

Stellungnahme

zum

Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann,
weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Solidarische und gerechte Finanzierung von Gesundheit und Pflege

Drucksache 18/11722

anlässlich der öffentlichen Anhörung des
Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages
am 21. Juni 2017 in Berlin

Der Antrag der Fraktion Die Linke zielt auf einen Bruch mit den tragenden Konstruktionsprinzipien des deutschen Gesundheitswesens ab: Die PKV als privatwirtschaftliche Säule würde abgeschafft, die GKV würde fortan die einzige Säule des deutschen Krankenversicherungssystems werden. Es ist nicht erkennbar, welches Problem damit gelöst werden kann. Das Konzept würde, wie alle Bürgerversicherungsmodelle, zu fundamentalen Problemen führen:

- Die Bürgerversicherung gefährdet die medizinische Infrastruktur: Sie würde ihr Finanzmittel entziehen und sie auch grundsätzlich auf eine instabile Refinanzierungsbasis stellen.
- Die Bürgerversicherung führt zur „Zwei-Klassen-Medizin“: Wie aktuelle wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, wirkt die Dualität aus PKV und GKV in einem gemeinsamen Versorgungssystem bislang als Korrektiv gegen die in anderen europäischen Gesundheitssystemen üblichen Rationierungen. Entfielen dieser Systemwettbewerb, entstünde zwangsläufig – wie in anderen europäischen Ländern – als Reaktion auf die in Einheitssystemen übliche Rationierung eine exklusive Privatmedizin in Abhängigkeit vom individuellen Geldbeutel.
- Die Bürgerversicherung steht im Widerspruch zur Generationengerechtigkeit in der Krankenversicherung. Auch mit Blick auf das Leitmotiv der Umverteilungsgerechtigkeit produziert bislang jedes Bürgerversicherungskonzept neue Ungerechtigkeiten.
- Die Bürgerversicherung führt zu einer drastischen Erhöhung der Lohnzusatzkosten und würde damit die deutsche Wirtschaft im internationalen Wettbewerb um die besten Köpfe benachteiligen.
- Nach Angaben der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung wären durch Abschaffung der PKV allein in diesem volkswirtschaftlichen Segment bis zu 51.000 Arbeitsplätze bedroht.

Inhalt

I. Zum Konzept der Fraktion Die Linke.....	3
Abschied von Sozialversicherung und Systemwettbewerb.....	3
Illusionen der Beitragssatzentlastung.....	4
(Fehl-)Annahmen und empirische Defizite	5
Solidarbeitrag der Privatversicherten.....	5
Sozioökonomische Struktur der Privatversicherten.....	5
Regionale Ärzteverteilung	5
Belastung der GKV im demografischen Wandel.....	6
Missachtung der demografischen Entwicklung	6
Verfassungswidrigkeit der Integration aller Beamten in die GKV	7
Geschäftseinschränkung für die PKV	7
Vernachlässigung hoher Transaktionskosten.....	8
Belastungen der Arbeitnehmer	8
Belastungen der Arbeitgeber	8
Negative Arbeitsplatzeffekte der Bürgerversicherung	8
Zusätzliche Belastungen durch Abschaffung der Beihilfe	9
Zusatzbelastungen durch Abschaffung von Mindestbeiträgen	9
Offene Frage: Einheitliche Honorarordnung.....	10
Honorarordnung und Mehrumsätze als zentrale Fragen.....	10
Kompensation der Mehrumsätze.....	10
Verlust der Therapiefreiheit	11
II. Fazit.....	11

I. Zum Konzept der Fraktion Die Linke

Abschied von Sozialversicherung und Systemwettbewerb

Der Antrag der Fraktion Die Linke fordert die Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Krankenvollversicherung zu einem Stichtag und die Überführung sämtlicher Privatversicherter in die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung.

