



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0414(15)
gel. VB zur öAnhörung am 13.05.
13_Beitragsschulden
08.05.2013

Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

Berlin, 08.05.2013

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

- I. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) nebst den Anträgen auf BT-Drs. 17/12069 und BT-Drs. 17/5524
- II. Zu dem Änderungsantrag zu BT-Drucksache 17/13079 auf A.-Drs. 17(14)0410
- III. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

I. Zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079) nebst den Anträgen auf BT-Drs. 17/12069 und BT-Drs. 17/5524

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP „Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung“ (BT-Drucksache 17/13079), der Stellungnahme des Bundesrates zu vorgenanntem Gesetzentwurf, dem Antrag der Fraktion der SPD "Keine überhöhten Säumniszuschläge bei Beitragsschulden" (BT-Drucksache 17/12069) und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE „Versorgung der privat Versicherten im Basistarif sicherstellen“ (BT-Drucksache 17/5524) nimmt die Bundesärztekammer keine Stellung.

II. Zu dem Änderungsantrag zu BT-Drucksache 17/13079 auf A.-Drs. 17(14)0410

(Zuführung aus der Liquiditätsreserve, Hygieneförderprogramm, Versorgungszuschlag, voller Orientierungswert 2014 und 2015, anteilige Berücksichtigung von Tarifsteigerungen 2013, Krankenhausrechnungsprüfung)

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Artikel 5a „Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes“

Die Bundesärztekammer begrüßt die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene finanzielle Förderung der personellen Ausstattung in Krankenhäusern zur Erfüllung der Anforderungen des Infektionsschutzgesetzes.

Die Bundesärztekammer muss aber auch feststellen, dass die Bemühungen der Ärztekammern, die Zahl der Krankenhaushygieniker kurzfristig durch eine strukturierte curriculare Fortbildung für Ärzte zu erhöhen, durch die gestufte Förderung und Verknüpfung an eine weitere Fortbildungsmaßnahme über die curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene hinaus, konterkariert werden.

Begründung:

Der Artikel 5a zur Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes sieht in § 4 Absatz 11 bei Neueinstellungen oder Aufstockung vorhandener Teilzeitstellen bzw. bei Fort- und Weiterbildungen eine auf die Zeit von 2013 bis 2016 begrenzte finanzielle Förderung vor. Die Förderung fällt dabei unterschiedlich aus, je nachdem ob es sich um Fachärzte für Hygiene und Umweltmedizin bzw. Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie bzw. Fachärzte mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene handelt. Nach der Novellierung des Infektionsschutzgesetzes sowie der Hygieneverordnungen der Länder ist ein Mehrbedarf von ca. 850 Krankenhaushygienikern bis zum Jahr 2016 erkennbar. Dieser Bedarf kann mit Fachärzten für Mikrobiologie bzw. Hygiene nicht erbracht werden, da die Weiterbildungszeit bereits 5 Jahre in Anspruch nimmt und nicht genügend Weiterbildungsstätten bzw. weiterbildende Ärzte vorhanden sind. Daher hat die Bundesärztekammer gemeinsam mit Vertretern der Krankenhaushygiene und der KRINKO auf der Basis des Infektionsschutzgesetzes und der Hygieneverordnungen der Länder eine curriculare Fortbildung Krankenhaushygiene erarbeitet, die vorübergehend den Bedarf an Krankenhaushygienikern decken soll, bis ausreichend Fachärzte qualifiziert sind. Diese Qualifikationsmaßnahme wird bundesweit einheitlich angeboten und sieht neben einem theoretischen Teil von 200 Std. einen praktischen Teil mit Hospitationen sowie Fallkonferenzen vor. Aspekte der Beratung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapie (Antibiotic Stewardship) sind zudem bereits Bestandteil des 40-stündigen Modul I der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene. Dieses Modul durchlaufen

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

sowohl die angehenden hygienebeauftragten Ärzte als auch die Krankenhaushygieniker.

