

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 17/10266 –**

Individuelle Gesundheitsleistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Selbstzahlerleistungen, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bezeichnet werden, sind Leistungen, für die keine Leistungspflicht seitens der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) besteht. Sie werden von den Kassen in der Regel nicht übernommen, weil deren Nutzen widerlegt oder nicht erwiesen ist oder weil sie das Maß des medizinisch Notwendigen überschreiten.

Eine systematische und umfassende Erfassung und Bewertung von Selbstzahlerleistungen bzw. IGeL im deutschen Gesundheitswesen existieren bislang nicht (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information – DIMDI – 2011: Health-Technology-Assessment-Bericht 113). Nach repräsentativen Untersuchungen erhält zwischen einem Viertel und der Hälfte der gesetzlich Krankenversicherten jährlich ein oder mehr IGeL-Angebote in einer Arztpraxis; mit diesen erzielen Vertragsärztinnen und -ärzte Einnahmen von rund 1,5 Mrd. Euro pro Jahr (WidO-Monitor 02/2010 – WidO = Wissenschaftliches Institut der AOK –; Gesundheitsmonitor 2007 der Bertelsmann-Stiftung). Die Durchführung von IGeL ist weit überwiegend auf das aktive Anbieten durch Ärztinnen und Ärzte zurückzuführen; am häufigsten sind apparategestützte Früherkennungsuntersuchungen. Von Patientinnen und Patienten selbst nachgefragte Leistungen wie Reise- oder Sportmedizin sind vergleichsweise selten. Eine unabhängige Instanz, welche die Qualität und Angemessenheit von Selbstzahlerleistungen kontrolliert, existiert nicht (DIMDI 2011).

Als besonders kritisch angesehen wird es, wenn die ärztlichen Leistungen aufgrund wirtschaftlicher Interessen der Leistungserbringer auch dann angeboten werden, wenn deren medizinischer Bedarf nicht geklärt oder sogar widerlegt ist (DIMDI 2011). Die Gefahr einer tendenziösen Information und Aufklärung über die Zweckmäßigkeit einer Selbstzahlerleistung und deren wahrscheinliche gesundheitliche Risiken und finanzielle Folgen sind dementsprechend groß. Die ärztlichen Empfehlungen im Hinblick auf zu treffende diagnostische und therapeutische Entscheidungen sollten frei von rein ökonomisch geleiteten Interessen sein, um nicht den eigentlichen Zweck der Arzt-Patient-Interak-

tion zu gefährden, eine schnellstmögliche Heilung oder Linderung von Beschwerden in die Wege zu leiten.

Patientinnen und Patienten sind in der Regel nicht in der Lage zu beurteilen, ob die GKV-Leistungen für sie ausreichend sind und ob für sie ein bestimmtes IGeL-Angebot zusätzlich von Nutzen wäre. Auch können sie die gesundheitlichen und oft auch finanziellen Konsequenzen der Entscheidung für oder gegen die Privatleistung nicht absehen (DIMDI 2011). Das besonders mit den angebotenen Früherkennungsuntersuchungen verbundene Risiko gesundheitsschädlicher Überversorgungen nach falsch positivem Befund bei unzureichendem gesundheitlichen Nutzen ist den Patientinnen und Patienten in der Regel nicht bekannt (Jürgen Windeler 2006). Unverzichtbar ist daher eine umfassende, objektive und verbindliche Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Nutzen, Risiken und Kosten einer solchen Behandlung.

Der Bundesmantelvertrag Ärzte verpflichtet die Vertragsärztinnen und -ärzte zum Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags vor Beginn einer Privatbehandlung. Der Deutsche Ärztetag hat darüber hinaus einen Kodex zum Umgang mit IGeL beschlossen. Demnach sollen die Ärzte die Leistungen anhand von Gebührenpositionen der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) konkretisieren, den Steigerungssatz festlegen und den ausdrücklichen Hinweis enthalten, dass die Leistungen mangels Leistungspflicht der GKV privat zu honorieren sind.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende medizinische Versorgung. Die Versorgung muss zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden. Die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet.

Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht besteht, werden als Zusatz-, Selbstzahler- oder sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) bezeichnet. Sie dürfen nach geltendem Recht nur im Rahmen einer Privatbehandlung erbracht werden, über die mit dem Versicherten vor Beginn der Behandlung ein schriftlicher Behandlungsvertrag abgeschlossen werden muss (§ 3 Absatz 1 Satz 3 Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä)). Zudem darf eine Vergütung nur gefordert werden, soweit der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt (§ 18 Absatz 8 Nummer 2 BMV-Ä). Ferner muss der Vertragsarzt vorher die schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt und ihn auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen haben (§ 18 Absatz 8 Nummer 3 BMV-Ä). Diese vertraglichen Bestimmungen sind für Vertragsärzte nach § 95 Absatz 3 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verbindlich.

Auch nach dem ärztlichen Berufsrecht (§ 12 Absatz 4 der Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte, die durch die Berufsordnungen der (Landes-)Ärztetkammern geltendes Recht ist) müssen vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, Ärztinnen und Ärzte die Patientin oder den Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

Hieran knüpft der Gesetzentwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Verbesserung der Rechte der Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)

an. Vorgesehen ist, dass der Behandelnde, soweit er weiß oder wissen muss, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch einen Dritten nicht gesichert ist, den Patienten vor Beginn der Behandlung in Textform darüber zu informieren hat. Dazu gehört auch die Angabe der voraussichtlichen Kosten der Behandlung. Außerdem wird zum Schriftformerfordernis ausdrücklich klargestellt, dass die weitergehenden Formerfordernisse aus anderen Vorschriften (Bundesmantelvertrag-Ärzte) unberührt bleiben. Allerdings liegt es grundsätzlich weiterhin am Patienten selbst, als mündigem Vertragspartner entsprechende Angebote genau zu prüfen. Unterstützung findet er hierbei auch bei den Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die seit Beginn des Jahres 2011 zum Regelangebot der GKV gehören. Im Übrigen muss der oder die Behandelnde die Patientin oder den Patienten über die für eine Behandlung wesentlichen Umstände aufklären. Dazu gehören die Risiken der Maßnahme ebenso wie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und ihre Erfolgsaussichten. Auch diese Aufklärungspflicht ist im Entwurf eines Patientenrechtgesetzes vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Behandelnden bei Individuellen Gesundheitsleistungen regelmäßig in besonderem Maße auch zur Aufklärung über Behandlungsalternativen und zu Nutzen und Reichweite der Behandlung verpflichtet sind.

Es gilt zu beachten, dass die Bundesregierung, namentlich das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), nach dem Grundgesetz keine Möglichkeit hat, aufsichtsrechtlich gegenüber Ärztinnen und Ärzten tätig zu werden, die gegen die vorgenannten Vorschriften verstoßen. Es ist vielmehr Aufgabe der ärztlichen Körperschaften, also der (Landes-)Ärzttekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen, für die Einhaltung der berufsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Vorgaben zu sorgen und Verstöße dagegen zu ahnden. Die Überwachung dieser Aufgabe obliegt den jeweils dafür zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder.

1. a) Wie bewertet die Bundesregierung die dynamische Entwicklung des Umsatzes im Geschäftsfeld Selbstzahlerleistungen im Hinblick auf die Zweckbestimmung der vertragsärztlichen Tätigkeit?
- b) Mit welchen Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass die für die Durchführung (einschl. des Aufklärungsgesprächs) von Selbstzahlerleistungen benötigte ärztliche Arbeitszeit nicht zulasten der Behandlungszeit im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung geht?

