenversicherung (PKV) ein Sicherstellungsauftrag der K(Z)Ven und der K(Z)BV eingeführt. Hintergrund hierfür war, dass es immer wieder zu Beschwerden dieser Versicherten über die Verweigerung einer (zahn)ärztlichen Behandlung gekommen war. Insoweit stellte diese Regelung für die Versicherten des Standardtarifes eine Verbesserung der Rechtslage dar.

Die Begrenzung der Gebühren für die in den brancheneinheitlichen Standardtarifen, dem brancheneinheitlichen Basistarif und dem Notlagentarif der PKV nach § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V versicherten (zahn)ärztlichen Leistungen stellt ausdrücklich eine Regelung dar, die lediglich solange und soweit gilt, bis die K(Z)BV und der Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband) nach § 75 Absatz 3b SGB V zur Vergütung dieser Leistungen Abweichendes vereinbaren. Von dieser Ausgangsregelung abgesehen, können die Vergütungen für die in den o. g. Tarifen versicherten (zahn)ärztlichen Leistungen vertraglich vereinbart werden. Insoweit haben es die genannten Vertragspartner in der Hand, angemessene Vergütungen für diese Leistungen zu vereinbaren. Dies gilt insbesondere auch hinsichtlich der von den Fragestellern aufgegriffenen Aussagen, dass die Begrenzung der Gebühren nach § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V für zahnärztliche Leistungen im Basistarif zu einem Honorar unterhalb der Vergütung der gesetzlichen Krankenversicherung führen würde. In diesem Zusammenhang weist die KZBV darauf hin, dass sich insgesamt allenfalls ein relativ geringer Abstand zu den vertragszahnärztlichen Honoraren ergibt, der keine plausible Ursache für etwaige Behandlungsverweigerungen durch Vertragszahnärzte oder Vertragszahnärztinnen darstellt.

1. Wie viele Versicherte waren nach Kenntnis der Bundesregierung mit Stand 30. Juni 2019 im Basistarif versichert?

Nach Angaben des PKV-Verbandes waren zum 30. Juni 2019 32.214 Personen im Basistarif der PKV versichert.

2. Wie verteilen sich diese Versicherten nach Kenntnis der Bundesregierung auf die einzelnen Versicherungsunternehmen?

Nach Angaben des PKV-Verbandes verteilen sich die Versicherten im Basistarif wie folgt auf die einzelnen Unternehmen:

Unternehmen	Anzahl Basistarifversicherte Stand: Ende 2018
DKV	4.663
Signal Iduna	3.510
Central	3.039
Allianz Private KV	2.783
Debeka	2.770
AXA	2.746
HUK-Coburg	1.868
Continentale	1.622
Barmenia	1.317
Gothaer KV AG	1.075
Hanse Merkur	1.075
Inter KV AG	851
Bayerische Beamten KK	770
Landeskrankenhilfe	708
MÜNCHENER VEREIN	662
Hallesche	567
Union	427
SDK	366
uniVersa	280
Nürnberger	195
ARAG	193
R + V	147
LVM	119
PAX FK AG	111
Alte Oldenburger AG	72
Provinzial KV	72
Württembergische KV	72
DEVK	61
FAMK	39
Concordia	28
Mecklenburgische	6
KuK Hannover	0
Ottonova KV AG	0
Vigo	0

3. Welche Kenntnisse zu Alter, Geschlecht, Sozialstatus und regionaler Verteilung der PKV-Versicherten im Basistarif hat die Bundesregierung?

Der Bundesregierung liegen nur Angaben zu Parametern vor, die für die Beitragskalkulation im Basistarif relevant sind und deshalb vom PKV-Verband erhoben werden. Daten zur regionalen Verteilung der Versicherten im Basistarif liegen nicht vor.

