

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 19.12.2019 abschließend beraten und beschlossen:

Die Petition den Landesvolksvertretungen zuzuleiten.

Begründung

Mit der Petition soll erreicht werden, dass Ärzte verpflichtet werden, Behandlungen im Standardtarif durchzuführen.

Zur Begründung wird u. a. ausgeführt, entsprechende Anfragen bei der Kassenärztlichen Vereinigung seien ohne Ergebnis verlaufen.

Zu den Einzelheiten des Vortrags des Petenten wird auf die Unterlagen verwiesen.

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 68 Mitzeichnungen sowie 44 Diskussionsbeiträge ein.

Zu diesem Thema liegen dem Petitionsausschuss weitere Eingaben mit verwandter Zielsetzung vor, die wegen des Zusammenhangs einer gemeinsamen parlamentarischen Prüfung zugeführt werden. Der Ausschuss bittet daher um Verständnis, dass nicht auf alle vorgetragenen Gesichtspunkte eingegangen werden kann.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage von Stellungnahmen der Bundesregierung wie folgt dar:

Bei dem Standardtarif nach § 257 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) handelt es sich um einen brancheneinheitlichen, hinsichtlich der vorgesehenen Leistungen mit dem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz vergleichbaren Tarif, der in der privaten Krankenversicherung zum 1. Juli 1994 eingeführt wurde. Er wurde geschaffen, um den Personen, die in einem Tarif mit hoher Beitragsbelastung versichert sind, im Alter die Möglichkeit zu geben, in einen preisgünstigeren, jedoch leistungsmäßig "abgespeckten" Tarif zu wechseln. In § 257 Abs. 2a SGB V (in der bis zum

31.12.2008 geltenden Fassung) war bestimmt, dass der Standardtarif Leistungen enthält, die mit denjenigen der GKV vergleichbar sind. "Vergleichbare Vertragsleistungen" bedeutet nicht, dass der Standardtarif in Art, Höhe und Umfang dem Leistungskatalog der GKV entsprechen muss. Abweichungen nach oben und unten in den Einzelkomponenten des Leistungsumfangs sind möglich. Insoweit kann aus dem Wortlaut des § 257 Abs. 2a SGB V kein Anspruch auf eine vollständige Gleichstellung im Vergleich zur GKV abgeleitet werden. Insgesamt liegt der Leistungsumfang im Standardtarif geringfügig unter dem Niveau der GKV.

Der Beitrag im Standardtarif darf maximal den Höchstbetrag in der GKV betragen. Soweit die tatsächlichen Aufwendungen im Standardtarif diesen Höchstbetrag übersteigen, wird der überschießende Betrag in der privaten Krankenversicherung von der Versichertengemeinschaft getragen.

Da es für die ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen im Standardtarif (noch) keine vertraglichen Vereinbarungen gibt, gelten für diese Leistungen nach § 75 Abs. 3a Satz 2 SGB V bestimmte Begrenzungen für die (zahn)ärztlichen Honorare (z.B. 1,8facher Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte bzw. 2,0facher Gebührensatz der Gebührenordnung für Zahnärzte). Der Arzt, der eine Behandlung eines im Standardtarif Versicherten übernimmt, ist bei der anschließenden Abrechnung seiner Leistungen an die gesetzlichen Gebührensätze gebunden. Damit der Arzt eine entsprechende Abrechnung erstellen kann, ist der Patient deshalb gehalten, bereits bei Behandlungsbeginn auf seinen Versichertenstatus hinzuweisen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die ärztliche Versorgung der im brancheneinheitlichen Standardtarif der PKV-Versicherten mit den in diesem Tarif versicherten ärztlichen Leistungen sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat mit der zum 1. Juli 2007 (bzw. für den Basistarif seit Januar 2009) in Kraft getretenen Regelung des § 75 Abs. 3a SGB V den Sicherstellungsauftrag ausdrücklich den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen erteilt. Daher ist die Schwierigkeit, behandlungswillige Ärzte zu finden, aufgrund der eindeutigen Rechtslage von den genannten landesunmittelbaren Körperschaften zu beheben, die das jeweils zuständige Landesministerium aufsichtsrechtlich überwacht.