Die Fragen 1a und 1b werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Soweit Vertragsärztinnen und -ärzte in ihrer Arztpraxis mit IGeL-Angeboten jährlich Einnahmen von rd. 1,5 Mrd. Euro erzielen, wie in der Vorbemerkung der Fragesteller angenommen, entspricht dies einem Anteil von etwa 4,5 Prozent bezogen auf die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung (vgl. GKV-Finanzentwicklung 2011, Anlage zur Pressemitteilung des BMG vom 7. März 2012, Nr. 16, Zeile: Ausgaben, die der vertragsärztlichen Versorgung zugute kommen). Von einer Beeinträchtigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit durch IGeL-Angebote kann daher zumindest derzeit nicht ausgegangen werden. Unabhängig hiervon gilt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte den Vorgaben des § 95 Absatz 3 SGB V zu entsprechen haben. Danach bewirkt die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung u. a., dass die Ärztin bzw. der Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang des aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages verpflichtet sind. Es ist Aufgabe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung, die Einhaltung dieser gesetzlichen Aufgabe zu überwachen (vgl. Vorbemerkung).

- c) Welche Informationen (Fälle, Kosten) liegen der Bundesregierung vor über die aufgrund von privat gezahlten Früherkennungsuntersuchungen (z. B. vaginaler Ultraschall zur Früherkennung von Ovarialkarzinomen) und anderen IGeL ausgelöste weitere Diagnostik und Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, und wie bewertet die Bundesregierung den durch IGeL ausgelösten gesundheitlichen und finanziellen Schaden durch Überversorgung nach falsch positiven Befunden?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Erkenntnisse vor.

- d) Wie bewertet die Bundesregierung die Erkenntnis des DIMDI, dass der überwiegende Teil der durchgeführten Selbstzahlerleistungen unnötig und unwirksam und demzufolge verzichtbar ist?

Wenn ja, welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung daraus?

Wenn nein, worauf beruht eine solche Einschätzung der Bundesregierung?

Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragt im Rahmen der Forschungsförderung qualifizierte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit der Erstellung von Berichten zum Health Technology Assessment (HTA-Berichte). Für die Inhalte der jeweiligen HTA-Berichte sind die Autoren verantwortlich. Sie geben keine offizielle Position der Bundesregierung wieder. Die Bundesregierung selbst äußert sich nicht wertend zu Wirksamkeit und Nutzen einzelner diagnostischer und therapeutischer Verfahren. Dies ist Aufgabe der wissenschaftlichen Fachwelt, insbesondere der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt die wissenschaftlich-medizinische Nutzenbewertung dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der bei der Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen Wissensstandes vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt wird.

2. Wie bewertet die Bundesregierung den Umstand, dass zwischen gut 50 und 80 Prozent der Selbstzahlerleistungen ohne schriftliche Vereinbarung und zwischen 10 und 20 Prozent ohne Rechnung zustande kommen und damit gegen die Vorschriften des Bundesmantelvertrages verstoßen wird (G+G Wissenschaft 2011, Heft 4)?

Wenn niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte für die Berechnung der Vergütungen Individueller Gesundheitsleistungen dem Zahlungspflichtigen keine der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) entsprechende Rechnung erteilen, entspricht dies nicht den gesetzlichen Vorgaben. Die Vergütung wird ohne eine der GOÄ bzw. der GOZ entsprechenden Rechnung nicht fällig. Es ist Aufgabe der Landesärztekammern bzw. Landeszahnärztekammern darauf hinzuwirken, dass ihre Mitglieder die gesetzlichen Vorgaben für die Berechnung der Vergütungen Individueller Gesundheitsleistungen beachten. Weiterhin ist es Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärztinnen und -ärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärztinnen und -ärzte, soweit notwendig, unter Anwendung der in § 81 Absatz 5 SGB V vorgesehenen Maßnahmen zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten (vgl. § 75 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

