



Verband der Privaten
Krankenversicherung

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
19(14)97(7neu)
gel. VB zur öAnh am 23.9.2019 -
Ein System für alle
19.09.2019

Stellungnahme

zum

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen
Drucksache 19/9229

18. September 2019

Die Fraktion DIE LINKE fordert in ihrem Antrag, dass die Private Krankenversicherung (PKV) abgeschafft und in eine Bürgerversicherung nach Vorbild der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überführt wird. Zu einem Stichtag soll die Private Krankenversicherung (PKV) auf medizinisch nicht notwendige Zusatzversicherungen begrenzt werden.

A – Annahmen und Prämissen der Antrags der Fraktion DIE LINKE

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE „Ein System für alle – Privatversicherte in gesetzliche Krankenversicherung überführen“ geht von sachlich falschen Prämissen, Annahmen und Argumenten aus, die entsprechend zu falschen Schlussfolgerungen und Forderungen führen. Dabei ist die PKV weder unsolidarisch noch ist sie für den Ärztemangel auf dem Land oder für die Wartezeitenproblematik verantwortlich. Dazu im Einzelnen:

1. PKV als solidarische Versicherungsgemeinschaft

Laut Antrag der Fraktion DIE LINKE verstößt die PKV gegen das Prinzip der Solidarität. Solidarität und Gerechtigkeit wiederum seien Kernthemen der Bürgerversicherung. Sie sollen wahlweise „gestärkt“, „ausgebaut“ oder „weiterentwickelt“ werden. So oder ähnlich kann man es in jedem programmatischen Beschluss oder Antrag zur Bürgerversicherung nachlesen. Der Antrag der Fraktion DIE LINKE bietet damit Anlass, einmal grundsätzlich über die verschiedenen Ebenen von Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen nachzudenken:

- Solidarität zwischen Gesunden und Kranken
- Gerechtigkeit und Solidarität zwischen den Generationen
- Ökonomische Gerechtigkeit zwischen Einkommensstarken und –schwachen.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesen jeder Krankenversicherung, sie wird in der PKV ebenso geleistet wie in der GKV. Die Gerechtigkeit zwischen den Generationen hingegen ist das Alleinstellungsmerkmal der PKV. In der PKV stellt der Aufbau von Alterungsrückstellungen in Höhe von inzwischen fast 270 Mrd. Euro (vgl. www.zukunftsuhr.de) sicher, dass jede Versichertengeneration selbst Vorsorge für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten trifft. Kapitaldeckung bedeutet damit immer auch Generationengerechtigkeit. Die Bürgerversicherung würde genau diese Solidarität zwischen den Generationen abschaffen. Mit Abschaffung der PKV soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das nicht generationengerechte Umlageverfahren umgestellt werden. Die nachfolgenden Generationen hätten die entsprechenden Mehrlasten zu tragen.

Als Alleinstellungsmerkmal der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird häufig die vermeintliche ökonomische Gerechtigkeit zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen genannt. Diese Solidarität wäre – so der Vorwurf – in der PKV nicht gegeben. Sie ließe sich nur in einer Bürgerversicherung verwirklichen, wenn laut Antrag der Fraktion DIE LINKE alle privat Krankenversicherten per Gesetz zu gesetzlich Versicherten würden

und gleichzeitig die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft wäre. Einige Gerechtigkeitsdefizite des bestehenden Systems könnten damit behoben werden, andere Probleme würden erst aus dieser Maßnahme erwachsen. Das Gegenteil ist der Fall:

Im Kern entstünde dadurch eine neue Gesundheitssteuer auf Lohn und Gehalt. Das entspräche dem Wesen einer proportionalen Einheitssteuer mit einem einstufigen Steuertarif in Höhe von 15,5 %. Im Gegensatz dazu wird in den meisten industriell entwickelten Ländern eine progressive Ausgestaltung der Belastung als „gerecht“ empfunden. Die sogenannte Progression gewährleistet, dass höhere Löhne und Gehälter nicht nur absolut, sondern auch prozentual höher besteuert werden. Genau das kann die Beitragserhebung in einer Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze nicht gewährleisten. Die Höhe des Beitrags wäre stets proportional ansteigend.

In Deutschland wurde der Einheitssteuer oder „flat tax“ im Bundestagswahlkampf 2005 erhöhte Aufmerksamkeit zuteil, die als höchst ungerecht kritisiert wurde. Es verwundert daher, dass DIE LINKE für die zur Bürgerversicherung entwickelte GKV eine Einheitsbelastung favorisiert. Absurd, aber wahr: Die Finanzierung des Krankenversicherungssystems würde zur „flat tax“. Die Fraktion DIE LINKE ist auf den Spuren von Paul Kirchhof. Eine prozentuale Einheitslast, die im Steuersystem als höchst ungerecht empfunden wird, soll im zum Steuersystem mutierten Krankenversicherungssystem gerecht, sozial und solidarisch sein.

