

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0267(9)

gel. VB zur öAnhörung am 21.6.

2017_SoIVG

20.6.2017

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.

Korrespondenzadresse:

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V. (PVS Verband)

Schumannstraße 18

10117 Berlin

Tel.: + 49 30 28049630

E-Mail: verband@pvs.de

I. Vorbemerkung

Die Fraktion DIE LINKE fordert die Bundesregierung mit ihrem Antrag „Solidarische Finanzierung von Gesundheit und Pflege“ (Drucksache 18/11722) auf, Gesetzesentwürfe vorzulegen, die auf eine Neuausrichtung der Kranken- und Pflegeversicherung abzielen und insbesondere eine stichtagsbezogene Abschaffung der Privaten Krankenversicherung vorbereiten sollen. An die Stelle des dualen Krankenversicherungssystems aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung soll die Solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung treten. Alle in Deutschland lebenden Menschen sollen nach dem vorgelegten Konzept medizinische und pflegerische Leistungen in einer dem aktuellen Stand der Medizin entsprechenden Qualität zuzahlungsfrei erhalten und Beiträge zahlen, die sich nach ihrem Gesamteinkommen bemessen.

Der Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS Verband) lehnt die Einführung einer gesetzlichen Einheitsversicherung grundsätzlich ab. Unseres Erachtens ist der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung maßgeblich für die Innovationskraft des deutschen Gesundheitssystems und dessen hohen medizinischen Standard. Zudem sind wir überzeugt, dass das Umlageverfahren und ein allein auf dieses Verfahren bezogener Solidaritätsbegriff keine Antwort auf die Herausforderung des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zu geben vermögen.

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE blendet die zentrale Frage der Honorarordnung für medizinische Leistungen aus. Neben der Frage nach einer adäquaten Vergütung von Leistungen eines freien Berufs geraten damit auch die Mehrumsätze aus dem Blickfeld, die die Ärzte heute aufgrund der höheren Vergütungen in der privatrechtlich organisierten Medizin erhalten und die in die Versorgungsinfrastruktur einfließen.

Der PVS Verband vertritt als Dachorganisation von bundesweit 11 berufsständischen Privatärztlichen Verrechnungsstellen, die als ärztliche Gemeinschafts-einrichtungen das privatärztliche Honorarmanagement im Auftrag ihrer Mitglieder übernehmen, die berufspolitischen Interessen von mehr als 25.000 niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten und leitenden Krankenhausärzten. Durch statistische Auswertungen liegen dem PVS Verband Daten vor, die valide Aussagen über die Entwicklung der Versorgungsinfrastruktur unter dem Paradigma einer Einheitsversicherung zulassen. Der PVS Verband hat in der Studie „Experiment Bürgerversicherung“ analysiert, welche ökonomischen Auswirkungen eine Einheitsversicherung auf die niedergelassenen Fachärzte und damit auf die Versorgungsinfrastruktur haben würde.

Wir möchten uns deshalb in unserer Stellungnahme auf die Maßnahme II.1. „Private Krankenversicherung abschaffen – Zwei-Klassen-Medizin beenden“ beschränken.

II. Stellungnahme

Der Antrag fordert, die PKV stichtagsbezogen abzuschaffen und auf Zusatzversicherungen für medizinisch nicht notwendige Leistungen zu beschränken. Die dann für alle Bürgerinnen und Bürger geltende solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung soll alle notwendigen gesundheitlichen und pflegerischen Leistungen in einer Qualität bereithalten, die dem aktuellen Stand der Medizin entspricht.

Um diese Vorgabe erfüllen zu können, müssen aus Sicht des PVS Verbandes zwei maßgebliche Voraussetzungen erfüllt sein. Zum einen muss es eine Versorgungsinfrastruktur geben, die allen Versicherten den Zugang zu diesen Leistungen eröffnet. Zum anderen muss gewährleistet sein, dass Leistungen angeboten werden, die dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen. Hierzu nehmen wir auf Grundlage der im Rahmen unserer Studie „Experiment Bürgerversicherung“ ermittelten Daten Stellung.