3. a) Auf welcher Grundlage sollen nach Auffassung der Bundesregierung die Patientinnen und Patienten zwischen für sie medizinisch notwendigen, nützlichen und medizinisch bedenklichen Angeboten/Leistungen in der Arztpraxis oder im Krankenhaus unterscheiden?
- b) Geht die Bundesregierung davon aus, dass die im geplanten Patientenrechtegesetz genannte Aufklärungspflicht über Notwendigkeit, Erfolgsaussichten und Risiken einer Behandlung, Ärztinnen und Ärzte künftig davon abhalten wird, IGeL anzubieten, für die nach aktuell verfügbarer Evidenz kein Nutzenbeleg vorliegt und/oder bei denen hohe gesundheitlichen Risiken bestehen?
- Wenn ja, auf welcher Grundlage beruht die Einschätzung der Bundesregierung?
- c) Welche gesetzlichen Regelungen gewährleisten nach Ansicht der Bundesregierung, dass Patientinnen und Patienten unbeeinflusst von den mit den Selbstzahlerleistungen verbundenen Mehreinnahmen stets umfassend und objektiv über Nutzen, Risiken und Kosten informiert werden, und dass nicht auch weitere Selbstzahlerleistungen angeboten werden, die nach wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen Nutzen aufweisen und potenziell schädlich sind?
- d) Müssen privatversicherte Patientinnen und Patienten über Nutzen und Risiken von Gesundheitsleistungen, die Ärztinnen und Ärzte ihnen vorschlagen, informiert und aufgeklärt werden?

Die Fragen 3a bis 3d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der oder die Behandelnde muss die Patientin oder den Patienten über die für eine Behandlung wesentlichen Umstände aufklären. Dazu gehören insbesondere die Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und ihre Erfolgsaussichten. Auch diese Aufklärungspflicht ist im Entwurf eines Patientenrechtegesetzes noch einmal ausdrücklich vorgesehen. Hinzu kommt, dass die Behandelnden auch bei Individuellen Gesundheitsleistungen regelmäßig zur Aufklärung über Behandlungsalternativen und zu Nutzen und Reichweite der Behandlung verpflichtet sind, soweit mit der Behandlung ein Eingriff in den Körper und die Gesundheit der Patientin oder des Patienten verbunden ist. Diese Aufklärungspflichten gelten in gleicher Weise gegenüber privat versicherten Patientinnen und Patienten. Unterstützung finden Patientinnen und Patienten auch bei den Beratungsstellen der Unabhängigen Patientenberatung (UPD), die seit Beginn des Jahres 2011 zum Regelangebot der GKV gehören (vgl. Vorbemerkung).

4. a) Welche veränderten rechtlichen Konsequenzen hat eine ärztliche Privatbehandlung, bei der nur unvollständig über den medizinischen Nutzen und die gesundheitlichen Risiken aufgeklärt wurde, nach dem Entwurf des Patientenrechtegesetzes im Vergleich zum Status quo?

Führt ein Behandelnder eine medizinische Maßnahme, wie etwa einen Eingriff in den Körper oder die Gesundheit des Patienten durch, ohne dass er den Patienten zuvor nach Maßgabe der zukünftigen gesetzlichen Regelungen (§ 630e BGB-E) ordnungsgemäß aufgeklärt hat, so wäre die vom Patienten erteilte Einwilligung in den Eingriff unwirksam. Entsprechend dem derzeit geltenden Recht würde der Behandelnde damit eine Pflicht aus dem Behandlungsvertrag verletzen und wäre dem Grunde nach zum Ersatz des eingetretenen Schadens verpflichtet. Nach dem Entwurf eines Patientenrechtegesetzes werden die Rechte der Patientinnen und Patienten künftig unmittelbar gesetzlich verankert und im Gesetz nachlesbar sein.

- b) Welche Möglichkeiten hat eine Patientin/ein Patient, dem Arzt/der Ärztin eine solche fehlerhafte und/oder unvollständige Aufklärung nachzuweisen?

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Behandelnde beweisen muss, dass er eine Einwilligung gemäß § 630d BGB-E eingeholt und entsprechend den Anforderungen des § 630e BGB-E aufgeklärt hat. Durch diese Beweislastverteilung wird die erforderliche „Augenhöhe“ zwischen dem Behandelnden und dem Patienten hergestellt.

