



Pet 2-19-15-2129-027876

54317 Korlingen

Patientenrechte

Der Deutsche Bundestag hat die Petition am 10.12.2020 abschließend beraten und beschlossen:

Das Petitionsverfahren abzuschließen,
- weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.

Begründung

Mit der Petition wird gefordert, dass die Möglichkeit der privaten Krankenvoll- und Pflegeversicherung abgeschafft wird.

Zur Begründung wird unter anderem ausgeführt, zur Stärkung der Solidargemeinschaft und der Vermeidung einer "Zwei-Klassen-Medizin" sollte jeder Bundesbürger in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig sein.

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

Die Eingabe war als öffentliche Petition auf der Internetseite des Deutschen Bundestages eingestellt. Es gingen 642 Mitzeichnungen sowie 45 Diskussionsbeiträge ein.

Das Ergebnis der parlamentarischen Prüfung stellt sich auf der Grundlage einer Stellungnahme der Bundesregierung wie folgt dar:

Das Nebeneinander gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat sich hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland bewährt.

Eine Einheitsversicherung, die mit der Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung einhergehen würde, ist nicht die Lösung für die Herausforderungen, vor denen das Gesundheitswesen steht. Vielmehr müssen Qualitätsorientierung und Digitalisierung im Gesundheitswesen Einzug finden, der Fachkräftemangel behoben und die Versorgung sektorübergreifender gestaltet werden.



Die Abschaffung der PKV als Vollversicherung dürfte zudem mit erheblichen verfassungsrechtlichen Problemen einhergehen. Sie würde einen kaum zu rechtfertigenden Eingriff in die Berufsfreiheit der Versicherer darstellen. Grundsätzlich wird das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung als konstitutives Element eines freiheitlichen Gesundheitswesens gesehen, so dass der Wettbewerb zwischen GKV und PKV im Interesse von Vielfalt und Wahlmöglichkeiten erhalten werden sollte.

Die Wartezeiten auf Termine und Krankenhausleistungen sind auch für gesetzlich Versicherte im internationalen Vergleich gering – gerade auch im Vergleich zu Ländern, die Einheitsversicherungen oder staatliche Gesundheitssysteme besitzen. Allgemein gilt, dass Vertragsärztinnen und -ärzte aufgrund ihrer Zulassung dazu verpflichtet sind, im Umfang ihres Versorgungsauftrages an der vertragsärztlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten der GKV teilzunehmen und eine ausreichende, zweckmäßige und medizinisch notwendige Versorgung anzubieten.

Sie haben ihre Sprechstunden für gesetzlich Krankenversicherte so einzurichten, dass diese entsprechend ihrem Behandlungsbedarf (z. B. Notfall- und Akutbehandlung) innerhalb medizinisch zumutbarer Wartezeiten behandelt werden können. Die Vertragsärztinnen und -ärzte erfüllen diese Verpflichtung, wenn sie die Terminvergabe entsprechend organisieren. Nicht zulässig ist es, wenn Vertragsärztinnen und -ärzte – wie vom Petenten dargestellt – eine kurzfristige Terminvergabe von einer privaten Übernahme der Behandlungskosten abhängig machen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben im Übrigen dafür zu sorgen, dass eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung durch die Vertragsärztinnen und -ärzte zur Verfügung steht.

Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde darauf aufbauend vorgesehen, dass sich gesetzlich Versicherte bei Vorliegen einer Überweisung an eine von der jeweiligen KV einzurichtende Terminservicestelle (TSS) wenden können. Keiner Überweisung bedarf es für die Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Hausarzt, Kinderarzt, Augenarzt oder Frauenarzt. Die TSS hat innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, insbesondere bei niedergelassenen



Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, in zumutbarer Entfernung zu vermitteln. Die Wartezeit auf den Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Sollte dies nicht gelingen, ist durch die TSS eine Behandlung im Krankenhaus anzubieten. Dies gilt nicht bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie weiteren vergleichbaren Fällen.

Das "Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung" (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), das im Mai 2019 in Kraft getreten ist, enthält darüber hinaus weitere Regelungen, die den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte weiter verbessern sollen. So ist darin vorgesehen, dass die TSS der KVen seit dem 1. Januar 2020 unter der bundesweit einheitlichen Telefonnummer 116 117 täglich 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche telefonisch erreichbar sein müssen. Zudem sollen die TSS auch online erreichbar sein. Bei Vorliegen eines Akutfalles wurden die TSS verpflichtet, eine unmittelbare ärztliche Versorgung entweder in einer geöffneten Arztpraxis, in einer Bereitschaftsdienstpraxis oder in einer Notfallambulanz zu vermitteln. Ebenfalls im TSVG enthalten ist eine Erhöhung der von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mindestens anzubietenden Sprechstunden für die Versorgung von gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten von 20 auf 25 Stunden pro Kalenderwoche.

Vor dem Hintergrund des Dargelegten vermag der Petitionsausschuss ein weiteres Tätigwerden nicht in Aussicht zu stellen und empfiehlt daher, das Petitionsverfahren abzuschließen, weil dem Anliegen nicht entsprochen werden konnte.