Alle in Deutschland lebenden Menschen, auch Beamte und Selbstständige, sollen dem Konzept zufolge in einer Bürgerversicherung, die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung genannt wird, versichert werden. Die PKV soll lediglich Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen anbieten dürfen. Alle medizinisch notwendigen Leistungen sollen zuzahlungsfrei zur Verfügung gestellt werden. Die Beiträge der Versicherten sollen paritätisch und einkommensabhängig erhoben werden. Alle Einkommen aus unselbständiger und selbständiger Arbeit sowie alle sonstigen Einkommensarten wie Kapital-, Miet- und Pächterträge sollen der Beitragsbemessung – bei einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze – zugrunde gelegt werden. Mindestbeiträge sollten entfallen, die Berechnung des Beitrags sollte proportional zum Einkommen erfolgen. Alle in Deutschland lebenden Menschen sollten weiterhin ab Geburt einen eigenständigen Kranken- und Pflegeversicherungsanspruch erhalten, Menschen ohne Einkommen sollten einen eigenständigen beitragsfreien Versicherungsschutz erhalten.

Die Forderungen des Antrags hätten einen fundamentalen Bruch mit den bisherigen Konstruktionsprinzipien des deutschen Gesundheitswesens zur Folge:

- Namentlich die Abschaffung der PKV als der bewährten privatwirtschaftlichen Säule im dualen System sowie die Transformation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einer de facto Einheitskasse ohne Zusatzbeitragswettbewerb. Wettbewerbliche Elemente, die in Gesundheitssystemen ohnehin nicht so einfach zu implementieren sind wie in anderen Märkten, würden den Vorstellungen der Fraktion Die Linke zufolge gänzlich eliminiert: Zusatzbeiträge sollen entfallen und damit ein Wettbewerb zwischen Krankenkassen aufgehoben werden, die Versicherten hätten v.a. durch die Aufhebung sämtlicher Zuzahlungen keinerlei Eigenverantwortung mehr. Im Ergebnis stünde ein staatlich geregeltes Einheitssystem, dessen Finanzierung wie eine proportionale Steuer „auf alles“ wirkt. Der heutige Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV wäre in diesem Szenario Geschichte.
- Eingriff in bestehende Verträge und Missachtung des Bestandsschutzes: Die Forderung der Fraktion Die Linke nach einer Überführung sämtlicher Bestandsversicherter der PKV zu einem Stichtag in eine Bürgerversicherung ist schon verfassungsrechtlich nicht möglich.

- Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze liefe auf ein Ende der Sozialversicherung hinaus: Eine Beitragsbemessungsgrenze entspricht dem Wesen einer (Sozial-) Versicherung. Ohne Beitragsbemessungsgrenze würden die Beiträge zur GKV einer proportionalen Lohnsteuer entsprechen. Ihre Aufhebung hätte wiederum massive Auswirkungen auf Mittelschicht und Arbeitgeber und würde zugleich faktisch auf eine Etablierung einer zweiten Einkommenssteuer hinauslaufen.

Illusionen der Beitragssatzentlastung

Die Fraktion Die Linke versucht ihr Konzept mit einer Studie von Prof. Dr. Heinz Rothgang und Dominik Domhoff M.A. von der Universität Bremen wissenschaftlich zu fundieren, die im Auftrag der Fraktion Die Linke mögliche Beitragssatzauswirkungen auf Grundlage des von ihr vorgeschlagenen Bürgerversicherungsmodells berechnet. Die Studie führt hier ihre Berechnungen zu möglichen Beitragssatzwirkungen in einem „luftleeren Raum“ durch – denn eine Überführung sämtlicher Bestandsversicherter der PKV zu einem Stichtag in eine Bürgerversicherung wäre schon verfassungsrechtlich nicht möglich. Die Studie ignoriert damit die Bürgerversicherungsdiskussion im Bürgerversicherungslager selbst, wo man sich mehrheitlich in Anerkennung der verfassungsrechtlichen Hürden längst von einem solchen utopischen Modell verabschiedet hat. Insbesondere die SPD gewährt in ihren jüngsten Modellen zur Bürgerversicherung den heutigen PKV-Versicherten Bestandsschutz.