- c) Warum sieht der Entwurf des Patientenrechtegesetzes für medizinische Behandlungen keine Pflicht zur Anfertigung eines (standardisierten) Protokolls mit u. a. Dokumentation des im Aufklärungsgespräch mitgeteilten Nutzen- und Risikopotenzials der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vor?
- d) Inwieweit würde eine solche Protokollpflicht die Entscheidung von Vertragsärztinnen und -ärzten beeinflussen, solche diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen anzubieten, die nach aktuellem Wissensstand ein hohes Schadensrisiko und ein geringes oder gänzlich fehlendes Nutzenpotenzial aufweisen?

Die Fragen 4c bis 4d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Eine Pflicht zur Anfertigung eines zusätzlichen Protokolls ist nach Auffassung der Bundesregierung nicht sachgerecht. Der Entwurf der Bundesregierung für ein Patientenrechtegesetz sieht in § 630f Absatz 1 und 2 BGB-E die Pflicht Behandelnder zur Dokumentation des Behandlungsgeschehens vor. Daraus folgt eine umfassende Dokumentationspflicht. So sind sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentliche Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, vgl. § 630f Absatz 2 BGB-E. Insbesondere soll die Dokumentationspflicht ausdrücklich auch die Dokumentation der „Eingriffe und ihre Wirkungen“ sowie der Einwilligung und Aufklärung beinhalten. Von diesem Katalog umfasst wird auch das Nutzen- und Risikopotential der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen. Mithin besteht keine Notwendigkeit zur Führung eines Protokolls, das den Bürokratieaufwand zu Lasten der Behandlung der Patientinnen und Patienten erhöhen würde.

5. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag einer Positiv- und Negativliste für Selbstzahlerleistungen für mehr Transparenz und zur Orientierung für Ärzte/Ärztinnen und Patienten/Patientinnen?

Wessen Aufgabe und Zuständigkeit wäre es, solche Listen zu erstellen?

Siehe Antwort zu Frage 1d.

6. Was unternimmt die Bundesregierung zur Förderung wissenschaftlich fundierter, unabhängiger Patienteninformationen über Selbstzahlerleistungen?

Nach § 139a Absatz 3 Nummer 6 SGB V gehört es zu den Aufgaben des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, für alle Bürgerinnen und Bürger verständliche allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung bereitzustellen. Diese Informationen können auch Selbstzahler nutzen.

Darüber hinaus besteht für das DIMDI die Möglichkeit, im Zuge der Forschungsförderung Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit der Erstellung von HTA-Berichten zu Selbstzahlerleistungen zu beauftragen.

7. a) Trifft es zu, dass nach dem Entwurf des Patientenrechtegesetzes Vertragsärztinnen und -ärzte vom Grundsatz her von der GOÄ (bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte – GOZ) abweichen können, solange Patientinnen und Patienten dem nicht widersprechen?

Im Entwurf der Bundesregierung für ein Patientenrechtegesetz ist ein Abweichen von der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) nicht vorgesehen.

- b) Aus welchen Gründen verzichtet die Bundesregierung auf die Festschreibung eines transparenten und fixen Preiskatalogs, der die Patientinnen und Patienten vor willkürlichen Preisen schützen würde, zumal die Ärztinnen und Ärzte auch im Rahmen der GOÄ (bzw. GOZ) durch Variation der Steigerungsfaktoren über einen großen Spielraum für die Preisgestaltung verfügen?