Für die Förderung des Facharztes mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene sieht der Änderungsantrag nun eine Fortbildung im Bereich der Beratung in der rationalen Antibiotikatherapie „in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ vor. Anders wie bei der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene wurde diese Fortbildung nicht mit den Ärztekammern entwickelt oder abgestimmt, Inhalt und Umfang sind nicht bekannt. Auch der Satz „in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie“ trägt eher zur Verunsicherung der Ärzte bei, die eine Qualifikation Krankenhaushygiene anstreben. Des Weiteren ist es nicht zielführend und widerspricht den Kammer- und Heilberufegesetzen der Länder, eine Qualifikationsmaßnahme per Gesetz einer wissenschaftlichen Gesellschaft zuzuordnen ohne die für ärztliche Weiter- und Fortbildung zuständigen Ärztekammern bzw. Bundesärztekammer einzubeziehen.

Die Bundesärztekammer fordert daher:

Um ein einheitliches Vorgehen bei der Qualifikation zum und Förderung des Facharztes mit strukturierter curricularer Fortbildung Krankenhaushygiene zu gewährleisten, sollte in § 4 Absatz 11 1. c) und 2. d) die Verknüpfung der Förderung mit der Fortbildung im Bereich der rationalen Antibiotikatherapieberatung in Anlehnung an die Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie entfallen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zu Artikel 5b „Änderung der Bundespflege-satzverordnung“ und Artikel 5c „Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes“

Die Bundesärztekammer begrüßt prinzipiell die mit der Initiative der Bundesregierung vorgesehene Verbesserung der Klinikfinanzierung in Deutschland.

Insofern sind die mit dem Änderungsantrag vorgesehenen Adaptierungen als ein Schritt in die richtige Richtung zu verstehen. Angesichts der schwierigen Finanzlage der Kliniken unterschiedlichster Versorgungsstufen und den dadurch betroffenen Ärztinnen und Ärzten begrüßt die Bundesärztekammer, dass die Bundesregierung durch die aktuelle Initiative zu verstehen gibt, dass dringender Handlungsbedarf gegeben ist.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass mit dem für die Jahre 2013 und 2014 vorgesehenen Hilfsvolumen von 1,1 Mrd. € allerdings von keiner nachhaltigen Verbesserung der zunehmend schwierigen Situation ausgegangen werden kann.

Die vorgesehene Einführung eines vollen Kostenorientierungswertes als ein Verhandlungskorridor ab 2014 auf Bundesebene sowie das Bemühen, die derzeit kritische doppelte Degression zu entschärfen, wird begrüßt. Für das Jahr 2013 sind 250 Millionen €, für das Jahr 2014 500 Million € im Sinne eines Versorgungszuschlags vorgesehen, die auch den Kliniken zu Gute kommen werden, die keine Leistungssteigerung zu verzeichnen haben.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist zur Sicherung eines Erfolges der geplanten Finanzierungshilfe darauf zu achten, dass die Mittel den Kliniken so unbürokratisch wie möglich zur Verfügung gestellt werden.

Nachjustierungsbedarf sieht die Bundesärztekammer u. a. bei folgenden Punkten:

1. Dauer und Umfang der geplanten Refinanzierung der tariflichen Lohnentwicklung: die hälftige Finanzierung für 2013 wird als unzureichend eingeschätzt. Zudem sind die derzeit vorgesehenen Regelungen nicht nachhaltig. Die Bundesärztekammer weist darauf hin, dass eine dauerhafte Regelung für eine ausreichende Tarifausgleichsrate notwendig wird. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund eines wachsenden Arztmangels im Gesundheitswesen sollte eine auskömmliche Finanzierung sichergestellt werden.
2. Dauerhafte Abschaffung der doppelten Degression
3. Angemessene Refinanzierung der Personal- und Sachkosten. Kostensteigerungen wie z. B. Verbesserung der Hygienemaßnahmen, Energiepreise oder steigende Haftpflichtprämien dürfen in keinem Fall zu einer Personalsenkung der schon angespannten Personalsituation in den Kliniken führen.
4. Langfristige Beseitigung von Fehlanreizen im Vergütungssystem
5. Ermittlung eines sachgerechten Orientierungswertes ab 2014. Diskussionen der Bundesärztekammer mit den Verantwortlichen des Statistischen Bundesamtes haben gezeigt, dass Nachbesserungsbedarf im Bereich der gewählten

Indikatoren und der Berechnungsmodalitäten der tatsächlichen Kostensteigerungen gegeben ist. Abkehr von einem nur „anteiligen“ Orientierungswert.