Der Petitionsausschuss weist im Übrigen darauf hin, dass die privaten Versicherungsunternehmen aus Gründen des Wettbewerbs als Alternative zum Standardtarif und zur Verbreiterung ihres Angebots eine Reihe von spezifischen Versicherungsprodukten entwickelt haben. Da in der privaten Krankenversicherung die Beitragskalkulation nach versicherungsmathematischen Grundsätzen erfolgt und

für den einzelnen Versicherten ein individueller Tarif angeboten werden kann, kann im Einzelfall die Möglichkeit bestehen, in einen anderen Tarif zu wechseln, der einen höheren Erstattungssatz anbietet und den finanziellen Möglichkeiten des Interessenten entgegenkommt.

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege teilte mit ergänzender Stellungnahme vom September 2016 gegenüber dem Petitionsausschuss Folgendes mit:

Soweit um Informationen gebeten wird zur Häufigkeit der Fälle, in denen Ärzte eine Behandlung von im Standardtarif der privaten Krankenversicherung versicherten Patientinnen und Patienten zu den Bedingungen dieses Tarifs ablehnen, liegen konkrete Daten zur Häufigkeit der Geschäftsstelle des Patientenbeauftragten nicht vor. Die Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten erreichen Anfragen und Schilderungen zu dieser Thematik in geringer Fallzahl jedoch immer wieder. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass insgesamt nur knapp 46.000 der insgesamt fast 9 Mio. Versicherten der PKV im Standardtarif versichert sind.

Die Bundesregierung teilte gegenüber dem Petitionsausschuss im Übrigen mit ergänzender Stellungnahme vom Juli 2018 Folgendes mit:

Dem Petenten wird empfohlen, sich direkt an die Kassenärztliche Vereinigung bzw. an die Kassenzahnärztliche Vereinigung zu wenden. Sie haben den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen und Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte in zumutbarer Entfernung von dem Wohnort zu benennen, die bereit sind, die ambulante ärztliche bzw. zahnärztliche Behandlung zu den Bedingungen des brancheneinheitlichen Standardtarifes der PKV durchzuführen.

Bezüglich möglicher Probleme der im Standardtarif Versicherten im Hinblick auf eine Verweigerung der Behandlung durch Vertragsärzte bzw. Vertragszahnärzte oder Probleme mit der Berechnung der (zahn)ärztlichen Leistungen beobachtet das Bundesministerium für Gesundheit die Situation. Hierzu werden das Bundesministerium des Innern, die Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigung, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und der PKV-Verband regelmäßig um Auskunft zu den auftretenden Problemen und deren Klärung gebeten. Die letzte Abfrage hat ergeben, dass diesbezüglich Probleme weiterhin lediglich in Einzelfällen aufgetreten sind, denen in der Regel abgeholfen werden konnte.

Die Bundesregierung teilte gegenüber dem Petitionsausschuss im Übrigen mit ergänzender Stellungnahme vom November 2019 Folgendes mit:

Dem Petenten sei 2016 von der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ein konkret behandlungsbereiter Vertragszahnarzt benannt worden (und damit eine Möglichkeit zur Behandlung nach den Konditionen des PKV-Standardtarifs).

Vor dem Hintergrund des Dargelegten vermag der Petitionsausschuss ein weiteres Tätigwerden nicht in Aussicht zu stellen und empfiehlt daher, die Petition den Landesvolksvertretungen zuzuleiten.

Der abweichende Antrag der Fraktionen der FDP, DIE LINKE. und von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, die Petition der Bundesregierung – dem Bundesministerium für Gesundheit – als Material zu überweisen und den Landesvolksvertretungen zuzuleiten, wurde mehrheitlich abgelehnt.