

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
**91. Sitzung**

**Berlin, den 25.06.2008, 14:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**  
**Dr. Hans Georg Faust, MdB (zeitweise)**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zu folgender Vorlage:**

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kostenerstattung ersetzen

BT-Drucksache 16/6794

**Anwesenheitsliste\*****Mitglieder des Ausschusses**

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

Bauer, Wolf, Dr.  
 Eichhorn, Maria  
 Faust, Hans Georg, Dr.  
 Hüppe, Hubert  
 Koschorrek, Rolf, Dr.  
 Michalk, Maria  
 Scharf, Hermann-Josef  
 Spahn, Jens  
 Straubinger, Max  
 Widmann-Mauz, Annette  
 Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje  
 Brüning, Monika  
 Henrich, Michael  
 Jordan, Hans-Heinrich, Dr.  
 Krichbaum, Gunther  
 Luther, Michael, Dr.  
 Meckelburg, Wolfgang  
 Philipp, Beatrix  
 Scheuer, Andreas, Dr.  
 Zöllner, Wolfgang

**SPD**

Friedrich, Peter  
 Hovermann, Eike  
 Kleiminger, Christian  
 Lauterbach, Karl, Dr.  
 Mattheis, Hilde  
 Rawert, Mechthild  
 Reimann, Carola, Dr.  
 Spielmann, Margrit, Dr.  
 Teuchner, Jella  
 Volkmer, Marlies, Dr.  
 Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine  
 Becker, Dirk  
 Bollmann, Gerd  
 Ferner, Elke  
 Gleicke, Iris  
 Hemker, Reinhold, Dr.  
 Kramme, Anette  
 Kühn-Mengel, Helga  
 Marks, Caren  
 Schmidt, Silvia  
 Schurer, Ewald

**FDP**

Bahr, Daniel  
 Lanfermann, Heinz  
 Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens  
 Kauch, Michael  
 Parr, Detlef

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

**B90/GRUENE**

Bender, Birgitt  
 Scharfenberg, Elisabeth  
 Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta  
 Koczy, Ute  
 Kurth, Markus

---

\*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Vorsitzende Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b>	5	<b>SV Christian Weber</b> (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	5, 7, 11, 13, 14, 18, 23, 24
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	5	<b>SV Susanne Mauersberg</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	5, 9
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	5, 20, 21	<b>SV Thomas Müller</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	6, 7, 13, 20, 21
Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	7	<b>SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski</b>	6, 7, 21
Abg. <b>Prof. Dr. Karl Lauterbach</b> (SPD)	8, 11, 22, 23	<b>SV Wilfried Jacobs</b> (AOK-Bundesverband (AOK-BV))	8, 9, 10, 11, 14, 17, 18, 19, 23, 24
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	9, 23	<b>SVe Ulrike Elsner</b> (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV))	9, 10, 11, 14, 17, 20
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	9	<b>SV Prof. Dr. Gregor Thüsing</b>	12, 19
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	10	<b>SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger</b>	15, 16
Abg. <b>Mechthild Rawert</b> (SPD)	10	<b>SVe Dr. Regina Klakow-Franck</b> (Bundesärztekammer (BÄK))	22
Abg. <b>Heinz Lanfermann</b> (FDP)	11, 12, 14	<b>SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp</b> (Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammer e.V. (BZÄK))	22
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	12, 13, 14		
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LINKE.)	15, 16		
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	17, 18, 19		
Abg. <b>Dr. Rolf Koschorrek</b> (CDU/CSU)	22		
Abg. <b>Helga Kühn-Mengel</b> (SPD)	23		
Amtierender Vorsitzender Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b>	24		

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

(Beginn 14:00 Uhr)

**Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Sachverständige aus den Verbänden und sehr geehrte Einzelsachverständige, liebe Gäste, verehrte Frau Staatssekretärin Caspers-Merk, ich begrüße Sie alle recht herzlich und eröffne die 91. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zum Antrag der Fraktion der FDP „GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kostenerstattung ersetzen“ auf BT-Drucksache 16/6794. Diesen Antrag haben wir im Ausschuss behandelt und uns daraufhin zu dieser Anhörung entschlossen.