2. Landärzte profitieren überproportional von Privatversicherten

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE fußt unter anderem auf der These, dass die ärztliche Vergütung falsche Anreize setzen würde. Demzufolge sei die PKV eine der wesentlichen Ursachen für den Ärztemangel in ländlichen und wirtschaftsschwachen Regionen. Das ist nachweisbar falsch. Mehr noch: Das Gegenteil ist richtig. Weil Privatpatienten auf dem Land im Durchschnitt älter sind und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit dem Alter korreliert und weil in den Ballungszentren Mieten, Gehälter und andere Kosten höher liegen, verursachen Privatversicherte in strukturschwachen Gebieten tendenziell einen höheren Mehrumsatz, dessen Kaufkraft zugleich höher ist. So profitieren zum Beispiel Landärzte in Bayern von einem Mehrumsatz der Privatpatienten in Höhe von durchschnittlich 65.000 Euro pro Jahr (Realwert), in den Praxen der großen Städte sind es 53.000 Euro.¹

Zwei konkrete Beispiele zeigen diesen Trend noch deutlicher. Im dünnbesiedelten Landkreis Wunsiedel beträgt der Realwert der PKV-typischen Mehrumsätze pro Arztpraxis 67.656 Euro, in der Stadt München sind es „nur“ 37.851 Euro. Das gleiche Bild zeigt sich auch im Saarland. Dort profitieren Landärzte im Kreis Merzig-Wadern im Realwert von durchschnittlich 55.600 Euro pro Jahr, in der Landeshauptstadt Saarbrücken sind es „nur“ 38.000 Euro pro Praxis. Trotz dieser eindeutigen Befunde liegt die Ärztedichte in städtischen Gebieten wie München, Saarbrücken oder Düsseldorf erheblich höher. Das heißt: Bei Ärztemangel auf

¹ Vgl. dazu PKV-Regionalatlas Bayern, unter: www.pkv.de/w/files/politik/studien/pkv-regionalatlas_bayern.pdf

dem Land kann es an fehlenden Privatversicherten nicht liegen. Für die Standortentscheidung der Ärzte sind andere Kriterien, vor allem das (Arbeits-) Umfeld für Partner und Familien, maßgebend.

3. PKV nicht für die Wartezeitenproblematik verantwortlich

Im Antrag der Fraktion DIE LINKE steht – wie häufig – der Vorwurf im Raum, dass Privatversicherte früher einen Termin beim Arzt erhalten als gesetzlich Versicherte. In diesem Zusammenhang wird regelmäßig über die sogenannte „Zwei-Klassen-Medizin“ diskutiert.

Zunächst einmal ist es schon rein rechnerisch nicht möglich, die Wartezeiten der gesetzlich Versicherten substantiell zu verkürzen, wenn die PKV mit einem Marktanteil von rund 10 % in einer Bürgerversicherung aufginge. Unabhängig davon haben sich die Wartezeiten im Lauf der letzten Jahre angeglichen. Anlässlich der aktuellen KBV-Versichertenbefragung 2019 ist dazu von der KBV festgestellt worden, dass *„die Unterschiede bei den Wartezeiten auf einen Termin ... bei gesetzlich und privat Versicherten nie so gravierend (waren), wie gerne kolportiert wird.“*

Die „Zwei-Klassen-Medizin“ – wie sie nicht nur von der Fraktion DIE LINKE verstanden wird – prangert die Unterschiede einer Gesundheitsversorgung je nach Versicherungsstatus an. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Unterschieden in der medizinischen Behandlung und Serviceunterschieden. Wartezeiten sind, gerade angesichts des geringen Niveaus der hiesigen Wartezeiten im Vergleich zum Niveau in anderen OECD-Staaten, Serviceunterschiede.²

Ein Einebnen von Unterschieden erscheint auf den ersten Blick attraktiv. Ein zweiter Blick zeigt allerdings, dass die „Unterschiedslosigkeit“ und „Einheitlichkeit“ der Versorgung eine Illusion bleibt. Die Menschen werden auch nach Abschaffung der PKV je nach ihren Prioritäten und ihren (finanziellen) Möglichkeiten nach einem besseren Schutz als dem Grundschutz suchen. Das wird allein schon durch Zusatzversicherungen möglich sein, auf die die PKV zu einem Stichtag begrenzt werden soll.

Die Existenz von Zusatzversicherungen (nicht nur in der PKV, sondern partiell auch in der GKV) holt das ans Licht, was gern verschleiert wird: Differenzierungen in der Versorgung oberhalb eines gesetzlich definierten Versorgungsniveaus sind Ausdruck von Wettbewerb, unterschiedlichen Präferenzen und Wahlfreiheit der Bürger. Letztlich ließe sich deshalb die in einer Bürgerversicherung versprochene Unterschiedslosigkeit nur dann vollständig durchsetzen, wenn allen Bürgern die Beschaffung privat finanzierter Gesundheitsleistungen (innerhalb oder außerhalb einer Zusatzversicherung) verboten und dieses Verbot auch kontrolliert und durchgesetzt würde.

² Vgl. Finkenstädt, Verena (2017), Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung. Ein europäischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP).

