

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
17(14)0414(17)

gel. VB zur öAnhörung am 13.05.  
13\_Beitragsschulden  
08.05.2013



Verband der Privaten  
Krankenversicherung

## Stellungnahme

zum

### Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung

Drucksache 17/13079

sowie zum

### Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

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

**8. Mai 2013**

Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt die Absicht, die Problematik der Nichtzahlung von Beiträgen zur Privaten Krankenversicherung im Interesse der Betroffenen und im Interesse der Versichertengemeinschaft insgesamt anzugehen. Die vorgeschlagene Einführung des Notlagentarifs ist sach- und interessengerecht.

Die Neuregelung zu den GKV-Wahlтарifen ist nicht ausreichend. Die Konkretisierung des Quersubventionierungsverbots ändert nichts daran, dass das Angebot der GKV-Wahlтарife europarechtlich unzulässig und ordnungspolitisch problematisch ist.

- I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung
  - a. Einführung eines Notlagentarifs
  - b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten“
  
- II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410

# **I. Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Bundesregierung**

## **a. Einführung eines Notlagentarifs**

Aufgrund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007 wurde für die Private Krankenversicherung (PKV) eine Sonderregelung für den Fall des Zahlungsverzugs in § 193 Abs. 6 VVG eingeführt. Bei Zahlungsverzug kann danach der Versicherungsvertrag nicht mehr gekündigt werden. Das Versicherungsverhältnis wird im Basistarif fortgesetzt. Das Leistungsniveau wird auf die Aufwendungen beschränkt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Die bestehende Regelung hat sich als nicht sachgerecht erwiesen. Sie bietet kein geeignetes Instrumentarium, um säumige Beitragszahler zur Zahlung anzuhalten. Hieraus entstehen erhebliche Beitragsverluste. Diese belaufen sich in der Privaten Krankenversicherung zum 31.12.2012 auf über 745 Mio. Euro. Diese Beitragsverluste sind von den übrigen, vertrags-treuen Versicherten wirtschaftlich mitzutragen. Denn der Beitragsausfall geht zu Lasten der Mittel, die zur Senkung und Stabilisierung der Beiträge im Alter zusätzlich zu den Alterungsrückstellungen zur Verfügung stehen. Das Nichtzahlerproblem ist damit eine Ursache für Beitragssteigerungen.

Die bestehende gesetzliche Regelung ist auch für die Betroffenen nicht sachgerecht. Insbesondere die vorgesehene Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif führt aufgrund des hohen Beitragsniveaus im Basistarif häufig zu einer Verschlechterung für die Betroffenen. Die Beitragslast steigt zusätzlich. Eine Rückkehr aus dem Basistarif ist für die Betroffenen in den meisten Fällen faktisch ausgeschlossen.

Die vorgeschlagene Regelung zur Einführung eines Notlagentarifs führt zu einem sachgerechten Interessenausgleich. Für die Betroffenen ändert sich der Umfang des Versicherungsschutzes im Vergleich zur bestehenden Rechtslage bei Versicherungsverhältnissen, die wegen Beitragsverzugs ruhen, nicht. Geleistet werden die Aufwendungen für die Behandlung akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Die Notversorgung sowie eine unbeschränkte Versorgung bei Schwangerschaft und Mutterschaft sind daher gewährleistet.

Aufgrund der vorgesehenen Rahmenbedingungen des Notlagentarifs kommt es für die Betroffenen zudem zu einer deutlichen Beitragserleichterung. Dies gilt insbesondere im Vergleich zur Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses im Basistarif. Die betroffenen Versicherten erhalten eine echte Perspektive, nach Ausgleich sämtlicher Forderungen und Bezahlung der Prämien im Notlagentarif das ursprüngliche Versicherungsverhältnis fortzuführen.

