

Zusammenfassung Kurzstudie Leistungsvergleich GKV-PKV

Studienauftrag

Die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hat die PremiumCircle Deutschland GmbH (PCD) beauftragt, die leistungsstärksten Vollkosten-Tarife der privaten Krankenversicherer mit der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich der Erfüllung definierter Mindestkriterien zu vergleichen.

Studiendesign

Für diesen Vergleich wurde ein Satz von 103 Mindestkriterien („PCD-Mindestkriterien“) definiert. Dazu gehören 100 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie drei weitere Leistungen aus dem Bereich Zahnersatz und Sehhilfen, die als Mindeststandard für den Krankenversicherungsschutz angesehen werden.

Diese 103 Mindestkriterien wurden in 13 Leistungsbereiche aufgegliedert.

- Ärztliche Leistungen
- Ambulante Behandlerwahl (wie freie Arztwahl, Wahl besonderer Versorgungseinrichtungen wie MVZ oder Krankenhausambulanzen)
- Arzneimittel und künstliche Ernährung
- Heilmittel (etwa Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- Hilfsmittel (wie Sehhilfen, Dialysegeräte, Prothesen, Krankenfahrstühle, Hörgeräte usw.)
- Psychotherapie
- Stationäre Behandlung
- Anschlussheilbehandlung (etwa Stationäre Reha, Kuren, Entwöhnungsbehandlungen, ambulante Kurbehandlung)
- Häusliche Krankenpflege und Palliativversorgung (wie häusliche Krankenpflege, stationäre Kurzzeitpflege, Hospizversorgung, spezialisierte ambulante Palliativversorgung)
- Transporte
- Zahnleistungen (wie Zahnersatz, Kieferorthopädie, implantologische Leistungen)
- Prävention (etwa Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Diabetikerschulungen)
- Familienplanung (wie. Kinderwunschbehandlung, Sozialpädiatrie, Haushaltshilfen etc.)

Die Mindestkriterien wurden den Leistungen der 32 jeweils leistungsstärksten Vollkosten-Tarife (Unisex) privater Krankenversicherungsunternehmen gegenübergestellt. Die einbezogenen Versicherer mit den meisten

Versicherten sind Debeka (rund 2,3 Mio Versicherte), DKV (rund 795.000 Versicherte), AXA (rund 792.000 Versicherte) und Allianz (618.000 Versicherte), die mit den wenigsten Versicherten sind die DEVK (ca. 1.400 Versicherte) sowie die Mecklenburgische Krankenversicherung mit rund 2.000 Versicherten.¹ Ein Unternehmen, die Freie Arzt- und Medizinkasse, wurde nicht einbezogen, da dieses nur den Angehörigen bestimmter Berufe offen steht.

Es wurden in der PKV nur jene Leistungen als versichert bewertet, die vertraglich gar garantiert sind. „Kann-Regelungen“, die nur nach vorheriger Zustimmung des Versicherers gewährt werden, wurden als „nicht versichert“ bewertet.

Die Leistungen werden als „MLK² nicht erfüllt“, „MLK teilweise erfüllt“, „MLK erfüllt“ und „Leistung über MLK“ eingestuft.

Einschränkungen

Die Analysten weisen darauf hin, dass das Leistungsgefüge von GKV und PKV sehr unterschiedlich ist und im Bereich der GKV in manchen Fällen trotz eines grundsätzlichen gesetzlichen Anspruchs von Leistungsentscheidungen der gesetzlichen Krankenkassen abhängig ist.

Hinzu kommen etwa Wartezeiten für gesetzlich Versicherte beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung. Vor diesem Hintergrund seien die GKV-Leistungen nicht in jedem Leistungskriterium präzise mit den Leistungen der PKV vergleichbar. Zusätzlich muss auch darauf hingewiesen werden, dass alle verglichenen Tarife weitere (allerdings medizinisch nicht zwingend notwendige) Leistungen enthalten, die über das Leistungsniveau der GKV hinausgehen.