4. Vergleichsweise niedrige Verwaltungskosten in der PKV

Dem Antrag der Fraktion DIE LINKE ist zu entnehmen, dass die PKV „ineffizient“ und die Verwaltungskosten „immens“ seien. Dabei wird auch – im Vergleich zur GKV – auf die vermeintlich überdurchschnittlich hohe Zahl der Beschäftigten in der PKV hingewiesen. Hier lohnt sich ein genauer Blick.

Zunächst einmal sind die Verwaltungskosten in der Privaten Krankenversicherung (PKV) deutlich geringer als in der GKV. Pro Kopf lagen die Verwaltungskosten in der PKV im Jahr 2018 bei rund 105 Euro, in der GKV waren es 157 Euro (Quellen: Bundesgesundheitsministerium, PKV-Verband). In der Summe erreichten damit die Verwaltungskosten in der PKV einen Betrag in Höhe von 917 Millionen Euro (= 2,31 % der Beitragseinnahmen). Der Trend ist sinkend. 2008 lag die Verwaltungsquote in der PKV noch bei 2,61 %. In der GKV dagegen sind im Jahr 2018 Verwaltungskosten in Höhe von 11,42 Mrd. Euro entstanden. Das entsprach rund 4,7 % der Gesamteinnahmen in der GKV.

Mit Blick auf diese Tatsachen basiert der Verweis auf vermeintlich ineffiziente Beschäftigungs- und Verwaltungsstrukturen im System der PKV darauf, dass die Beschäftigten in den abhängigen und unabhängigen Vertriebsorganisationen als ein integraler Bestandteil des Systems der PKV betrachtet werden. Dabei wird häufig vergessen, dass auch die GKV von zahlreichen „Co-Systemen“ geprägt ist. Dazu gehören unter anderem die „Co-Systeme“ der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), von denen im System der GKV die Vergütung der Leistungserbringer organisiert wird. Die Beschäftigten dieser „Co-Systeme“ der GKV sind dem System der GKV zuzurechnen. Allein die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen unterhalten über 10.000 Beschäftigte.

5. Beiträge im Alter

Als Begründung für die Abschaffung der PKV spricht der Antrag der Fraktion DIE LINKE unter anderem von einer Kostenfalle für ältere Versicherte in der PKV. Die Realität sieht anders aus. Privatversicherte erhalten im Alter eine ganze Reihe finanzieller Entlastungen, die den Monatsbeitrag beträchtlich senken. Im Fall einer sozialen Notlage kann der Beitrag in der PKV im Alter unter Umständen auf null Euro fallen. Ein Überblick:

- Für Versicherte, die ab dem Jahr 2000 in die PKV gekommen sind, gibt es einen „Airbag“ zur Dämpfung der Beiträge im Alter. Die Versicherten zahlen einen „gesetzlichen 10%-Zuschlag“, dessen angesparte Summe ab dem Alter 65 zur Beitragsglättung verwendet wird. Dieser Zuschlag hat den jeweiligen Monatsbeitrag zunächst um 10 % verteuert. Ab dem 60. Lebensjahr verringert sich der Beitrag automatisch, dann muss der gesetzliche 10%-Zuschlag nicht länger gezahlt werden. In der Regel haben auch die meisten Privatversicherten, die schon vor 2000 in der PKV waren, ihre Krankenversicherungsverträge um diese Vorsorge ergänzt.

- Mit Renteneintritt entfallen die Beiträge für das Krankentagegeld. Dieser Schutz vor Verdienstausfall bei langen Krankheiten im Beruf wird in der Rente nicht mehr benötigt.
- Für privatversicherte Beamte erhöht sich im Alter der Beihilfesatz ihres Dienstherrn, so dass Beamte entsprechend weniger Beitrag für ihren ergänzenden PKV-Schutz aufwenden müssen.
- Im Fall einer sozialen Notlage stehen in der PKV zwei Sozialtarife zur Verfügung: der Standardtarif und der Basistarif. Der **Standardtarif** ist der klassische Sozialtarif der PKV für langjährig Privatversicherte. Hier können im Alter – bei Bedarf – die Beiträge zur PKV deutlich reduziert werden. Rentner erhalten zudem noch einen Zuschuss der Rentenversicherung, der bis zu Hälfte des tatsächlichen PKV-Beitrags betragen kann. Der Standardtarif bietet Leistungen, die denen der GKV vergleichbar sind. Im Standardtarif werden die von den Privatversicherten gebildeten Alterungsrückstellungen voll angerechnet. Die Beiträge sind entsprechend niedrig. Das gilt insbesondere für Rentner, die seit Jahrzehnten in der PKV versichert sind.
- Die Leistungen im **Basistarif** sind denen in der Gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar. Der Basistarif ist insbesondere für hilfebedürftige Menschen (Empfänger von Leistungen gem. SGB II und XII) eine gute Alternative. Hier erhalten Versicherte der PKV im Notfall einen umfassenden Versicherungsschutz für einen eigenen Beitrag von null Euro: Denn nach der gesetzlichen Regelung wird bei Hilfebedürftigen der Beitrag im Basistarif von der Versicherung halbiert – und die Sozialbehörde übernimmt dann die andere Hälfte.