Selbst unter der Annahme, es gäbe kein Verfassungsrecht und keinen Bestandsschutz, ließe sich durch die sofortige Überführung aller Privatversicherter in die Bürgerversicherung der GKV-Beitragssatz nicht annäherungsweise auf das von der Studie genannte Niveau reduzieren. Das zeigt eine IGES-Studie (2013) im Auftrag von Bertelsmann-Stiftung und Verbraucherzentrale Bundesverband, die berücksichtigt, dass die Ex-Privatversicherten in der Bürgerversicherung nicht nur Beitragszahler, sondern auch Leistungsempfänger wären. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass dies den Mittelbedarf der GKV gleich im ersten Jahr um 22,8 Mrd. Euro erhöhen würde. Die Studie kommt zu dem Ergebnis: „Die Integration der heutigen privat Versicherten führt in den untersuchten Reform-Szenarien ganz überwiegend nicht zu Entlastungen.“

Eine Studie der Hans-Böckler-Stiftung, unter anderem im Auftrag des DGB, hingegen geht vom Bestandsschutz der Privatversicherten aus und kommt zu dem Ergebnis, dass unter dieser Bedingung es erst nach 10 Jahren zu einer Beitragssatzentlastung von 0,2 %-Punkten käme (zum Vergleich: durchschnittlicher Anstieg des Zusatzbeitrags von 0,2 %-Punkten allein von 2015 zu 2016). Dieselbe Studie hat sich auch mit einem optionalen Wechselfenster für Privatversicherte in die Bürgerversicherung beschäftigt, für das sich die SPD im Bundestagswahlkampf 2013 infolge des Bestandsschutzes ausgesprochen hatte. Ergebnis: Ein Optionsrecht würde sich „beitragssatzsteigernd auf die Bürgerversicherung auswirken, da wohl eher ältere, höhere Kosten verursachende Personen wechseln würden, um den (im Einzelfall

im Vergleich zur GKV höheren) (...) privaten Versicherungsbeiträgen im Alter zu entgehen.“ Nicht die Privatversicherten würden die Einnahmen-Ausgaben-Bilanz der GKV verbessern, sondern allein die Erhöhung oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

Auf den beschriebenen Fehlannahmen aufbauend, leitet die Fraktion Die Linke falsche Schlüsse in ihrem Antrag ab. So werden Beitragsatzentlastungen und Potenziale einer Bürgerversicherung prognostiziert, die auf einer illusorischen Basis beruhen.

(Fehl-)Annahmen und empirische Defizite

Solidarbeitrag der Privatversicherten

Die Fraktion Die Linke flankiert ihre Forderung nach einer Abschaffung der PKV mit Behauptungen über die Private Krankenversicherung, die Versicherten, versicherte Leistungen und die Leistungsfähigkeit des Systems, ohne dass diese auch nur ansatzweise belegt würden. So behauptet die Fraktion Die Linke, dass Privatversicherte nicht in die Solidarität der GKV eingebunden seien. Über den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds besteht aber bereits eine steuerliche Subventionierung der GKV, an der sich Privatversicherte allein im Jahr 2016 mit ca. 1,4 Mrd. Euro beteiligt haben, ohne ihrerseits direkt davon zu profitieren. Weiterhin beteiligen sie sich über den von ihnen geleisteten Mehrumsatz für Leistungserbringer in Höhe von jährlich 12,63 Milliarden Euro überproportional an den Kosten des gesamten Gesundheitssystems.

Sozioökonomische Struktur der Privatversicherten

Gemäß der Begründung des Antrags der Fraktion Die Linke würden sich tendenziell insbesondere junge und gesunde Menschen mit hohem Einkommen und ohne Kinder privat versichern. Dabei handelt es sich offensichtlich um eine Fehlannahme. Bei den Versicherten der PKV handelt es sich um eine sehr heterogene Gruppe. Die Beamten bilden die größte Personengruppe in der PKV, hierbei handelt es sich um Beamte aller Besoldungsgruppen. Eine ähnliche Heterogenität der Sozialstruktur herrscht bei der Personengruppe der Selbstständigen vor. Die Studie „Die sozioökonomische Struktur der PKV-Versicherten“ des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) auf Grundlage wissenschaftlicher Daten zeichnet hier ein anderes Bild als das von der Fraktion Die Linke dargestellte: Es wird deutlich, dass ca. 80 % aller Privatversicherten ein Einkommen unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze erzielen.

