

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Harald Weinberg, Diana Golze, Matthias W. Birkwald, Heidrun Dittrich, Klaus Ernst, Inge Höger, Katja Kipping, Kathrin Senger-Schäfer, Kathrin Vogler, Sabine Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Gesundheitsversorgung im Basistarif**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden die privaten Krankenversicherungen verpflichtet, ab dem 1. Januar 2009 ihren Versicherten einen Basistarif anzubieten. Der Basistarif wurde eingeführt, damit die allgemeine Versicherungspflicht auch auf ehemals privat Krankenversicherte sowie auf dem Grunde nach der privaten Krankenversicherung zuzuordnende Nicht-versicherte ausgedehnt werden konnte. Gesetzlich wurde festgelegt: Der Beitrag im Basistarif darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen und die Leistungen sollen mit denen der gesetzlich Versicherten vergleichbar sein. Im Basistarif darf der Gesundheitszustand des Versicherten nicht in die Beitragsbemessung eingehen und die Privatversicherungen müssen jeden Antragsteller in diesen Tarif aufnehmen.

Die Vergütung der ambulanten Leistungen im Basistarif ist in § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geregelt. Waren im ursprünglichen Gesetzestext Vergütungen vom 1,16- bis 1,8-fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vorgesehen, so wurden diese durch eine Einigung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Privatversicherungen zum 1. April 2010 auf den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ deutlich abgesenkt.

In der Fernsehsendung „Kontraste“ in der ARD wurde am 28. Oktober 2010 eine schlechte Versorgungssituation der Versicherten im Basistarif dargestellt, die laut dem Bericht mit der schlechten Honorierung von Leistungen für Versicherte im Basistarif zusammenhängt. Versicherte im Basistarif können demnach auf weniger Ärztinnen und Ärzte zurückgreifen, fühlen sich stigmatisiert, da sie immer darauf hinweisen müssen, dass nur nach dem 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ abgerechnet werden darf und müssen dafür kämpfen, dass dies auch tatsächlich passiert. Wird ein höherer Satz abgerechnet, ist der Versicherte und nicht die Versicherung zahlungspflichtig.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, sagte in dem Bericht der Sendung, falls sich die KBV und die privaten Krankenversicherungen nicht auf den 0,9- bis 1,2-fachen Satz der GOÄ geeinigt hätten, wäre bei einem Schiedsspruch ein noch geringerer Wert herausgekommen. Der Schiedsstelle gehören auch Vertreter der Bundesregierung an.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Menschen sind derzeit im Basistarif der privaten Krankenversicherung versichert?

Wie viele Ein- und Austritte sind jeweils für die Jahre 2009 und 2010 zu verzeichnen?