6. Versichertenzahlen und Niedrigzinsumfeld

Als Begründung für die Abschaffung der PKV spricht der Antrag der Fraktion DIE LINKE von sinkenden Versichertenzahlen und niedrigen Zinsen. Zunächst ist festzuhalten, dass im vergangenen Jahr der Bruttoneuzugang bei +1,6 % lag. Der Wechselsaldo von GKV zu PKV hat den von PKV zu GKV deutlich übertroffen (+ 2.100 Personen).³ In der 10-Jahresbetrachtung sind die Versichertenzahlen in der Vollversicherung insgesamt leicht gestiegen. Im Jahr 2018 waren in Deutschland 8,74 Mio. Menschen privatversichert, im Jahr 2008 waren es lediglich 8,64 Mio.

Für die verhaltene Dynamik gibt es gute Gründe: Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten erreicht aufgrund der guten Lage am Arbeitsmarkt immer neue Rekordstände. Zugleich nimmt die Zahl der Selbstständigen in Deutschland kontinuierlich ab. In der Konsequenz müssen zahlreiche privatversicherte Selbstständige beim Wechsel in sozialversicherungspflichtige Anstellungen mit Einkünften unter der Versicherungspflichtgrenze ohne Wahlfreiheit in die GKV wechseln. Die jedes Jahr überproportional ansteigende Versicherungspflichtgrenze kommt erschwerend hinzu.

Auch die Argumentation um das Themenfeld „Niedrigzinsen“ verdient eine Differenzierung. In den letzten Jahren haben die Versicherungsunternehmen der PKV trotz Niedrigzinsumfeld

³ Vgl. PKV-Rechenschaftsbericht 2018/2019.

eine durchschnittliche jährliche Nettoverzinsung von über 3,5 % erreicht. Das ist eine gute Ertragslage und spricht für die Anlagepolitik der PKV – in einem allerdings weiterhin schwachen Zinsumfeld. Dass die PKV auch aktuell – trotz der Niedrigzins-Politik der EZB – eine Nettoverzinsung von 3,5 % realisiert hat, ist deshalb möglich, weil die private Krankenversicherung i. d. R. eine lebenslange „Geschäftsbeziehung“ zwischen Versicherungsunternehmen und Versicherten darstellt. Dies ermöglicht den Unternehmen der PKV auf den Kapitalmärkten eine sichere, risikoaverse Anlage- und Langfriststrategie mit entsprechend hohen Erträgen. Von diesen sicheren „Langläufern“ profitieren die Versicherten auch in zinspolitisch schwierigen Zeiten.

Die PKV-Kapitalanlagen bieten auch künftig eine gute und sichere Verzinsung. Dennoch geht das von der EZB zu verantwortende Niedrigzinsumfeld mittel- und langfristig zu Lasten der privaten Altersvorsorge und damit auch der PKV-Versicherten. Gleichwohl bleibt auch in einem andauernden Niedrigzinsumfeld das PKV-Prinzip der Kalkulation mit Alterungsrückstellungen voll funktionsfähig und vor allem generationengerecht.

Angesichts der relativ stabilen Versichertenzahlen in der PKV (auf hohem Niveau) und angesichts der relativ hohen Zinserträge unter von der PKV nicht zu verantwortenden Rahmenbedingungen ist die Forderung der Fraktion DIE LINKE, die PKV zur Stabilisierung des gesamten Gesundheitssystems abzuschaffen, als unsachlich einzuordnen. Das gilt umso mehr, weil mit dem Umlagesystem in der GKV eine „Negativrendite“ einhergeht⁴ und die Mehrheit der angestellten Versicherten nicht die freie Wahl zwischen einer Versicherung in der GKV und PKV hat.

B – Folgen und Nebenwirkungen der Bürgerversicherung („Ein System für alle“)

Die sachlich falschen Prämissen, Annahmen und Argumente, die dem Antrag der Fraktion DIE LINKE zu Grunde liegen, lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, ob es den Antragstellern um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland oder um eine parteipolitisch motivierte Neid- und Einheitsdebatte geht. Der Beitrag der Einheitsversicherung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist nämlich null. Die von den Anhängern der Bürgerversicherung genannten Qualitäts- und Versorgungsziele sind an sich zu begrüßen. Sie müssen politisch diskutiert und vorangebracht werden. Qualitäts- und Versorgungsfragen beziehen sich allerdings ausschließlich auf die Leistungsseite eines Krankenversicherungssystems. Mit dem Finanzierungsvorschlag der Bürgerversicherung stehen sie in keinem sachlichen Zusammenhang.

Unabhängig davon gingen mit der Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung („Ein System für alle“) zahlreiche Folgen und Nebenwirkungen einher. Sie würde dem deutschen Gesundheitssystem grundsätzlich schaden. Im Einzelnen:

⁴ Vgl. dazu Augurzky, B.; Felder, S. (2013), Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, S. 7.