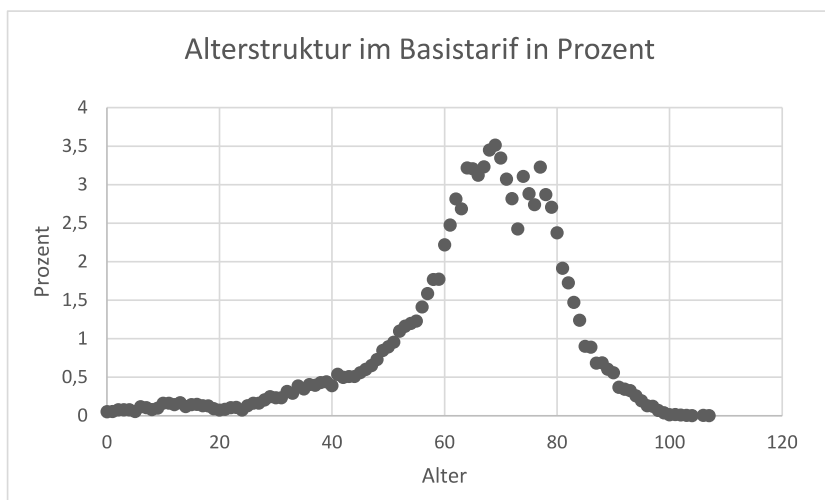
Mit Stand zum 31. Dezember 2018 ergibt sich Folgendes:

Der Anteil Beihilfeberechtigter im Basistarif ist 17,8 Prozent und Nichtbeihilfeberechtigter 82,2 Prozent.

67 Prozent der Basistarifversicherten sind männlich, 33 Prozent weiblich.

Bei rund 59 Prozent der Versicherten erfolgte nach Angaben des PKV-Verbandes eine Beitragshalbierung wegen Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts.

Die Altersstruktur der Versicherten im Basistarif ergibt sich ebenfalls aus Angaben des PKV-Verbandes aus der folgenden Grafik (eigene Darstellung):



4. Wie viele der PKV-Versicherten im Basistarif zahlen nach Kenntnis der Bundesregierung aufgrund von Hilfebedürftigkeit nur einen halbierten Beitrag (bitte Stand zum 31. Dezember 2012, zum 31. Dezember 2015 sowie zum 31. Dezember 2018)?

Im Basistarif wird der Beitrag halbiert, wenn Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts vorliegt. Der Begriff Hilfebedürftigkeit orientiert sich an den entsprechenden Regelungen des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – SGB II – (Grundsicherung für Arbeitssuchende) und des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – SGB XII – (Sozialhilfe). Die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem SGB II oder SGB XII auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen.

Zum 31. Dezember 2012 wurde nach Angaben des PKV-Verbandes bei 11.909, zum 31. Dezember 2015 bei 16.533 und zum 31. Dezember 2018 bei 18.894 Versicherten im Basistarif der Beitrag halbiert.

5. Wie viele PKV-Versicherte im Basistarif sind nach Kenntnis der Bundesregierung mit drei oder mehr Monatsbeiträgen im Rückstand (bitte Stand zum 31. Dezember 2012, zum 31. Dezember 2015 sowie zum 31. Dezember 2018)?

Nach Angaben des PKV-Verbandes waren zum 31. Dezember 2012: 10.430 Versicherte, zum 31. Dezember 2015: 3.095 und zum 31. Dezember 2018: 4.013 Versicherte im Basistarif mit drei und mehr Monatsbeiträgen im Rückstand.

6. Wie bewertet die Bundesregierung aktuell die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung
 - a) PKV-Versicherter im Basistarif,

Die Bundesregierung hält die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung der im Basistarif der PKV Versicherten für gewährleistet. Nach Mitteilung der KBV sind Versorgungsdefizite bei Patientinnen und Patienten, die im brancheneinheitlichen Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert sind, nicht bekannt. Auch die KZBV und die KZVen sehen die Sicherstellung als gewährleistet an. In den Jahren 2017 und 2018 habe es bundesweit jährlich ca. 40 Beschwerden gegeben, denen durch die Vermittlung behandlungsbereiter Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte oder durch Gespräche mit der behandelnden Zahnärztin bzw. Zahnarzt abgeholfen werden konnte. Im Ergebnis sei kein einziger Fall bekannt, in dem ein Versicherter im Basistarif endgültig nicht oder nicht zu den gesetzlichen Konditionen des Basistarifs behandelt worden sei.