Ich sehe viele bekannte Personen, aber auch einige, die vielleicht noch nicht an einer Anhörung teilgenommen haben. Deshalb will ich kurz auf das Prozedere eingehen. Den Fraktionen sind bestimmte Zeitkontingente zugeordnet. Wenn Sie gefragt werden, dann nennen Sie zu Beginn Ihrer Antwort bitte Ihren Namen und den Verband, den Sie vertreten, sofern ich das nicht schon getan habe. Ich bitte, das Mikrophon zu benutzen und es hinterher wieder auszuschalten.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Die erste Frage geht an den Verband der privaten Krankenversicherung und an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Mich würde interessieren, wie sich die Kooperation von gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen im Geschäftsbereich kassenindividueller Zusatzversicherungen entwickelt hat. Welche wechselseitigen Vorteile bringt dieses Geschäftsmodell mit sich, und welches Volumen hat es mittlerweile erreicht?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir haben keine umfassenden Statistiken über die Kooperationen. Allgemein kann man feststellen, dass fast jede Krankenkasse einen Kooperationspartner hat. Aber umgekehrt haben nicht alle PKV-Unternehmen einen Kooperationspartner. Betrachtet man die Entwicklung bei den Zusatzversicherungen, gelangt man zu dem Ergebnis, dass mittlerweile ungefähr die Hälfte davon über Kooperationen zustande kommt. Es gab bei der Einführung der Kooperation Kritik. Diese halte ich für berechtigt, weil Ko-

operation auch wettbewerbshemmend wirken kann. Denn der Versicherte wird erstens immer veranlasst, der Empfehlung seiner Krankenkasse zu folgen, ohne sich die nötige Markttransparenz durch Tarifvergleiche zu verschaffen. Zweitens hat sich die Vermittlung von Zusatzversicherungen, die eigentlich nur als ein weiterer Vertriebsweg anzusehen ist, auch zu einem Instrument der gesetzlichen Krankenkassen zur Kundenbindung entwickelt. Wer den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen untereinander will, der muss natürlich sagen, dass Kooperationen nicht gut ins Bild passen. Drittens nehmen die Kassen als öffentlich-rechtliche Körperschaften Einfluss auf privat-rechtliche Unternehmen. Das ist wettbewerbsrechtlich nicht ganz neutral.

Wenn ich das zusammenfasse, dann sehe ich Vorteile für die Kooperationspartner, denn sie profitieren davon, aber nicht unbedingt für die Versicherten, denn diese informieren sich nicht mehr so wie bisher in der Breite des Marktes. Ich glaube, es gibt auch keine Vorteile für den Markt insgesamt, weil ein Markt ohne Kooperationspartner letztlich mehr Wettbewerb und Offenheit ermöglicht.

**SVe Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Genauere Zahlen haben auch wir nicht. Die Verbraucher wünschen sich aber häufig eine Versorgung aus einer Hand und sagen, dass sie bei der Versicherung, bei der sie ihre Krankenvollversicherung abgeschlossen haben, gerne bleiben und dort auch gerne Zusatzangebote annehmen wollten.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den PKV-Verband, den AOK-Bundesverband und den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Schwintowski. Ich bitte Sie, zwischen den Wahlтарifen und den gerade genannten Zusatzversicherungen eine Grenze anhand konkreter Beispiele für einzelne Leistungsbe-reiche zu ziehen. Dabei interessiert mich insbesondere, wie Sie den Zweibettzimmerzuschlag und die Chefarztbehandlung zuordnen.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): In der privaten Krankenversicherung gehen wir davon aus, dass Zusatzversicherungen den Leistungsschutz der gesetzlichen Krankenkassen durch eigene zusätzliche Versicherungsprodukte ergänzen. Nun ist in § 53 SGB V die Überschrift „Wahlтарife“ neu hineingekommen. Wahlтарife

