

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
18(14)0091(38)
gel. VB zur öAnhörung am 25.03.
15_GKV-VSG
24.03.2015



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Stellungnahme

zum

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

BT-Drucksache 18/4095

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsversorgung umfassend verbessern: Patienten und Kommunen stärken, Strukturdefizite beheben, Qualitätsanreize ausbauen

BT-Drucksache 18/4153

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Wohnortnahe Gesundheitsversorgung durch bedarfsorientierte Planung sichern

BT-Drucksache 18/4187

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Private Krankenversicherung als Vollversicherung abschaffen - Hochwertige und effiziente Versorgung für alle

BT-Drucksache 18/4099

24. März 2015

Die Dualität von GKV und PKV sorgt für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung. Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt diese hochwertige Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist und gleichzeitig Rationierungen von Leistungen erschwert werden. Alle Bürgerinnen und Bürger profitieren von kurzen Wartezeiten und zeitnah vom medizinischen Fortschritt. Die PKV mit der PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheit ist damit integraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland.

I. Allgemeine Anmerkungen

Deutschland hat weltweit eines der besten Gesundheitssysteme. Der Versorgungsstandard ist hoch und eine flächendeckende (medizinische) Infrastruktur ist sichergestellt. Finanziert wird diese Versorgungsstruktur von der Gesetzlichen (GKV) und der Privaten Krankenversicherung (PKV). Zwei Finanzierungssäulen stellen eine Versorgungslandschaft sicher.

Die einzigartige Dualität aus GKV und PKV ist aber nicht nur eine verlässliche Finanzierungsbasis für eine hochwertige medizinische Versorgung. Auch der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV stärkt die medizinische Versorgung und trägt wesentlich dazu bei, dass der Zugang zu Innovationen – auch im internationalen Vergleich – schnell und umfassend ist und gleichzeitig Rationierungen von Leistungen erschwert werden. Anders als in der Regel im Ausland zu beobachten ist, existieren in Deutschland keine ungleichen parallelen Versorgungsstrukturen. Alle Bürgerinnen und Bürgern haben nicht nur einen schnellen Zugang zur medizinischen Versorgung, sondern profitieren auch zeitnah vom medizinisch-technischen Fortschritt.

Der Beitrag von GKV und PKV zum gemeinsamen Versorgungssystem ist systemspezifisch unterschiedlich. Während die GKV den gesetzlich Versicherten eine medizinische Versorgung auf Grundlage des SGB V unter Einsatz von Steuerungsinstrumenten wie der Bedarfsplanung von Vertragsärzten bereitstellt, gewährt die PKV ihren Versicherten auf privatvertraglicher Grundlage neben der grundsätzlichen Therapiefreiheit auch die Wahlfreiheit zwischen Ärzten- und Krankenhäusern. Dabei strahlt in einem gemeinsamen Versorgungssystem der Beitrag eines jeden Versicherungssystems immer auf die Versicherten des jeweils anderen Versicherungssystems aus, zum Beispiel:

- Die freie Arzt- und Krankenhauswahl der Versicherten sind Grundprinzipien der PKV. Davon profitieren direkt und indirekt auch die gesetzlich Versicherten. Der hohe Grad der Autonomie aller Versicherten bei der Wahl des Arztes und Krankenhauses ist international ein viel beachtetes Alleinstellungsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems.
- Die PKV garantiert Therapiefreiheit und größtmögliche Offenheit für den medizinischen Fortschritt. Denn im Umgang mit Innovationen gibt es in der PKV keine sektorenspezifischen Regelungen wie Verbots- und Erlaubnisvorbehalte. Der medizinische Fortschritt trifft auf niedrige Markteintrittsbarrieren sowie ein flexibles Vergütungssystem. So haben auch alle gesetzlich versicherten Patienten im internationalen Vergleich sehr schnellen Zugang zu einer flächendeckenden ambulanten und stationären Versorgung auf dem Niveau des therapeutischen und diagnostischen Fortschritts.
- Die Leistungsansprüche der Privatversicherten können im Zuge von Gesundheitsreformen weder eingeschränkt noch nach politischem Belieben verteuert werden. Sie sind als privatrechtliche Verträge durch das Grundgesetz geschützt. Im Zuge des Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV bedeutet das für die gesetzlich Versicherten, dass ohne Privatversicherungen als Korrektiv die Gefahr größer wäre, dass der Leistungskatalog in der GKV auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird.

