

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Matthias W. Birkwald, Katja Kipping, Azize Tank, Kathrin Vogler, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

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

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Existenz und Ausgestaltung der privaten Krankenversicherung (PKV) hat historische Gründe, denn PKVen gab es bereits vor der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Im Zuge der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung wurden gewisse Bevölkerungsteile als schutzbedürftig definiert und in die GKV einbezogen. Wer qua Gesetz nicht schutzbedürftig war, konnte seinen Krankenversicherungsschutz auch weiterhin über die PKV organisieren. Dieses Prinzip hat bis heute Bestand, auch wenn seit Bestehen der GKV immer größere Teile der Bevölkerung in die Schutzbedürftigkeit einbezogen wurden und mittlerweile fast 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich krankenversichert sind.

Die Existenz zweier Versicherungssysteme schafft Gerechtigkeitsprobleme und führt zu ungleicher Versorgung und persönlichen Härten. Die PKV untergräbt die Finanzierung der GKV, droht aber selbst, nicht zukunftsfest zu sein. Eine Konzeption, die die aktuellen Erfordernisse berücksichtigt, müsste auf die private Krankenversicherung als Vollversicherung verzichten oder sie, wie beispielsweise in Japan, sogar verbieten.

Die PKV ist gesamtgesellschaftlich unzweckmäßig und schädlich. Sie schwächt die GKV, weil insbesondere „gute Risiken“ in der PKV versichert sind. Sie bedeutet steigende Beiträge für ältere privat Versicherte, die besonders auf ihre Krankenversicherung angewiesen sind und deren Einkommen typischerweise mit dem Ende der Erwerbsbiographie sinkt. Obwohl das Versicherungsaufsichtsgesetz und das Handelsgesetzbuch zwingend vorsehen, dass die PKV die Alterungsrückstellungen so kalkulieren muss, dass Prämien nicht aufgrund von höheren Gesundheitskosten im Alter erhöht werden müssen, löst die PKV diese Verpflichtung nicht ein. Die PKV verursacht Ungerechtigkeiten und persönliche Härten an den Grenzen beider Versicherungssysteme (z. B. bei den Voraussetzungen für die Krankenversicherung der Rentnerinnen und Rentner, bei der Beitragsbemessung Selbständiger oder bei Beamtinnen und Beamten, die eine GKV wünschen bzw. benötigen). Sie ist ungeeignet bei Versicherten, deren Einkommen aus welchen Gründen auch immer wegbriecht.

Die PKV sorgt für Ungerechtigkeiten in der medizinischen Leistungserbringung, angefangen von Wartezeiten auf einen Arzttermin, über die Wartezeiten in der Praxis bis hin zu unterschiedlichen Diagnostikmethoden und Therapien für gesetzlich und

privat Versicherte. Sie ist ineffizient, denn für eine vergleichbare ambulante Versorgung wendet die PKV deutlich mehr Geld auf als die GKV. Zudem zahlt die PKV auch für fragwürdige Untersuchungen und Therapien, während für einige medizinisch notwendige Maßnahmen oft kein tariflicher Leistungsanspruch besteht (z. B. für Psychotherapie). Viele PKV-Versicherte können dennoch als überversorgt gelten, nicht zuletzt, weil die Leistungserbringer oft massive finanzielle Anreize zur Überversorgung haben, zum Nachteil der Versicherten.

Der Basistarif in der PKV, der mit der allgemeinen Versicherungspflicht 2009 geschaffen wurde, sorgt dagegen für eine Unterversorgung zu sehr hohen Beiträgen im Vergleich mit denjenigen der GKV. Im Gegensatz zur kassenärztlichen Versorgung können Versicherte im Basistarif von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten abgelehnt werden, was diese aufgrund der niedrigen Honorarsätze auch häufig tun.