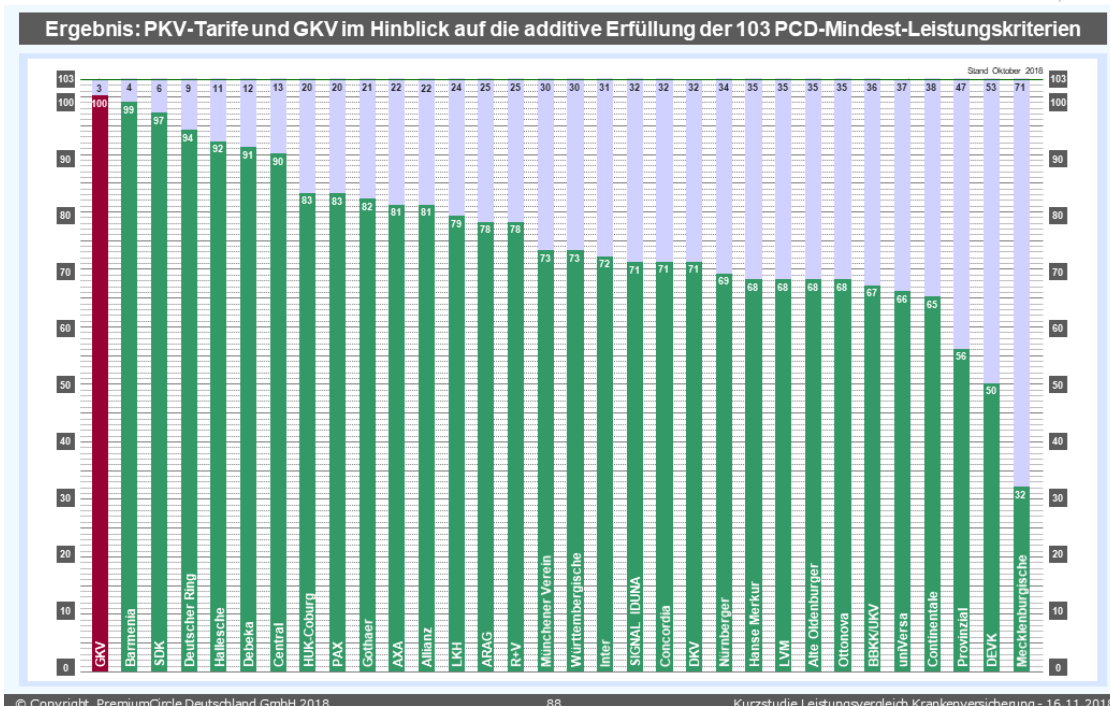
Darüber hinaus weisen die Analysten darauf hin, dass die überwiegende Mehrheit der PKV-Versicherten nicht in den verglichenen leistungsstärksten, sondern in deutlich leistungsschwächeren Tarifen versichert sind.

Ergebnisse

Zentrales Ergebnis: Etliche private Krankenversicherungsunternehmen erfüllen selbst in ihren leistungsstärksten Tarifen nicht die definierten Mindestkriterien. Zu beachten ist dabei zusätzlich, dass die überwiegende Mehrheit der Versicherten gar nicht in diesen leistungsstarken Tarifen versichert ist, sondern in Tarifen mit einem geringeren Leistungsumfang.

¹ Stand 2016, <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/007/1900746.pdf>

² MLK = Mindestleistungskriterium



Bemerkenswert ist eine sehr große Spannbreite zwischen den PKV-Unternehmen. Der schlechteste verglichene Tarif erfüllt nur knapp 30 Prozent der Mindestkriterien. Der beste erreicht hingegen 96 Prozent der Kriterien. Im Schnitt erfüllen die PKV-Tarife über alle Leistungskriterien hinweg 72 Prozent, rund 27 Prozent der Mindestleistungskriterien werden im Schnitt nicht oder nicht vollständig erfüllt.

Auch weisen die Analysten von PCD darauf hin, dass die PKV-Unternehmen die medizinische Notwendigkeit bestimmter Leistungen im Erstattungsprozess unterschiedlich bewerten.