Darüber hinaus ist keine Alterungsrückstellung zu bilden. Auch dies ist sach- und interessengerecht. Nach den derzeitigen Erkenntnissen wird die Versicherung im Notlagentarif in aller Regel nur vorübergehend sein. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der

Gesetzentwurf einen einfachen Weg zur Rückkehr in den Normaltarif eröffnet: Wenn alle Beitragsschulden, Säumniszuschläge und Mahngebühren zurückgezahlt wurden, wird der Vertrag ab dem übernächsten Monat automatisch im alten Tarif fortgesetzt. Im Gegensatz zur geltenden Rechtslage erhalten die Betroffenen daher eine „zweite Chance“. Nach dem geltenden Recht ist eine Rückkehr aus dem Basistarif wirtschaftlich und rechtlich erheblich erschwert.

Der Gesetzentwurf sieht weiter vor, dass auf die zu zahlende Prämie die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen ist, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden. Die Formulierung „Entnahme aus der Alterungsrückstellung“ passt indes nicht zur Systematik und Kalkulation in der PKV mit Alterungsrückstellungen und könnte dahingehend missverstanden werden, dass während der Zeit im Notlagentarif ein Teil der Alterungsrückstellung verbraucht wird, um den Notlagentarif zu subventionieren. Dies wäre der Prämienkalkulation in der PKV völlig fremd.

Der PKV-Verband plädiert daher dafür, bei der Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung im Notlagentarif an die Regelungstechnik bei einem regulären Tarifwechsel anzuknüpfen. Dies würde klarstellen, dass die von den säumigen Beitragszahlern bereits aufgebaute Alterungsrückstellung und die daraus resultierenden Rechte im Notlagentarif nicht verloren gehen, sondern wie bei jedem anderen Tarifwechsel bei der Festsetzung der Prämie beitragsermäßigend berücksichtigt werden und mit Blick auf einen späteren Wechsel zurück in den Normaltarif erhalten bleiben.

Für die übrigen Versicherten bedeutet der Wegfall des Aufwands, auch bei fehlender Beitragszahlung eine Alterungsrückstellung zu stellen, eine erhebliche Entlastungswirkung. Die Einführung des Notlagentarifs ist daher auch im Interesse der vertragstreuen Beitragszahler gerechtfertigt. Der Gesamtbeitragsausfall sinkt.

Insgesamt begrüßt der Verband der Privaten Krankenversicherung die vorgeschlagene Regelung ausdrücklich. Die Einführung des Notlagentarifs bedeutet für die betroffenen Versicherten und die Versichertengemeinschaft insgesamt eine „Win-Win-Situation“.

#### **b. Änderung des § 53 Abs. 9 SGB V – Ausschluss der Berücksichtigung von „Halteeffekten“**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz haben die gesetzlichen Krankenkassen die Befugnis erhalten, aufgrund von § 53 SGB V sog. Wahltarife anzubieten. Die sogenannten Wahltarife sind im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein Fremdkörper. Die aus dem Wortschatz der privaten Versicherungswirtschaft entlehnte Bezeichnung zeigt dies an. Ihr Grundprinzip besteht darin, dass Zusatzleistungen zur Pflichtversicherung gegen eine besondere Prämie angeboten werden. Sie widersprechen dem Solidarprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Insbesondere die Befugnis zum Angebot von Wahlтарifen als sog. Kostenerstattungstarife gemäß § 53 Abs. 4 SGB V wird genutzt, faktisch Zusatzversicherungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten, die der Privaten Krankenversicherung vorbehalten sind. Die gesetzlichen Krankenkassen unterliegen dabei freilich nicht den strengen verbraucher-schutzrechtlichen, versicherungsvertragsrechtlichen und aufsichtsrechtlichen Anforderungen, die für die private Versicherung gelten. Die Befugnis zum Angebot dieser Wahlтарife führt daher zu massiven Wettbewerbsverzerrungen im Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung und zu einer Verschlechterung der Verbraucherschutzrechte.