Der neu eingeführte Notfalltarif in der PKV droht ein Gesundheitsprekariat zu schaffen. Versicherte, die ihre Beiträge nicht mehr zahlen können, sind oftmals auf Dauer arm, wenn sie beispielsweise aufgrund von Krankheit oder Arbeitslosigkeit kein Einkommen haben. Im Notfalltarif erhalten diese bereits über 100 000 Menschen nur noch eine Versorgung bei akuten Krankheiten, Schmerzen sowie bei Schwangerschaft. Für dieses Problem der einkommensbedingten Unfähigkeit, Beiträge zu leisten, hat die PKV bislang keinerlei Lösung finden können.

Auch in Bezug auf die Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung würde die Abschaffung der PKV viele wesentliche Probleme lösen. Neben dem Problem der Wartezeiten, dem mit Terminservicestellen nur symbolhaft begegnet werden kann, betrifft dies auch die räumliche Verteilung der Arztpraxen. Es sind nicht dort besonders viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zu finden, wo der Versorgungsbedarf besonders hoch ist, sondern wo besonders viele PKV-Versicherte als Patientinnen und Patienten zu erwarten sind. Die Folge ist das Erkaufen einer Überversorgung auf der einen Seite mit einem Ärztemangel in PKV-armen Regionen auf der anderen Seite. Ähnliche Schwierigkeiten ergeben sich bei der Chefarztbehandlung im Krankenhaus. Da private Versicherungsverträge häufig Chefarztbehandlung und Wahlleistungen umfassen, werden Anreize dafür gesetzt, dass Chefarztinnen und Chefarzte nicht diejenigen behandeln, bei denen dies medizinisch begründet ist, sondern diejenigen, bei denen das höchste Honorar zu erzielen ist. Will man dieses Problem an der Wurzel packen, bleibt nur die eine einheitliche Gebührenordnung für die Behandlung sämtlicher Patientinnen und Patienten, die sinnvollerweise nur mit der Abschaffung der PKV als Vollversicherung einhergehen kann.

Immer häufiger wird auch die strukturelle Zukunftsfähigkeit der PKV infrage gestellt. Damit die PKV die zukünftigen Ansprüche ihrer heutigen relativ jungen Versicherten erfüllen kann, ist sie auch in Zukunft angesichts des Versagens der Altersrückstellungen auf einen stetigen Zulauf von neuen und jungen Versicherten angewiesen. Bei den Beamtinnen und Beamten ist dies aufgrund der erschwerten Wahlmöglichkeit in Richtung GKV möglicherweise gewährleistet. Bei den übrigen potenziellen PKV-Versicherten, insbesondere bei Selbstständigen, scheinen sich jedoch die Risiken, die mit der Entscheidung für die PKV einhergehen, herumgesprochen zu haben. Schon seit 2012 sinken die Mitgliederzahlen in der PKV. Wenn dieser Trend längere Zeit anhält, wird sich die Leistungsfähigkeit der PKV nur über stärkere Beitragserhöhungen bei den Versicherten aufrechterhalten lassen und auch das funktioniert nur, solange diese die hohen Beiträge tatsächlich zahlen können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, einen Gesetzentwurf einzubringen, der folgende Regelungen trifft:

- a) Alle in Deutschland lebenden Menschen werden ab einem zu bestimmenden Stichtag in der GKV versichert. Die PKV wird auf Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen beschränkt.
- b) Die Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV sind aufzulösen. Im Gegenzug haben die Unternehmen der PKV Ausgleichszahlungen an den Gesundheitsfonds zu leisten. Diese Ausgleichszahlungen in Höhe der Alterungsrückstellungen werden nach ihrer Auflösung in einen kollektiven Reservestock überführt. Der Grund für die Alterungsrückstellungen der PKV entfällt mit der Übertragung der Versicherten an die GKV. Die GKV trägt in Zukunft das Alterungsrisiko dieser Versicherten.
- c) Für die Beschäftigten sowie die Versorgungsempfängerinnen und -empfänger des Bundes, die beihilfeberechtigt sind, wird die Beihilfe zum Stichtag durch einen dem Arbeitgeberbeitrag für die angestellten Beschäftigten entsprechenden Beitrag zur GKV ersetzt. Sofern für die Überleitung der übrigen Beihilfeberechtigten Änderungen durch die Gesetzgebung des Bundes erforderlich sind, sind diese durchzuführen. Mit den übrigen Dienstherrinnen und Dienstherrn sucht die Bundesregierung den Dialog, um eine reibungslose Überleitung zu gewährleisten.
- d) Den Beschäftigten der PKV ist ein Übergang in neue notwendig werdende Stellen in der GKV zu gewährleisten. Die Qualifikation ist sicherzustellen.

