

Deutscher Bundestag

Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache
20(14)241(4)

gel. VB zur öffent. Anh. am 04.12.2024

04.12.2024



Stellungnahme

zum

Antrag der Gruppe Die Linke
Gesundheit für alle – Modern, gemeinwohlorientiert und solidarisch
Drucksache 20/11427

2. Dezember 2024

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

Die Gruppe DIE LINKE fordert in ihrem Antrag eine umfassende Neuaufstellung des deutschen Gesundheitssystems, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu verbessern, eine Entkommerzialisierung des Gesundheitswesens zu erreichen, eine wohnortnahe Versorgung auf hohem Niveau gemeinwohlorientiert und solidarisch sicherzustellen, Lieferengpässe von Arzneimitteln abzubauen und die Personalausstattung von Gesundheitseinrichtungen zu verbessern. Zuzahlungen in der GKV sollen abgeschafft werden, die pflegebedingten Leistungen von der Solidargemeinschaft vollständig übernommen werden. Im Zentrum steht die Forderung nach Einführung einer Bürgerversicherung mit einer Verbeitragung aller Einkommensarten und ohne Beitragsbemessungsgrenze.

Der Antrag umfasst somit Qualitäts- und Versorgungsziele einerseits sowie Finanzierungsvorschläge andererseits, die allerdings in keinem sachlichen Zusammenhang stehen. Das gilt insbesondere für den Vorschlag einer Bürgerversicherung. Die sachlich falschen Prämissen, Annahmen und Argumente, die in dem Antrag bemüht werden, lassen erhebliche Zweifel daran aufkommen, ob es den Antragstellern um eine Verbesserung der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland oder um eine parteipolitisch motivierte Neiddebatte geht. Der Beitrag einer Bürgerversicherung zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung ist nämlich null.

Die wichtigste Frage lässt der Antrag offen: Wie kann die wachsende Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV geschlossen werden? Die Vorschläge weiten die Ausgaben massiv aus, ohne die Einnahmesituation dauerhaft und nachhaltig zu verbessern. Sie sind nicht generationengerecht und vergrößern die Problematik ständig steigender Lohnzusatzkosten und damit die Belastung des Faktors Arbeit.

Im Einzelnen:

1. PKV als solidarische Versicherungsgemeinschaft

Der Antrag bietet Anlass, grundsätzlich die verschiedenen Ebenen von Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen zu betrachten:

- Solidarität zwischen Gesunden und Kranken
- Gerechtigkeit und Solidarität zwischen den Generationen
- Ökonomische Gerechtigkeit zwischen Einkommensstarken und –schwachen.

Die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken ist das Wesen jeder Krankenversicherung, sie wird in der PKV ebenso geleistet wie in der GKV. Die Gerechtigkeit zwischen den Generationen hingegen ist das Alleinstellungsmerkmal der PKV. In der PKV stellt der Aufbau von Alterungsrückstellungen in Höhe von inzwischen mehr als 340 Mrd. Euro (vgl. www.zukunftsuhr.de) sicher, dass jede Versichertengeneration selbst Vorsorge für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten trifft. Kapitaldeckung bedeutet damit immer auch Generationengerechtigkeit. Die Bürgerversicherung würde genau diese Solidarität zwischen den Ge-

nerationen abschaffen. Mit Abschaffung der PKV soll die Finanzierung des Gesundheitssystems in Gänze auf das nicht generationengerechte Umlageverfahren umgestellt werden. Die nachfolgenden Generationen hätten die entsprechenden Mehrlasten zu tragen.

Als solidarisches Alleinstellungsmerkmal der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird häufig der Einkommensausgleich zwischen Einkommensstarken und Einkommenschwachen genannt. De facto verstößt das Beitragsverfahren in der GKV vielfältig gegen diesen Gerechtigkeitsanspruch (vgl. exemplarisch die Beitragsfreiheit von Ehepartnern, die Mindestbeiträge von Selbständigen oder die Bemessungsgrundlage in der KVdR). Der Antrag ignoriert diese Defizite und produziert mit dem Vorschlag einer Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze zusätzliche Ungerechtigkeiten.