Regionale Ärzteverteilung

Weiterhin behauptet die Fraktion Die Linke, Arztpraxen würden sich bevorzugt dort ansiedeln, wo viele Privatpatienten leben würden, woraus Über-, Unter und Fehlversorgung von Patienten resultieren würde. Dabei spielt die Zahl der vor Ort ansässigen Privatpatienten in einer Region für die Entscheidung, ob und wo sich ein Arzt niederlässt, nur eine untergeord-

nete Rolle. So existieren nach Angaben der 2016 veröffentlichten Studie der Wissenschaftlerin Verena Vogt von der TU Berlin „The contribution of locational factors to regional variations in office-based physicians in Germany“ für Ärzte viele weitere – und zum Teil gewichtigere – Faktoren, die die Entscheidung über die Region einer Niederlassung beeinflussen, wie etwa Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten oder Freizeitangebote. So ist die regionale Verteilung von Privatpatienten nach dieser Studie nur zu 2 bis 6 Prozent für Fachärzte für die jeweilige regionale Ansiedelung entscheidend, während von Bürgerversicherungsbefürwortern die geringere regionale Konzentration von Privatpatienten in strukturschwachen Regionen für den dortigen Mangel an Fachärzten verantwortlich gemacht wird. Weitere Studien und Befragungen stützen die Ergebnisse von Vogt (siehe unter anderem die beiden im Jahr 2012 veröffentlichten Studien von Roick et al. sowie von Schmidt et al., die das Umfeld für die Familie als wichtigsten Faktor für eine ärztliche Standortwahl identifizierten). Auch ein Blick in andere Länder offenbart, dass es regionale Ungleichverteilungen der Ärzte auch ohne Privatversicherte gibt. In „Einheitssystemen“ sind Ärzte sogar oftmals noch viel ungleicher verteilt als in Deutschland, wie die OECD-Statistiken zeigen.

Belastung der GKV im demografischen Wandel

Die Fraktion Die Linke ignoriert bei ihren Thesen nicht nur, dass in einer Bürgerversicherung neue Beitragszahler auch gleichzeitig neue Leistungsempfänger sind. Vor allem ignoriert sie den demografischen Wandel und den ohnehin schon programmierten Druck auf den Beitragssatz in einem umlagefinanzierten System infolge der Alterung der Versicherten (mehr Leistungsanspruchnahme durch Ältere, die keinen kostendeckenden Beitrag zahlen; zugleich immer weniger Erwerbstätige). Diese Entwicklung der kommenden Jahrzehnte wird in ihren Forderungen und der in ihrem Auftrag erarbeiteten Studie, die sich nur für den fiktiven Tag der Einführung der Bürgerversicherung interessiert, genauso ausgeblendet wie die Tatsache, dass neun Millionen zusätzliche Versicherte aus der PKV dieses strukturelle Defizit der GKV erhöhen würden – mit entsprechenden Wirkungen für den Beitragssatz, die ebenfalls nicht Gegenstand der Studie sind. Mit Blick auf die kommenden Jahrzehnte kann die Bürgerversicherung somit kein gutes Geschäft für die GKV und auch nicht für Wirtschaft und Arbeitnehmer sein.

Missachtung der demografischen Entwicklung

Das Konzept der Fraktion Die Linke verkennt, dass mehr Demografievorsorge in der Kranken- und Pflegeversicherung und damit die Existenz einer kapitalgedeckten Säule zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens notwendig sind: 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. 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. Die PKV hingegen bildet Alterungsrückstellungen als Vorsorge dafür, dass mit steigendem Lebensalter die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zunimmt. Der Kapitalstock ist als privates Eigentum verfassungsrechtlich geschützt. Die Existenz einer kapitalgedeckten Vollversicherungssäule ermöglicht es der Politik zudem, im demografischen Wandel jederzeit ohne Systembrüche das Verhältnis von Umlage und Kapitaldeckung neu auszutarieren.

