

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Achim Kessler, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 19/21404 –**

Leistungsverweigerung im Basistarif der Privaten Krankenversicherung

Vorbemerkung der Fragesteller

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 Krankenversicherung 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/gesundheitspflege/krankenversicherung/private-krankenversicherung-was-tun-wenn-sie-zu-teuer-wird-22067>) oder nur eine eingeschränkte Arztwahl zur Verfügung steht (<https://www.vzhh.de/themen/gesundheitspatientenschutz/arzt-krankenhaus/keine-zahnbehandlung-im-basistarif>).

Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung beobachtet die Situation hinsichtlich der Umsetzung des den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K(Z)Ven) und den Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen (K(Z)BV) gesetzlich zugewiesenen Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3a Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) regelmäßig. Die geringe Zahl der den zuständigen K(Z)Ven, dem PKV-Verband und dem Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung vorliegenden Beschwerden zeigt, dass die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages derzeit gewährleistet ist. Es besteht aus Sicht der Bundesregierung derzeit kein Anlass, die diesbezüglichen Angaben der K(Z)Ven und der K(Z)BV infrage zu stellen.

Im Hinblick auf die Vereinbarung der KBV mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen im Basistarif vom 28. Januar 2010 ist darauf hinzuweisen, dass es den Vertragspartnern obliegt, im Interessenausgleich angemessene Vergütungen festzulegen. Nach Angaben der Vertragspartner wurde bei der o. g. Vereinbarung angestrebt, dass die vom Basistarif der PKV umfassten ärztlichen Leistungen den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entsprechend ausgestaltet werden und ein der GKV vergleichbares Niveau ohne Budgetierung erreicht wird.

1. Wie viele Personen sind nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit im Basistarif versichert?

Nach Angaben des PKV-Verbandes waren zum 30. Juni 2020 gut 33.000 Personen im Basistarif der PKV 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?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die freie Arztwahl ist aus Sicht der Bundesregierung für gesetzlich Versicherte sowie für privat Krankenversicherte einschließlich der im Basistarif der PKV Versicherten grundsätzlich ein wichtiges Element im Rahmen des Umfangs des jeweiligen 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?

Die Fragen 4 bis 6 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der Gesetzgeber hat den K(Z)Ven und der K(Z)BV den Auftrag zur Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung von Basistarifversicherten nach § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V übertragen. Es ist dabei Sache der Selbstverwaltungskörperschaften des öffentlichen Rechts, in welcher Art und Weise sie den gesetzlichen Auftrag am zweckmäßigsten erfüllen.

Grundsätzlich kann dies – neben der Verankerung der Sicherstellung im Satzungsrecht der K(Z)Ven – durch das Bereithalten von Listen von Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzten sowie von an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen geschehen, die bereit sind, Basistarif-Versicherte zu den Vorgaben dieses Tarifes zu behandeln. Voraussetzung ist, dass eine hinreichende Zahl an behandlungsbereiten Vertrags(zahn)ärztinnen und Vertrags(zahn)ärzten sowie von an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen dafür zur Verfügung stehen.

Es obliegt den K(Z)Ven zu entscheiden, ob diese Listen veröffentlicht oder auf Anfrage übermittelt werden. Da nach Angaben der K(Z)BV bisher lediglich Einzelfälle bekannt geworden sind, in denen sich das Finden eines behandlungsbereiten (Zahn)Arztes als problematisch dargestellt hat und diesen Fällen abgeholfen werden konnte, gibt es aus Sicht der K(Z)BV keine Veranlassung, die bisherige Praxis infrage zu stellen. Eine gesetzliche Verpflichtung zur Veröffentlichung solcher Listen erscheint auch aus Sicht der Bundesregierung angesichts der geringen Zahl an Anfragen, über die die K(Z)Ven berichten, derzeit nicht angezeigt. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

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?