Berlin, den 24. Februar 2015

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

Begründung

Grundsätzlich besitzt der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Sozialstaats einen weiten Ermessensspielraum, der auch vom Bundesverfassungsgericht immer wieder bestätigt worden ist. In einer ganzen Reihe von Urteilen hat das Bundesverfassungsgericht klargestellt, die Finanzierbarkeit des Sozialversicherungssystems stelle einen „überragend wichtigen Gemeinwohlbelang“ dar. Der Gesetzgeber sei unter der Prämisse des Gemeinwohls weitgehend frei, wie er die Sozialversicherung ausgestalte, um das Ziel der Finanzierbarkeit zu erreichen. Um den Solidarausgleich zwischen Gesunden und Kranken, Gutverdienenden und Geringverdienenden, Alleinstehenden und Familien zu gewährleisten, könne der Gesetzgeber den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie er es für eine leistungsfähige Solidargemeinschaft erforderlich halte. Wenn die Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung nötig ist, um die finanzielle Stabilität der solidarischen Krankenversicherung zu erhalten, widerspricht das deshalb nicht per se dem Grundgesetz.

Bisherige gesetzgeberische Eingriffe in das Geschäftsfeld der privaten Krankenversicherung (PKV) wurden allesamt durch das Bundesverfassungsgericht bestätigt:

- Einführung der verpflichtenden privaten Pflegeversicherung (Beschluss vom 03. April 2001 – 1 BvR 1629/94): Der Eingriff in den Artikel 2 GG (allgemeine Handlungsfreiheit) sei verfassungsgemäß, da der Gesetzgeber legitime Zwecke des Allgemeinwohls verfolge.
- Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze (Beschluss vom 04. Februar 2004 – 1 BvR 1103/03): Das Grundrecht auf Berufsausübung erfasst keine Ansprüche auf zukünftige Erwerbsmöglichkeiten der PKV-Unternehmen.

- 3-Jahresgrenze, allgemeine Versicherungspflicht, Rückkehrrecht (Beschluss vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 825/08): Der Eingriff in das Grundrecht der Berufsausübung sei aus „hinreichend wichtigen Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt“.
- Basistarif, Kontrahierungszwang (Urteil vom 10. Juni 2009 – 1 BvR 706/08): Das formulierte Ziel des Gesetzgebers, allen Bürgerinnen und Bürgern einen bezahlbaren Versicherungsschutz zu sichern, wird in vollem Umfang bestätigt. Dazu kann sich der Gesetzgeber auf das Sozialstaatsgebot berufen.

Von ihrer Einbeziehung in die GKV an hätten die früheren PKV-Versicherten einen Beitrag nach den Regeln der GKV zu entrichten. Sie würden nach ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung des Solidarsystems beteiligt; folglich kann der Beitrag niedriger oder höher als bisher sein. Im Gegenzug müssen sie keine Beiträge mehr für Familienangehörige entrichten. Der Einbezug der PKV-Versicherten sollte auf einmal erfolgen, denn die Weiterführung der Altverträge ohne Neuzugänge ist weder für die Versicherten noch für die Unternehmen wirtschaftlich sinnvoll.

Der Beitrag zur privaten Vollversicherung umfasst zwei Leistungskomponenten: Leistungen, die denen der GKV entsprechen und Leistungen, die darüber hinausgehen. Für beide Komponenten werden Alterungsrückstellungen gebildet. Die Einbeziehung in die GKV (einschließlich der Übertragung des größten Teils der Alterungsrückstellungen durch Ausgleichszahlungen) betrifft die erste Komponente. Leistungen, die darüber hinausgehen, können in Form einer Zusatzversicherung weitergeführt werden. Dabei wird der Teil der Alterungsrückstellungen, der sich auf diese Leistungen bezieht, angerechnet.