Insgesamt erfüllt die GKV mit den zu Beginn genannten Einschränkungen 100 von 103 Mindestleistungskriterien. Ihr folgen die Tarife der Barmeria mit 99, der SDK mit 97 sowie des Deutschen Ringes mit 94 erfüllten Mindestleistungskriterien. Am schlechtesten schnitten ab der Tarif der Provinzial, der 56 Mindestleistungskriterien erfüllte, die Tarife der DEVK mit 50 und der Tarif der Mecklenburgischen mit nur 32 erfüllten Mindestleistungskriterien.

Wenig überraschend sind die Ergebnisse bei den ärztlichen Leistungen. Hier schneiden alle Unternehmen gut ab, weil sie wie bekannt ärztliche Honorare über den Regelsatz hinaus erstatten.

Davon abgesehen gibt es jedoch keinen weiteren Bereich, in dem alle der untersuchten leistungsstärksten PKV-Tarife die Mindestkriterien erfüllen.

Deutliche Schwächen haben viele PKV-Tarife in den Bereichen **Rehabilitation und Kuren**. Hier erfüllen nahezu die Hälfte der PKV-Tarife (49 Prozent) die Mindestkriterien nicht. Große Lücken gibt es hier beispielsweise bei der stationären Rehabilitation nach einem Krankenhausaufenthalt.

40 Prozent der PKV-Tarife haben diesen nicht vertraglich garantiert, bzw. nur unter Vorbehalt oder mit Leistungseinschränkungen.

Noch schlechter sieht es bei ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen (rund 60 Prozent erreichen definierte Kriterien nicht) oder Entwöhnungsbehandlungen wie bei einer Alkoholabhängigkeit ab (bei rund 78 Prozent vertraglich nicht garantiert).

Auch bei ambulanten und stationären Kuren können viele der untersuchten privaten Versicherungstarife nicht mit der GKV mithalten. Auffällig ist hier beispielsweise, dass anders als die GKV kein untersuchter privater Tarif das Mindestkriterium ‚Kosten für Unterkunft und Verpflegung während einer stationären Kur‘ vollständig erfüllt.

Während einer Kur verordnete Heilmittel sind nur in rund einem Fünftel der Tarife versichert bzw. vertraglich garantiert.

Legende		MLK nicht erfüllt	MLK erfüllt
Kriterienbereich			
Überschrift		MLK teilweise erfüllt	+ Leistung über MLK
Kriterium			

		PCD-Mindest-Leistungskriterien (MLK): Kriterienbereich Anschlussheilbehandlung (AHB) / Reha / Kur																																		
Versicherer	Ausprägungen	Allianz	Alte Oldenburger	APAG	AXA	Barmenia	BBKK	CENTRAL	Concordia	Confimiale	Debeka	Deutscher F&E	DEYK	DKV	Gothaer	HALLISCHE	Hanse-Merkur	HOK-Coburg	Inser	LKH	LVM	Mecklenburgische	Mancheener Verein	NÜRNBERGER	Obnova	Pax Fam-Fürsorge	Provirzial	RAV	SDK	SIGNAL IDUNA	DKV	univaria	Württembergische	GKV		
		Anschlussheilbehandlung (AHB), Reha und Kur																																		
Stationäre AHB																																				
AHB nach stationärem Aufenthalt ist versichert: Grundsätzlich																																				
Frist für den Beginn der AHB: Keine Frist oder Fristverlängerung bis AHB-Beginn aus medizinischen Gründen möglich ist																																				
Leistungsdauer: Ohne Begrenzung																																				
Sonstige Reha-Maßnahmen (in Abgrenzung zur AHB)																																				
Rehamaßnahmen sind versichert (sofern nicht von gesetzlichen Trägern übernommen)																																				
Entziehung																																				
Versicherte Maßnahmen: Entziehung / Entwöhnung																																				
Anzahl der versicherten Maßnahmen: Drei																																				

Bei **häuslicher Krankenpflege** oder Palliativversorgung erreichen im Durchschnitt 42 Prozent der Tarife nicht die definierten elementaren Mindestkriterien.

Lücken haben beispielsweise mehr als ein Drittel der untersuchten Tarife bei der so genannten Behandlungspflege. Nur ein Versicherer garantiert in seinen Vertragsbedingungen etwa die Absicherung der stationären Kurzzeitpflege. Das ist relevant, wenn beispielsweise eine Krankenpflege vorübergehend nicht zu Hause möglich ist.