Für die Vergütung Individueller Gesundheitsleistungen sind die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte verpflichtet, die GOÄ bzw. die GOZ anzuwenden. Entsprechend den gesetzlichen Grundlagen für die GOÄ bzw. die GOZ sehen diese Gebührenordnungen Mindest- und Höchstsätze vor. Innerhalb dieses Rahmens kann das Honorar für die einzelnen Leistungen entsprechend der im individuellen Behandlungsfall vorliegenden Schwierigkeit und des anfallenden Aufwands berechnet werden. Die berechneten Gebührensätze sind in der Rechnung anzugeben. Werden bestimmte Gebührensätze innerhalb des o. g. Rahmens überschritten, ist dies in der Rechnung zu begründen. Vor diesem Hintergrund ermöglicht die Anwendung der GOÄ bzw. der GOZ eine transparente Rechnungsstellung. Eine eigenständige Preisregelung für die Vergütung Individueller Gesundheitsleistungen ist nicht notwendig.

8. a) Welche Sanktionsmöglichkeiten durch wen bestehen künftig für den Fall, dass ein Arzt/eine Ärztin den vertraglichen Pflichten (schriftlicher Behandlungsvertrag) und/oder den gesetzlichen Aufklärungspflichten nicht nachkommen wird?

Die im Entwurf der Bundesregierung für ein Patientenrechtegesetz vorgesehenen Pflichten der Behandelnden und damit auch der Ärztinnen und Ärzte entsprechen im Wesentlichen den bereits bestehenden berufs- und vertragsärztlichen Pflichten. Damit gelten weiterhin die bei Verstößen gegen diese Pflichten bestehenden Sanktionsmöglichkeiten des Berufs- und des Vertragsarztrechts. Im Übrigen gelten die allgemeinen zivilrechtlichen Grundsätze für vertrags- und pflichtwidriges Verhalten.

- b) Plant die Bundesregierung eine Meldepflicht für die vorgenommenen Privatbehandlungen, etwa gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung?
Wenn nein, warum nicht?
- c) Über welche Institutionen sollen mögliche Pflichtverstöße gemeldet werden?
- d) Inwieweit hat nach Einschätzung der Bundesregierung eine transparente Dokumentation der Angebotsentwicklung von Privatleistungen und ggf. gemeldeter Pflichtverstöße Einfluss auf die IGeL-Angebote?
- e) Plant die Bundesregierung darauf hinzuwirken, dass ein solcher Bericht, z. B. einmal pro Jahr, von einer unabhängigen Institution erstellt wird?

Wenn nein, warum nicht?

- f) Plant die Bundesregierung darauf hinzuwirken, die Ergebnisqualität von durchgeführten Selbstzahlerleistungen z. B. in Form von Stichprobenbefragungen zu evaluieren und der Öffentlichkeit die Erkenntnisse zur Verfügung zu stellen?

Die Fragen 8b bis 8f werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung plant keine Meldepflicht von Privatbehandlungen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Einschätzung über die Wirkungen einer solchen Meldepflicht oder einer entsprechenden Dokumentation auf IGeL-Angebote ist nicht möglich. Die Aufsicht über die Einhaltung der Vorgaben des Berufsrechts bei Privatbehandlungen von Ärztinnen und Ärzten fällt in die Zuständigkeit der Länder bzw. der Selbstverwaltungskörperschaften (vgl. Vorbemerkung).

9. a) Welchen qualitätssichernden Instrumenten, Maßnahmen und Kontrollen, Qualitätsmanagementsystemen, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme und welchen ärztlichen Qualifikationsnachweisen unterliegen die Privatbehandlungen?
- b) Auf welche Weise soll nach Auffassung der Bundesregierung eine medizinische Behandlung nach „allgemein anerkannten fachlichen Standards“ (Änderung des § 630a Absatz 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs – BGB – im Entwurf des Patientenrechtegesetzes) sichergestellt werden, um die Wahrscheinlichkeit für Behandlungsfehler und Schädigungen der Patientinnen und Patienten zu senken?
- c) Werden die Ärztekammern nach Information der Bundesregierung derzeit ihrer Verantwortung gerecht, die Ärztinnen und Ärzte umfassend z. B. in Form von Schulungen (jenseits von Marketingberatungen und Abrechnungstipps) über Sinnhaftigkeit, Nutzen und Risiko der Selbstzahlerleistungen zu informieren?
- d) Wie bewertet die Bundesregierung die explizite Verbreitung von IGeL-Abrechnungstipps des NAV-Virchow-Bunds (Verband der niedergelassenen Ärzte) im Internet (www.wpv.de/aerzte) und in dessen Verbandszeitschrift „der niedergelassene arzt“, z. B. Heft 5/2012, im Hinblick auf den Appell der Bundesregierung, die ärztlichen Körperschaften müssten ihrer Verantwortung gerecht werden und Verstöße gegen die Aufklärungspflichten ahnden (Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 68 der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink auf Bundestagsdrucksache 17/8046)?