- b) von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften des Bundes über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben?

Die Bundesregierung hält die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung der Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften des Bundes über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, für gewährleistet. Gemäß der Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung i. V. m. den Verwaltungsvorschriften zur Bundespolizei-Heilfürsorgeverordnung erhalten Heilfürsorgeberechtigte (zahn)ärztliche Leistungen analog zu den gesetzlichen Krankenversicherungen nach dem SGB V. Auch hier sind der KBV und ebenso der KZBV keine Beschwerden vonseiten der Anspruchsberechtigten im Hinblick auf Inhalt, Umfang und Durchführung der (zahn)ärztlichen Leistungen bekannt geworden.

7. Sieht die Bundesregierung Unterschiede im Vergleich der ärztlichen Versorgung von Personen, die aufgrund dienstrechtlicher Vorschriften des Bundes über die Gewährung von Heilfürsorge einen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Versorgung haben, zur ärztlichen Versorgung von PKV-Versicherten im Basistarif, und wenn ja, worauf führt die Bundesregierung mögliche Unterschiede zurück?

Der Bundesregierung liegen keine Anhaltspunkte für Unterschiede in der ärztlichen Versorgung der in der Frage genannten Personengruppen vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 6 verwiesen.

8. Inwieweit sind der Bundesregierung Beschwerden bekannt, nach denen privat Versicherten im Basistarif eine Behandlung durch einzelne Vertragszahnärztinnen oder Vertragszahnärzte verweigert wurde?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus, insbesondere vor dem Hintergrund der aus dem Bundesverfassungsgerichtsurteil (BVerfG-Urteil) zum Basistarif resultierenden Beobachtungspflicht (1 BvR 706/08)?

Der Bundesregierung sind vereinzelte Beschwerden bekannt.

Beim PKV-Verband liegen keine aktuellen Hinweise oder Beschwerden einzelner Versicherter vor, denen eine Behandlung verweigert wurde. Auch beim Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung liegen keine Beschwerden vor. Nach Auskunft der KZBV ist die Anzahl der bei den KZVen

eingegangenen Anfragen bzw. Beschwerden von Versicherten im Basistarif ausgesprochen gering (siehe auch Antwort zu Frage 6a).

Die Bundesregierung wird die Entwicklung weiter beobachten und, sofern die Zahl der Beschwerden zunimmt, prüfen, ob und ggf. welche gesetzlichen Änderungen bezüglich der Durchsetzung des den K(Z)Ven und der K(Z)BV obliegenden Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V angezeigt wären.

9. a) Hat die Bundesregierung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen oder den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder Abfragen durchgeführt, um sich über die konkrete Zahl von Beschwerden bei einer durch einen Vertrags(zahn)ärztin oder Vertrags(zahn)arzt verweigerten Behandlung eines PKV-Versicherten im Basistarif, und wenn ja, wann?
- b) Wenn die Bundesregierung solche Abfragen durchgeführt hat, welches Ergebnis hatten diese?
- c) Wenn die Bundesregierung keine solchen Abfragen durchgeführt hat, warum hat sie dies nicht?

Die Bundesregierung beobachtet die Situation der in dem Basistarif der PKV Versicherten bezüglich des Sicherstellungsauftrages der K(Z)Ven nach § 75 Absatz 3a SGB V. Hierzu führt das Bundesministerium für Gesundheit regelmäßig Abfragen bei der KBV, der KZBV, dem PKV-Verband und dem Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (BMI) durch. Auch die letzte Abfrage im Jahr 2018 hatte zum Ergebnis, dass es nur in Einzelfällen zu Beschwerden wegen Ablehnung einer Behandlung oder nicht eingehaltener Vergütungsgrenzen gekommen ist und den Beschwerden in der Regel auch abgeholfen werden konnten.