In rund 60 Prozent der untersuchten Tarife sind die Kosten für Hilfe und Unterstützung bei der hauswirtschaftlichen Versorgung vertraglich nicht abgesichert. Bei ca. einem Drittel der untersuchten Tarife ist die teilstationäre Palliativversorgung nicht garantiert.

In einem Viertel der Tarife ist die spezialisierte ambulante Palliativversorgung nicht vertraglich abgesichert, eine Leistung, die in der gesetzlichen

Krankenversicherung mittlerweile Standard ist und zu einer erheblich besseren Versorgung am Lebensende geführt hat.

Ein weiterer Bereich mit teilweise deutlichen Lücken ist die **Psychotherapie**. Hier werden die Mindestkriterien von 36 Prozent der untersuchten Tarife nicht erreicht.

Konkret bedeutet dies, dass immerhin 6 der leistungsstärksten Tarife eine Vorversicherungszeit vorsehen, bevor eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen werden kann. Nur in vier der untersuchten Tarife ist die so genannte Soziotherapie vertraglich gesichert.³

Die Soziotherapie ist vor allem bei Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen wie etwa einer Schizophrenie oder schweren Depressionen von Belang.

Im Bereich **Familienplanung** können 63 Prozent der untersuchten Tarife die definierten Mindestkriterien nicht erfüllen. Nur bei einem Viertel der Unternehmen können die Leistungen sozialpädiatrischer Zentren vertraglich garantiert in Anspruch genommen werden.

In solchen hochspezialisierten Zentren können etwa Kinder mit Entwicklungsstörungen, psychischen Erkrankungen oder Behinderungen behandelt werden.

Haushaltshilfen für Schwangere oder für Eltern, die wegen eines Krankenhausaufenthaltes den Haushalt nicht weiterführen können, sind ebenfalls nur in knapp einem Fünftel der untersuchten Tarife garantiert (ca. 21 Prozent).

Defizite gibt es im Übrigen auch bei **Krankentransporten** (32 Prozent erfüllen Kriterien nicht) und **Präventionsleistungen** (30 Prozent erfüllen Kriterien nicht). Nur rund 37 Prozent der leistungsstärksten Tarife garantieren vorbehaltlos, die Kosten bei Krankentransporten zu ambulanten Operationen, nachoperativen Behandlungen oder bei Fahrten von Pflegebedürftigen zur ambulanten Behandlung zu übernehmen.

In einigen Tarifen (rund 34 Prozent) sind auch nicht alle Transportmittel (beispielsweise Hubschrauber) vorbehaltlos garantiert. Außerdem sind nicht in allen dieser leistungsstärksten Tarife die durch die Ständige Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen garantiert. Diabetikerschulungen sind nur in sechs der untersuchten Tarife vertraglich abgesichert.

Überraschenderweise kann nicht in allen dieser leistungsfähigsten Tarifen der vorbehaltlose **Zugang zu allen ambulanten ärztlichen Behandlern** garantiert werden. Nicht alle Tarife bieten vertraglich garantiert den Zugang zu besonderen Versorgungseinrichtungen wie Medizinischen Versorgungszentren oder Krankenhausambulanzen.

³ Auch in der GKV gibt es hier in der Praxis Probleme. Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 21. November 2017; <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psychische-krankheiten-sie-tritt-mir-in-den-arsch-und-das-brauche-ich-auch-1.3673097>

Auch bei **Heilmitteln** gibt es Defizite. In rund 12 Prozent der leistungsfähigsten Tarife ist Physiotherapie nicht im vollen Umfang vertraglich garantiert.

Bei einem diabetischen Fuß hätten die Versicherten in 34 Prozent der untersuchten Tarife möglicherweise ein Problem – die Podologie ist dort nicht vertraglich garantiert.

Der Zugang zu Logopäden, Ergotherapeuten sowie Physiotherapeuten ist nicht in allen Tarifen vorbehaltlos gegeben.

In der **Hilfsmittelversorgung** fällt auf, dass in immerhin 71 Prozent der untersuchten Tarife Patientinnen und Patienten, die einen Gebärdensprachdolmetscher benötigen, das Nachsehen hätten, weil die Leistung nicht vertraglich garantiert wird.