2. Wer ist verpflichtet, sich im Basistarif zu versichern?
3. Welcher Versichertenkreis hat die Möglichkeit, aus einem anderen Versicherungstarif in den Basistarif zu wechseln?
4. Welche Folgen für das gesetzliche und das private Krankenversicherungssystem sind zu erwarten, wenn immer mehr Privatversicherte in den Basistarif wechseln?
5. Welche Merkmale weist die Versichertengruppe im Basistarif bezogen auf Sozialstatus, Alter und Morbidität auf?
6. Gibt es Hinweise darauf, dass im Basistarif mehr Menschen mit geringerem Einkommen und/oder höherer Morbidität versichert sind als im Durchschnitt der privaten bzw. gesetzlich Versicherten?
7. Für welche Versicherten, bezogen auf Morbidität, Alter und Einkommen, ist der Basistarif die kostengünstigste Alternative?
8. Stimmt die Bundesregierung dem „Handelsblatt“ vom 11. Mai 2010 ([www.handelsblatt.com](http://www.handelsblatt.com)) zu, wonach ein Wechsel in den Basistarif nur für Menschen in Frage kommt, die keine Krankenversicherung besitzen und aufgrund von Vorerkrankungen nicht mehr eine reguläre private Vollversicherung abschließen können, bzw. für Versicherte, die bereits jetzt hohe Risikozuschläge bezahlen oder deren Vertrag den Ausschluss von bestimmten Krankheiten vorsieht?
9. Wie viele der Privatpatientinnen und Privatpatienten im Basistarif, deren Beitrag wegen Hilfebedürftigkeit halbiert ist, zahlen diesen Beitrag nicht vollständig, weisen also Beitragsrückstände auf (bitte jeweils nach dem Zweiten und Zwölften Buch Sozialgesetzbuch getrennt ausweisen)?
10. Was bewirkt die Mitnahme der Altersrückstellungen bei einem Wechsel aus der Vollversicherung in den Basistarif?
11. Ist es möglich, dass trotz der Mitnahme der Altersrückstellungen aus der Vollversicherung in den Basistarif der Höchstsatz als Beitrag fällig wird?  
Wenn ja, welchen Vorteil hat der Versicherte aus den in der Regel jahrelang geleisteten Rückstellungen?
12. Kann der Versicherte seine mitgenommenen Altersrückstellungen zur Beitragszahlung im Basistarif verwenden, um seine Belastung zu verringern?
13. Ist es statthaft, dass private Krankenversicherungen die Altersrückstellungen, die aus einem anderen Tarif in den Basistarif hinübergenommenen wurden, ohne Einverständnis des Versicherten zur Tilgung von Beitragschulden verwenden?  
Wenn ja, wie häufig geschieht dies?
14. Wie hoch sind die Einnahmen der privaten Krankenversicherungen im Basistarif?  
Falls nicht bekannt, wie hoch sind die geforderten Beiträge in der Summe?
15. Wie hoch sind die Ausgaben der privaten Krankenversicherungen für Versicherte im Basistarif im Jahr 2009 gewesen?  
In welcher Höhe sind in den Jahren 2009 und 2010 insgesamt Honorare für Vertragsärztinnen und -ärzte für erbrachte Leistungen an Privatversicherten im Basistarif angefallen?

16. Darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif ablehnen?  
Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Vertragsärztinnen und -ärzte die Behandlung von Versicherten im Basistarif – vermutlich aufgrund der geringeren Vergütung – verweigert haben?
17. An welche Stelle kann sich ein Privatversicherter im Basistarif wenden, wenn ein Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt seine Behandlung ablehnt?
18. Darf ein Vertragszahnarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif ablehnen?  
Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Zahnärztinnen und -ärzte die Behandlung von Versicherten im Basistarif aufgrund der geringeren Vergütung verweigert haben?
19. Muss ein Vertragsarzt die Ablehnung eines Versicherten im Basistarif begründen?  
Wenn ja, mit welchen Begründungen darf ein Arzt die Behandlung ablehnen?
20. Muss ein Vertragszahnarzt die Ablehnung eines Versicherten im Basistarif begründen?  
Wenn ja, mit welchen Begründungen darf ein Zahnarzt die Behandlung ablehnen?
21. Darf ein Vertragsarzt einem gesetzlich Versicherten die Behandlung verweigern?  
Unter welchen Umständen darf er das?
22. Darf ein Vertragszahnarzt einem gesetzlich Versicherten die Behandlung verweigern?  
Unter welchen Umständen darf er das?
23. Unter welchen Umständen darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif nicht ablehnen?
24. Unter welchen Umständen darf ein Vertragszahnarzt die Behandlung eines Privatversicherten im Basistarif nicht ablehnen?
25. Wie genau ist die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Vergütung für die Leistungen der Privatversicherten im Basistarif geregelt?
26. Wie bewertet die Bundesregierung die Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Versicherten im Basistarif derzeit?
27. Was bedeutet es, dass die Leistungen im Basistarif vergleichbar zu denen der gesetzlichen Krankenkassen sein müssen (§ 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes)?  
Welchen Spielraum haben die privaten Krankenversicherungen, da vergleichbar nicht identisch bedeutet?
28. Wie wird sichergestellt, dass Versicherte im Basistarif vergleichbare Leistungen wie gesetzlich Versicherte erhalten?
29. Haben Versicherte im Basistarif den gleichen Zugang zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wie gesetzlich Versicherte; also stehen ihnen genauso viele Ärztinnen, Zahnärztinnen, Ärzte und Zahnärzte in ihren Regionen zur Verfügung wie gesetzlich Versicherten?
30. Ist es der Wille der Bundesregierung, dass den Versicherten im Basistarif alle Vertragsärztinnen und -ärzte zur Behandlung zur freien Auswahl stehen (uneingeschränkte freie Arztwahl)?