Die Abfragen zur Situation bei der KBV, der KZBV, dem PKV-Verband und dem BMI erfolgten im Jahr 2018, davor in den Jahren 2016, 2014 und 2012.

10. Wie konkret stellt die Bundesregierung sicher, dass der mit der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbare (zahn)ärztliche Versorgungsanspruch von PKV-Versicherten im Basistarif wegen der fehlenden Behandlungspflicht im privatärztlichen Bereich trotz des Sicherstellungsauftrags im § 75 Absatz 3a SGB V nicht ins Leere läuft?

Die Sicherstellung der (zahn)ärztlichen Versorgung mit den im brancheneinheitlichen Basistarif versicherten (zahn)ärztlichen Leistungen obliegt den K(Z)Ven. Soweit diese ihren gesetzlichen Aufgaben nicht nachkommen, ist es Aufgabe der zuständigen Aufsichtsbehörden dafür Sorge zu tragen, dass die K(Z)Ven ihre gesetzlichen Aufgaben wahrnehmen.

Im Übrigen wird die Bundesregierung die Entwicklung weiter beobachten und, sofern die Zahl der Beschwerden zunimmt, prüfen, ob und ggf. welche gesetzlichen Änderungen bezüglich der Durchsetzung des den K(Z)Ven und der K(Z)BV obliegenden Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V angezeigt sind.

11. Wie wirken nach Kenntnis der Bundesregierung die privaten Krankenversicherungsunternehmen oder der PKV-Verband darauf hin, dass die bei ihnen im Basistarif versicherten Menschen, eine Versorgung entsprechend den für den Basistarif geltenden gesetzlichen Anforderungen erhalten?

Die Versorgung mit den im Basistarif versicherten Leistungen ist durch die K(Z)Ven und die K(Z)BV sicherzustellen (§ 75 Absatz 3a SGB V). Nach Angaben des PKV-Verbandes gibt es keine Hinweise darauf, dass die Versorgung der im Basistarif versicherten Personen nicht gewährleistet wäre. Des Weiteren berate er Versicherte im Basistarif, die sich an den Verband wenden, stelle Informationsmaterial über die Homepage www.pkv.de zur Verfügung und benenne auf Anfrage die örtlich zuständige K(Z)V.

12. Wie konkret setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 3a SGB V um?

Nach Mitteilung der KBV erfolgt die konkrete Umsetzung des Sicherstellungsauftrages für die im Basistarif der privaten Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten durch die Vertragsärztinnen und Vertragsärzten. Es besteht zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu wenden, um sich über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zu informieren.

Nach Auskunft der KZBV setzen die KZVen den Sicherstellungsauftrag flächendeckend durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte um, die zur Behandlung von im Basistarif Versicherten bereit seien. Für die sehr wenigen Einzelfälle, in denen es dazu komme, dass im Basistarif Versicherte keinen Zahnarzt bzw. Zahnärztin finde, der zu seiner Behandlung bereit sei, hielten die KZVen regelmäßig regionale Listen von Zahnärztinnen und Zahnärzten vor, die zur Behandlung von im Basistarif Versicherten bereit seien, so dass betreffende Versicherte anhand dieser Listen umgehend einen behandlungsbereiten Zahnarzt bzw. Zahnärztin in seiner Nähe finden könnten. Mitunter wirkten die KZVen auch auf einzelne, in dem konkreten Fall nicht behandlungsbereite Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen ein, da erfahrungsgemäß die fehlende Behandlungsbereitschaft auf dem vereinzelt Fehlen von Kenntnissen der Erbringungs- oder Abrechnungsmodalitäten des Basistarifs bzw. des durch die Tarifbedingungen der PKV festgelegten Leistungsumfangs beruhe.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu den Fragen 13 und 14 verwiesen.

13. In welchen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte freiwillig schriftlich dazu bereit erklärt, PKV-Versicherte im Basistarif zu behandeln, und wie viele Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte haben von einer solchen freiwilligen Lösung jeweils Gebrauch gemacht?
14. In welchen Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung Satzungsregelungen, mit denen Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte zur Behandlung von privat Versicherten im Basistarif verpflichtet werden?