In rund 46 Prozent der Tarife ist die Art der versicherten Hilfsmittel vertraglich eingeschränkt. In 9 Tarifen ist der Blindenhund nicht vorbehaltlos vertraglich garantiert. Gleichwohl hat die PKV bei den Hilfsmitteln eine ihrer großen Stärken. 87 Prozent übererfüllen die Kriterien, nur 9 Prozent der leistungsfähigsten Tarife können sie nicht erfüllen,

Bei der **stationären Behandlung** können alle Versicherer wesentliche Kriterien erfüllen bzw. bieten darüber hinausgehende (medizinisch nicht notwendige) Leistungen (zum Beispiel Einbettzimmer). Vier Tarife sehen indes eine Meldepflicht der Versicherten bei einem längeren Aufenthalt (zum Beispiel zehn Tage) vor.

In rund 62 Prozent der untersuchten Tarife ist die stationäre Behandlung in so genannten „Gemischten Anstalten“ nicht uneingeschränkt garantiert. „Gemischte Anstalten“ sind Krankenhäuser, in denen neben den medizinisch notwendigen Heilbehandlungen auch Kur- und Sanatoriumsaufenthalte oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden können.

In der **Zahnbehandlung** können 11 Prozent der Tarife die Mindestkriterien nicht vollständig erfüllen. In 17 Tarifen gibt es nach Vertragsbeginn zunächst Einschränkungen bei den erstatteten Behandlungskosten. In diesem Versorgungsbereich bestehen erhebliche Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung.

So werden zwar 50 Prozent der jeweiligen Regelversorgung beim Zahnersatz erstattet, jedoch wird der Umfang der Regelversorgung nur unregelmäßig angepasst. In der PKV werden hingegen je nach Tarif bis zu 100 Prozent der entstandenen Aufwendungen erstattet.

Bei **Arzneimitteln und enteraler Ernährung** können die Tarife überwiegend die Mindestkriterien erfüllen. In immerhin bis zu 30 Prozent der Tarife kann jedoch die enterale Ernährung über Sonden und Venenkatheter nicht garantiert werden.

Davon wären dann vor allem ältere Versicherte betroffen, die an bestimmten Erkrankungen leiden, bei denen eine Sondenernährung angezeigt ist.

GKV

Die Analysten von Premium Circle (PCD) weisen darauf hin, dass der Leistungsumfang in der GKV jederzeit durch Entscheidungen des Gesetzgebers veränderbar und insoweit auch nicht vertraglich fixiert ist wie in der PKV. Eine sich verschlechternde Finanzlage in der GKV kann in der Tat zu den Leistungsumfang beschneidenden Entscheidungen des Gesetzgebers führen, wie etwa in der Vergangenheit beim Zahnersatz oder bei Sehhilfen.

Im Gegenzug kommt es bei guter Finanzlage zur Ausweitung von Leistungen wie etwa zuletzt beim Impfschutz, bei Vorsorgeleistungen, der Palliativversorgung oder der Kurzzeitpflege.⁴

Ebenso benennen die PCD-Analysten die in der GKV längeren Wartezeiten in der fachärztlichen Versorgung aufgrund ökonomischer Fehlanreize in der Vergütung als Punkt, der den Zugang zu bestimmten Leistungen faktisch beschränkt.

Die Leistungsumfänge der GKV in der Heil- und Hilfsmittelversorgung sind den PCD-Analysten zufolge „oftmals nur Grundversorgung“.

Die Zahnersatzleistungen sind im Vergleich zur PKV stark eingeschränkt. Darüber hinaus weist PCD darauf hin, dass der tatsächliche Leistungsumfang der GKV bei antragspflichtigen Leistungen von Bewilligungen der Krankenkassen abhängig ist.

Dies zeigt, dass es vor Verabschiedung des Heil- und Hilfsmittelgesetzes gerade bei Heil- und Hilfsmitteln zu erheblichen Problemen wie langen Entscheidungszeiträumen sowie minderwertigen Produkten oder sachlich falschen Ablehnungen bei Leistungsentscheidungen der Kassen gekommen ist.

