

Kleine Anfrage

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

Leistungsverweigerung im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Bei der Fraktion DIE LINKE. gehen immer wieder Schreiben und Berichte von Versicherten im Basistarif ein, die sich als Patientin bzw. Patient „dritter Klasse“ fühlen und darüber beschweren, dass ihnen notwendige gesundheitliche Leistungen nicht erbracht werden. In einer Zuschrift geht eine jahrzehntelang Privatversicherte, die seit einiger Zeit im Basistarif ist, sogar so weit, dass man ihr doch bitte wenigstens Medikamente zur Sterbehilfe bezahlen solle, wenn man ihr schon ständig die notwendige Behandlung verweigert. Hintergrund ist das relativ niedrige Honorarniveau, das im Basistarif gilt. Dazu kommt, dass die meisten Privatversicherten in den Basistarif rutschen, weil sie arm sind.

Es ist nach Auffassung der Fragestellenden unverständlich, dass nach über elf Jahren Basistarif in der Privaten Krankenversicherung immer noch keine Regelung gefunden wurde, die eine Versorgung auf Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung mit freier (Zahn-)Arztwahl ermöglicht. Stattdessen vertraut die Bundesregierung bei ihrer Überprüfung von Problemen im Basistarif nach Wahrnehmung der Fragestellenden ausschließlich den Angaben des Verbands der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) und Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Das aber sind genau die Organisationen, die die Vereinbarungen zum Basistarif abgeschlossen haben. Seit Jahren behaupten sie, dass es ausschließlich in „Einzelfällen“ zu Problemen kommt, denen sämtlich abgeholfen werden könne (vgl. Bundestagsdrucksachen 17/4782 und 19/14605).

Den Basistarif gibt es seit 2009. Mit Wirkung von April 2010 machten die KBV und der PKV-Verband von der Möglichkeit Gebrauch, noch niedrigere Steigerungsfaktoren zu vereinbaren, als sie zunächst gesetzlich für den Basistarif in der Gebührenordnung für Ärzte vorgegeben waren. Das heißt, dass Leistungserbringer für die Behandlung von Versicherten im Basistarif viel weniger Geld erhalten als für die Behandlung anderer Privatversicherter. Nach Angaben des damaligen KBV-Vorsitzenden Dr. Köhler fand diese Kürzung unter massivem Druck des PKV-Verbandes statt (https://www.rbb-online.de/kontraste/ueber_den_tag_hinaus/gesundheit/behandlung_3_klasse.html). Den Fragestellenden liegt ein Schreiben von Herrn Dr. Köhler u. a. an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in den Ländern vor, in dem er beschreibt, wie es in den Verhandlungen mit dem PKV-Verband zu den Absenkungen kam. Weder bei der KBV noch beim PKV-Verband war ein Interesse daran festzustellen, den Basistarif attraktiv auszugestalten, im Gegenteil: Der PKV-Verband hat zugesagt, „dass es nicht seine Absicht und nicht Absicht der privaten Krankenversiche-

rung sei, durch geeignete Maßnahmen die Attraktivität des Basistarifs zu steigern“. In der Vereinbarung wurde sogar ein Sonderkündigungsrecht eingeführt für den Fall, dass doch eine gewisse Attraktivität vorliegt und die Zahl der im Basistarif Versicherten 100 000 Versicherte überschreitet.

Berichte über unzureichende Behandlungsmöglichkeiten gab es bereits kurz nach der Einführung des Basistarifs (siehe Verweis zum rbb oben). Die Verbraucherorganisationen berichten, dass Versicherte in der Praxis „Schwierigkeiten“ haben (<https://www.verbraucherzentrale-hessen.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/private-krankenversicherung-was-tun-wenn-sie-zu-teuer-wird-22067>) oder nur eine eingeschränkte Arztwahl zur Verfügung steht (<https://www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz/arzt-krankenhaus/keine-zahnbehandlung-im-basistarif>).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Personen sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit im Basistarif versichert?
2. Sieht die Bundesregierung die freie Arztwahl für gesetzlich Versicherte sowie für PKV-Vollversicherte als ein wichtiges Element des Versicherungsschutzes?
3. Sieht die Bundesregierung die freie Arztwahl für Basistarif-Versicherte als ein wichtiges Element des Versicherungsschutzes?
4. Ist es aus Sicht der Bundesregierung ausreichend, wenn K(Z)Ven Listen von (Zahn-)Ärztinnen und (Zahn-)Ärzten bereithalten, die bereit sind, Patientinnen und Patienten zu Basistarif-Konditionen zu behandeln?
5. Weshalb sind diese Listen nach Kenntnis der Bundesregierung in der Regel nicht veröffentlicht, sondern nur auf Anfrage der Versicherten erhältlich?
6. Wäre hier aus Sicht der Bundesregierung eine gesetzliche Verpflichtung der K(Z)Ven hilfreich, ähnlich wie das z. B. auch mit der Einführung der Hebammenliste zum besseren Finden einer entsprechenden Leistungserbringenden erfolgt ist?
7. Sieht die Bundesregierung in dem Umstand, dass sich Basistarif-Versicherte erst bei der K(Z)V erkundigen sollen, wer sie zu behandeln bereit ist, eine wesentliche Ungleichbehandlung zu gesetzlich Versicherten oder besteht dennoch ein vergleichbarer Versicherungsschutz?
8. Sähe es die Bundesregierung auch bei gesetzlich Versicherten als ausreichend an, wenn nur ein Teil der Kassen-(Zahn-)Ärztinnen und Kassen-(Zahn-)Ärzte zu einer Behandlung nach dem Vergütungssystem des einheitlichen Bewertungsmaßstabes oder des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen bereit wären?
9. Im Falle welcher Kassenzahnärztlichen Vereinigung (vgl. Antwort zu Frage 14 auf Bundestagsdrucksache 19/14605) gibt es „eine Satzungsregelung, die als Verpflichtung der Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte zur Behandlung von Versicherten im Basistarif angesehen werden kann“?
10. Ist es aus Sicht der Bundesregierung glaubhaft, wenn Medien, Verbraucher- oder Patientenorganisationen von systematischen Problemen statt Einzelfällen im Basistarif berichten (z. B. in der Anhörung des Gesundheitsausschusses vom 13. Mai 2013, http://webarchiv.bundestag.de/archiv/e/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/aj_Beitragsschuld)

en/110_13_05_13_Beitragsschulden.pdf, Seite 19, Antworten zu Fragen des Abgeordneten Harald Weinberg)?

11. Kann die Bundesregierung Medienberichte oder Stellungnahmen von Verbraucherorganisationen oder Patientenorganisationen vorlegen, die von Einzelfällen anstatt von systematischer Benachteiligung sprechen, und wenn ja, welche, und wie schätzt die Bundesregierung das Stimmungsbild zu dieser Frage bei den Patientenorganisationen und Verbraucherorganisationen ein?
12. Fand nach Kenntnis der Bundesregierung eine Patientenbeteiligung bei der Honorarvereinbarung von PKV-Verband und KBV statt, und wäre es sinnvoll, diese gesetzlich festzuschreiben?

Berlin, den 22. Juli 2020

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