1. Finanzierung der medizinischen Infrastruktur

Beim Thema „Bürgerversicherung“ steht nicht nur die Fraktion DIE LINKE – mit Blick auf die Mehrumsätze der Privatpatienten – vor einem Dilemma. Ein System für alle (Bürgerversicherung) lässt sich nur zu Lasten der medizinischen Infrastruktur oder auf Kosten der Beitragszahler realisieren.

(a) Bürgerversicherung zu Lasten der Leistungserbringer

Eine mit der Bürgerversicherung einhergehende und an der GKV orientierte Vereinheitlichung der Honorar- und Vergütungsordnungen würde zu einem Wegbrechen der Mehrumsätze in Höhe von 13,2 Mrd. Euro für die medizinische Infrastruktur führen. In dieser Höhe entstehen im Gesundheitssystem durch Privatversicherte Mehrumsätze, weil Privatversicherte privat und nicht gesetzlich versichert sind.⁵ Diese Finanzmittel werden dringend für Investitionen in das Versorgungssystem gebraucht und kommen allen, auch gesetzlich versicherten Patienten, zu Gute.

(b) Bürgerversicherung zu Lasten der Beitragszahler

Um die politische Akzeptanz für die Bürgerversicherung zu erhöhen, wird häufig davon gesprochen, dass *dem System unterm Strich kein Geld entzogen* werden solle. Ein derartiges Versprechen hätte Folgen: Sollten in einer Bürgerversicherung die Mehrumsätze, wenn auch nur in Teilen, kompensiert werden, würde das zu einer massiven Mehrbelastung der Beitragszahler führen. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die Mehrumsätze in Höhe von 13,2 Mrd. Euro der ehemals Privatversicherten „bezahlen“ und wirtschaftlich tragen. Der Beitragssatz in der neuen Bürgerversicherung würde sich um rund einen Beitragssatzpunkt erhöhen. Der monatliche Höchstbeitrag in der GKV würde von heute 703 Euro auf dann 749 Euro (+6,5 %) steigen.

2. „Ein System für alle“ führt zur Zwei-Klassen-Medizin

In Deutschland gibt es zwei Versicherungssysteme, aber nur eine Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser Versorgungsstruktur sorgt gerade das Nebeneinander von PKV und GKV dafür, dass es für die gesamte Bevölkerung zu einer sehr guten Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten kommt. So leisten Privatversicherte – weil sie für viele medizinische Leistungen höhere Honorare zahlen – mit ihrem Mehrumsatz einen überproportionalen Beitrag zum Gesundheitswesen. Dieser Beitrag kommt direkt auch der Versorgung der gesetzlich Versicherten zu Gute.

Die Existenz der PKV für Leistungsunterschiede in der medizinischen Versorgung verantwortlich zu machen, ist dagegen unsinnig. Denn der Tatbestand, dass es in der PKV vertragliche Leistungssicherheit gibt, ist nicht ursächlich für den einen oder anderen Leistungsauschluss in der GKV. Die überwiegende Zuzahlungsfreiheit in der PKV steht in keinem kausa-

⁵ Vgl. Hagemeister, S.; Wild, F. (2019), Mehrumsatz von PKV-Versicherten, Jahresbericht 2019.

len Zusammenhang zur Einführung von Zuzahlungen in der GKV. Und: Die Charakterisierung der PKV als budgetfreie Zone ist nicht Auslöser einer eben solchen Budgetierung in der GKV.

Letztlich ist es genau umgekehrt. Nur der Fortbestand der PKV schützt gesetzlich Versicherte vor Leistungskürzungen. Denn in der PKV gibt es einen unkündbaren Leistungskatalog. Das bestätigt im Grundsatz auch der GKV-Spitzenverband: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“⁶

Ein Blick über die Grenzen kann diesen Zusammenhang eindrucksvoll bestätigen: Nirgendwo gibt es eine so ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin wie in den Staaten, die formal ein einheitliches Versorgungssystem haben, wie zum Beispiel Großbritannien. Die Wirklichkeit in diesen Ländern ist von Warteschlangen, Rationierungen sowie einer schlechten Infrastruktur bei den Leistungserbringern und den staatlichen Gesundheitsdiensten geprägt. Die einzige Möglichkeit, die Rationierungen und Belastungen in staatlichen Gesundheitsdiensten zu vermeiden, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Immer mehr Menschen machen in Großbritannien davon Gebrauch. Sie lassen sich ambulant wie stationär bei Ärzten behandeln, die immer häufiger – ohne Wartezeit und Rationierung – ausschließlich privat praktizieren. Eine allzu menschliche Ausweichreaktion, die charakteristisch für überwiegend einheitliche Gesundheitssysteme ist und letztlich eine echte Zwei-Klassen-Medizin zu Lasten Dritter mit all ihren Konsequenzen begründet, allen voran die Erosion gemeinsamer Versorgungsstrukturen.