Aufgrund des Sachzusammenhanges werden die Fragen 13 und 14 gemeinsam beantwortet.

Nach Auskunft der KZBV setzten die KZVen durchweg auf die freiwillige Bereitschaft der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte, ohne dass dies dazu führen würde, dass die Sicherstellung der zahnärztlichen Versorgung der Basistarifversicherten nicht gewährleistet sei. Satzungsregelungen, die eine Be-

handlungspflicht der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte für Basistarifversicherte anordnen, bestünden insoweit durchgängig nicht, seien aber auch nicht erforderlich. Lediglich in einem Fall gebe es eine Satzungsregelung, die als Verpflichtung der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Behandlung von Versicherten im Basistarif angesehen werden kann.

Soweit es in KZV-Bereichen bis dato zu Beschwerden gekommen ist, dass ein im Basistarif versicherter Patient keine ihn behandelnde Zahnärztin bzw. behandelnden Zahnarzt zu finden vermag, halten die KZVen für diese Fälle zumeist Listen mit Zahnärztinnen und Zahnärzten vor, die sich der KZV gegenüber ausdrücklich bereit erklärt haben, Basistarifversicherte zu behandeln. Mittels dieser Listen können die Patientinnen und Patienten behandlungsbereite Zahnärztinnen und Zahnärzte in ihrer Nähe finden, und/oder die KZVen vermitteln anderweitig eine(n) behandlungsbereite(n) Zahnärztin oder Zahnarzt. Inwieweit die Zahnärztinnen und Zahnärzte, die insoweit der KZV gegenüber ihre Behandlungsbereitschaft bekundet haben, dies auch schriftlich getan haben, wurde seitens der KZVen nicht durchgängig mitgeteilt. Es ist aber davon auszugehen, dass derartige Bereitschaftserklärungen zumeist schriftlich erfolgen.

Nach Angaben der KBV bestehen im Satzungsrecht von sechs KVen ausdrückliche Verpflichtungen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zur Behandlung der im Basistarif Versicherten Patientinnen und Patienten. Dies sind die KVen Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Thüringen. In den übrigen elf KVen wird keine Notwendigkeit für eine Satzungsregelung gesehen, da bereits nach dem geltenden Recht eine Versorgung sichergestellt werden kann.

15. Welche Gründe sprächen aus Sicht der Bundesregierung für und welche gegen eine gesetzliche Vorgabe für Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen, die Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzten im Rahmen satzungsrechtlicher Regelungen zur (zahn)ärztlichen Behandlung von PKV-Versicherten im Basistarif zu verpflichten und insoweit ihrem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 3a SGB V nachzukommen?

Aus Sicht der Bundesregierung erscheint eine verbindliche gesetzliche Vorgabe, dass die K(Z)Ven den ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V durch satzungsrechtliche Regelungen umzusetzen haben, angesichts der derzeit geringen Zahl an Beschwerden nicht verhältnismäßig. Sollte die Anzahl der Fälle zunehmen, wäre die Schaffung einer solchen gesetzlichen Vorgabe zu prüfen.

16. a) Warum haben die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der PKV-Verband nach Kenntnis der Bundesregierung bislang von der gesetzlichen Möglichkeit nach § 75 Absatz 3b SGB V zum Abschluss von Verträgen zur Vergütung zahnärztlicher Leistungen für PKV-Versicherte im Basistarif keinen Gebrauch gemacht?

Nach Mitteilung der KZBV haben die Vertragspartner KZBV und PKV-Verband bisher keine weitergehende Notwendigkeit gesehen, die in § 75 Absatz 3a SGB V geregelten Vergütungen bzw. Vergütungssätze mittels einer Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V für die zahnärztlichen Basistarif-Leistungen anzupassen. Aus Sicht der KZBV bestehe eine solche Notwendigkeit bis dato insbesondere deshalb nicht, weil bisher keine wesentliche Unterdeckung der Basistarif-Vergütungen gegenüber den vertragszahnärztlichen Vergütungen der betreffenden Leistungen zu verzeichnen ist. Die GOZ-Vergütungen nach § 75 Absatz 3a SGB V blieben in der Gesamtbetrachtung

bisher nicht signifikant hinter den entsprechenden vertragszahnärztlichen Vergütungen zurück.