31. Wenn es der Bundesregierung auch ausreicht, wenn für die Privatversicherten im Basistarif nur bestimmte Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte ausgewiesen werden, ihnen also nicht alle Vertragsärzte zur Verfügung stehen, wer legt die notwendige Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. Zahnärztinnen und Zahnärzte in einem Versorgungsbezirk fest, die die Versorgung der Versicherten im Basistarif sicherstellen?  
Wie hoch sind diese Zahlen für die verschiedenen Arztgruppen beispielsweise in Berlin?
32. Ist der Regelsatz für Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Bezieher, die im Basistarif versichert sind, ausreichend, um die weiteren Fahrwege zum nächsten Vertragsarzt zu bezahlen, wenn den Versicherten im Basistarif nicht alle Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Vertragszahnärztinnen und -zahnärzte zur Verfügung stehen, oder müsste es einen Sonderbedarf dafür geben?
33. Entspricht die in der Fernsehsendung „Kontraste“ am 28. Oktober 2010 dargestellte schlechte Situation von Versicherten im Basistarif der derzeitigen Gesetzeslage (abrufbar unter [www.rbb-online.de](http://www.rbb-online.de))?
34. Entspricht es der Realität, dass in Heilbronn von 128 Zahnärztinnen und Zahnärzten nur fünf Zahnärztinnen und Zahnärzte Patientinnen und Patienten im Basistarif behandeln, wie in der zuvor benannten Sendung „Kontraste“ geschildert wurde?
35. Ist diese Situation rechtlich zulässig und entspricht sie dem Willen der Bundesregierung?
36. Wenn nein, welche aufsichtsrechtlichen Schritte sind erfolgt?
37. Ist diese Situation politisch gewünscht?
38. Wenn nein, welche Maßnahmen plant die Bundesregierung?
39. Wie bewertet die Bundesregierung diese Versorgungssituation?  
Welche Gründe sind nach Ansicht der Bundesregierung maßgeblich dafür, dass nur wenige Zahnärztinnen und Zahnärzte Versicherte im Basistarif behandeln?
40. Wie bewertet die Bundesregierung die Absenkung der Kostenfaktoren für Leistungen im Basistarif auf 0,9 bis 1,2 der GOÄ im April 2010?  
Welche Folgen hat dies auf die Versorgung der Versicherten im Basistarif?
41. Ist es zutreffend, dass die Schiedsstelle niedrigere Vergütungsfaktoren als die 0,9- bis 1,2-fachen Sätze der GOÄ durchgesetzt hätte, wenn sich die privaten Krankenversicherungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht geeinigt hätten?  
Wie haben sich die Vertreter der Bundesregierung in der Schiedsstelle zur Frage der Höhe der Vergütungen der Leistungen im Basistarif positioniert?
42. Welche Auswirkungen haben die abgesenkten Vergütungsfaktoren auf die Beihilfekosten für Bundesbeamte?
43. Welche Zahlen (bzw. von welcher Institution) werden bei der Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. vom 28. Januar 2010 zu Grunde gelegt, bei der festgelegt wurde, dass ein sofortiges Kündigungsrecht der Vereinbarung für beide Parteien möglich ist, wenn die Zahl von 100 000 Versicherten im Basistarif überschritten wird?

