



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zu folgenden Vorlagen:

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Dr. Ilja Seifert, Kathrin Senger-Schäfer,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen

Drucksache 17/5524

Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen

Drucksache 17/10119

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 13. Mai 2013 in Berlin

7. Mai 2013

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung sind lediglich einzelne Berichte bekannt, dass Versicherten im Basistarif die Behandlung durch niedergelassene Ärzte verweigert wurde. Plädiert wird für eine sorgfältige Beobachtung der Situation.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung betont darüber hinaus die wichtigen Funktionen der PKV für das Krankenversicherungssystem in Deutschland: Die PKV ist u.a. Schutz vor einer „Zwei-Klassen-Medizin“, garantiert eine stabile Finanzierung, garantiert einen Ideenwettbewerb und trägt zu mehr Demografievorsorge bei.

- I. Zum Antrag „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“
- II. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“

I. Zum Antrag „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“

Inhalt

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert eine gesetzliche Verpflichtung von Vertragsärzten und -zahnärzten, Privatversicherte im Basistarif ebenso wie die gesetzlich Versicherten zu behandeln. Zudem sollen Leistungen, die an Privatversicherte im Rahmen des Basistarifs erbracht werden, genauso hoch vergütet werden wie die entsprechenden Leistungen, die für gesetzlich Versicherte erbracht werden. Zudem sollen die Behandlungen von Privatversicherten im Basistarif in die Budgets bei den Regelleistungen für gesetzlich Versicherte einbezogen werden. In einem weiteren Schritt soll die Private Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung abgeschafft werden.

Stellungnahme

Nach dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz muss ab dem 1.1.2009 in der privaten Krankenversicherung ein branchenweit einheitlicher Basistarif auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angeboten werden, der durch einen Kontrahierungszwang bei gleichzeitigem Verbot von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen und einer Begrenzung der Prämienhöhe auf den Höchstbeitrag zur GKV gekennzeichnet ist.

Der Basistarif ist der Produktpalette eines Unternehmens der Privatwirtschaft wesensfremd. Maßgeblich dafür sind die Verpflichtung zum Angebot des Produkts, die gesetzliche Definition des Leistungsspektrums, der Verzicht auf Risikozuschläge bei gleichzeitiger Definition eines Höchstbeitrages und der Poolausgleich. Ein solcher Ausgleich wäre in einem rein privatwirtschaftlichen Versicherungssystem nicht notwendig, weil die Versicherer in der Lage wären, durch eine Berücksichtigung des individuellen Risikos bei Aufnahme in das Kollektiv das künftige Krankheitskostenrisiko des Kollektivs zu kalkulieren.

Die gesetzliche Regelung zur Vergütung der ärztlichen Leistungen im Basistarif ist so konzipiert, dass sie durch vertragliche Vereinbarung auf Selbstverwaltungsebene abgeändert bzw. abgelöst werden kann. Am 28. Januar 2010 wurde eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Privaten Krankenversicherung getroffen, durch die die gesetzliche Regelung abgelöst wurde.

Die Vereinbarung ist im Interesse der Versicherten in den klassischen Vollversicherungstarifen sachgerecht, da diese die Belastungen aus dem aufgrund der gesetzlichen Vorschriften nicht kostendeckenden Basistarif über den Poolausgleich mittragen müssen.

Der Gesetzgeber hat mit der Vorschrift des § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V den Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Versicherten im Basis- und Standardtarif übertragen. Es bleibt diesen überlassen, in welcher Art und Weise sie den gesetzlichen Auftrag am zweckmäßigsten erfüllen.

Dem Verband der Privaten Krankenversicherung sind lediglich einzelne Berichte von Behandlungsverweigerungen bekannt. Zudem geht der Verband davon aus, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen Instrumente zur Erfüllung des gesetzlichen Sicherstellungsauftrags zur Verfügung stehen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung in der Gegenäußerung zur Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (Drucksache 17/7274) formuliert, dass die Schaffung einer Behandlungspflicht für Vertragsärzte gegenüber bestimmten Gruppen von PKV-Versicherten (Basis- und Standardtarifversicherte) im Hinblick auf die verfassungsrechtlich gebotene Verhältnismäßigkeit nicht sachgerecht sei.

Dessen ungeachtet muss aus Sicht des Verbandes der Privaten Krankenversicherung die Situation sorgfältig beobachtet werden.

II. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“

Inhalt

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert die Abschaffung der PKV als Vollversicherung und die Überführung der Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung. Die PKV soll auf das Geschäftsfeld der Zusatzversicherung für medizinisch nicht relevante Leistungen begrenzt werden.

Stellungnahme

Der Antrag ist ein Sammelsurium von in der Gesundheitspolitik häufig gegen die PKV vorgebrachten Argumenten und Unterstellungen. Die Antragsteller bleiben Belege für ihre Behauptungen schuldig, teilweise wird auf jede Begründung verzichtet. Es fehlen verfassungsrechtliche Darlegungen, inwiefern ein derart weitreichender Eingriff in privates Eigentum und die Freiheit der Berufsausübung zulässig sein soll. Es fehlen fundierte Ausführungen, ob und wie die Versorgung der Versicherten durch die Versicherung aller Menschen in der GKV verbessert werden kann. Ohne weitere Ausführungen fordert die Fraktion Die Linke explizit das, was bislang publizierte Bürgerversicherungskonzepte meist nur implizit beinhalten: Die Abschaffung der PKV.

Die Antragsteller bleiben auch die Antwort auf die Frage schuldig, was eine Abschaffung der PKV für das Gesamtsystem bedeuten würde. Tatsächlich hat die PKV im dualen Krankenversicherungssystem Funktionen, die im Falle einer Abschaffung unwiderruflich verloren gingen:

Die PKV ist ein Schutz vor „Zwei-Klassen-Medizin“.

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem regelmäßig hervorragend ab. Tatsächlich haben alle Patientinnen und Patienten hierzulande unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts. In der Grundversorgung von PKV- und GKV-Versicherten gibt es, von Serviceaspekten abgesehen, keinen substantiellen Versorgungsunterschied. Es gibt keinen Unterschied im Zugang zu Grundleistungen der Krankenversicherung und keinen Unterschied in der Versorgungsqualität. Es existieren lediglich Versorgungsunterschiede in Segmenten, die GKV- und PKV-Versicherten über Zusatzversicherungen (Zahnersatz, Wahlleistungen) gleichermaßen offen stehen.

Internationale Vergleiche belegen das äußerst geringe Rationierungsniveau in Deutschland. Der Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung ist einer der umfangreichsten der Welt. Die Wartezeiten sind die kürzesten in ganz Europa. Es gibt keine Positivlisten, keine Behandlungsverweigerungen und der Zahnersatz ist im gesetzlichen Versicherungsschutz enthalten. Das Niveau von Zuzahlungen und Eigenanteilen ist im internationalen Vergleich ausgesprochen gering, und Haus- und Fachärzte können ohne verpflichtende Überweisung durch einen „Gatekeeper“ aufgesucht werden.

Dies ist auch ein Ergebnis des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung: In Deutschland sind Leistungskürzungen der GKV aufgrund des Systemwettbewerbs mit der PKV schwer. Schließlich sind in der PKV die Leistungen vertraglich garantiert und können nicht von Seiten des Versicherers gekürzt werden. Der Leistungswettbewerb von GKV und PKV findet in einem weitgehend gemeinsamen Versorgungssystem statt. Dies gibt den Versicherten Vergleichsmöglichkeiten, die jede Rationierung besonders begründungspflichtig machen.

Der vorliegende Antrag behauptet, eine – herbeigeredete, aber objektiv nicht existente – „Zwei-Klassen-Medizin“ durch die Abschaffung der PKV beseitigen zu können. Die Realität belegt das Gegenteil: Einheitssysteme befördern vielmehr die Existenz von Versorgungsunterschieden. Dies ist auch das Ergebnis einer aktuellen Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).¹ Tatsächlich unterliegen einheitliche Gesundheitssysteme ohne konkurrierendes privatwirtschaftliches System einer beständigen gesetzlichen Rationierung von Leistungen der Krankenversicherung. Patienten sind gezwungen, die rationierten Leistungen entweder selbst zu zahlen oder über Zusatzversicherungen abzusichern. „Zwei-Klassen-Medizin“ entsteht überall in Reaktion auf und korrespondierend zum medizinischen Rationierungsniveau eines Landes.

¹ Verena Finkenstädt, Dr. Frank Niehaus, *Rationierung und Versorgungsunterschiede in Gesundheitssystemen – Ein internationaler Überblick*, Köln 2013.