- PKV-typische Steuerungsmechanismen wie z.B. Beitragsrückerstattung und Selbstbehalt bieten Anreize zu gesundheits- und kostenbewusstem Verhalten. Sie stärken das Prinzip der Eigenverantwortung. Dieses Grundprinzip wird in der PKV auch generationengerecht mit der Bildung von Alterungsrückstellungen eingehalten. Die Wahl einer privaten Krankenversicherung ermöglicht eine medizinische Versorgung ohne Subventionen und (schuldenfinanzierte) Staatszuschüsse. Sie schont alle zukünftigen Beitrags- und Steuerzahler.
- Die PKV gewährleistet den Leistungserbringern in der medizinischen Versorgung eine angemessene, nicht budgetierte Honorierung. Heute verantworten rund 11 Prozent Privatversicherte zum Beispiel rund 25 Prozent der Praxisumsätze der niedergelassenen Ärzte. Dieser überproportionale Beitrag der Privatpatienten stärkt die medizinische Versorgung und versetzt die Ärzte in die Lage, in Fachpersonal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Das stärkt die medizinische Versorgung und nutzt stets sowohl den gesetzlich als auch den privat versicherten Patienten.

Die PKV mit den PKV-typischen Wahl- und Therapiefreiheiten ist integraler Bestandteil des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland (ein Versorgungssystem, zwei Versicherungssysteme). Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) reguliert unmittelbar nur die GKV, hat aber mittelbar auch Auswirkungen auf die PKV. Die PKV nimmt zu ausgewählten Einzelaspekten des Gesetzentwurfs wie folgt Stellung.

II. Stellungnahme zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes

§ 75a Abs. 5 SGB V – Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Vorgeschlagene Regelung

Die Höhe der finanziellen Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung vermindert sich um den von den privaten Krankenversicherungsunternehmen gezahlten Betrag. Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung anzustreben.

Bewertung

Mit dem neuen § 75a SGB V werden in weiten Teilen die bislang im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG), dort in § 8, enthaltenen Regelungen in das SGB V aufgenommen. Die Regelungen werden dabei modifiziert. Die Beteiligung der PKV wird in identischer Formulierung aus dem GKV-SolG übernommen.

Im Zuge der Übernahme in das SGB V sollte aus Sicht der PKV eindeutig festgelegt werden, dass eine Mitfinanzierung durch die PKV nur auf Basis des tatsächlichen Einvernehmens der PKV zu den Verträgen nach Absatz 4 erwartet werden kann. In Absatz 5 müsste dementsprechend der Satz 2 lauten: „Über die Verträge nach Absatz 4 ist das Einvernehmen mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung herzustellen.“

In Absatz 1 wird mit Satz 4 sichergestellt, dass die Weiterbildungsstelle die Förderung in voller Höhe an den Weiterzubildenden auszahlt. Es bleibt aber hier und im gesamten § 75a offen, in welcher Höhe sich eine Weiterbildungsstelle selbst mit einer Vergütung an der Finanzierung des Weiterzubildenden beteiligt. Im vorgelegten Gesetzesentwurf könnte das dazu führen, dass die Bezahlung des Weiterzubildenden weitgehend oder gar vollständig aus Fördermitteln finanziert würde. Hier sollte eine klare Vorgabe für die Weiterbildungsstelle gemacht werden, dass dem Weiterzubildenden eine angemessene und seinem Weiterbildungsstand entsprechende Vergütung gezahlt wird.