Erwähnt werden außerdem Ärztinnen und Ärzte, die aus Angst vor Richtgrößenüberschreitungen und damit ggf. verbundenen Regressforderungen seitens der Kassen die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln verweigern.⁵

Zwar bescheinigt die Untersuchung der GKV, dass deren Leistungskatalog im Gegensatz zu den meisten hier verglichenen PKV-Tarifen eine soziotherapeutische Versorgung enthält. Jedoch gibt es in der Praxis erhebliche Hürden, die dazu führen, dass die Leistung nur unzureichend zugänglich ist.⁶

Grüne Bewertung

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet eine gute Versorgung. Die wiederkehrende Behauptung, die GKV sei nur zweitklassig, wird mit dieser Untersuchung klar widerlegt. Sie zeigt, dass zwar etliche dieser teuersten

⁴ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestages, Übersicht über Änderungen im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V (1989-2017). <https://www.bundestag.de/blob/515236/4950eaf823fa750403b730ae6d227e4a/wd-9-023-17-pdf-data.pdf>

⁵ UPD 2015, S. 32.

⁶ Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 21. November 2017; <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/psychische-krankheiten-sie-tritt-mir-in-den-arsch-und-das-brauche-ich-auch-1.3673097>

Tarife zahlreiche medizinisch nicht notwendige Mehrleistungen bieten, gleichzeitig aber elementare Leistungen nicht vollumfänglich garantieren.

Evident ist dies besonders bei Kuren, Rehabilitationsleistungen sowie bei der häuslichen Krankenpflege. Das ist umso bedenklicher, als die Mehrheit der PKV-Versicherten in noch deutlich leistungsschwächeren Tarifen versichert ist als sie in dieser Untersuchung verglichen wurden.

Das bekommen vor allem einkommensschwache oder ältere Versicherte sowie besonders vulnerable Patientinnen und Patienten etwa mit bestimmten chronischen Erkrankungen oder mit palliativem Behandlungsbedarf zu spüren.

Augenfällig ist das starke Qualitätsgefälle innerhalb der leistungsstärksten Tarife der privaten Krankenversicherung, letztlich ist es aber auch keine Überraschung. Es bestätigt erneut, dass die PKV praktisch eine weitgehend wettbewerbsfreie Zone ist.⁷

Versicherte haben keine Wahlfreiheit. Wenn sie sich einmal für ein Unternehmen entschieden haben, sind sie dort praktisch ein Leben lang gefangen. Sie können nur um den Verlust eines großen Teils ihrer Altersrückstellungen zu einer anderen Versicherung wechseln.⁸ Es gibt überdies kaum Transparenz über das, was die Tarife tatsächlich vertraglich garantieren.

Die Untersuchung zeigt insgesamt, dass sich die Versorgungsdefizite nicht, wie oft angenommen, an der Systemgrenze zwischen PKV und GKV festmachen.

Vielmehr werden vor allem in der PKV jedoch auch in der gesetzlichen Krankenversicherung ältere und besonders vulnerable Versicherte wie solche mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen, geringen Einkommen oder niedrigem Bildungsgrad benachteiligt. Gerade sie sind es, die auf Leistungen wie die Rehabilitationen und Kuren, häusliche Krankenpflege oder stationäre Kurzzeitpflege, Krankentransporte sowie eine anständige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln angewiesen sind. Gerade sie sind es auch, die sich darauf verlassen können müssen, dass ihre Krankenversicherung ihnen den nötigen Schutz bietet. Und gerade sie sind es, die durch fehlende Transparenz, undurchsichtige Tarife und mangelhafte Leistungen unter die Räder geraten.

⁷ Vgl. Albrecht et al. Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung. Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. Berlin 2010. https://www.iges.com/sites/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e5519/e5715/e8220/e8222/attr_objjs12663/IGES_Institut_Wettbewerb_PKV_ger.pdf

⁸ Versicherte, deren Versicherungsvertrag nach dem 1.1.2009 abgeschlossen wurde, können bei einem Wechsel des Unternehmens ihre Altersrückstellungen im Umfang der Leistungen des Basistarifs mitnehmen (§ 204 Versicherungsvertragsgesetz).