6. Schutz der flächendeckenden wohnortnahen Versorgung und des Prinzips der Trägerpluralität bei der Neuausrichtung der Krankenhausfinanzierung.

Die ebenfalls vorgesehene Verbesserung der Prüfmodalitäten zur Verringerung von Klinikabrechnungsstreitigkeiten wird begrüßt. Diese sollten zukünftig so unbürokratisch wie möglich durchgeführt und auf das notwendige Maß beschränkt werden. Die aktuellen Prüfroutinen sind mit erheblichen Finanzaufwänden (600-700 Mio. €/Jahr) verbunden. Ebenso ist die derzeitige massive Bindung von Ärztinnen und Ärzten in der stationären Versorgung in Prüfgesprächen mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), dem medizinischen Controlling sowie in den MDKs vor dem Hintergrund des Arztmangels und einer erheblichen Belastung durch Bürokratisierung nicht zu rechtfertigen.

Die Bundesärztekammer begrüßt, dass die Prüfmodalitäten auch in Zukunft durch die Verantwortlichen der Selbstverwaltungspartner geregelt werden sollen. Angesichts der Komplexität des stationären Finanzierungssystems mit einem Verteilungsvolumen von ca. 65 Milliarden € jährlich ist es auch zukünftig sinnvoll, dass die Klärung der komplexen Detailfragen auf Basis eines gemeinsamen Dialoges von Fachexperten der Selbstverwaltungspartner unter Beteiligung der Bundesärztekammer erfolgt und somit das Prinzip des „lernenden Systems“ weiterverfolgt wird.

III. Zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

Die Bundesärztekammer nimmt zu dem 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**, BT-Drucksache 17/10119 vom 26.06.2012, wie folgt Stellung:

1. Mit dem Antrag wird behauptet, das in Europa einmalige Nebeneinander einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung sei der Hauptgrund für die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine - wie im Antrag behauptet - Zwei-Klassen-Medizin gibt es in Deutschland nicht.

Alle Patienten in Deutschland haben - völlig unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat krankenversichert sind - denselben Zugang zu notwendigen ärztlichen Behandlungen und Untersuchungen.

Niemand kann behaupten, dass es in Deutschland bei der notwendigen medizinischen Versorgung z. B. eines Herzinfarkt-Patienten eine Rolle spielt, ob dieser Patient gesetzlich oder privat krankenversichert ist. Dies wäre zudem mit dem ärztlichen Berufsrecht nicht vereinbar.

Die Bundesärztekammer geht davon aus, dass die Antragssteller die von ihnen behauptete Zwei-Klassen-Medizin auf die tatsächlich vorhandenen Unterschiede in der Service-Qualität zwischen GKV und PKV zurückführen. Diese Unterschiede in der Service-Qualität haben aber keinen Einfluss auf die Qualität der medizinisch notwendigen Versorgung in Deutschland.

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung besteht in dem teilweise deutlich höheren Leistungsversprechen in der privaten Krankenversicherung. So übernimmt die private Krankenversicherung (je nach Vertrag) die anfallenden Kosten bei Zahnimplantaten. Gesetzlich Versicherte erhalten hier von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung lediglich einen Zuschuss in Höhe einer Basisversorgung, also z. B. der Versorgung mit einer Zahnbrücke.

Dass eine Versorgung mit Zahnimplantaten als medizinisch nicht relevante Leistungen bezeichnet wird, ist aus Sicht der Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Selbstverständlich sind diese Leistungen der privaten Krankenversicherung medizinisch relevant, warum sonst gewährt nicht zuletzt auch eine gesetzliche Krankenversicherung bei Zahnimplantaten einen Zuschuss. Es ist zudem davon auszugehen, dass viele Unterstützer des Antrags nach Abschaffung der PKV-Vollversicherung selbst solche angeblich medizinisch nicht relevanten Leistungen ohne Bedenken in Anspruch nehmen bzw. genommen haben.