In der Gesamtkonstruktion der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin fehlen auch 15 Jahre nach ihrer gesetzlichen Einrichtung Elemente der gezielten Unterstützung erfolgreicher Programme für die Facharztprüfung und Niederlassung als Allgemeinmediziner. Gefördert wird alleinig der Umstand, dass Weiterbildungsstellen betrieben werden. An dieser Stelle sollte das Gesetz klare Anreize bei der Förderung setzen, damit in den Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen mit erfolgreichen Programmen mehr Fördermittel aus dem Gesamtvolumen eingesetzt werden als in weniger erfolgreichen Bezirken. Eine solche erfolgsabhängige Förderung einschließlich der entsprechenden Evaluation könnte als weitere Nummer unter Absatz 4 Satz 2 verankert werden.

Grundsätzlich ist eine Finanzierung der Weiterbildungskosten in der Allgemeinmedizin durch die Versichertengemeinschaft ordnungspolitisch verfehlt, weil Weiterbildung eine versicherungsfremde Leistung ist. Der PKV-Verband steht der Anhebung der Mindestzahl an Weiterbildungsstellen von 5.000 aus dem GKV-SolG auf 7.500 deshalb sehr kritisch gegenüber, zumal eine bloße Stellenanhebung keine Garantie für die genannten Erfolgskriterien bietet.

§ 134a SGB V – Regressverzicht Hebammen

Vorgeschlagene Regelung

Durch die Einfügung in § 134a Absatz 5 SGB V sollen Regressforderungen der Kranken- und Pflegekassen nach § 116 Absatz 1 SGB X aufgrund von Behandlungsfehlern von freiberuflich in der Geburtshilfe tätigen Hebammen nicht mehr gestellt werden können, es sei denn, die Behandlungsfehler wurden vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht. Darüber hinaus soll der Regressverzicht gegenüber freiberuflichen Hebammen nicht durch eine gesamtschuldnerische Haftung unterlaufen werden können. Das zu versichernde Risiko soll damit reduziert werden und eine Stabilisierung der Berufshaftpflichtprämien erfolgen.

Bewertung

Die vorgesehene Beschränkung der Regressforderungen gegenüber freiberuflich tätigen Hebammen wird aus ordnungspolitischer Sicht abgelehnt. Es handelt sich hier um eine systemwidrige und nicht nachvollziehbare Bevorzugung der freiberuflich tätigen Hebammen. Mit der geplanten Regelung wird ein Präjudiz für andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen geschaffen, deren Beiträge für Berufshaftpflichtversicherungen ebenfalls steigen. Zudem setzt diese Regelung den Fehlanreiz für Krankenhäuser, keine angestellten Hebammen mehr zu

beschäftigen und nur noch mit freiberuflichen Hebammen zu arbeiten, weil sie damit gegebenenfalls ein eigenes Haftungsrisiko vermeiden könnten.

Eine Begrenzung der Regressansprüche der Geschädigten – in diesem Fall der GKV und mithin der Solidargemeinschaft – ist sehr problematisch. Denn letztlich haftet dann der einzelne Beitragszahler für von Hebammen verursachte Schäden. Der Gesetzesentwurf beziffert dann noch nicht einmal den durch den gesetzlichen Regressverzicht entstehenden Finanzierungsaufwand.

Schon die mit dem durch das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte finanzielle Privilegierung von Hebammen, die nur wenige Geburten betreuen, damit diese durch die Haftpflichtprämien nicht übermäßig belastet werden, ist als kontraproduktiv anzusehen. Sie widerspricht dem sonst unbestrittenen Grundsatz, der auch der Mindestmengenregelung (§137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V) zugrunde liegt, dass derjenige, der etwas häufig macht, in der Regel auch eine bessere Leistung/Qualität abliefern.

§ 137h Absatz 1 SGB V – Bewertung von Medizinprodukten mit hoher Risikoklasse

Vorgeschlagene Regelung

Wird hinsichtlich einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinprodukts mit hoher Risikoklasse beruht, erstmalig eine Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes gestellt, hat das anfragende Krankenhaus dem Gemeinsamen Bundesausschuss zugleich Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu dieser Methode sowie zu der Anwendung des Medizinprodukts zu übermitteln.