3. Abschaffung der Beihilfe

Die Fraktion DIE LINKE will im System der Bürgerversicherung („Ein System für alle“) die Beihilfe zu Gunsten eines Arbeitgeberzuschusses abschaffen. Der Arbeitgeberzuschuss soll dabei irreführend – analog zum sogenannten Hamburger Modell – „pauschale Beihilfe“ heißen. Für die Beamten ginge damit – bezogen auf die Lebenszeit – ein Beitragsanstieg und eine Leistungskürzung einher, weil Beihilfeberechtigte für ihre PKV-Restkostenversicherung im Status Quo in der Regel eine geringere Beitragslast als in der GKV zu tragen haben – mit der Kombination aus Beihilfe und PKV aber ein höherer Leistungsanspruch als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einhergeht.

a) Leistungs Nachteile in der Beamten-Bürgerversicherung

In der Bürgerversicherung nach Vorbild der heutigen GKV würden die Leistungen im Grundsatz vom Gesetzgeber definiert und könnten auch gestrichen werden. Sie müssten laut Sozialgesetzbuch nicht nur ausreichend und zweckmäßig, sondern auch wirtschaftlich sein. Im Gegensatz dazu sind die Leistungen der individuellen Beihilfe (Status Quo: Kombination aus

⁶ Vgl. Pfeiffer, D. (GKV-Spitzenverband), in: Tagesspiegel, 1.7.2008.

Beihilfe und PKV) im Krankheitsfall den Regelleistungen der GKV/Bürgerversicherung überlegen, zum Beispiel:

- Der Zugang zu innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden ist nicht von einer Genehmigung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abhängig.
- Beihilfeberechtigte können sich ambulant im Krankenhaus gem. GOÄ behandeln lassen.
- Die Beihilfe limitiert nicht mit Budgets.
- Beim Zahnersatz gibt es kein Festzuschusssystem, sondern die tatsächlichen Aufwendungen werden erstattet. GKV-Versicherte haben dagegen nur Anspruch auf Festzuschüsse. Die meist große Differenz zu den tatsächlichen Kosten tragen sie selbst.
- Implantologische Leistungen werden in der GKV in der Regel nicht erbracht. Dagegen sind Implantate bis zu einer bestimmten Höchstzahl beihilfefähig.

b) Beitragsnachteile in der Beamten-Bürgerversicherung

Für Beihilfeberechtigte würde in einer Beamten-Bürgerversicherung der Beitrag in der Regel steigen. Da der Dienstherr im Status Quo ohne Arbeitgeberzuschuss für die Beihilfeberechtigten 50 bis 80 % der Krankheitskosten übernimmt, tragen Beamte nur die Beiträge für eine anteilige PKV-Restkostenversicherung. Insbesondere im Alter profitieren sie von einem Beihilfeanteil von 70 %.

Anders würde sich die Situation darstellen, wenn alle Beamten im Modell der Bürgerversicherung eine pauschale Beihilfe (Arbeitgeberzuschuss) erhielten. Ein Überblick:

- Bei Verdiensten um die Beitragsbemessungsgrenze würden die Beamten um die 700 Euro zahlen. Selbst wenn sich der Dienstherr mit einem Arbeitgeberzuschuss daran beteiligen sollte, dürfte die PKV-Restkostenversicherung im Status Quo in den meisten Fällen deutlich günstiger sein.
- Beamte hätten in der nach Vorbild der GKV konzipierten Bürgerversicherung stets den Status eines freiwillig Versicherten. Das bringt erhebliche Mehrbelastungen mit sich: Im Pensionsalter wird nicht nur ein Krankenversicherungsbeitrag auf die Pension fällig, Beamte müssten auch auf alle zusätzlichen Einkünfte (private Renten, Kapitalerträge, Mieteinkünfte) einen Beitrag zahlen.
- Allerdings ist bei dem Vergleich der Krankenversicherungsbeiträge auch die Familiensituation zu berücksichtigen: GKV-Versicherte zahlen für Kinder keinen Beitrag; Privatversicherte Beamte erhalten für Kinder zwar eine Beihilfe von 80 Prozent, müssen aber die restlichen 20 Prozent der Behandlungskosten über eine entsprechende PKV-Restkostenversicherung abdecken.

4. Verlust von Arbeitsplätzen

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht vor, dass die PKV zu einem bestimmten Stichtag abgeschafft wird. Mit Blick auf diese Problemlage sollen – laut Antrag der Fraktion DIE LINKE – für die Arbeitsplätze sozialverträgliche Übergänge geschaffen werden. Diese sollen

insbesondere Umschulungen beispielsweise für zusätzlich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) benötigte Stellen einschließen.

Abseits des vorliegenden Antrags ist die beschäftigungspolitische Realität eine andere. Bei einer von der Fraktion Die LINKE favorisierten Sofort-Überleitung der PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung würden allen Angestellten, allen Selbständigen im System und allen im Umfeld der PKV verbundenen Arbeitsplätzen die Grundlage der Erwerbstätigkeit entzogen. Nach den Erkenntnissen der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di „würde die Einführung einer Bürgerversicherung viele Arbeitsplätze vernichten.“⁷ Laut Paquet würde das gesamte Personal der PKV einschließlich der Schadensregulierung bis auf das Zusatzversicherungsgeschäft seine Funktion verlieren.⁸

Ähnlich erginge es den mit der PKV mittelbar verbundenen Arbeitsplätzen. Weil in der Bürgerversicherung unter anderem das System der Beihilfe nicht mehr vorgesehen ist und stattdessen Arbeitgeberbeiträge gezahlt würden, gäbe es keinerlei Beschäftigungsperspektive für Arbeitsplätze im Bereich der Beihilfe. Im Ergebnis wären damit im Umfeld der PKV bis zu 68.000 Beschäftigte⁹ unmittelbar und mittelbar von der Abschaffung der PKV betroffen. Abzuziehen wären davon lediglich die Beschäftigten, die vom PKV-Geschäftsfeld der Zusatzversicherungen abhängen.