Nach einem Gutachten der Wissenschaftlichen Dienste des Bundestages begründen die Alterungsrückstellungen keinen individuellen Anspruch auf eine bestimmte Geldsumme, fallen also nicht unter den Eigentumsbegriff des Grundgesetzes. Altersrückstellungen stellen auch keine Anwartschaften dar, da Anwartschaften als rechtlich abgesicherte Erwartungen definiert sind. Die Alterungsrückstellungen müssten festgelegten Kriterien zur Beitragssenkung folgen. Sie stellen aber lediglich eine diffuse Beitragssenkung in Aussicht und begründen daher keinen individuellen Anspruch. Die Alterungsrückstellungen werden nach ihrer Auflösung in einen kollektiven Reservestock der GKV überführt. Ein Gutachten von Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback belegt, dass die Grundrechte der Versicherten und der Unternehmen dadurch nicht verletzt würden. Der Vorgang ist für die PKV-Unternehmen bilanzneutral, die gewinnsteigernde Auflösung der Alterungsrückstellungen wird durch die Ausgleichszahlungen kompensiert. Die Auflösung der Alterungsrückstellungen ist notwendig, da der Grund für die Rückstellung mit der Übertragung der Versicherten an die GKV entfällt. Da aber in Zukunft die GKV das Alterungsrisiko der vorher PKV-Versicherten trägt und die PKV davon entlastet wird, ist eine Ausgleichszahlung begründet. So werden zwar nicht die Alterungsrückstellungen übertragen, aber Zahlungen an den Gesundheitsfonds möglich. In den Bilanzen der PKV-Unternehmen sind die Ausgleichszahlungen an die GKV gewinnmindernd, so dass der Vorgang die Bilanzen nicht berührt und keine steuerlichen Nachteile entstehen (Bieback, Prof. Dr. Karl-Jürgen, „Die Einbeziehung der Alterungsrückstellungen der PKV in die erweiterte GKV – Rechtsgutachten zur Verwendung der Alterungsrückstellungen in einem Bürgerversicherungsmodell“, 2006).

Soweit es möglich ist, werden ggf. betriebsbedingt gekündigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der PKV neue notwendig werdende Stellen in der GKV angeboten. Qualifikationsangebote für diese Stellen sowie für andere Tätigkeiten sind sicherzustellen. Ein nicht geringer Teil der Außendienstbeschäftigten der PKV kann im expandierenden Markt der privaten Versicherungen weiterbeschäftigt werden. Nach der Statistik des Arbeitgeberverbandes der Versicherungswirtschaft AGV gliedern sich die (sozialversicherungspflichtigen) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der PKV in 74,4 Prozent Innendienst, 19,4 Prozent Außendienst und 6,2 Prozent Auszubildende (2012). Die PKV wird weiterhin Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen anbieten. Das heißt, ein Teil der Arbeitsplätze im Vertrieb und in der Vertriebsunterstützung bleibt erhalten.

Doch der größte Teil der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeitet im Innendienst. Ihnen soll ein sozialverträglicher Übergang in die Unternehmen der GKV ermöglicht werden. Durch die Überführung der bisher PKV-Versicherten in die GKV kommen zu den rund 70 Mio. GKV-Versicherten rund 9 Millionen neue Mitglieder hinzu. Es entstehen im Gegenzug Arbeitsplätze, die vorrangig durch die ehemaligen Beschäftigten der PKV besetzt werden sollen. Viele Tätigkeiten sind durchaus vergleichbar oder ähnlich: Aufnahme neuer Mitglieder, Verwaltung, Betreuung, Beitragsermittlung, IT-Dienstleistungen, Sachbearbeitung, Sekretariat, Prämieinzug, Rechtsabteilung etc. Gegebenenfalls notwendige Fortbildungen sind zu finanzieren.