sind aber nach meiner Auffassung eindeutig etwas anderes, denn ein Wahltarif bewegt sich eigentlich innerhalb des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen. Das ist kein „Add-on“ und damit eigentlich kein Fall einer Zusatzversicherung. Wir haben aber in der Tat eine Landesaufsicht, die gesagt hat, dass der Zuschlag für eine Zweibettzimmerunterbringung im Krankenhaus und die wahlärztliche Behandlung mit zu dem gehörten, was im § 53 SGB V unter Kostenerstattung geregelt sei. Das ist in unseren Augen aber eine deutliche Fehlinterpretation, denn der Begriff der Kostenerstattung ist in § 13 SGB V abschließend geregelt. Dort geht es letztlich um ein anderes Bezahungsverfahren und nicht um andere Leistungen. Das heißt, eine Kostenerstattung kann nur dort stattfinden, wo eine Leistung zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehört. Was die Krankenhausleistungen angeht, kann man dem § 39 Abs. 1 SGB V entnehmen, dass gesetzlich Krankenversicherte Anspruch auf Leistungen im Krankenhaus haben, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. Wie das zu verstehen ist, kann man in der Bundespflegesatzverordnung nachlesen. Diese unterscheidet bei den Krankenhausleistungen ganz klar zwischen allgemeinen Krankenhausleistungen und Wahlleistungen, wobei allgemeine Krankenhausleistungen alles umfassen, was nach Art und Schwere einer Krankheit medizinisch zweckmäßig und notwendig ist. Das heißt, die GKV bezieht sich auf allgemeine Krankenhausleistungen und nicht auf Wahlleistungen. Diese sind nach unserer Interpretation dieses Gesetzes nicht von der Kostenerstattungsregel des SGB V erfasst.

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Aus unserer Sicht sind die GKV-Wahltarife und die PKV-Zusatzversicherung rechtlich und tatsächlich voneinander zu trennende Angebote. Ich möchte dies an zwei Aspekten deutlich machen: Zum einen kennzeichnen insbesondere der für die PKV wesensfremde Kontrahierungszwang sowie die fehlende Risikoselektion und die solidarische Finanzierung die Wahltarife – auch die Kostenerstattungstarife nach § 53 Abs. 4 SGB V – eindeutig als GKV-Element. Sie sind daher auch nicht vergleichbar mit einer Zusatzversicherung unter den Rahmenbedingungen des VVG. Mit Wahlтарifen können Versicherte zum Leistungskatalog der GKV zählende Leistungen ergänzen und so beispielsweise Tarife

für die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme der Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus“ abschließen. Wie mein Vorredner bereits erwähnte, hat das LSG Nordrhein-Westfalen in einem Verfahren zwischen der Continentale Krankenversicherung a. G. und der AOK Rheinland/Hamburg ausdrücklich die dort angebotenen Wahlтарife für zulässig erklärt.

Ein weiterer wesentlicher Punkt betrifft die Frage des Umfangs der Angebotssphären. Hier ist zu sagen, dass Zusatzversicherungen der PKV im Gegensatz zu den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht GKV-orientierte Leistungen vorsehen können. Wahlтарife der gesetzlichen Krankenversicherung müssen hingegen immer auf einer Grundleistung der GKV basieren. Bezogen auf die Wahlleistung „Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus“ bedeutet dies, dass die Grundleistung aus der GKV nach § 39 SGB V unter anderem in der ärztlichen Behandlung und in der Unterkunft einschließlich Verpflegung im Krankenhaus zu sehen ist, die durch den Wahlтарif letztlich aufgestockt wird.

**SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski:** Das Gerichtsverfahren, über das hier gerade gesprochen wurde, ist ein Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. In der Hauptsache ist noch nichts entschieden.

Die Antwort auf Ihre Frage ergibt sich direkt aus dem Gesetz. Dieses besagt, dass Wahlтарife eine Kostenerstattung der Höhe nach variieren. Das bedeutet, ich habe einen Tarif gewählt und eine Leistung von der GKV bekommen. Diese Leistung kann ich nach dem Gesetz nun der Höhe nach besser versichern und erreiche so, dass ich wie ein Privatpatient versichert bin.