§ 53 Abs. 9 SGB V sieht zwar ein Verbot der Quersubventionierung vor. Wahlтарife müssen sich danach selbst aus Einsparungen und Einnahmen tragen. Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich dürfen nicht in der Kalkulation berücksichtigt werden. Dieses Quersubventionierungsverbot hindert allerdings die gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahlтарife nicht daran, auf die Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zuzugreifen. Dies gilt sowohl für die Finanzmittel, als auch für die Inanspruchnahme von Infrastruktur sowie für die Inanspruchnahme der Datenbestände, die die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der Pflichtsozialversicherung erhalten haben.

Soweit der Gesetzentwurf nunmehr eine Verschärfung des Quersubventionierungsverbots in § 53 Abs. 9 SGB V dadurch vorsieht, dass sog. Halteeffekte, d.h. Einsparungen im Pflichtversicherungsbereich, bei der Kalkulation der Wahlтарife unberücksichtigt bleiben müssen, unterbindet der Gesetzgeber einen besonders drastischen Fall, wie das Quersubventionierungsverbot in der Praxis unterlaufen wurde, um wirtschaftliche und sachliche Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich zum Betrieb der Wahlтарife zu nutzen. Die vorgeschlagene Regelung ist dabei – wie die abweichende Praxis verschiedener Landesaufsichten zeigt – nicht nur klarstellend. Im Übrigen hätte es auch keiner Übergangsvorschrift bedurft. Die Regelung ist schon daher ungeeignet, die in der Begründung angeführten europarechtlichen Vorgaben für die Vergangenheit einzuhalten. Sie beseitigt bereits eingetretene Verstöße gegen das Gemeinschaftsrecht nicht.

Unabhängig davon ist die Regelung nicht ausreichend, um die weitere Nutzung der Vorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich beim Angebot der Wahlтарife durch die gesetzlichen Krankenkassen wirksam zu unterbinden. Nach wie vor bleiben den gesetzlichen Krankenkassen beim Angebot der Wahlтарife Steuervorteile aus dem Pflichtversicherungsbereich, sowie die Möglichkeit, auf die sachlichen und personellen Mittel aus dem Angebot der Pflichtversicherung zurückzugreifen. Eine transparente und nachvollziehbare Kostentrennung fehlt und wird durch die Neuregelung nicht herbeigeführt. Die Regelung ist daher nicht geeignet, die europarechtlich bestehenden Bedenken auszuräumen.

Es bleiben nach wie vor erhebliche Möglichkeiten, das Quersubventionierungsverbot zu unterlaufen und Mittel aus dem Pflichtversicherungsbereich in den Wahlтарif umzuleiten. Die Praxis belegt dies, etwa indem die Prämie für gesundheitsbewusstes Verhalten nach § 65a

SGB V zur Prämie für den Wahltarif umfunktioniert wird, um einen „beitragsfreien“ Wahltarif anzubieten.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist die vorgeschlagene Verschärfung des Quersubventionierungsverbotes schon daher nicht ausreichend. Ohnehin ist sie nicht geeignet, um die grundsätzlichen ordnungspolitischen und sozialpolitischen Bedenken gegen das Angebot der GKV-Wahltarife auszuräumen:

- Die Wahltarife sind in der umlagefinanzierten GKV ein Fremdkörper. Sie unterlaufen das Solidarprinzip, indem sie für Junge und Gesunde einen Anreiz setzen, Geld zu sparen und sich einen Leistungsvorteil von den älteren und kranken Versicherten finanzieren zu lassen.
- Für die GKV-Wahltarife fehlen die Verbraucherschutzrechtlichen Regelungen des Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsrechts. Das Angebot ist abweichend von den Regelungen der Privaten Krankenversicherung zeitlich befristet. Die gesetzlichen Krankenkassen können, bei einer Unterfinanzierung müssen sie die Tarife jederzeit schließen. Die Versicherten verlieren dabei ihren Versicherungsschutz ohne Ersatz oder Fortsetzungsmöglichkeit.
- Europarechtlich ist das Angebot von Wahltarifen für die GKV voller Risiken. Beim Angebot gilt nicht mehr das Solidarprinzip, welches die Sonderstellung der GKV als Sozialversicherungsträger rechtfertigt. Die gesetzlichen Krankenkassen sind beim Angebot der Wahltarife Unternehmen im europarechtlichen Sinne. Der Gesetzgeber ist daher gehalten, sie vollständig dem europäischen Wirtschaftsrecht zu unterwerfen und steuerrechtliche Privilegien auszuschließen.