Nach Mitteilung des PKV-Verbandes müssen die Leistungen im Basistarif nach Art, Umfang und Höhe jeweils mit den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V vergleichbar sein. Die Vergütung der zahnärztlichen Leistungen im Basistarif richteten sich dabei nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V. Die Gebühren für die Leistungen des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) dürften im Basistarif bis zum Zweifachen des Gebührensatzes der GOZ berechnet werden. Im Rahmen der Versorgung der im Basistarif Versicherten gelten keine Budgets. Der zweifache Gebührensatz der GOZ gewährleiste auch unter Berücksichtigung der zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GOZ-Novellierung ein im Hinblick auf die gesetzlichen Vorgaben für den Basistarif angemessenes und auskömmliches Vergütungsniveau für die zahnärztliche Versorgung.

- b) In welcher Weise hat die Bundesregierung auf den Abschluss solcher Verträge hingewirkt?

Es steht der KZBV und dem PKV-Verband frei, die Vergütungen für die im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV-Versicherten zahnärztlichen Leistungen vertraglich zu vereinbaren und ggf. hierfür auch die Schiedsstellenregelungen nach § 75 Absatz 3b und 3c SGB V zu nutzen. Es liegt grundsätzlich im Interesse beider Vertragspartner, für diese Leistungen eine angemessene Vergütung zu vereinbaren. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf das in Frage 17 und 18 angesprochene Verhältnis der Vergütungen für die im Basistarif versicherten zahnärztlichen Leistungen einerseits und die Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen andererseits. Insoweit besteht für die Bundesregierung derzeit kein Anlass, auf den Abschluss einer Vereinbarung nach § 75 Absatz 3b SGB V zu drängen.

17. Hat die Bundesregierung nach der Änderung der Gebührenordnung für Zahnärzte im Jahre 2011 die bestehenden Regelungen im § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V zur Vergütung von zahnärztlichen Leistungen im Basistarif darauf hin überprüft, inwieweit diese zu Unterschreitung der festgelegten Honorare für einzelne zahnärztliche Leistungen im Basistarif unter die Vergütungen der BEMA führen, und wenn ja, mit welchem Ergebnis (vgl. Bundestagsdrucksache 16/4247, Begründung zu Nummer 48, S. 37)?
18. Hat die Bundesregierung zu irgendeinem anderen Zeitpunkt nach dem 1. Januar 2012 überprüft, ob es durch die im § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V festgelegten Vergütungsfaktoren für zahnärztliche Leistungen und Änderungen in den Honorierungsregelungen zahnärztlicher Leistungen in der GKV zu einer Unterschreitung der festgelegten Honorare für einzelne zahnärztliche Leistungen im Basistarif unter die Vergütungen der BEMA gekommen ist?

Wenn ja, wann, und mit welchem Ergebnis?

Wenn nein, warum nicht?

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

Die Bundesregierung hat insbesondere im Jahr 2017 geprüft, in welchem Verhältnis die in § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorgesehene Ausgangsregelung für die Vergütung der im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV versicherten zahnärztlichen Leistungen zu der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen steht. Die KZBV hat hierzu im Jahr 2017 mitgeteilt, dass zwar einzelne