Bewertung

Das Vorhaben, Medizinprodukte der höchsten Risikoklassen einer Prüfung vor ihrer Anwendung in der Patientenversorgung zu unterziehen, wird ausdrücklich begrüßt. Die Umsetzung dieses Vorhabens mit Anträgen zum NUB-Verfahren nach § 6 Abs. 2 KHG als Auslöser einer Prüfung erscheint dabei nicht zielführend. Damit wird eine Prüfung an den Umstand einer geforderten Sonderfinanzierung durch ein Krankenhaus gekoppelt. Das wird aber nicht zwangsläufig der Fall sein.

In Frage zu stellen ist auch die Kopplung der Prüfung an eine Verwendung des Medizinproduktes im Zusammenhang mit einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode. Damit werden Medizinprodukte nicht erfasst, die dieses Kriterium nicht erfüllen, trotzdem aber Neuentwicklungen mit Gefahrenpotential darstellen können.

In dem Zusammenhang wird auch die Ausführung der Kriterien für zu prüfende Medizinprodukte in einer Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit kritisch gesehen. Die vorgesehene Definition eines „neuen theoretisch-wissenschaftlichen Konzeptes“ ist ein schwieriges Unterfangen. Deshalb wird angeregt, ein einfacher zu beschreibendes Kriterium wie das „Gefahrenpotential für den Patienten“ als Anlass für eine Prüfung vorzusehen. Das „Gefahrenpotential für den Patienten“ würde auch dem Umstand Rechnung tra-

gen, dass damit nicht alleine Verfahren mit invasivem Charakter einbezogen werden, wie es bislang im Gesetzentwurf vorgesehen ist.

Dass Fristen für die Prüfung gesetzt werden, ist zur zügigen Bearbeitung sinnvoll. Die vorgesehene 3-Monatsfrist für eine Bewertung nach Absatz 1 Satz 4 im neuen § 137h erscheint als generelle Regelung zu kurz gewählt. Im Falle einer vorzunehmenden Erprobungsregelung nach § 137e SGB V wäre sicherzustellen, dass die damit gesetzten Vorgaben und Qualitätsanforderungen ohne Unterschied für alle Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus gelten. Das ist derzeit nicht der Fall.

III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drucksache 18/4153)

Ausweitung geplanter Innovationsfonds nach § 92

Vorgeschlagene Regelung

Der Innovationsfonds nach § 92a SGB V n.F. soll dauerhaft implementiert sowie finanziell aufgestockt und der Kreis der möglichen Antragssteller deutlich ausgeweitet werden. Zugleich soll der Innovationsausschuss unabhängiger von den derzeitigen Trägern des Gemeinsamen Bundesausschuss werden. Zu der größeren Fördersumme soll auch die Private Krankenversicherung beitragen, sie soll in die Finanzierung einbezogen werden.

Bewertung

Die Private Krankenversicherung bejaht den Grundgedanken, innovationsfreundliche Strukturen zu schaffen. Dem vorgesehenen Innovationsfonds steht sie aber skeptisch gegenüber.

Durch halbstaatliche Fonds, die bürokratisch Mittel zuweisen, entstehen keine Innovationen. Dies hat schon eindrucksvoll die „Anschubfinanzierung“ der integrierten Versorgung gezeigt, die in der weit überwiegenden Mehrheit nur eine Dauersubvention selektiver Vertragsideen darstellte und erhebliche Mitnahmeeffekte generierte. Dauerhafte Strukturveränderungen oder finanziell tragfähige neue Versorgungsformen entstanden kaum. Der bessere Weg zu mehr Innovationen ist die Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Das deutsche Gesundheitswesen ist geprägt durch ein Versorgungssystem, zwei Versicherungssysteme und drei Ebenen des Wettbewerbs: innerhalb der GKV, innerhalb der PKV und zwischen GKV und PKV. Es gilt diese drei Ebenen des Wettbewerbs zu intensivieren und nicht zu nivellieren. Letzteres wäre aber die Folge, wenn alle Akteure verpflichtet würden, ein und denselben – ohnehin fragwürdigen – Ansatz zur Innovationsförderung zu finanzieren.