2. Mit dem Antrag wird ausgeführt, dass die PKV-Versicherten jederzeit schutzbedürftig werden können.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Diese Feststellung ist ohne Zweifel zutreffend, aber gleichwohl als Begründung zur Abschaffung der PKV-Vollversicherung völlig ungeeignet.

Wird ein PKV-Versicherter schutzbedürftig (im Sinne des Erhalts eines bezahlbaren Krankenversicherungsschutzes), so gibt es hierfür zahlreiche gesetzlich gebahnte Lösungsmöglichkeiten.

Hauptberuflich Selbständige können (i. d. R. bis zum 55. Lebensjahr) jederzeit (nach Aufgabe der Selbständigkeit für mindestens 12 Monate) in ein versicherungspflichtiges Angestelltenverhältnis wechseln und damit in die GKV wechseln. Auch für in der PKV versicherte Angestellte besteht die Wechselmöglichkeit in die GKV, wenn ihr Einkommen ein Jahr lang unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt.

Ab dem 55. Lebensjahr besteht zwar i. d. R. keine Möglichkeit mehr, von der PKV in die GKV zu wechseln, ein Wechsel in den Basistarif steht allerdings gerade den

PKV-Versicherten offen, die in eine wirtschaftliche Notlage geraten sind. Die Vertragsleistungen des Basistarifs müssen gemäß § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) in Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein. Die Behauptung, es bestünde keine Behandlungspflicht für Basistarifversicherte ist falsch; die KVen sind verpflichtet, auch die Behandlung von Basistarifversicherten sicherzustellen.

Zu berücksichtigen ist zudem, dass Privatversicherte im Laufe ihrer Zugehörigkeit zu einer privaten Krankenversicherung i. d. R. (v. a. in jüngeren Jahren) deutlich niedrigere Prämienbelastungen zu tragen haben. Würden diese eingesparten Beträge teilweise zurückgelegt werden, könnten die Prämiensteigerungen in höheren Jahren i. d. R. ohne Probleme bedient werden.

3. Mit dem Antrag wird behauptet, der Basistarif in der privaten Krankenversicherung sei ein teurer Nottarif.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Behauptung, der Basistarif sei ein Nottarif, ist falsch

- Gemäß § 12 Abs. 1a VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) müssen die Leistungen des Basistarifs mit den Vertragsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sein.
- Wäre der Basistarif ein Nottarif, so wären alle gesetzlich Krankenversicherten in einem Nottarif versichert.

Die Behauptung, der Basistarif sei ein teurer Tarif, ist falsch

- Gemäß § 12 Abs. 1c VAG darf der Beitrag des Basistarifs den Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.
- Besteht oder entsteht Hilfebedürftigkeit vermindert sich gem. § 12 Abs. 1c VAG der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte. Kann auch dieser verminderte Beitrag vom Versicherten nicht getragen werden, so werden die Beiträge auf Antrag vom zuständigen Sozialversicherungsträger übernommen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

- Bei der Kalkulation des Basistarifs werden die erworbenen Alterungsrückstellungen des Versicherten in vollem Umfang angerechnet; dies wirkt sich positiv im Sinne von niedrigeren Prämien im Alter aus.

Die Behauptung, im Basistarif besteht keine Behandlungspflicht, ist falsch

- Gemäß § 75 Abs. 3a Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigungen die Versorgung der Basis-tarifversicherten sicherzustellen (gemäß § 72 Abs. 1 SGB V gelten diese Regelungen entsprechend für Zahnärzte).
 - Die Bundesärztekammer verweist in diesem Zusammenhang auf die Antwort der Bundesregierung vom 15.02.2011 (Drucksache 17/4782) auf die Kleine Anfrage u. a. der Fraktion DIE LINKE zur Gesundheitsversorgung im Basistarif vom 18.01.2011 (Drucksache 17/4592).
4. Mit dem Antrag wird behauptet, die PKV löst das in § 8a, Absatz 2 der Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherungen (MBKT) gemachte Versprechen, Beitragserhöhungen aufgrund des Älterwerdens auszuschließen, nicht ein.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die mit dem Antrag gemachte Behauptung ist nicht zutreffend.