Verfassungswidrigkeit der Integration aller Beamten in die GKV

Als verfassungswidrig ist die Forderung der Fraktion Die Linke nach Abschaffung der Beihilfe zu betrachten, die wiederum durch eine paritätische Beteiligung des Dienstherrn ersetzt werden soll. Zum einen gehört das Beihilfesystem zur Fürsorgepflicht des Staates gegenüber seinen Beamten. Mit Blick auf die Bestandsversicherten und ihre erworbenen Rechte erscheint die Integration aller beihilfeberechtigten Bestandsversicherten der PKV in die GKV rechtlich unmöglich. Zum anderen kann auf Bundesebene die Beihilfe nur für Bundesbeamte und ihre Angehörigen geregelt werden. Auf Landesebene sind die Länder für Beihilfe verantwortlich. Sollte der Bund das System umstellen, käme es vermutlich zu einem Flickenteppich der Beamtenversorgung in Deutschland.

Geschäftseinschränkung für die PKV

Dem Antrag zufolge sollen alle medizinisch notwendigen Leistungen in der GKV zuzahlungsfrei geleistet werden. Gleichzeitig soll sich die PKV auf das Angebot von medizinisch nicht notwendigen Zusatzleistungen beschränken. Unter den genannten Voraussetzungen dürfte sich das Spektrum seitens der PKV versicherbarer Leistungen gegenüber dem heutigen Stand sehr stark reduzieren. Selbst Zahnzusatzversicherungen dürften unter den beschriebenen Bedingungen nicht mehr angeboten werden. Der Verweis auf ein mögliches Geschäft für die PKV mit Zusatzversicherung ist daher nicht mehr als eine Worthülse.

Insofern wird im Antrag der Fraktion Die Linke auf eine faktenbasierte Begründung für die Forderung nach der Abschaffung eines funktionierenden privatwirtschaftlichen Versicherungssystems von vornherein verzichtet. Ebenso wenig wird dargelegt, inwieweit ein derart weitreichender Eingriff in privates Eigentum und die Freiheit der Berufsausübung mit den Grundsätzen der Verfassung im Einklang stehen soll.

Vernachlässigung hoher Transaktionskosten

Belastungen der Arbeitnehmer

Die immanenten Widersprüche des Konzeptes setzen sich bei der Forderung nach Wiederherstellung einer paritätischen Finanzierung fort. Die Forderung nach einer gleichen Belastung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern konfliktiert nämlich mit der Forderung nach Einbeziehung weiterer Einkommensarten. Einkommen aus Vermietung, Verpachtung oder Kapitaleinkünfte sind Einkommen des Arbeitnehmers. Der Arbeitnehmer würde also im Konzept der Fraktion Die Linke, wenn er entsprechende Einkommen hat, im Verhältnis deutlich stärker zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen als sein Arbeitgeber.

Belastungen der Arbeitgeber

Lohnzusatzkosten stellen im internationalen Wettbewerb eine Hypothek für Wachstum und Wohlstand der Zukunft dar: Die Festschreibung des Arbeitgeberanteils am prozentual vom Erwerbseinkommen abhängigen GKV-Beitrag ist ein Instrument, um den Anstieg der Lohnzusatzkosten zu dämpfen. So hätten die Pläne für eine Bürgerversicherung für die Arbeitgeber weitreichende Folgen. Nach Schätzung des Instituts der deutschen Wirtschaft Köln (IW) würde die Rückkehr zur „vollständig paritätischen“ Finanzierung in der GKV die Arbeitgeber unmittelbar mit rund sechs Milliarden Euro belasten. Würde dazu noch die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben, droht die Zusatzbelastung sogar auf rund 12,5 Milliarden Euro anzusteigen. Anpassungsreaktionen auf dem Arbeitsmarkt wären hierbei noch nicht berücksichtigt.