Aus den vorgenannten Gründen hat sich bereits der 69. Deutsche Juristentag im vergangenen Jahr mit großer Mehrheit dafür ausgesprochen, die Befugnis zum Angebot der Wahltarife nach § 53 SGB V vollständig zu streichen.

Nach Auffassung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung sollte sich der Gesetzgeber diesem Votum anschließen. Die vorgeschlagene Regelung ist nicht ausreichend. Sie ändert nichts an der grundsätzlichen Problematik der GKV-Wahltarife, insbesondere ihrer europarechtlichen Unzulässigkeit.

## **II. Stellungnahme zum Änderungsantrag auf Drucksache 17(14)0410**

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt die wesentliche Bedeutung der Krankenhäuser für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung und ihre wirtschaftliche Bedeutung als Arbeitgeber insbesondere in den Regionen an. Voraussetzungen für eine medizinisch hochwertige und innovative Versorgung sind effiziente Strukturen und eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser. Die Private Krankenversicherung leistet hierzu durch die Finanzierung von allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen einen wesentlichen Beitrag, der seinen Niederschlag in stetig steigenden Versicherungsleistungen für stationäre Behandlungen hat.

Der Verband der Privaten Krankenversicherung erkennt an, dass mit den vorgeschlagenen Maßnahmen eine Refinanzierung neuer Aufgaben erfolgt, die von den Krankenhäusern zu übernehmen sind, und dass die finanzielle Situation des stationären Sektors kurzfristig verbessert werden kann. Um auch mittel- und langfristig eine sinnvolle und angemessene Allokation der Vergütung für eine stabile Finanzierung der stationären Versorgung zu erreichen, die den anerkannten Zielen einer guten Versorgungsqualität ohne problematische Anreize zu einer medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung gerecht wird, geht der Verband der Privaten Krankenversicherung davon aus, dass die Weiterentwicklung von Strukturveränderungen im Krankenhausbereich ein wichtiges Thema auf der Agenda der nächsten Legislaturperiode sein wird.

In der Neufassung des § 17c Abs. 3 KHG erhält der Schlichtungsausschuss auf Bundesebene die Aufgabe, eine verbindliche Klärung zu Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung vorzunehmen. Bisher sind bei der Bildung des Ausschusses die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband vorgesehen. Der Verband der Privaten Krankenversicherung hält seine Beteiligung an diesem Gremium für erforderlich, da die hier festzulegenden Regelungen gleichermaßen auch für privat versicherte Patienten gelten.

Eine Beteiligung des PKV-Verbandes ist in vergleichbaren Zusammenhängen (z.B. bei der Vereinbarung der Deutschen Kodierrichtlinien) etabliert. Die Beteiligung am Schlichtungsausschuss könnte analog zur Beteiligung an den Schiedsstellen nach § 18a Abs. 6 KHG ausgestaltet werden, d.h. der/die Vertreter der PKV würden auf die Anzahl der Vertreter der Krankenkassen angerechnet. Der PKV-Verband wäre damit Vertragspartner bei der Bildung des Schlichtungsausschusses. Damit wäre auch das Antragsrecht verbunden bzw. könnte auf die Landesausschüsse der Privaten Krankenversicherung erweitert werden.



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).<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 forcierter 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.<sup>2</sup>

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.

---

<sup>2</sup> 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.