Zudem handelt es sich bei der Versorgungsforschung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Solche Maßnahmen sind nicht aus Beitragsmitteln und Versichertengeldern, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren. Mit dem Innovationsfonds soll die finanzielle Verantwortung für diese versicherungsfremde Aufgabe den Versicherten übertragen werden. Die Private Krankenversicherung sieht es kritisch, dass sich der Staat aus seiner Finanzierungsverantwortung zurückzieht. Erschwerend kommt hinzu, dass die Entscheidungshoheit, welche Projekte gefördert werden sollen und welche nicht, in staatlicher oder halbstaatlicher

Hand verbleiben soll. Auch der kollektive Charakter von Ergebnissen der Versorgungsforschung spricht dafür, dass die Forschungsförderung nicht aus Beitragsmitteln und Versicherungsgeldern erfolgen sollte, sondern aus dem Steuersystem zu finanzieren ist. Die Private Krankenversicherung hält deshalb die Finanzierung des Innovationsfonds aus Beitragsmitteln der Gesetzlichen und ggf. der Privaten Krankenversicherung für falsch.

Neben diesen grundsätzlichen Bedenken ist die von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen geforderte gesetzliche Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in die Finanzierung des Innovationsfonds rechtlich nicht zulässig. Privatversicherte haben einen Vertrag über einen bestimmten Versicherungsschutz abgeschlossen. Eine erzwungene Finanzierung eines gesetzlich eingerichteten Innovationsfonds wäre ein verfassungsrechtlich nicht zulässiger Eingriff in geschlossene Verträge. Ein Äquivalenzprinzip der Beiträge ist nicht gegeben. Verletzt wären somit auch die Rechtsprinzipien unserer Abgabenordnung: der über die bloße Mittelbeschaffung hinausgehende Sachzweck, die Sachnähe der belasteten Gruppe sowie die gruppennützige Verwendung der Finanzierungsmittel. Mithin würde eine Zwangsbeteiligung der PKV-Unternehmen eine unzulässige Sonderabgabe darstellen, die gegen die Finanzverfassung des Bundes verstieße und zugleich die betroffenen Unternehmen in ihrer Berufsfreiheit und dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz verletzen würde. Die strengen verfassungsrechtlichen Grenzen für Sonderabgaben mit Finanzierungsfunktion wären allesamt überschritten. Daher ist es ordnungspolitisch und verfassungsrechtlich richtig, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung keine Verpflichtung der Privaten Krankenversicherung zur Finanzierung des Innovationsfonds vorsieht.

IV. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 18/4187)

Forderung

Durch die höhere Honorierung der Ärzte und die fehlende Mengenregulierung in der PKV sei der Anteil von Privatpatienten in der Region ein wichtiger Faktor für die Niederlassung von Ärzten. So würden sich unterschiedlich lange Wartezeiten für gesetzlich und privat Versicherte ergeben. Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung sei daher ein Schritt hin zu mehr (wohnortnaher) Versorgungsgerechtigkeit.

Bewertung

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE begründet die Forderung nach Abschaffung der PKV als Vollversicherung (= Bürgerversicherung) vorwiegend mit dem Hinweis, dass die Versorgung von Privatpatienten mit Blick auf Warte- und Behandlungszeiten zu Lasten der wohnortnahen medizinischen Versorgung der gesetzlichen Versicherten (auch oder insbesondere in den ländlichen Regionen) geht. Sachlich läuft diese Erklärung vollständig ins Leere.

Angesichts unterschiedlicher Vergütungsregeln – insbesondere durch höhere und außerbudgetäre Vergütung ambulant tätiger Ärzte sowie durch die Privatliquidation im Krankenhaus mit ihrer Abführungspflicht an das allgemeine Krankenhausbudget – kommt es zu erheblichen Zahlungsströmen nicht zu Lasten, sondern zu Gunsten der gesetzlich Versicherten. In

Deutschland lösen rund 11 Prozent Privatversicherte ca. 25 Prozent der Praxisumsätze der niedergelassenen Ärzte aus. Diese Mehrumsätze, die nur deshalb entstehen, weil jemand nicht gesetzlich, sondern privat versichert ist, stärken die medizinische Versorgung und versetzen die Ärzte in die Lage, in Personal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Das nutzt stets auch den gesetzlich versicherten Patienten. Im Übrigen sind die Wartezeiten auf einen Arzttermin in Deutschland mit die kürzesten in ganz Europa.