Negative Arbeitsplatzeffekte der Bürgerversicherung

Gleichzeitig wird in der Begründung des vorliegenden Antrags behauptet, dass die vermeintlich deutlich geringeren Beitragszahlungen für Versicherte mit einem geringen und mittleren Einkommen zu hohen Einsparungen für die jeweiligen Haushalte führen würden. Diese würden wiederum in den privaten Konsum fließen, was dauerhaft eine halbe Million Arbeitsplätze schaffen würde. Diese Effekte würden, aus Sicht der Fraktion Die Linke, die negativen Arbeitsmarkteffekte übersteigen, die aus dem Wegfall von zehntausenden von Arbeitsplätzen im Umfeld der PKV resultieren würden. Dabei führt die Fraktion Die Linke in der Begründung ihres Antrags nicht aus, wie die Zahl von dauerhaft einer halben Million Arbeitsplätzen ermittelt wurde und welche Quelle dieser Berechnung zu Grunde liegt. Es liegt allerdings auf der Hand, dass sozialverträgliche Lösungen für die Beschäftigten der PKV bei einer Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems zu einem Stichtag unwahrscheinlich sind. Das bestätigt auch die im Oktober 2016 veröffentlichte Studie „Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung“ des IGES-Instituts im Auftrag der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung: Demnach wird die Beschäftigung im System der PKV je nach Einföhrungsszenario der Bürgerversicherung zwischen rund „drei Viertel am oberen Ende und knapp einem Drittel am unteren Ende“ zurückgehen. Zur Veranschaulichung: Das entspräche – bei einer zugrunde gelegten Zahl von 68.000 Beschäftigten – mit 22.700 bis 51.000 Arbeitsplätzen dem 2,8-fachen bis 6,4-fachen der im Jahr 2016 beim Unternehmen Kaiser's-Tengelmann be-

drohten Belegschaft (8.000), die verständlicherweise eine hohe politische und mediale Aufmerksamkeit auf sich zog.

Die Studie des IGES-Instituts im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung erörtert gleichzeitig auch mögliche Potentiale zur Kompensation negativer Beschäftigungseffekte durch Einstiegsszenarien in die Bürgerversicherung: Im Ergebnis werden alle Potentiale zur Kompensation als gering eingestuft, so seien zum Beispiel „vom Bereich der Zusatzversicherungen keine kompensierenden oder verlustabsorbierenden Beschäftigungseffekte zu erwarten.“ Zugleich werden kompensierende Beschäftigungseffekte in der GKV als unrealistisch angesehen.

Zusätzliche Belastungen durch Abschaffung der Beihilfe

Aus wirtschaftlicher Sicht wäre die Abschaffung der Beihilfe sehr problematisch: Zu berücksichtigen wären weiterhin noch auf Seiten der öffentlichen Hand etwaige Kosten durch die Erhöhungen der den Beamten zustehenden Alimentation. Das Leistungsniveau der Beihilfe liegt nämlich häufig weit über dem der GKV. In der Konsequenz hieße das also, dass die öffentliche Hand im Fall einer Bürgerversicherung („GKV-Leistungen für alle“) die Leistungen der Beihilfe rationiert. Will der Staat diese Rationierung vermeiden, müsste er seinen Beihilfeberechtigten eine private Zusatzversicherung finanzieren. Diese würde dann das Leistungsniveau der Bürgerversicherung für Beamte auf das Niveau der heutigen Beihilfe sowie einer Restkostenversicherung in der PKV anheben.