Mit § 8a, Abs. 2 MB/KK (Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung) wird eine generelle Erhöhung der Beiträge im Alter nicht ausgeschlossen.

Der in § 8a Abs. 1 MB/KK genannte Ausschluss einer Erhöhung der Beiträge im Alter ist so zu verstehen, dass dieser nur zutrifft unter der Annahme, dass die Rahmenbedingungen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch zukünftig unverändert bleiben.

Mit § 8b, Abs. 1 MB/KK wird festgelegt, dass Beitragsanpassungen, z. B. wg. steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer

Leistungen oder aufgrund einer steigenden Lebenserwartung möglich sind. Diese notwendigen Beitragsanpassungen werden durch Alterungsrückstellungen nicht generell verhindert.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sollten die Versicherten zukünftig bei Vertragsabschluss auf die Möglichkeit von notwendigen Beitragsanhebungen ausdrücklich hingewiesen werden. Würden die Versicherten einen Teil ihrer Prämienersparnisse mit Blick auf die Beitragsanpassungen zurücklegen, könnten die Prämienmehrbelastungen im Alter regelhaft unproblematisch bedient werden; auch hierüber sollten die Versicherten zukünftig noch besser unterrichtet werden.

5. Mit dem Antrag wird behauptet, dass in 80 Prozent der PKV-Tarife weniger Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Aussage, dass in 80 Prozent der PKV-Tarife weniger Leistungen als in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind, wurde von den Antragsstellern aus einem Artikel des Nachrichtenmagazins DER SPIEGEL vom 11.06.2012 übernommen.

Aufgrund der Vielzahl der bestehenden Tarife in der privaten Krankenversicherung ist es der Bundesärztekammer nicht möglich, festzustellen, inwieweit die Studienergebnisse, auf die sich der Spiegel-Artikel bezieht, tatsächlich einer objektiven Überprüfung standhalten.

Festzustellen ist aus Sicht der Bundesärztekammer allerdings, dass neben den solide kalkulierten und den Leistungskatalog der GKV regelhaft übertreffenden PKV-Tarifen, v. a. in den letzten Jahren, zunehmend sogenannte Billig-Tarife angeboten wurden, die tatsächlich einen nur sehr geringen Leistungsumfang abdecken. Diese Entwicklung ist nach den Erkenntnissen der Bundesärztekammer aber deutlich rückläufig; maßgebliche Unternehmen der Privaten Krankenversicherung haben solche Billigtarife bereits aus ihrem Angebot gestrichen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (BT-Drucksache 17/13079), zu dem Änderungsantrag auf A.-Drs. 17(14)0410 sowie zum Antrag „Privat Versicherte solidarisch versichern - Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen“ (BT-Drucksache 17/10119)

Die Bundesärztekammer befürwortet es, dass sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung auf einen einheitlichen Grundleistungskatalog verständigen, mit dem insbesondere die derzeitigen unterschiedlichen Regelungen im Hilfsmittelbereich und bei der ambulanten Psychotherapie geregelt werden sollten.

Zusammenfassende Wertung der Bundesärztekammer zum Antrag (BR-Drucksache 17/10119)

Vor dem Hintergrund der vorgemachten Erläuterungen empfiehlt die Bundesärztekammer den Mitgliedern des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages, bei der anstehenden weiteren Befassung mit dem Antrag nach BR-Drucksache 17/10119, diesen abzulehnen.

Die Bundesärztekammer erlaubt sich ergänzend darauf hinzuweisen, dass mit dem Antrag (BR-Drucksache 17/10119) ein elementarer Zusammenhang ausgeblendet wird: Das in Deutschland bestehende Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung ist - nicht nur aus Sicht der Bundesärztekammer - ein wesentlicher Grund dafür, dass das deutsche Gesundheitssystem einen weltweit so herausragend hohen Entwicklungsstand erreichen konnte.

Mit dem Antrag auf Abschaffung der PKV-Vollversicherung, was der Abschaffung des Nebeneinanders von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung gleichkommt, würde unser Gesundheitssystem, insbesondere dessen international beispielgebende Innovationskraft fundamental gefährdet.