Das gilt auch für die wohnortnahe Versorgung. Überall dort, wo es Privatpatienten gibt, stärken sie auch in strukturschwächeren Regionen das flächendeckende Angebot der medizinischen Versorgung. So verantwortet zum Beispiel in der Uckermark ein Privatpatientenanteil von gut 5 Prozent fast 13 Prozent der ärztlichen (ambulanten) Gesamthonorare. Ohne diese Mehrerlöse der Privatpatienten wäre das heutige Niveau der medizinischen Versorgungsstruktur in ländlichen Regionen nicht aufrechtzuerhalten.

V. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE (BT-Drucksache 18/4099)

Inhalt

In der PKV drohe den Versicherten (insbesondere im Alter) ein „Gesundheitsprekariat“. Gefordert wird deshalb, alle in Deutschland lebenden Menschen ab einem bestimmten Stichtag in der GKV zu versichern. Die PKV soll demzufolge auf Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen beschränkt werden. Die Alterungsrückstellungen der PKV sollen aufgelöst und in die GKV überführt werden. Die ehemals PKV-Beschäftigten sollen eine neue Anstellung in der GKV erhalten.

Bewertung

In der PKV kann von einem „Gesundheitsprekariat“ keine Rede sein. Die Forderung nach „Sozialfunktionalität“ ist in der PKV voll erfüllt. Das gilt auch oder insbesondere für die Beitragsentwicklung im Alter. Gerade im Alter kommen mehrere beitragsentlastende Faktoren zum Tragen:

- In der PKV stellen die Alterungsrückstellungen sicher, dass jede Versichertengeneration für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst Vorsorge trifft. Seit dem Jahr 2000 wird darüber hinaus ein 10 Prozent-Zuschlag auf die Versicherungsbeiträge erhoben. Dieser Zuschlag schützt die Versicherten vor unverhältnismäßigen Kostenentwicklungen durch den medizinisch-technischen Fortschritt. Die zusätzlichen Mittel aus diesem Zuschlag kommen den Versicherten im Alter ab dem 65. Lebensjahr zu gute.
- Zur Stabilisierung der Beiträge im Alter müssen die Unternehmen der PKV außerdem den Versicherten 90 Prozent der Zinsüberschüsse gutschreiben.
- Während gesetzlich Versicherte keinerlei Einfluss auf ihren Versicherungsbeitrag haben, können Privatversicherte ihren Beitrag an verschiedenen „Stellschrauben“ mitbestimmen. Den Privatversicherten steht jederzeit der Wechsel in einen anderen Tarif ihres Versi-

cherungsunternehmens offen. Auch durch den Verzicht auf einzelne Leistungsbestandteile oder eine Erhöhung des Selbstbehalts lassen sich die Beiträge senken.

- In der PKV gibt es mit dem Standardtarif einen gut funktionierenden „Sozialtarif“, dessen Beitrag nach gesetzlicher Vorgabe niemals den Höchstbeitrag der Gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen kann. Wechselt zum Beispiel ein 66-jähriger Mann (eine 72-jährige Frau) nach 34 (33) Jahren Versicherungszeit in einem klassischen PKV-Tarif in den Standardtarif, liegt sein (ihr) Beitrag im Standardtarif bei 113,66 Euro (189,21 Euro). Der Durchschnittsbeitrag des Standardtarifs liegt aktuell bei rund 280 Euro.
- In Ergänzung zum Standardtarif gibt es den PKV-Basistarif. Hilfebedürftige nach dem Sozialgesetzbuch finden im Basistarif vollen Schutz ohne persönliche Beitragsbelastung. Der Basistarif garantiert jedem im Sinne des Sozialrechts hilfebedürftigen Menschen einen Krankenversicherungsschutz auf GKV-Niveau.