Der internationale Vergleich belegt zudem, dass zwei Finanzierungssäulen das Gesamtsystem besser stabilisieren als eine Säule allein das jemals könnte: In allen OECD-Ländern sind die Gesundheitsausgaben seit der Finanzkrise deutlich langsamer gewachsen, oft stagnieren sie oder sinken sogar. Einige Länder wandeln sich dabei zu Laboratorien forciert Rationierung. Investitionen wurden auf Eis gelegt, Löhne und Gehälter des Gesundheitspersonals wurden gekürzt oder eingefroren, Zuzahlungen erhöht, Wartezeiten stiegen an.

Die Ausnahme ist Deutschland: Hier haben sich die Gesundheitsausgaben 2010 zu 2009 um real 2,4 Prozent erhöht, während sie in Europa im Schnitt um 0,6 Prozent zurückgegangen sind.

Die PKV garantiert eine stabile Finanzierung in einem gemeinsamen Versorgungssystem für alle Patienten.

Der Finanzierungsbeitrag der PKV zum deutschen Gesundheitssystem ist überproportional hoch, da Privatversicherte für viele Leistungen höhere Preise zahlen bzw. die PKV auch Leistungen vergütet, die in der GKV ausgeschlossen oder budgetiert sind. Insgesamt fließen jährlich 28,6 Mrd. Euro durch Privatpatienten in das Gesundheitssystem.

Das Wissenschaftliche Institut der PKV untersucht regelmäßig, wie hoch der so genannte Mehrumsatz durch Privatversicherte ist. Dies ist der Betrag, den die PKV-Versicherten dadurch mehr ins Gesundheitssystem gezahlt haben, dass sie privat und nicht gesetzlich versichert waren. Im Jahr 2011 betrug der Mehrumsatz ca. 11,1 Mrd. Euro. Gegenüber 2006 ist das ein Zuwachs von 14,6 Prozent. Allein im Bereich der ärztlichen Vergütung betrugen die Mehrzahlungen durch Privatversicherte im Jahr 2011 ca. 5,4 Mrd. Euro.²

Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag jährlich kommt allen Versicherten zugute, weil PKV- und GKV-Versicherte ein gemeinsames Versorgungssystem nutzen. Im Bereich der ärztlichen Versorgung bedeutet das, dass die Mehrzahlungen der Privatversicherten Teil des Einkommens der Vertragsärzte der GKV sind. Diese Mittel tragen mithin dazu bei, dass Investitionen in die Ausstattung der Praxen mit Personal und technischen Geräten getätigt werden können.

Die PKV ist Garant für einen Ideenwettbewerb.

Das duale System schafft Spielräume für Unterschiede und damit alternative Lösungswege. Im Wettbewerb der Ideen hat z.B. die aufsuchende Pflegeberatung COMPASS einen wertvollen Beitrag zur Optimierung des Gesamtsystems geleistet.

² Vgl. Dr. Frank Niehaus, *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten – Die Entwicklung von 2006 bis 2011*, Köln 2013.

Die PKV leistet und ermöglicht mehr Demografievorsorge.

Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik, im demografischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren. Und mehr Demografievorsorge in der Kranken- und Pflegeversicherung ist notwendig: Denn die Ausgaben für Gesundheit und Pflege sind stark altersabhängig.

Das ist besonders problematisch für umlagefinanzierte Systeme wie die GKV: So wird heute die Hälfte aller Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung von Rentnern in Anspruch genommen, obwohl diese nur ca. ein Viertel der Versicherten ausmachen. Gleichzeitig finanzieren die Rentner mit ihren einkommensabhängigen Beiträgen nicht einmal ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV. Die defizitäre Krankenversicherung der Rentner in der GKV wird daher von den erwerbstätigen Versicherten der GKV quersubventioniert – mit derzeit ca. 40 Mrd. Euro pro Jahr. Die Zahl der Erwerbsfähigen zwischen 20 und 66 Jahren wird bis Mitte dieses Jahrhunderts aber von heute 51 Mio. Menschen auf 34 Mio. Menschen sinken – also um 17 Mio. abnehmen. Ein Erwerbstätiger wird dann auf einen Rentner kommen.

Dieser demografische Wandel wird stattfinden und das Umlageverfahren an Grenzen führen. Gesundheitspolitisch konsequent ist vor diesem Hintergrund nicht die Abschaffung, sondern die Stärkung der PKV. Denn die PKV bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Kapitalstock ist als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt. Er umfasst für die Kranken- und Pflegeversicherung bereits ca. 170 Milliarden Euro. Und: Die Alterungsrückstellungen der PKV haben alle Banken- und Finanzkrisen unbeschadet überstanden.