Die Fragen 9a bis 9d werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Privatbehandlungen unterliegen den allgemeinen Grundsätzen der ärztlichen Qualitätssicherung. Diese liegen als Teil der ärztlichen Berufsausübung in der Zuständigkeit der Länder und sind dort in den Heilberufs- und Kammergesetzen bzw. Berufsordnungen niedergelegt. Ebenfalls in die Zuständigkeit der Länder bzw. der Selbstverwaltungskörperschaften fällt die Aufsicht über die Einhaltung der Vorgaben des Berufsrechts bei Privatbehandlungen von Ärztinnen und Ärzten. Hierzu zählen insbesondere Verstöße gegen die Aufklärungspflicht.

Es ist im Übrigen nicht Aufgabe der Bundesregierung das Verhalten der Ärztekammern oder ärztlicher Verbände zu bewerten.

10. a) Ist es nach Auffassung der Bundesregierung rechtlich zulässig, wenn außer dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin selbst auch nichtärztliches Praxispersonal den Patientinnen und Patienten eine Selbstzahlerleistung empfiehlt und eine Leistung aktiv bewirbt?
- Wenn nein, welche Maßnahmen sieht die Bundesregierung vor, dieses Verhalten künftig zu unterbinden?
- b) Welche Informationen liegen der Bundesregierung vor über die Vergütung bzw. Belohnung von Praxisangestellten für den Verkauf von Selbstzahlerleistungen?
- c) Sind solche Provisionsmodelle zulässig, und wie bewertet die Bundesregierung solche finanziellen Beteiligungen?
- d) Liegen der Bundesregierung Informationen vor über bewusst niedrig gehaltene Einkommen von in Arztpraxen beschäftigten medizinischen Fachangestellten (MFA), um diesen einen Anreiz zu geben, ihr Gehalt mit IGeL-Verkaufsprovisionen aufzubessern, und wie bewertet die Bundesregierung ein solches Vorgehen?
- e) Welchen durchschnittlichen Anteil haben solche Provisionen nach Informationen der Bundesregierung an den Gesamteinkommen der MFA?

Die Fragen 10a bis 10e werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Muster-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte der Bundesärztekammer, nach der sich die verbindlichen Berufsordnungen der Ärztekammern in den Ländern richten, enthält in § 27 Regelungen zur erlaubten Information und zur berufswidrigen Werbung. Danach ist der Ärztin bzw. dem Arzt eine sachgerechte und angemessene Information unter Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs gestattet. Diese Vorgaben gelten gleichermaßen für das Praxispersonal der Ärztin/des Arztes. Die Ärztin/der Arzt muss darauf achten, dass die Grundsätze zulässiger Werbung von seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Praxisalltag eingehalten werden. Die Entscheidung, ob es sich im Einzelfall um zulässige Informationen handelt, ist von der jeweils zuständigen Ärztekammer zu treffen. Der Bund ist für derartige Fragestellungen zur Berufsausübung nicht zuständig.

Informationen über die Vergütung bzw. Belohnung von Praxisangestellten für den Verkauf von Selbstzahlerleistungen und über bewusst niedrig gehaltene Einkommen von in Arztpraxen beschäftigten medizinischen Fachangestellten liegen der Bundesregierung nicht vor. Bewertungen solcher Sachverhalte müssten gleichfalls die zuständigen Ärztekammern vornehmen.