Durch eine Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze entstünde im Kern eine neue Gesundheitssteuer auf Lohn und Gehalt. Das entspräche dem Wesen einer proportionalen Einheitssteuer mit einem einstufigen Steuertarif in Höhe von 17,1% (14,6% allgemeiner Beitragssatz + 2,5% durchschnittlicher Zusatzbeitrag 2025). Im Gegensatz dazu wird in den meisten industriell entwickelten Ländern eine progressive Ausgestaltung der Belastung als „gerecht“ empfunden. Die sogenannte Progression gewährleistet, dass höhere Löhne und Gehälter nicht nur absolut, sondern auch prozentual höher besteuert werden. Genau das kann die Beitragserhebung in einer Bürgerversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze nicht gewährleisten. Die Höhe des Beitrags wäre stets proportional ansteigend. Eine prozentuale Einheitslast, die im Steuersystem („flat tax“) als höchst ungerecht empfunden wird, soll im zum Steuersystem mutierten Krankenversicherungssystem gerecht, sozial und solidarisch sein. Eine zweite „Einkommensteuer“ wäre zudem mit der Finanzverfassung des Grundgesetzes nicht kompatibel.

Der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages hat sich 2021 umfassend mit der Erhöhung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze im Rahmen einer Bürgerversicherung befasst. Demnach wird eine erhebliche Anhebung oder der Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze maßgeblichen Autoren zufolge als verfassungswidrig eingestuft.¹

2. Landärzte profitieren überproportional von Privatversicherten

Anders als vielfach behauptet, ist die PKV keine Ursache für den Ärztemangel in ländlichen und wirtschaftsschwachen Regionen. Das Gegenteil ist vielmehr richtig: Weil Privatpatienten auf dem Land im Durchschnitt älter sind und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit dem Alter korreliert und weil in den Ballungszentren Mieten, Gehälter und andere Kosten höher liegen, verursachen Privatversicherte in strukturschwachen Gebieten tendenziell einen höheren Mehrumsatz, dessen Kaufkraft zugleich höher ist. So profitieren

¹ Vgl. Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, Verfassungsrechtliche Grenzen einer An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung (<https://www.bundestag.de/resource/blob/842606/758b339919a3221a9d1e6e45c68330e6/WD-3-035-21-pdf-data.pdf>, Abruf 2.12.2024)

zum Beispiel Landärzte in Bayern von einem Mehrumsatz der Privatpatienten in Höhe von durchschnittlich 64.000 Euro pro Jahr (Realwert).²

Zwei konkrete Beispiele zeigen diesen Trend noch deutlicher. Im dünnbesiedelten Landkreis Wunsiedel beträgt der Realwert der PKV-typischen Mehrumsätze pro Arztpraxis 81.755 Euro, in der Stadt München sind es „nur“ 47.405 Euro. Trotz dieser eindeutigen Befunde liegt die Ärztedichte in städtischen Gebieten erheblich höher. Das heißt: Bei Ärztemangel auf dem Land kann es an fehlenden Privatversicherten nicht liegen. Für die Standortentscheidung der Ärzte sind andere Kriterien, vor allem das (Arbeits-) Umfeld für Partner und Familien, maßgebend.

3. PKV nicht für Wartezeitenproblematik verantwortlich

Der Antrag suggeriert Unterschiede einer Gesundheitsversorgung je nach Versicherungsstatus. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Unterschieden in der medizinischen Behandlung und Serviceunterschieden. Wartezeiten sind, gerade angesichts des geringen Niveaus der hiesigen Wartezeiten im Vergleich zum Niveau in anderen OECD-Staaten, Serviceunterschiede.