Dem gegenüber steht die Zusatzversicherung. Dort versichere ich etwas zusätzlich, was nicht im Leistungskatalog der GKV angeboten wird. Damit lautet die Frage immer sehr schlicht: Leistet die GKV etwas? Leistet sie zum Beispiel eine Chefarztbehandlung, eine Unterbringung im Zweibettzimmer, eine Auslandskrankenversicherung oder Taxifahrten und sogenannte „IGEL-Leistungen“? Ich könnte den Katalog noch weiter fortsetzen. Die Antwort lautet in allen Fällen: Nein, das leistet sie nicht. Wenn sie nichts leistet, ist das der Fall einer Zusatzversicherung. Wenn sie dagegen etwas leistet, zum Beispiel eine Behandlung und Verpflegung grundsätzlicher Art im Krankenhaus, kann ich diese als Wahlтарif zu einem Tarifsatz wie ein Privatpatient versichern.

Abg. **Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Schwintowski. In welchen Bereichen unterliegt eine gesetzliche Krankenkasse den Regelungen des Artikels 86 des EG-Vertrages? Die zweite Frage wendet sich sowohl an Herrn Prof. Schwintowski als auch an den AOK-Bundesverband und den Verband der privaten Krankenversicherung. Sehen Sie durch das Anbieten von Zusatztarifen durch gesetzliche Krankenkassen den Gedanken der freien und unverfälschten Marktwirtschaft nach Artikel 4 und Artikel 98 des EG-Vertrages berührt? Wenn ja, erläutern Sie bitte Ihre Auffassung.

**SV Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski:** Der Europäische Gerichtshof hat in vielen Urteilen zu der Frage Stellung genommen, ob Sozialleistungssysteme in den Mitgliedsstaaten, also zum Beispiel unsere gesetzliche Krankenversicherung, den Regeln des Europäischen Vertrages und damit auch den Wettbewerbsregeln sowie den Regeln der Dienstleistungsfreiheit unterworfen sind. Der EuGH hat dabei eine Grundaussage getroffen, die er stets wiederholt: Soweit ein Sozialversicherungsträger nicht wirtschaftlich tätig sei, unterfalle er auch nicht den Regeln des Europäischen Vertrages. Damit entstand die Frage, was denn nun eine wirtschaftliche Tätigkeit ausmacht. Der EuGH hat in zahlreichen Urteilen geklärt, dass eine nicht wirtschaftliche Tätigkeit im Grundsatz immer dann vorliegt, wenn ich solidarisch bzw. hoheitlich regulierend tätig bin, wenn ich also ein System des Sozialausgleichs vorgebe. Wenn ich aber Wahlmöglichkeiten für die Nachfrage habe, wenn ich wechseln kann, oder wenn es unterschiedlich hohe Beiträge gibt, dann begeben sich in den Bereich der wirtschaftlichen Aktivität. Der EuGH hat inzwischen in einigen Urteilen ausgeführt, dass die Sozialversicherungsträger teilweise schon dann wirtschaftlich tätig seien, wenn es etwa um Brillen oder um Rehabilitationsleistungen gehe, die grenzüberschreitend angeboten würden. In diesen Bereichen findet bereits heute ein echter wirtschaftlicher Leistungsaustausch mit Wahlmöglichkeiten statt. Daraus folgt etwas Wichtiges: Wenn wir die Wahlmöglichkeit in der GKV mehr und mehr erweitern, dann wird der Gerichtshof uns fragen, was dort noch von der GKV übriggeblieben sei, und wie sich diese noch von einer Kfz-Haftpflichtversicherung unterscheidet, die wir ja auch zwangsweise von allen verlangen, deren Anbieter wir aber frei am Markt wählen können. Das wird genau die Konsequenz sein, in die wir langsam aber si-

cher hineindriften, weil das GKV-WSG in einer Vielzahl von Fällen wettbewerbliche Elemente in die GKV integriert hat. Das muss man berücksichtigen, denn damit steht das Gesamtsystem mittelfristig in Frage.