Um das Niveau der Versorgung im Krankheitsfall zu halten und die Rationierungen auszugleichen, würden die Beamten ansonsten Zusatzversicherungen aus „eigener“ Tasche finanzieren müssen. Das führt zu erheblichen Zusatzbelastungen. Die lassen sich exemplarisch quantifizieren, wenn man einmal davon ausgeht, dass im Zuge einer Bürgerversicherung insbesondere die heute in der Regel beihilfefähigen Leistungen wie Zahnersatz, Chefarztbehandlung und Zwei-/Einbettzimmer (Wahlleistung Krankenhaus) rationiert würden. Die Zusatzbelastungen wären erheblich. Sie können zu einer erheblichen „sozialen Schieflage“ führen, sollten die Beamten ihr Versorgungsniveau beibehalten. Beispiel: Bei einem monatlichen Anfangsgrundgehalt in der Stufe A 5 (2015) in Höhe von 2.230,38 Euro müsste eine Beamtenfamilie voraussichtlich 4,3 % ihres Gehalts für die heute „gewohnten“ Leistungen der Beihilfe in Form einer zusätzlich abzuschließenden Zusatzversicherung aufwenden.

Zusatzbelastungen durch Abschaffung von Mindestbeiträgen

Problematisch ist die Forderung der Fraktion Die Linke nach Abschaffung von Mindestbeiträgen in der GKV. Der GKV-Spitzenverband betonte im Rahmen einer Öffentlichen Anhörung des Deutschen Bundestags im März 2017, dass eine deutliche Absenkung der Mindestbeiträge allein für Selbstständige in der GKV zu Mindereinnahmen von ca. 200 Millionen Euro bis 420 Millionen Euro für die GKV führen würden. Eine vollständige Abschaffung der Mindestbeiträge einhergehend mit einer Umstellung auf einkommensabhängige Beiträge würde damit zu massiven finanziellen Verlusten für die GKV führen. Weiterhin würde diese Regelung vor allem mit Blick auf Selbstständige zu einer Ungleichbehandlung mit weiteren Versi-

cherten führen: Das Steuerrecht ermöglicht Selbstständigen eine gewisse Gestaltungsmöglichkeit des Einkommens (im Gegensatz zu Arbeitnehmern). Für Selbstständige besteht beispielsweise die Möglichkeit, ihre Betriebsausgaben vom zu versteuernden Gewinn abzuziehen. Es würden also lediglich die Nettoeinkommen herangezogen werden. Im Gegensatz dazu müssen die anderen freiwillig Versicherten Beiträge auf der Grundlage ihres Bruttoeinkommens zahlen. Nach Aussagen des AOK-Bundesverbandes sowie des BKK-Dachverbandes im Rahmen einer Öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag im März 2017 würde eine deutliche Verringerung der Mindestbeiträge einen Anreiz für Selbstständige darstellen, ihre Einkommenssituation und damit ihre Beiträge gegenüber der Krankenkasse im Eigeninteresse zu gestalten.

Offene Frage: Einheitliche Honorarordnung

Honorarordnung und Mehrumsätze als zentrale Fragen

Der Antrag der Fraktion Die Linke thematisiert weiterhin nicht die zentrale Frage einer einheitlichen Honorarordnung für medizinische Leistungen für alle Versicherten bei einer Abschaffung des dualen Krankenversicherungssystems. Damit hängt ebenso die Frage nach entfallenden Mehrumsätzen für die Leistungserbringer zusammen. 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 zusätzliche 12,63 Mrd. Euro als Mehrumsätze durch Privatpatienten in das Gesundheitssystem, die durch eine Vereinheitlichung der Vergütung für die Leistungserbringer entfallen würden.¹

Kompensation der Mehrumsätze

Dieser überproportionale Finanzierungsbeitrag 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 (aktuell 6,1 Mrd. Euro als Mehrumsatz im ambulanten ärztlichen Versorgungssektor). Die Überführung der PKV-Versicherten in die GKV zu einem Stichtag würde zu einer einheitlichen Honorarordnung im ambulanten Versorgungssystem für alle Versicherten der neuen Einheitsversicherung führen. Je nach Ausgestaltung einer einheitlichen Gebührenordnung kann es dabei bis zu einem vollständigen Verlust dieser Mehrumsätze kommen. Bei einer Vereinheitlichung der Honorare würden damit sektorübergreifend 12,63 Mrd. Euro durch eine Abschaffung der PKV fehlen. Ein Ausgleich der Einnahmeausfälle wäre wiederum in jedem Fall beitragsatzrelevant. Würden, wie im Konzept der Fraktion Die Linke, weitere Leistungsausweitungen und der Verzicht auf Zuzahlungen vorgesehen, wäre der Finanzbedarf noch größer, die Bereitstellung der Kompensationsmittel völlig offen.