44. Wie bewertet die Bundesregierung den Vorschlag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. in der Schiedsstellenverhandlung vom 28. Januar 2010, die zu erbringenden ärztlichen Leistungen für Versicherte im Basistarif in weiten Bereichen auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) umzustellen?
45. Ist es nach Ansicht der Bundesregierung ausreichend, dass die kassenärztlichen Vereinigungen lediglich darauf hinwirken sollen, dass Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten nur diejenigen Leistungen abrechnen, die nach Art und Umfang mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind?
46. Wer muss die Leistungen bezahlen, die nach Art und Umfang über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, also nicht mehr vergleichbar sind – der Versicherte oder die private Krankenversicherung?
47. Durch welche Weisungen sind die Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet, Privatpatientinnen und -patienten im Basistarif zu behandeln?
48. Wenn die Vertragsärztinnen und -ärzte verpflichtet sind, Versicherte im Basistarif (zu anderen, schlechteren Konditionen) zu behandeln, stellt dann eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. eine Wettbewerbsverzerrung und einen Vertrag zu Lasten Dritter dar?
49. Zu welchen Konditionen behandeln Privatärztinnen und -ärzte Versicherte im Basistarif, oder sind Versicherte im Basistarif verpflichtet, zur Behandlung zu Vertragsärztinnen und -ärzten zu gehen?
50. Wie bewertet die Bundesregierung die Begründung zur Nichtzulassung der Beschwerde eines Arztes, der gegen die Verpflichtung zur Behandlung von Versicherten im Basistarif Klage erheben wollte (1 BvR 807/08), nach der das Bundesverfassungsgericht aus der Verpflichtung zur Sicherstellung durch die kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die KBV keine Verpflichtung zur Behandlungspflicht von Vertragsärzten gegenüber Versicherten aus dem Basistarif abgeleitet sieht?
51. Wie hoch bemisst sich der Verwaltungsaufwand für die kassenärztlichen Vereinigungen, um die Versorgung der Versicherten im Basistarif sicherzustellen?  
Welche Ausgleichszahlungen erhalten die kassenärztlichen Vereinigungen von den Privatversicherungen für die Übernahme der Sicherstellung der Versorgung der Versicherten im Basistarif?
52. Liegen Verträge zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Vertragsärztinnen und -ärzten vor, die die Vertragsärztinnen und -ärzte zur Behandlung von Privatversicherten im Basistarif verpflichten?  
In welchen Bundesländern liegen solche Verträge vor und in welchen Bundesländern nicht?
53. Liegen Verträge zwischen den kassenzahnärztlichen Vereinigungen und den Vertragszahnärztinnen und -ärzten vor, die die Vertragszahnärztinnen und -ärzte zur Behandlung von Privatversicherten im Basistarif verpflichten?  
In welchen Bundesländern liegen solche Verträge vor und in welchen Bundesländern nicht?
54. Welche Folgen hätte eine Ausweitung der Verpflichtung der Vertragsärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang ihres aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages (§ 95 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) auf die Versorgung der Versicherten im Basistarif?

55. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung, den § 95 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend auszudehnen?
56. Inwieweit fließen von der gesetzlichen Krankenkasse erhobene Zusatzbeiträge künftig in die Berechnung der maximalen Höhe des Basistarifs ein? Plant die Bundesregierung hierzu eine gesetzliche Änderung?
57. Ist es richtig, dass derzeit für Versicherte im Basistarif eine Psychotherapie-sitzung in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit 48,26 Euro und in der Verhaltenstherapie mit 52,46 Euro bewertet wird, während die gesetzlichen Krankenkassen dieselben Leistungen mit derzeit jeweils 81,14 Euro vergüten?
58. Sieht die Bundesregierung angesichts der geringen Vergütung für psychotherapeutische Leistungen im Basistarif eine mögliche Gefährdung der Versorgung der Versicherten im Basistarif?
59. Ist die Versicherungsprämie im Basistarif in aller Regel höher als der Durchschnittsbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung?
60. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung, dass Versicherte im Basistarif oft schlechter behandelt werden als gesetzlich Versicherte und dass eine Vergleichbarkeit der Leistungen angesichts der in den vorhergehenden Fragen und dem „Kontraste“-Bericht genannten Leistungseinschränkungen in vielen Fällen nicht gewährleistet ist?

Berlin, den 28. Januar 2011

**Dr. Gregor Gysi und Fraktion**