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Der Europäische Gerichtshof hat festgestellt, dass die Krankenkassen solange keine Unternehmen im Sinne des europäischen Wettbewerbsrechts sind, wie sie einen rein sozialen Zweck verfolgen, keine wirtschaftliche Tätigkeit ausüben und auch verpflichtet sind, im Wesentlichen gleiche Pflichtleistungen unabhängig von der Beitragshöhe zu erbringen. Auch nach Einführung der Wahltarifoptionen – das ist aus unserer Sicht unstrittig – verfolgen die Krankenkassen keine Gewinnerzielungsabsichten, sondern agieren ausschließlich nach dem Kostendeckungsprinzip. Die GKV-Pflichtleistungen sind ebenfalls weiterhin unabhängig von der Beitragshöhe und der Wahl der besonderen Tarife. Auch die anderen Voraussetzungen, die der Europäische Gerichtshof genannt hat, werden weiterhin erfüllt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist in diesem Zusammenhang sicherlich der Artikel 152 EG-Vertrag. Er sieht vor, dass das primäre Gemeinschaftsrecht den besonderen Anforderungen des Gesundheitsschutzes, denen die gesetzlichen Krankenkassen genügen müssen, in verschiedener Hinsicht Rechnung zu tragen hat. Artikel 152 Abs. 5 des EG-Vertrages sagt konkret, dass die Kompetenz für die Organisation des Gesundheitswesens sowie für die medizinische Versorgung bei den Mitgliedsstaaten liegt. Die Regelungen in den Artikeln 46 Abs. 1 und 55 EG-Vertrag sowie die Rechtsprechung des Gerichtshofs erkennen auch besondere mitgliedstaatliche Erfordernisse des Gesundheitsschutzes im Bereich der Grundfreiheiten an. Das Gemeinschaftsrecht berührt daher nicht die Befugnis der Mitgliedstaaten, ihre Systeme der sozialen Sicherheit an dieser Stelle auszugestalten. In diesem Rahmen sind die Wahltarife ein Annex eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems. Von daher ergibt sich mit Blick auf die zu Grunde liegende Fragestellung keine andere Beurteilung.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Sie hatten nach der freien und unverfälschten Marktwirtschaft gefragt. Diese kann nur dann funktionieren, wenn ich es mit einem Wettbewerb auf einem funktionsfähigen Markt zu gleichen Bedingungen zu tun habe. Dies kann ein Wettbe-

werb zwischen privaten Unternehmen, aber kaum ein Wettbewerb privater Unternehmen gegen öffentlich-rechtliche Körperschaften sein. Dies passt vom Ansatz her nicht und zieht auch Weiterungen nach sich, weil private und gesetzliche Krankenversicherungen auf dem Markt der Wahltarife und Zusatzversicherungen zu völlig unterschiedlichen Bedingungen tätig sind. Das sieht auch das geltende Recht so vor. Die einen müssen ein bestimmtes Kalkulationsrecht anwenden. Bei den anderen wird nach Plausibilität gerechnet. Wir müssen haften und Eigenkapital zur Verfügung stellen, damit es bei uns nicht zu Quersubventionierungen kommt. Wir unterliegen einer Steuerpflicht und müssen Alterungsrückstellungen bilden. All das findet in der GKV nicht statt. Es gelten insofern ungleiche Maßstäbe. Mit einer freien, unverfälschten Marktwirtschaft oder einem Wettbewerb zu fairen Bedingungen hat dies nichts mehr zu tun.

