



FACHBEREICH

GESUNDHEITSWISSENSCHAFTEN

Hochschule Fulda · Postfach 2254 · 36012 Fulda

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Per E-Mail

Leipziger Straße 123
36037 Fulda

Prof. Dr. Stefan Greß
Versorgungsforschung &
Gesundheitsökonomie

stefan.gress@
gw.hs-fulda.de

Durchwahl
0661 9640-6380

Datum
29. November 2024

BETREFF:

Schriftliche Stellungnahme zum Antrag der Gruppe Die Linke „Gesundheit für alle“ (BT- Drucksache 20/11427 vom 14.05.2024)

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,
sehr geehrte Frau Dr. Kappert-Gonther,

vielen Dank für die Gelegenheit, zum oben genannten Antrag Stellung zu nehmen. Ich halte die grundsätzliche Ausrichtung des Antrags mit dem Ziel einer gemeinwohlorientierten und solidarischen gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung für sachgerecht. Insbesondere möchte ich in diesem Zusammenhang die beiden folgenden Reformnotwendigkeiten unterstreichen:

Fehlanreize durch die Dualität von gesetzlicher und private Krankenversicherung beseitigen

Die unterschiedlichen Rahmenbedingungen bei der Kalkulation von Beiträgen bzw. Prämien in gesetzlicher und privater Krankenversicherung setzen massive Fehlanreize. Nur ein begrenzter Personenkreis kann überhaupt in die private Krankenvollversicherung wechseln. Insbesondere junge Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versichertenpflichtgrenze haben einen hohen Anreiz für einen Wechsel in die PKV, weil in der PKV keine einkommensabhängigen Beiträge kalkuliert werden. Zudem wechseln vor allem Personen mit einem überdurchschnittlich guten Gesundheitszustand in die PKV, weil sie keine Risikozuschläge bezahlen müssen. Für Personen mit Vorerkrankungen ist es

im Regelfall hingegen attraktiver, sich in der GKV zu versichern. Für Beamte ist es in den meisten Fällen vorteilhaft, sich in der PKV zu versichern.

Als Konsequenz unterschiedlicher Vorgaben für die Kalkulation von Beiträgen und Prämien entstehen somit zwei unterschiedliche Risikopools. Die bestehenden Wechselanreize führen dazu, dass die Versicherten im Risikopool der PKV zumindest im Durchschnitt ein deutlich höheres Einkommen als die Versicherten in der GKV haben. Dies ist für die Versicherungsgemeinschaft in der GKV insofern problematisch, weil dieser sehr einkommensstarke Personenkreis für die Finanzierung der GKV-Ausgaben nicht zur Verfügung steht. Verstärkt wird dieser Selektions-effekt dadurch, dass die PKV-Versicherten im Durchschnitt gesünder sind als die Versicherten in der GKV. Diese adverse Selektion erhöht damit in doppelter Art und Weise den Beitragsdruck auf die GKV, indem sie gleichzeitig die Einnahmenbasis schwächt und die Relation von gesunden und kranken Versicherten verschlechtert.

Das Nebeneinander von zwei unterschiedlichen Versicherungssystemen führt allerdings nicht nur zu Verwerfungen auf der Finanzierungsseite. Vielmehr entstehen durch die unterschiedlichen Vergütungsmechanismen bei ambulant tätigen Haus- und Fachärzt*innen Fehlanreize bei der gesundheitlichen Versorgung. In der ambulanten ärztlichen Versorgung erhalten Ärzt*innen für die gleiche Leistung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung für Privatversicherte eine im Durchschnitt mehr als doppelt so hohe Vergütung. Zudem gibt es in der PKV im Gegensatz zur GKV keine Mengenbeschränkung für die erbrachten Leistungen.

Als Konsequenz dieser unterschiedlichen Vergütungsstrukturen sind unterschiedliche Wartezeiten für die beiden Versichertengruppen vor allem in der fachärztlichen Versorgung gut dokumentiert. Empirisch gut belegt sind zudem die durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme entstehenden allokativen Fehlanreize bei der Niederlassungsentscheidung. Die Integration von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung könnte durch eine umfassende Versicherungspflicht zur GKV erreicht werden. Perspektivisch dürften private Krankenversicherer

dann nur noch private Zusatzversicherungen anbieten. In der Konsequenz würde die unterwünschten Effekte der Parallelität der beiden Versicherungssysteme vermieden werden. Das gilt erstens für die bevorzugte Behandlung von Privatversicherten und die allokativen Fehlansätze bei der Niederlassung n der ambulanten ärztlichen Versorgung. Zweitens wären die finanziellen Effekte für die GKV spürbar, weil die Privatversicherten im Durchschnitt ein höheres Einkommen und niedrigere Ausgaben haben als gesetzlich Versicherte.

Ausgewogene Lastenverteilung bei der Finanzierung der Langezeitpflege

Der bei der Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung konsentrierte Mix der Finanzierungsverantwortung steht aktuell auf dem Prüfstand. In der stationären Pflege verschiebt sich diese Verantwortung durch die steigenden Eigenanteile zunehmend von der Versichertengemeinschaft hin zu den Pflegebedürftigen, deren Angehörigen und damit auch zu den kommunalen Sozialhilfeträgern. Der gesellschaftliche Konsens bei der Einführung der Pflegeversicherung wird damit unterlaufen. So wird die Finanzierung von Pflegeleistungen durch Hilfe zur Pflege bei Fortdauer der aktuellen Entwicklungen zukünftig weiter ansteigen. Außerdem nutzen die Bundesländer die ursprünglich durch die Einführung der Pflegeversicherung realisierten Einsparungen nicht zur Finanzierung der Investitionskosten, was sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Kommunen belastet. In der Summe geraten die Finanzierungsfunktion und damit die Legitimation der Pflegeversicherung zunehmend unter Druck.

Zudem hat der Gesetzgeber bis heute keine ausgewogene Lastenteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegevolksversicherung realisiert. Die Risikopools der sozialen und der privaten Pflegepflichtversicherung unterscheiden sich als Folge der adversen Selektion in der Krankenversicherung durch eine dauerhaft niedrigere Pflegeprävalenz im privaten Zweig. Außerdem sind die durchschnittlichen Einkommen in der privaten Pflegepflichtversicherung mehr als doppelt so hoch wie in der sozialen Pflegeversicherung. Beide Entwicklungen sind konstant im Zeitablauf. Eine Angleichung der Risikostrukturen in den beiden Versicherungszweigen ist weder zu erkennen noch zu erwarten.

Ein Finanzierungsbeitrag der privat Pflegeversicherten hätte eine doppelte Funktion. Hiermit könnte der Gesetzgeber nicht nur die Eigenanteile stabilisieren, sondern auch die vom Bundesverfassungsgericht geforderte ausgewogene Lastenverteilung zwischen den beiden Zweigen der Pflegerversicherung realisieren.

Fulda, den 29. November 2024

Prof. Dr. Stefan Greß
Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Fachbereich Gesundheitswissenschaften
Hochschule Fulda