Nach Mitteilung der K(Z)BV ist es nicht der Regelfall, dass Basistarif-Versicherte sich zunächst an die K(Z)V wenden müssen, um einen behandlungsbereiten (Zahn)Arzt zu finden. Vielmehr ist dies nur in Einzelfällen der Fall, wenn die reguläre (Zahn)Arztsuche nicht gelingt. Insoweit besteht auch aus Sicht der Bundesregierung keine wesentliche Ungleichbehandlung, wenn

die K(Z)Ven den ihnen obliegenden Sicherstellungsauftrag für die (zahn)ärztliche Versorgung von Basistarif-Versicherten durch das Bereithalten von Listen mit behandlungsbereiten Vertrags(zahn)ärztinnen, Vertrags(zahn)ärzten und an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen umsetzen.

8. Säge 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?

Die an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzte verfügen jeweils über eine Zulassung, die sie zur Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten im Umfang des sich aus der jeweiligen Zulassung folgenden Versorgungsauftrages nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet (§ 95 Absatz 3 SGB V). In der Folge kommen hierfür auch für alle an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertrags(zahn)ärztinnen und -ärzte die entsprechenden einheitlichen Bewertungsmaßstäbe für die erbrachten Leistungen zur Anwendung.

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“?

Nach Angaben der KZBV bezog sich die in der Frage erwähnte Aussage auf eine Regelung in der Satzung der KZV Bremen, wonach zu den Aufgaben der KZV u. a. die Versorgung von Personen zählt, die im Basistarif versichert sind. Zudem ist an anderer Stelle in der Satzung allgemein geregelt, dass sich die Mitglieder der KZV an der Erfüllung der Aufgaben der KZV beteiligen. Bei weiter Auslegung könnte nach Auffassung der KZBV hierunter auch die Behandlung von Basistarif-Versicherten gefasst werden.

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/archive/2013/1212/bundestag/ausschuesse17/a14/anhoerungen/aj_Beitragsschulden/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?

Die Fragen 10 und 11 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Nach Angaben der K(Z)BV haben sich bislang nur in Einzelfällen Probleme ergeben, denen abgeholfen werden konnte. So berichten die KZBV und die

KZVen von bundesweit jährlich ca. 40 Beschwerden. Darüber liegen den K(Z)Ven und der K(Z)BV keine Hinweise auf systematische Probleme vor. Im Übrigen wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

Soweit Verbraucher- und Patientenorganisationen konkrete Fälle bekannt sind, in denen trotz Einschaltung der zuständigen K(Z)V Basistarif-Versicherte nicht oder nicht zu den gesetzlichen Konditionen des Basistarifs behandelt worden sind, können sie diese konkreten Fälle den zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mitteilen, die diese Fälle zum Anlass nehmen, auf die Umsetzung des den K(Z)Ven und der (K(Z)BV gesetzlich zugewiesenen Sicherstellungsauftrages hinzuwirken. Die Bundesregierung wird darüber hinaus die Situation weiterhin regelmäßig beobachten. Sofern die Zahl der Beschwerden zunimmt und diesen nicht abgeholfen wird, ist zu prüfen, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Durchsetzung des den K(Z)Ven und den K(Z)BV obliegenden Sicherstellungsauftrages nach § 75 Absatz 3a Satz 1 SGB V angezeigt und verhältnismäßig sind.

12. Fand nach Kenntnis der Bundesregierung eine Patientenbeteiligung bei der Honorarvereinbarung von PKV-Verband und KBV statt, und wäre es sinnvoll, diese gesetzlich festzuschreiben?

Bei der Honorarvereinbarung zwischen der KBV und dem PKV-Verband zur Vergütung der ärztlichen Leistungen des Basistarifes vom 28. Januar 2010 fand – wie auch generell bei der Vereinbarung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) – keine Patientenbeteiligung statt. Aus Sicht der Bundesregierung ist eine gesetzliche Beteiligungsverpflichtung grundsätzlich nicht sachgerecht.