Es ist die Frage gestellt worden, ob öffentlich-rechtliche Körperschaften und Sozialversicherungen noch vom europäischen Wettbewerbsrecht ausgenommen werden könnten. Da muss man einfach sagen: Das geht unter bestimmten Bedingungen. Soweit ich die EU-Rechtsprechung kenne, ist die gesetzliche Krankenversicherung dem für private Unternehmen geltenden EU-Recht entzogen, wenn sie eine öffentliche Aufgabe der sozialen Sicherung nach den Grundsätzen der Solidarität wahrnimmt, zum Beispiel eine Beitragsbemessung abhängig von der Einkommenshöhe vornimmt, und dies mit einer Pflichtmitgliedschaft verbunden ist. Nichts davon ist hier jedoch der Fall. Es gibt deshalb viele Gründe, sich mit dieser Sache auch EU-rechtlich zu beschäftigen. Das Risiko, dass man dabei eingeht, ist nicht unerheblich. Denn wenn man auf europäischer Ebene zu der Ansicht kommen sollte, dass es sich hierbei um eine unternehmerische Tätigkeit der Sozialversicherung handelt und die GKV möglicherweise insgesamt die Eigenschaft eines privaten Unternehmens erfüllt, dann stünden andere wichtige Punkte mit auf dem Prüfstand. Dies beträfe dann auch die Frage, ob sich beispielsweise das kollektive Vertragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Pflichtmitgliedschaft, wie sie heute noch begründet ist, in Zukunft noch aufrecht erhalten ließen. Dies sind existenzielle Fragen, die, wie ich finde, von wesentlich größerer Bedeutung sind als der kleine Baustein der Wahltarife, den man der gesetzlichen Krankenversicherung hier als zusätzliches Betätigungsfeld gibt.

**Abg. Prof. Dr. Karl Lauterbach (SPD):** Meine Fragen richten sich an Herrn Jacobs vom AOK-Bundesverband und den Verband der Angestellten-Krankenkassen und Ersatzkassen. Wie wurde § 53 Abs. 4 SGB V bisher von den Krankenkassen umgesetzt? Wie schätzen Sie das Interesse der Versicherten am Abschluss von Wahltarifen zur Kostenerstattung ein, und für welche Versichertengruppen sind Wahltarife zur Kostenerstattung besonders attraktiv? Außerdem möchte ich wissen, welche Bedeutung Kostenerstattungstarife im Wettbewerb der Krankenkassen untereinander sowie im Wettbewerb zwischen Krankenkassen auf der einen Seite und privaten Krankenversicherungen auf der anderen Seite haben.

**SV Wilfried Jacobs (AOK-Bundesverband (AOK-BV)):** Es wurde gerade darauf hingewiesen, dass über die Zulässigkeit von Wahltarifen in der Hauptsache noch gar nicht entschieden worden ist. Es sind sieben Rechtsmittel eingelegt worden. Alle einstweiligen Verfahren wurden zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkassen entschieden. In der Hauptsache konnte bisher noch nicht entschieden werden, weil die private Krankenversicherung bis heute noch gar keine Klage erhoben hat.

Zu der Frage der Umsetzung von § 53 Abs. 4 SGB V ist zu sagen, dass wir diese Wahltarife nur innerhalb der gesetzlichen Leistungen und nur in der Höhe, nicht aber in der Breite anbieten. Wir bewerben diese Leistungen auch nicht. Das Interesse bei den Versicherten ist dennoch ausgesprochen groß. Die Versicherten kommen und sagen, dass es für sie vernünftig sei, alles aus einer Hand zu bekommen. Natürlich spielt das eine Rolle im Wettbewerb. Der Gesetzgeber hat diesen Paragraphen nicht ohne Grund eingeführt. Hätte er ihn nur einführen wollen, um ein wenig Kostenerstattung zu praktizieren, dann hätte er ihn nicht separat in das Gesetz eingefügt. Denn der § 53 Abs. 4 SGB V wurde deshalb geschaffen, das können Sie aus der Begründung ersehen, weil man den Wettbewerb der Krankenkassen nach den Spielregeln der gesetzlichen Krankenversicherung stärken wollte. Ich kann den Ausführungen der beiden Wissenschaftler insoweit überhaupt nicht folgen. Hier geht es nicht nach den Spielregeln der privaten Krankenversicherung. Das bedeutete nämlich, dass, wenn jemand ins Ausland ginge und eine Versicherung abschließen wollte, aber unter Rheuma leiden würde, die Rheumaerkrankung ausgeschlossen wäre. Bei uns gibt es hingegen diese Kriterien nicht. Für uns gilt vielmehr, dass die Solidari-



