

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Cornelia Möhring, Jessica Tatti, Harald Weinberg, Pia Zimmermann, Sabine Zimmermann (Zwickau), Sören Pellmann und der Fraktion DIE LINKE.

Kinder und Zwei-Klassen-Medizin

Nach einer Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) zeigt sich, dass pro Kind deutlich mehr ausgegeben wird, wenn es privat und nicht gesetzlich versichert ist (vgl. www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/WIP-Analyse_4_2019_Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_2019.pdf). Das gilt sowohl für Behandlungskosten in Arztpraxen sowie insbesondere für die Zahnmedizin und überwiegend auch für Arzneimittel. Der geringere Umsatz für privat versicherte Kinder in Krankenhäusern gegenüber gesetzlich versicherten trotz häufigerer Inanspruchnahme von Chefarztbehandlung und anderen Wahlleistungen deutet nach Ansicht der Fragesteller hingegen darauf hin, dass privat versicherte Kinder weniger ernsthafte Gesundheitsbeschwerden haben.

Die größten Unterschiede gibt es bei der Zahnmedizin in den Jahren um das 15. Lebensjahr. Hier geben gesetzliche Krankenkassen etwa 400 Euro pro Jahr für ihre Versicherten aus, während für privat versicherte Jugendliche Leistungen für rund 1200 Euro von den Versicherungsunternehmen erstattet werden. Für drei gesetzlich versicherte Kinder wird also genauso viel ausgegeben wie für ein privat versichertes Kind. Die Eltern von gesetzlich versicherten Kindern zahlen oft hohe Summen als Eigenleistung, trotzdem dürfte sich nach Ansicht der Fragesteller die zahnmedizinische Versorgung insgesamt erheblich unterscheiden (www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/IGES_Gutachten_KfO.pdf). Es stellt sich nach Ansicht der Fragesteller die grundsätzliche Frage, weshalb unsere Gesellschaft für die gesundheitliche Versorgung einer Gruppe von Kindern deutlich mehr Ressourcen aufbringt als für eine andere Gruppe.

Höhere Ausgaben in der privaten Krankenversicherung (PKV) kommen nach Ansicht der Fragesteller im Wesentlichen aus zwei Gründen zustande: Erstens durch die Begrenzung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf ausreichende, wirtschaftliche, zweckmäßige und notwendige Behandlung bzw. umgekehrt ausgedrückt durch Überversorgung in der PKV. Zweitens durch höhere Preise in der PKV für identische oder vergleichbare Leistungen. Wären diese Gründe nicht von hoher Relevanz, müssten aufgrund der in der PKV niedrigeren Krankheitslast die Kosten sogar geringer sein als in der GKV. Privat versicherte Kinder erhalten nicht notwendigerweise bessere Leistungen, wohl aber bestehen Anreize für Arzt- bzw. Zahnarztpraxen und andere Leistungserbringende, möglichst viele privat versicherte Kinder trotz insgesamt

niedrigeren Gesundheitsrisiken (www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0031-1301268.pdf) möglichst umfangreich zu behandeln – nach Ansicht der Fragesteller oft auch zu deren Nachteil (www.sueddeutsche.de/gesundheit/buergerversicherung-hoffentlich-nicht-privat-versichert-1.3812302).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Sind der Bundesregierung andere Analysen bekannt, die einen vergleichbaren Untersuchungsgegenstand haben wie die genannte?
Wenn ja, welche, und was sind die Ergebnisse, Gemeinsamkeiten und Unterschiede?
2. Stimmt die Bundesregierung der Aussage zu, dass einer Gesellschaft bezüglich ihres Gesundheitssystems alle Kinder gleich viel wert sein sollten?
Was tut sie dafür, bzw. wie rechtfertigt sie, dass nach Ansicht der Fragesteller dies nicht so geregelt ist?
3. Wird die Bundesregierung bei der Novellierung der Gebührenordnung der Ärztinnen und Ärzte (GOÄ) berücksichtigen, dass die Honorare für die Behandlung privat versicherter Kinder an die der gesetzlich versicherten angeglichen werden?
4. Wird die Bundesregierung dies bei ihrem im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD festgehaltenen Vorhaben, ein „modernes Vergütungssystem“ zu schaffen, berücksichtigen?
Ist bei dem Auftrag an die wissenschaftliche Kommission dieser Umstand berücksichtigt worden und ihr als Ziel insbesondere die Angleichung der Vergütungssysteme für Kinder gegeben worden?
5. Macht sich die Bundesregierung die Forderung des Koalitionsvertrags zu eigen, die bezüglich der Reform der ambulanten Vergütung nur auf die GOÄ und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (also die ärztliche Versorgung) abzielt, nicht aber auf die Gebührenordnung für Zahnärztinnen und Zahnärzte und den Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA)?
6. Kann die Bundesregierung Beispiele geben, welche vergleichbaren Leistungen für privat versicherte und gesetzlich versicherte Kinder besonders unterschiedlich vergütet werden?
7. Kann die Bundesregierung Beispiele geben, welche vergleichbaren Leistungen für privat versicherte und gesetzlich versicherte Kinder sehr ähnlich oder gleich vergütet werden?
8. Kann die Bundesregierung Beispiele für Leistungen bei Kindern geben, die die PKV regelmäßig erstattet, jedoch nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind?
9. Sind der Bundesregierung derlei Leistungen bekannt, die sie für sinnvoll erachtet oder die der Forschungsstand zu evidenzbasierter Medizin empfiehlt?
10. Sind der Bundesregierung Untersuchungen zu Wartezeiten bei Kinderärztinnen und Kinderärzten bekannt, die sich mit möglichen Unterschieden bezüglich gesetzlich und privat versicherter Kinder befassen?
Wenn ja, was sind die Ergebnisse?

11. Sind der Bundesregierung Untersuchungen über Unterschiede im Gesundheitszustand von privat und gesetzlich versicherten Kindern bekannt, und welche sind deren wichtigste Ergebnisse?
12. Wenn beide Versicherungsmöglichkeiten bestehen, beitragsrechtliche und andere Rahmenbedingungen keine Rolle spielen, würde die Bundesregierung werdenden Eltern bezüglich der Versorgung eher eine private oder eher eine gesetzliche Krankenversicherung bzw. Krankenkasse empfehlen?
Falls die Bundesregierung hier keine Empfehlung geben kann, was wären die Vor- und Nachteile beider Varianten bezüglich der zu erwartenden Versorgung?
13. Welchen Anteil haben an den unterschiedlichen Ausgaben – privat und gesetzlich – für die ambulante und stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach Kenntnis der Bundesregierung *ceteris paribus*:
 - a) die unterschiedliche Krankheitslast (Morbidität) und die unterschiedlichen Gesundheitsrisiken,
 - b) das unterschiedliche Behandlungsvolumen (Menge und Art der erbrachten Leistungen),
 - c) das unterschiedliche Honorierungsniveau?
14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über Gesundheitsrisiken aufgrund von Überversorgung, insbesondere in der ambulanten Versorgung?
15. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung speziell über praktizierte Überversorgung bei privat versicherten Kindern und Jugendlichen?
16. Inwiefern beinhaltet die Schutzpflicht des Staates, insbesondere abgeleitet aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit und dem Sozialstaatsgebot, nach Ansicht der Bundesregierung auch den Schutz vor Überversorgung?

Berlin, den 15. November 2019

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