Passgenaue Lösungen stehen den Privatversicherten also nicht nur zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses offen, sondern ausdrücklich auch dann, wenn sie einmal in schwierige Lebenslagen geraten sollten. Der Großteil der Privatversicherten hat allerdings kein Problem damit, seine Beiträge auch im Alter zu bezahlen: Nur etwa 0,8 Prozent aller Versicherten nahm 2013 einen der beiden Sozialtarife in Anspruch.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE reproduziert die Kernforderung der Konzepte zur Bürgerversicherung und zum einheitlichen Versicherungsmarkt: Die Abschaffung der PKV. Für das deutsche Gesundheitssystem wäre damit der Systemwettbewerb zwischen einer öffentlich-rechtlichen und einer privatwirtschaftlichen Säule unwiederbringlich beendet. Das würde unter anderem das medizinische Versorgungsniveau und dessen (nachhaltige) Finanzierung nicht stärken, sondern schwächen:

(a) Abschaffung von Vielfalt und Wahlfreiheiten

Die Existenz der Privaten Krankenversicherung ist Ausdruck von Wahlfreiheit und Wettbewerb. In Deutschland haben sich fast 9 Millionen Versicherte eigenverantwortlich für einen Schutz in der PKV entschieden. Sie haben das auch deshalb getan, weil die Tarifvielfalt der PKV – anders als der standardisierte Leistungskatalog in der GKV – den Abschluss eines individuellen, maßgeschneiderten Versicherungsschutzes ermöglicht. Die Dualität aus GKV und PKV steht deshalb für Wahlfreiheit sowie Vielfalt dank Beitrags-, Service- und Leistungswettbewerb. Bei der Forderung, die PKV abzuschaffen, geht es um das Gegenteil: Mit der ausnahmslosen Mitgliedschaft aller Bürgerinnen und Bürger in der GKV, der Überführung der PKV in das Regelwerk der GKV und dem standardisierten Leistungskatalog für alle entstünde ein einheitliches Versicherungssystem, das Wettbewerb und Vielfalt abschaffte und vollends dem staatlichen Einfluss unterläge.

(b) Fehlende Generationengerechtigkeit

DIE LINKE will mit der Abschaffung der PKV und der gleichzeitigen Auflösung beziehungsweise Überführung der Alterungsrückstellungen in die GKV die im demografischen Wandel an Grenzen stoßende Umlagefinanzierung auf alle Bürger ausweiten. Das bürdet einseitig den nachfolgenden Generationen enorme Zusatzlasten auf. Denn im Umlageverfahren werden

alle Beitragseinnahmen sofort wieder für die laufenden Kosten ausgegeben. Dabei zahlen die Jüngeren vor allem für die besonders hohen Gesundheitsausgaben der Rentner. Weil es aber in naher Zukunft viel mehr Ältere und zugleich immer weniger aktive Erwerbstätige geben wird, werden die Jüngeren diese stark steigenden Lasten auf Dauer nicht mehr tragen können. Die (bessere) Alternative ist schon heute, Gesundheitsleistungen generationengerecht zu finanzieren. In der PKV ist das zum Wohle aller zukünftigen Steuer- und Beitragszahler der Fall.

(c) Abschaffung des Systemwettbewerbs

DIE LINKE verspricht mit der Abschaffung der PKV gleiche Leistungen für alle. In der Realität würden dann – nach dem Vorbild der GKV – ein eingeschränkter Leistungskatalog mit Budget-Grenzen für alle gelten. Nur durch die Existenz von zwei Versicherungssystemen gibt es aber überhaupt einen Preis-, Leistungs- und Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Wenn die Private Krankenversicherung (PKV) abgeschafft würde, entfielen die PKV als Korrektiv und Wahlalternative. Dann ließen sich in der GKV leichter die Beiträge erhöhen, die Budgetgrenzen für die Ärzte senken und die Leistungen für die Versicherten kürzen.