1. Versorgungsinfrastruktur

Aktuell sind in Deutschland 121.641 niedergelassene Ärzte tätig (Bundesärztekammer, Angaben für 2014). Es existiert bislang ein noch weitgehend intaktes flächendeckendes Versorgungsnetzwerk für die ambulante hausärztliche und fachärztliche Versorgung. Maßgeblich für die Finanzierung dieses Netzwerkes sind die Mehrumsätze, die aus der Behandlung von Privatversicherten resultieren. Im deutschen Gesundheitssystem verursachen rund 11 % Privatversicherte 24 % der ambulant ausgelösten Jahresumsätze. Eine Analyse der Mehrumsätze, die Ärzte verbuchen können, wenn statt des EBM die GOÄ zum Ansatz kommt, zeigt, dass den niedergelassenen Ärzten insgesamt ein Honorarvolumen von rund 6 Milliarden Euro im Jahr verloren ginge, würden alle Behandlungen auf der Basis des EBM abgerechnet. Im Durchschnitt bedeutet das Umsatzverluste durch den Wegfall dieser Mehrhonorare in Höhe von rund 49.000 Euro für jeden niedergelassenen Arzt. Dabei unterscheiden sich die Einbußen von Facharztgruppe zu Facharztgruppe enorm. Sie reichen von 30.000 Euro bei Kinderärzten bis zu 158.000 Euro bei Dermatologen pro Jahr. Allen gleich ist: Sie sind existenzgefährdend.

Die Entscheidung für die Finanzierung einer Praxis fällen die Finanzinstitute. Fallen die Einnahmen durch Privatversicherte weg, haben sie keine Bewilligungsgrundlage. Heute gelten die Investitionskosten für eine orthopädische Praxis durch Privathonorare nach 2,5 Jahren als gedeckt, bei einer ophthalmologischen Praxis nach 2,2 Jahren, bei Kinderärzten nach 5,5 Jahren und bei Allgemeinmedizinern nach 7,2 Jahren.

Fallen die Mehrumsätze weg, wird es zu einer Ausdünnung bis zu einem Verfall der ambulanten Versorgungsstruktur kommen. Bereits heute bestehen in bestimmten Regionen Versorgungslücken. Der Landarztmangel ist eine der großen Herausforderungen, die in den nächsten Jahren zu lösen sein wird. Aber auch in den Städten fehlt es

in bestimmten Fachgruppen an Ärzten. Die Attraktivität der Niederlassung durch die Einführung einer Einheitsversicherung weiter zu verringern, ist keine geeignete Maßnahme, um dem sich immer stärker abzeichnenden Problem des Ärztemangels eine Lösung entgegen zu setzen.

2. Leistungen auf dem aktuellen Stand der Medizin

Den aktuellen Stand der Medizin abbilden zu können, erfordert sowohl fachlich hoch qualifiziertes Personal als auch die entsprechende technische Ausrüstung. Fallen die Mehrumsätze aus der Behandlung von Privatversicherten weg, die sich wie bereits gezeigt, auf rund 6 Milliarden Euro im Jahr belaufen, entspricht das einem Gegenwert von 135.364 vollzeitbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten oder beispielsweise 2.396 neu angeschafften Geräten zur Magnetresonanztomographie. Diese Umrechnung zeigt, dass medizinische Leistungen „at the state of the art“ Investitionen in Technik und Personal erforderlich machen, die sich aus dem gesetzlichen System nicht generieren lassen. Wird eine gesetzliche Einheitsversicherung Realität, wird es zwangsläufig zu einem Qualitätsverlust in der ambulanten medizinischen Versorgung durch niedergelassene Fachärzte kommen müssen. Besonders stark auswirken wird sich dies bei Fachärzten, die einen hohen Bedarf an technischen Geräten und qualifiziertem Fachpersonal haben.

Grundsätzlich ist der PVS Verband davon überzeugt, dass Garant für die Qualität der medizinischen Versorgung der Wettbewerb der Systeme – das sich ergänzende Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung – ist. Ohne ein privatmedizinisches Angebot, das den Fortschritt schnell aufnehmen und umsetzen kann, liefe eine allein staatliches Angebot Gefahr, sich nicht in dem von den Bürgerinnen und Bürgern auch erwarteten Maße weiter zu entwickeln. Vielmehr ist die Gefahr real, dass der Leistungskatalog reduziert wird.

III. Fazit

Eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung wird zu einem Absterben des heute bestehenden Netzes von ambulanten hausärztlichen und fachärztlichen Praxen führen. Die Praxen, die dem sich verschärfenden wirtschaftlichen Druck standhalten können, werden einem Qualitätsverfall ausgesetzt.

Das Ziel, allen Versicherten alle notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen nach dem aktuellen Stand der Medizin offen zu halten, wird nicht erfüllt werden können. Denn zum einen wird es schon mittelfristig keine erreichbare Versorgungsinfrastruktur in weiten Teilen des Landes mehr geben, zum anderen wird der Qualitätsverfall nicht nur durch fehlende Finanzmittel, sondern auch durch den fehlenden Systemwettbewerb, unmittelbar einsetzen.