dieser Leistungen bei Ansatz des 2,0-fachen GOZ-Gebührensatzes eine geringere Vergütungshöhe aufweisen würden als bei der entsprechenden vertragszahnärztlichen Vergütung. Über alle Leistungen hinweg ergebe sich in der Gesamtbetrachtung indessen aber lediglich eine geringe Unterdeckung der Vergütung nach den 2,0-fachen GOZ-Sätzen gegenüber den vertragszahnärztlichen Honoraren. Um in dieser Gesamtbetrachtung eine vollständige Vergleichbarkeit zu erzielen, müsste der (einheitliche) GOZ-Gebührensatz insoweit bei dem circa 2,1-fachen liegen. Dabei sei allerdings auch zu beachten, dass die vertragszahnärztlichen Vergütungen jährlich im Zuge der Gesamtvertragsverhandlungen angepasst würden. Die KZBV hat die betreffenden Werte nochmals aktualisiert. Danach müsste der (einheitliche) GOZ-Gebührensatz inzwischen bei dem circa 2,19-fachen liegen, um in der Gesamtbetrachtung mit den entsprechenden vertragszahnärztlichen Gebühren deckungsgleich zu sein. Insgesamt sieht die KZBV angesichts des nur relativ geringen Abstandes zwischen GOZ-Honoraren bei 2,0-fachem Gebührensatz und den vertragszahnärztlichen Honoraren hierin keine plausible Ursache für etwaige Behandlungsverweigerungen durch Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte.

19. a) Wie bewertet die Bundesregierung eine gesetzliche Regelung wie ursprünglich im Gesetzentwurf auf Bundestagsdrucksache 16/3100 für die Neufassung des § 75 Absatz 3a SGB V vorgesehen und vergleichbar mit der heutigen Regelung für die Heilfürsorge (§ 75 Absatz 3 Satz 2 SGB V), (zahn)ärztliche Leistungen im Basistarif zwingend so zu vergüten, wie die gesetzliche Krankenversicherung (zahn)ärztliche Leistungen vergütet?

Könnte hierdurch aus Sicht der Bundesregierung der durch ein Unterschreiten der für (zahn)ärztliche Leistungen im Basistarif festgelegten Honorare unter die Vergütungen in der GKV entstehende Fehlanreiz für Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzte, PKV-Versicherten im Basistarif die Behandlung zu verweigern, aufgehoben werden?

- b) Wird sich die Bundesregierung für eine solche Regelung einsetzen, und wenn nein, warum nicht?

Die auf bestimmte Gebührensätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der GOZ bezogene Gebührenbegrenzung nach § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V stellt ausdrücklich eine Ausgangsregelung dar, die lediglich solange und soweit gilt, bis die K(Z)BV und der PKV-Verband nach § 75 Absatz 3b SGB V zur Vergütung dieser Leistungen Abweichendes vereinbaren. Den genannten Vertragspartnern ist es unbenommen, zur Vermeidung von Unterschreitungen der für (zahn)ärztliche Leistungen im Basistarif festgelegten Honorare im Vergleich mit den vertrags(zahn)ärztlichen Honoraren, für die im brancheneinheitlichen Basistarif der PKV versicherten (zahn)ärztlichen Leistungen festzulegenden Vergütungen ganz oder in Teilen auch auf die Vergütungen für die vertrags(zahn)ärztlichen Leistungen abzustellen. Wenn sich die Vertragspartner nicht auf eine vertragliche Vereinbarung einigen können, besteht die Möglichkeit, über die Schiedsstellenregelungen in § 75 Absatz 3b und 3c SGB V die Vergütung durch die Schiedsstelle festzulegen. Insoweit besteht derzeit für die Bundesregierung kein Anlass, eine Änderung der Ausgangsregelung in § 75 Absatz 3a Satz 2 SGB V vorzuschlagen.

Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 18 verwiesen.

20. Hat die Bundesregierung im Zeitraum nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen zum Basistarif im Jahre 2009 bis heute auf Basis der Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für den Basistarif überprüft, inwieweit der Leistungsumfang im Basistarif tatsächlich nach Art, Umfang und Höhe den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar ist?

Wenn ja, wann, und mit welchem Ergebnis?

Wenn nein, warum nicht?

Der PKV-Verband ist beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im branchenweit einheitlichen Basistarif festzulegen. Die Bundesregierung hat die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif geprüft, bevor Verträge im Basistarif geschlossen werden konnten. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, dass die AVB der angesprochenen Anforderung genügen.