(d) Abschaffung des Ideenwettbewerbs

Systemwettbewerb heißt auch Ideenwettbewerb. Das duale System schafft Spielräume für Unterschiede und damit alternative Lösungswege. Im Wettbewerb der Ideen hat zum Beispiel die aufsuchende Private Pflegeberatung COMPASS einen wertvollen Beitrag zur Optimierung des Gesamtsystems geleistet. Die Abschaffung der PKV würde diesen Ideenwettbewerb zum Nachteil der gesetzlich als auch privat Versicherten beenden.

(e) Schaden für die medizinische Versorgung

Privatversicherte lösen in jedem Versorgungssektor – Arzt, Krankenhaus, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel – einen Mehrumsatz aus. Diese zusätzlichen Honorare, die nach einer Studie des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen (PVS) allein im ambulanten Bereich je niedergelassenen Arzt bei rund 44.000 Euro jährlich liegen, versetzen die Ärzte in die Lage, regelmäßig in medizinisches Fachpersonal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Mit der Abschaffung der PKV ginge dieser (überproportionale) Beitrag der Privatpatienten zur medizinischen Versorgung in Deutschland zum Schaden aller gesetzlich Versicherten unwiederbringlich verloren.

(f) Bedrohung des medizinischen Fortschritts

Das deutsche Gesundheitswesen gehört zu den besten der Welt. Internationale Studien bescheinigen immer wieder eine überdurchschnittlich hohe Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Für den medizinischen Fortschritt bedarf es verlässlicher Rahmenbedingungen, die Fortschritt durch Innovation ermöglichen. Dazu gehört auch das duale Versicherungssystem mit innovationsfreundlichen Rahmenbedingungen, die insbesondere in der PKV vorherrschen. Denn auch wenn die PKV nicht jede (Schein-)Innovation akzeptiert, wird in der PKV jede medizinisch notwendige Heilbehandlung stets und ohne Genehmigungsvorbehalt und Wartezeit gewährt. So gelangen Innovationen – auch zum Nutzen aller gesetzlich Versicherten – schnell und unbürokratisch in das Gesundheitssystem. Mit der Abschaffung der PKV würde dieses spezifische „Einfallstor“ für Innovationen unwiederbringlich geschlossen.

(g) Weg in die Zwei-Klassen-Medizin

Die Existenz der PKV befördere – so die Wahrnehmung der Fraktion DIE LINKE – eine Zwei-Klassen-Medizin. Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung sei daher ein wichtiger Schritt hin zu mehr Versorgungsgerechtigkeit. Eintreten würde aber das Gegenteil. Denn Blicke ins Ausland zeigen, dass sich gerade in (steuerfinanzierten) Versorgungssystemen oder einheitlichen Versicherungssystemen parallele Versorgungsstrukturen bilden, in denen sich die Wohlhabenden besondere Arzt- und Krankenhausleistungen einkaufen. In Deutschland gibt es dagegen zwei Versicherungssysteme, aber nur eine Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser einheitlichen Versorgungsstruktur sorgt gerade das Nebeneinander von PKV und GKV dafür, dass es für die gesamte Bevölkerung zu einer sehr guten (zeitnahen) medizinischen Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten kommt.

(h) Verlust von Arbeitsplätzen

Die Abschaffung der PKV würde nach Auffassung der LINKEN keine Arbeitsplätze im Versicherungssystem gefährden. Alle ehemals PKV-Beschäftigten sollen eine neue Anstellung in der GKV erhalten. Ein Versprechen, das längst widerlegt ist. Ein von der Gewerkschaft ver.di bei der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebenes Gutachten kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass – wenn die PKV als Vollversicherung abgeschafft wird – 60.000 Arbeitsplätze bedroht sind, davon mindestens 35.000 sofort. Ersatz-Arbeitsplätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung wird es – so das Gutachten – u.a. auf Grund unterschiedlicher Qualifikations- und Strukturbedingungen in den Versicherungssystemen nicht geben.