Paquet und Albrecht erörtern jeweils im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung Potentiale zur Kompensation oder zum Ausgleich von negativen Beschäftigungseffekten durch Transformationsszenarien. Im Ergebnis sind alle Potentiale zur Kompensation von betroffenen Arbeitsplätzen im System der PKV als Versicherer als gering einzustufen. Nach Paquet sind Ersatz-Arbeitsplätze in der GKV nicht unmittelbar zu erwarten, weil die Krankenkassen einen Mitgliederzuwachs ohne zusätzliches Personal verkraften würden.¹⁰ Die Arbeitsplätze könnten in der Bürgerversicherung nur durch eine gesetzlich geregelte Übernahme durch die gesetzlichen Kassen erhalten bleiben.¹¹ Dabei müssten aber die gesetzlichen Kassen Mitarbeiter übernehmen, die sie mindestens in der vorgegebenen Größenordnung und mit den vorhandenen Qualifikationen nicht braucht.¹²

Auch von Albrecht werden kompensierende Beschäftigungseffekte in der GKV als unrealistisch angesehen. Zusätzliche GKV-Zugänge aus der PKV könnten allenfalls zu einer Verlangsamung des (ohnehin stattfindenden) Personalabbaus in der GKV führen, kaum aber zur Aufnahme zusätzlichen Personals.¹³ Schließlich dürften sich auch außerhalb der Kranken-

⁷ Vgl. ver.di (2017), Bürgerversicherung? Und die Folgen für die Beschäftigten?

⁸ Vgl. Paquet (2013), Auswirkungen der Bürgerversicherung auf die Beschäftigung in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, Arbeitspapier 284, Hans-Böckler-Stiftung, S. 92 f.

⁹ Vgl. Albrecht, M. et al. (2016), Transformationsmodelle einer einer Bürgerversicherung - Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der Krankenversicherungen, IGES im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Study 332, Oktober 2016.

¹⁰ Vgl. Paquet (2013), S. 5.

¹¹ Vgl. Paquet (2013), S. 92 f.

¹² Vgl. Paquet (2013), S. 103.

¹³ Vgl. Albrecht (2016), S. 60.

versicherung nur sehr begrenzt anderweitige Beschäftigungsperspektiven für ehemalige Beschäftigte der PKV ergeben, da in der traditionellen Versicherungsbranche insgesamt eher mit Schrumpfungstendenzen zu rechnen sei.

C – Rechtliche Bewertung

1. Betroffenheit von Grundrechten

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE nimmt an, dass von der Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) keine Grundrechte betroffen seien. Das Gegenteil ist der Fall. Gleich mehrere Grundrechte sind betroffen: Die zwangsweise Beendigung aller Verträge und das gleichzeitige Verbot, neue Verträge abzuschließen, greifen sowohl in die Grundrechte der Versicherten als auch in die der Versicherungsunternehmen ein. Betroffen sind vor allem Art. 2 Abs. 1 (allgemeine Handlungsfreiheit), Art. 9 Abs. 1 (Vereinigungsfreiheit), Art. 12 Abs. 1 (Berufsfreiheit) und Art. 14 Abs. 1 GG (Eigentumsgarantie). Eine allgemeine, pauschale Behauptung, diese Eingriffe seien im Hinblick auf die „überragend wichtigen Gemeinwohlbelange der Stabilität, der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems“ gerechtfertigt, verfährt nicht. Letztlich ist jede Rechtfertigung am Einzelfall und am Maßstab des geschützten Rechtsguts zu prüfen.

Beispielhaft soll diese Prüfung im Folgenden für das Grundrecht auf Berufsfreiheit skizziert werden. Das (faktische) Verbot des Neu- und Altgeschäfts ist unvereinbar mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit aus Artikel 12 Abs. 1 GG der Versicherungsunternehmen. Die PKV-Unternehmen sind nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Berechtigter der Berufsfreiheit gemäß Art. 19 Abs. 3 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG. Schutzgut nach Art. 12 Abs. 1 GG ist dabei der von den PKV-Unternehmen ausgeübte „Beruf“. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung zum GKV-WSG sehr deutlich herausgearbeitet, dass als Beruf das „Geschäftsmodell“ der PKV anzusehen ist. Das damit als Beruf geschützte Geschäftsmodell zeichnet sich durch das Angebot von Privater Krankenversicherung auf der Grundlage privater Versicherungsvertragsverhältnisse und einer Prämienkalkulation nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit Bildung von Alterungsrückstellungen aus. Durch die Einbeziehung sämtlicher Versicherten in die GKV wird den PKV-Unternehmen die Möglichkeit genommen, das Geschäftsmodell in der Krankheitskostenvollversicherung weiter zu betreiben. Das ist ein Eingriff in die Berufsfreiheit der Unternehmen in Form einer objektiven Berufszulassungsbeschränkung, da sie nicht von subjektiven Merkmalen des Versicherers abhängt.