¹ Vgl. Hagemeister, Wild, *Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV – Jahresbericht 2017*, Köln 2017.

Verlust der Therapiefreiheit

Zu den Transaktionskosten einer einheitlichen Gebührenordnung würde auch der Verlust an Therapiefreiheit für die Leistungserbringer gehören. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist ein Garant von Therapiefreiheit und damit ein Merkmal des freien Arztberufes. Das System des EBM, das die Basis einer einheitlichen Honorarordnung wäre, ist schon deshalb problematisch, da die darin enthaltenen Budgetierungselemente in die ärztliche Therapiefreiheit eingreifen. Der EBM unterliegt in seinem Vergütungsniveau dem Primat der finanziellen Stabilisierung der GKV als Sozialversicherungssystem mit Pflichtbeiträgen. Da die GOÄ von diesem Primat frei ist, sehen die Leistungserbringer hier ihren Aufwand und die Kosten ihrer Praxis angemessener honoriert. In einer nach den Prinzipien des EBM konstruierten einheitlichen Gebührenordnung gäbe es keinerlei Korrektiv, das dazu innovationsfördernd wirken würde.

II. Fazit

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard: Dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen Patienten ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten sowie weiteren Berufsgruppen des Gesundheitswesens zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind im internationalen Vergleich bemerkenswert kurz. Das belegen Studien zum Vergleich europäischer Gesundheitssysteme: Internationalen Umfragen zeigen beispielsweise, dass 76 % der deutschen Patienten, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus, am selben oder nächsten Tag einen Arzttermin erhalten. Mit diesem Ergebnis liegt Deutschland auf Platz eins aller befragten Länder. Diesen Spitzenplatz behauptet Deutschland auch hinsichtlich des schnellen Zugangs zu Innovationen und der geringsten Zugangshürden in der medizinischen Versorgung. Hohe obligatorische Zuzahlungen für ärztliche Behandlungen oder Rationierungen, sind indes außerhalb Deutschlands weit verbreitet. Zugleich zeigen Untersuchungen, dass in allen diesen nach dem Vorbild der Bürgerversicherung einheitlich organisierten Gesundheitssystemen Versorgungsunterschiede innerhalb der Bevölkerung auftreten, weil medizinische Leistungen privat gekauft werden: In der Folge haben insbesondere einkommensschwache Bevölkerungsschichten in Einheitssystemen einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung aufweisen als im dualen Gesundheitssystem in Deutschland.²

Auch in Zukunft soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet bleiben. Die absehbar steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts und die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft müssen bewältigt werden. Eine Überführung aller Privatversicherten zu einem Stichtag in die GKV würde jedoch keine Lösung für diese Herausforderungen

² Vgl. Finkenstädt, *Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung - Ein europäischer Überblick*, Köln 2017.

bieten. Mit Abschaffung der PKV würde gleichzeitig eine Abschaffung des Systemwettbewerbs beider Krankenversicherungssysteme um Qualität, Leistungen und Preise erfolgen – von dem aktuell alle Versicherten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus profitieren. Der heutige Systemwettbewerb wäre mit einer „GKV für alle“ für immer verloren – und mit ihm der spezifische Beitrag der PKV für eine stabile Finanzierung der medizinischen Versorgung, für Generationengerechtigkeit, für den Wettbewerb um Preis, Leistungen und Qualität, sowie für Pluralität und Freiheit. „Mehr Staat“ wäre also die zwingende Konsequenz einer Bürgerversicherung.