Eine Studie des Commonwealth Fonds aus dem Jahr 2023 zufolge steht Deutschland bezüglich Wartezeiten auf einen Arzttermin gut da: Im Jahr 2023 hat ca. jeder zweite Patient am selben oder nächsten Tag einen Termin beim Arzt erhalten.³ Wenn sie zu lang werden, können Wartezeiten dazu führen, dass Patienten ihren notwendigen Bedarf an medizinischer Versorgung als nicht ausreichend gedeckt ansehen. Einer Untersuchung des European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) zufolge sehen in Deutschland nur 0,1% der Befragten ihren Anteil an ärztlicher Versorgung aufgrund zu langer Wartelisten nicht gedeckt – im Vergleich dazu sind es z.B. in Großbritannien 4,3% oder in Dänemark 2,2% der Befragten.⁴

Die letzte nationale Erhebung stammt aus dem Jahr 2021. In der KBV-Versichertenbefragung 2021 hat diese festgestellt, dass es zwischen den Wartezeiten von gesetzlich und privat Versicherten so gut wie keine Differenzen gäbe, ja dass sich die Wartezeiten angenähert hätten.⁵

Deutschland mit seinem dualen Krankenversicherungssystem eröffnet allen Versicherten einen schnellen Zugang zur Versorgung, von dem Einheitssysteme weit entfernt sind. Darüber hinaus wäre ein völliges Einebnen von Unterschieden mit einer freiheitlichen Gesellschaft nicht vereinbar und zudem eine Illusion. Die Menschen streben auch in einheitlichen

² Vgl. dazu PKV-Regionalatlas Bayern (https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/Regionalatlas-Bayern.pdf, Abruf 2.12.2024)

³ Vgl. Information des Canadian Institute for Health Information (CIHI) ([International survey shows Canada lags behind peer countries in access to primary health care | CIHI](https://www.cihi.org/en/international-survey-shows-canada-lags-behind-peer-countries-in-access-to-primary-health-care), Abruf 2.12.2024).

⁴ Eurostat EU-SILC (hlth_silc_21)

⁵ Vgl. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2021. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung (https://www.kbv.de/media/sp/2021_KBV-Versichertenbefragung_Berichtband.pdf; Abruf 2.12.2024), S. 10

Systemen je nach ihren Prioritäten und ihren (finanziellen) Möglichkeiten nach einem besseren Schutz als dem jeweiligen staatlichen Grundschutz. Das ist durch Zusatzversicherungen möglich.

Die Verbreitung von Zusatzversicherungen in allen OECD-Ländern zeigt: Differenzierungen in der Versorgung oberhalb eines gesetzlich definierten Versorgungsniveaus sind Ausdruck von Wettbewerb, unterschiedlichen Präferenzen und der Wahlfreiheit der Bürger. Letztlich ließe sich deshalb die von den Antragstellern favorisierte Unterschiedslosigkeit nur dann vollständig durchsetzen, wenn allen Bürgern die Beschaffung privat finanzierter Gesundheitsleistungen verboten und dieses Verbot auch kontrolliert und durchgesetzt würde. Dies wiederum würde auf verfassungsrechtliche Bedenken stoßen (s.u.)

4. Folgen und Nebenwirkungen der Bürgerversicherung

Mit der Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung entstünde dem deutschen Gesundheitssystem ein irreparabler Schaden:

Finanzierung der medizinischen Infrastruktur

Eine Bürgerversicherung lässt sich nur zu Lasten der medizinischen Infrastruktur oder auf Kosten der Beitragszahler realisieren.

(a) Bürgerversicherung zu Lasten der Leistungserbringer

Eine mit der Bürgerversicherung einhergehende und an der GKV orientierte Vereinheitlichung der Honorar- und Vergütungsordnungen würde zu einem Wegbrechen der Mehrumsätze in Höhe von 12,3 Mrd. Euro für die medizinische Infrastruktur führen. In dieser Höhe entstehen im Gesundheitssystem durch Privatversicherte Mehrumsätze, weil Privatversicherte privat und nicht gesetzlich versichert sind.⁶ Diese Finanzmittel werden dringend für Investitionen in das Versorgungssystem gebraucht und kommen allen, auch gesetzlich versicherten Patienten, zugute.

(b) Bürgerversicherung zu Lasten der Beitragszahler

Um die politische Akzeptanz für die Bürgerversicherung zu erhöhen, wird häufig davon gesprochen, dass *dem System unterm Strich kein Geld entzogen* werden solle. Ein derartiges Versprechen hätte Folgen: Sollten in einer Bürgerversicherung die Mehrumsätze, wenn auch nur in Teilen, kompensiert werden, würde das zu einer massiven Mehrbelastung der Beitragszahler führen. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die Mehrumsätze in Höhe von 12,3 Mrd. Euro der ehemals Privatversicherten „bezahlen“ und wirtschaftlich tragen. Der Beitragssatz in der neuen Bürgerversicherung würde sich um etwa 0,7 Beitragssatzpunkte erhöhen.