Die Anforderungen an die Rechtfertigung einer objektiven Berufszulassungsbeschränkung sind hoch. So müssten ohne das Verbot des Geschäftsmodells nachweisbare und höchst wahrscheinlich schwerwiegende Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut drohen. Selbst wenn man die finanzielle Stabilität und Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung als überragend wichtiges Gemeinschaftsgut bewerten würde, bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass diese ohne das Verbot des Geschäftsmodells Private

Krankheitskostenvollversicherung nachweisbar und höchst wahrscheinlich in Gefahr geraten würde. Im Gegenteil: Insbesondere im Hinblick auf die demographische Situation würde die Einführung der Bürgerversicherung die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung als umlagefinanziertes System destabilisieren.

2. Grundsätze des Berufsbeamtentums

Der Antrag der Fraktion DIE LINKE sieht vor, bei Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) für beihilfeberechtigte Personen neue – auch rechtliche – Regelungen zu schaffen. In diesem Zusammenhang sind erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken anzumelden. Verfassungsrechtliche Bedenken bestehen im Hinblick auf die Vereinbarkeit mit der Gewährleistung der hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums nach Art. 33 Abs. 5 GG. Die Beihilfe selbst gehört zwar nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums. Allerdings zählt hierzu die Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber dem Beamten. Der Dienstherr kann zwar durchaus anstelle der individuellen Beihilfe ein anderes System wählen, seine Fürsorgepflicht entfällt dadurch aber nicht – der Dienstherr bleibt von Verfassung wegen stets verpflichtet, die Fürsorge selbst zu erfüllen. Auf die GKV kann der Dienstherr indes keinen Einfluss nehmen, insbesondere ist die Veränderung des Leistungskatalogs im SGB V jederzeit möglich. Letztlich wälzt der Dienstherr seine beamtenrechtliche, verfassungsrechtlich verankerte Fürsorgeverpflichtung auf die gesetzliche Krankenversicherung, die außerhalb seines Einflussbereichs liegt, ab.

3. „Sozialisierung“ der Alterungsrückstellungen

Die Auflösung der Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV-Unternehmen ist im Hinblick auf das Grundrecht der Versicherungsunternehmen aus Art. 14 Abs. 1 GG verfassungswidrig. Dabei ist es, entgegen der Darstellung der Antragsteller, unerheblich, ob die Alterungsrückstellungen einen individuellen Anspruch auf eine bestimmte Geldsumme begründen oder nicht. Darauf kommt es für den Eingriff in Art. 14 Abs. 1 GG nicht an. Denn wenigstens als Bilanzposition gemäß § 341f HGB im Hinblick auf das hiermit korrespondierende Sicherungsvermögen nach § 125 Abs. 1 VAG sind die Alterungsrückstellungen durch Art. 14 Abs. 1 GG geschützt. Sie sichern die Fähigkeit des Versicherungsunternehmens ab, gegenüber seinen Versicherungsnehmern die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag während der gesamten Vertragsdauer zu erfüllen.

Der Eingriff in Eigentumsrecht hat „erdrosselnde“ Wirkung und ist unverhältnismäßig, da eine Auflösung der Alterungsrückstellungen nur durch eine kurzfristige verlustreiche Liquidation von lang laufenden Kapitalanlagen, deren Anlage an sich an einer Laufzeit der Krankenversicherungsverpflichtungen von mehreren Jahrzehnten orientiert war, denkbar wäre, was den wirtschaftlichen Ruin jedes PKV-Unternehmens bedeuten würde. Ein legitimer Zweck für einen solchen existentiellen Eingriff ist nicht erkennbar, letztlich geht es, wie die Überlegungen zeigen, die Unternehmen der PKV hätten aus den aufgelösten Alterungsrückstellungen Aus-

gleichszahlungen an den Gesundheitsfonds zu leisten, nur um die Schaffung einer einmaligen Einnahmequelle für die Bürgerversicherung. Dies lässt eine den Eingriff rechtfertigende Legitimität vermissen.

D – Fazit und Schlussfolgerung

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Auch dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen gesetzlich und privat Versicherten ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind nach wie vor kurz. Trotz der Leistungsstärke steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. 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. Für diese Herausforderungen und Probleme hat die Bürgerversicherung keine Lösung. Für die stetig wachsenden Ausgaben der Krankenversicherung bietet sie keine Abhilfe, sie erhöht im Zuge der Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze lediglich die Beiträge und Belastungen. Die Überführung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in das Regelwerk der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wäre die faktische Abschaffung der privatwirtschaftlichen Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz. Das Ergebnis wäre eine große, allumfassende Einheitsversicherung, in der letztlich allein der Staat darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.