Die Einbeziehung der Beamtinnen und Beamten in die GKV erfordert den Ersatz der Beihilfe durch einen arbeitnehmertypischen Arbeitgeberanteil zum Krankenversicherungsbeitrag. Das Bundesverfassungsgericht hat hinsichtlich der Beamtinnen und Beamten einige Feststellungen getroffen. So gehört das Alimentationsprinzip zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums. Es bedeutet die Verpflichtung, Beamtinnen und Beamten und ihren Familien einen amtsangemessenen Unterhalt zu zahlen und beinhaltet die Fürsorgepflicht der Dienstherrinnen und Dienstherrn. Das System der Beihilfegewährung hat sich dagegen erst in jüngerer Zeit herausgebildet. Es „gehört nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums und könnte jederzeit geändert werden, ohne dass Art. 33 Abs. 5 GG berührt wäre. Dementsprechend besteht auch keine spezielle verfassungsrechtliche Verpflichtung, den Beamten und Versorgungsempfängern für Krankheitsfälle und Ähnliches Unterstützung gerade in Form von Beihilfen im Sinne der Beihilfavorschriften oder gar von solchen Beihilfen in bestimmter Höhe zu gewähren“ (Beschluss vom 25. September 2001 – 2 BvR 2442/94).

Eine verfassungsrechtliche Verpflichtung, Beamtinnen und Beamten im Krankheitsfall Unterstützung durch Beihilfen zu gewähren oder sogar in Form von Beihilfen in einer bestimmten Höhe, besteht demnach nicht. Das System der Beihilfe ist kein notwendiger Bestandteil der Alimentation von Beamtinnen und Beamten. Die amtsangemessene Alimentation muss nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichtes lediglich die Kosten einer Krankenversicherung decken, die zur Abwendung krankheitsbedingter Belastungen erforderlich ist, soweit diese durch die Fürsorgepflicht nicht abgedeckt sind (Beschluss vom 07. November 2002 – 2 BvR 1053/98). Die Beihilfe wird somit nicht automatisch von der Versorgungsverpflichtung erfasst und kann grundsätzlich geändert und durch andere beamtenrechtliche Leistungen ersetzt werden. Rechtlich ist es also möglich, Beamtinnen und Beamte in die GKV einzubeziehen (Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste vom 21. Dezember 2010 (AZ WD 3 – 3000 – 492/10). Siehe auch: Böckmann, Roman, „Quo vadis, PKV? Eine Branche mit ihrem Latein am Ende?“, 2011, S. 129-130).

Nicht in die Regelungskompetenz des Bundes fallen jedoch die Beihilfeberechtigten, die nicht den Bund, sondern Länder, Kommunen und andere Dienstherrinnen und Dienstherrn haben. Wo dennoch bundesgesetzliche Änderungen notwendig sind, werden sie durchgeführt. Ein Dialog mit den übrigen Dienstherrinnen und Dienstherrn der Beihilfeberechtigten ermöglicht auch für diese einen reibungslosen Übergang in die GKV. Genaue Prognosen für die Folgen auf die Haushalte von Bund, Ländern und Gebietskörperschaften gibt es nicht. Es ist davon auszugehen, dass bei beruflich aktiven Beihilfeberechtigten Arbeitgeberbeiträge teurer sind, während bei Versorgungsempfängerinnen und -empfängern gegenüber der heutigen Beihilfe recht hohes Einsparpotenzial besteht. (Adam, Hans, „Substitution der Beihilfe durch Einbeziehung der Beamten in die private Krankenversicherung? Fiskalische Auswirkungen am Beispiel des Landes Niedersachsen“, S. 14 ff., abrufbar unter: www.zoegu.nomos.de/fileadmin/zoegu/doc/Aufsatz_06_04.pdf). So könnten für die öffentlichen Haushalte gerade bei einem zukünftig steigenden Anteil an Versorgungsempfängerinnen und Versorgungsempfängern Einsparungen erreicht werden.