⁶ Vgl. Bahnsen, Lewe / Wild, Frank (2024), Mehrumsatz und Leistungsausgaben der Privatversicherten – Jahresbericht 2024. Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP) (https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Studien_in_Buchform/WIP-2024-Mehrumsatz_und_Leistungsausgaben_der_Privatversicherten_Jahresbericht_2024.pdf, Abruf 2.12.2024).

Bürgerversicherung führt zur Zwei-Klassen-Medizin

In Deutschland gibt es zwei Versicherungssysteme, aber nur eine Versorgungsstruktur. Innerhalb dieser Versorgungsstruktur sorgt gerade das Nebeneinander von PKV und GKV dafür, dass es für die gesamte Bevölkerung zu einer sehr guten Versorgung ohne nennenswerte Wartezeiten kommt. So leisten Privatversicherte – weil sie für viele medizinische Leistungen höhere Honorare zahlen – mit ihrem Mehrumsatz einen überproportionalen Beitrag zum Gesundheitswesen. Dieser Beitrag kommt direkt auch der Versorgung der gesetzlich Versicherten zugute.

Die Existenz der PKV für Leistungsunterschiede in der medizinischen Versorgung verantwortlich zu machen, ist unsinnig. Denn der Tatbestand, dass es in der PKV vertragliche Leistungssicherheit gibt, ist nicht ursächlich für Leistungsausschlüsse in der GKV. Letztlich ist es genau umgekehrt: Nur der Fortbestand der PKV im dualen Wettbewerb schützt gesetzlich Versicherte vor Leistungskürzungen. Denn in der PKV gibt es einen unkündbaren Leistungskatalog. Entfielen diese Korrektive, wären Leistungskürzungen in der GKV keine komparativen Grenzen gesetzt.

Ein Blick über die Grenzen kann diesen Zusammenhang eindrucksvoll bestätigen: Nirgendwo gibt es eine so ausgeprägte Zwei-Klassen-Medizin wie in den Staaten, die formal ein einheitliches Versorgungssystem haben, wie zum Beispiel Großbritannien. Die Wirklichkeit in diesen Ländern ist von Wartelisten, Rationierungen sowie einer schlechten Infrastruktur bei den Leistungserbringern und den staatlichen Gesundheitsdiensten geprägt. Die einzige Möglichkeit, die Rationierungen und Belastungen in staatlichen Gesundheitsdiensten zu vermeiden, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Immer mehr Menschen machen in Großbritannien davon Gebrauch. Sie lassen sich ambulant wie stationär bei Ärzten behandeln, die immer häufiger – ohne Wartezeit und Rationierung – ausschließlich privat praktizieren. Diese Ausweichreaktion ist charakteristisch für überwiegend einheitliche Gesundheitssysteme; sie begründet eine echte Zwei-Klassen-Medizin zu Lasten Dritter mit all ihren Konsequenzen, allen voran die Erosion gemeinsamer Versorgungsstrukturen.⁷

Betroffenheit von Grundrechten

Von einer Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) wären gleich mehrere Grundrechte betroffen: Die zwangsweise Beendigung aller Verträge und das gleichzeitige Verbot, neue Verträge abzuschließen, greifen sowohl in die Grundrechte der Versicherten als auch in die der Versicherungsunternehmen ein. Betroffen sind vor allem Art. 2 Abs. 1 (allgemeine Handlungsfreiheit), Art. 9 Abs. 1 (Vereinigungsfreiheit) und Art. 14 Abs. 1 GG (Eigentumsgarantie).

⁷ Vgl. Bahnsen, Lewe (2022), Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang. Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme ([WIP-2022-Kostenbeteiligung-Wartezeiten-Leistungsumfang-Ein_europaeischer_Vergleich.pdf](#), Abruf 2.12.2024)

Besonders bedeutend ist das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1). Ein Verbot des Neu- und Altgeschäfts ist unvereinbar mit dem Grundrecht der Berufsfreiheit. Die PKV-Unternehmen sind nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts Berechtigter der Berufsfreiheit gemäß Art. 19 Abs. 3 GG i.V.m. Art. 12 Abs. 1 GG. Schutzgut nach Art. 12 Abs. 1 GG ist dabei der von den PKV-Unternehmen ausgeübte „Beruf“. Hierzu hat das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung zum GKV-WSG sehr deutlich herausgearbeitet, dass als Beruf das „Geschäftsmodell“ der PKV anzusehen ist. Das damit als Beruf geschützte Geschäftsmodell zeichnet sich durch das Angebot von Privater Krankenversicherung auf der Grundlage privater Versicherungsverhältnisse und einer Prämienkalkulation nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit Bildung von Alterungsrückstellungen aus. Durch die Einbeziehung sämtlicher Versicherten in die GKV wird den PKV-Unternehmen die Möglichkeit genommen, das Geschäftsmodell in der Krankheitskostenvollversicherung weiter zu betreiben. Das ist ein Eingriff in die Berufsfreiheit der Unternehmen in Form einer objektiven Berufszulassungsbeschränkung, da sie nicht von subjektiven Merkmalen des Versicherers abhängt.

Die Auflösung der Alterungsrückstellungen in den Bilanzen der PKV-Unternehmen ist im Hinblick auf das Grundrecht der Versicherungsunternehmen aus Art. 14 Abs. 1 GG verfassungswidrig. Dabei ist es unerheblich, ob die Alterungsrückstellungen einen individuellen Anspruch auf eine bestimmte Geldsumme begründen oder nicht. Darauf kommt es für den Eingriff in Art. 14 Abs. 1 GG nicht an. Denn wenigstens als Bilanzposition gemäß § 341f HGB im Hinblick auf das hiermit korrespondierende Sicherungsvermögen nach § 125 Abs. 1 VAG sind die Alterungsrückstellungen durch Art. 14 Abs. 1 GG geschützt. Sie sichern die Fähigkeit des Versicherungsunternehmens ab, gegenüber seinen Versicherungsnehmern die Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag während der gesamten Vertragsdauer zu erfüllen.

Der Eingriff in Eigentumsrecht hat „erdrosselnde“ Wirkung und ist unverhältnismäßig, da eine Auflösung der Alterungsrückstellungen nur durch eine kurzfristige verlustreiche Liquidation von langlaufenden Kapitalanlagen, deren Anlage an einer Laufzeit der Krankenversicherungsverpflichtungen von mehreren Jahrzehnten orientiert war, denkbar wäre, was den wirtschaftlichen Ruin jedes PKV-Unternehmens bedeuten würde.

Fazit und Schlussfolgerung

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein leistungsstarkes Gesundheitssystem mit einem sehr hohen medizinischen Standard. Auch dank des dualen Systems aus Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung steht allen gesetzlich und privat Versicherten ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern, Haus-, Fach- und Zahnärzten zur Verfügung. Die Wartezeiten für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sind nach wie vor kurz.

Trotz der Leistungsstärke steht das deutsche Gesundheitssystem vor großen Herausforderungen. Auch in Zukunft soll eine gute medizinische Versorgung gewährleistet bleiben. Die

absehbar steigenden Kosten des medizinischen Fortschritts und die wachsenden Belastungen infolge der alternden Gesellschaft müssen bewältigt werden. Für diese Herausforderungen und Probleme hat die Bürgerversicherung keine Lösung. Für die stetig wachsenden Ausgaben der Krankenversicherung bietet sie keine Abhilfe, sie erhöht im Zuge der Anhebung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze lediglich die Beiträge und Belastungen. Die Überführung der Privaten Krankenversicherung (PKV) in das Regelwerk der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wäre die faktische Abschaffung der privatwirtschaftlichen Alternative zum sozialstaatlichen Versicherungsschutz. Das Ergebnis wäre eine große, allumfassende Einheitsversicherung, in der letztlich allein der Staat darüber entscheidet, wie hoch der Beitrag ist und welche Gesundheitsleistungen dem Einzelnen bewilligt werden oder nicht.