tät in einem solchen Fall weiterhin bestehen bliebe. Das ist ein für meine Begriffe hoch spannendes Kriterium. Hinsichtlich des Wettbewerbs untereinander ist zu sagen, dass der Versicherte, wenn er einen solchen Wahltarif wählt, drei Jahre an die gesetzliche Krankenversicherung gebunden ist. Dies wirkt durchaus auch als eine Stabilisierung des Systems der GKV. Im Ergebnis glaube ich, dass das, was die Politik mit § 53 Abs. 4 SGB V erreichen wollte, nämlich den Wettbewerb der Krankenkassen als systemischen Wettbewerb sowohl der GKV – nach ihren Spielregeln – als auch der PKV – nach deren Spielregeln – zu beleben, gelingt. Ich weise noch einmal darauf hin, dass die Menschen es so wollen.

**Sve Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Wir haben im Bereich der bundesunmittelbaren Kassen 113 von insgesamt 135 Kassen, die diese Wahltarife anbieten. Sie werden zum einen im Pflichtfeld, aber auch, wie mein Vorredner eingangs mitteilte, im Bereich der Wahltarife Kostenerstattung und Selbstbehalt angeboten. Wir stellen fest, dass die Akzeptanz bei den Versicherten durchaus unterschiedlich ist. Es sind nicht nur die jungen und gesunden Versicherten, die diese Wahltarife in Anspruch nehmen. Es ist festzustellen, dass sich in der Regel gut verdienende Versicherte für diese Wahltarife interessieren, aber es gibt auch ältere Versicherte, die sich durch Wahltarife einen besonderen Zugang zu Leistungen, beispielweise eine bevorzugte Terminvergabe, sichern möchten. Für uns stellen die Wahltarife einen ganz wesentlichen Baustein im Wettbewerb dar. Denn in der gesetzlichen Krankenversicherung sind es gerade die freiwillig versicherten Mitglieder, die sehr zur Stärkung der Solidarität beitragen. Die Möglichkeit, diesen freiwilligen Mitgliedern eine Versorgung aus einer Hand bzw. eine Verbesserung von Leistungen anzubieten, wirkt sich im Wettbewerb sehr positiv aus. Dabei besteht der Unterschied zur privaten Krankenversicherung gerade darin, dass alle gesetzlich Krankenversicherten diese Tarife wählen können. Wir unterliegen dem Kontrahierungszwang, wir haben keine Risikoprüfung, und wir haben den solidarischen Ausgleich.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich würde hier gern anknüpfen und den AOK-Bundesverband fragen, wie die Erfahrungen der AOK Rheinland/Hamburg mit den angebo-

tenen Wahlтарifen zur Kostenerstattung in der Praxis sind. Welchen Nutzen können solche Tarifangebote für die Versicherten haben, und welchen besonderen Nutzen haben chronisch Kranke und ältere Versicherte?

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Die Tatsache, dass auch ältere oder kranke Versicherte Wahltarife wählen können, halte ich für einen ausgesprochen solidarischen Akt. Das Interesse ist sehr groß. Das hängt u. a. damit zusammen, dass die Menschen, wenn es um Versicherungen geht, Nähe, Überschaubarkeit und Schnelligkeit schätzen. Die gesetzlichen Krankenkassen, die ja intensiv in der Fläche verteilt sind, profitieren stark davon. Ein gutes Beispiel sind hier auch die Niederlande. Man braucht nur einmal über die Grenze zu schauen. Wenn die Versicherten alles geschlossen abwickeln können, ist das günstig. Es wurden in diesem Zusammenhang sieben Rechtsmittel eingelegt. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen hat in seiner Entscheidung ausdrücklich betont, dass das Wettbewerbsrecht hier nicht gelte. Das Gericht kommt in seinem Urteil auch zu dem Ergebnis, dass sich das, was hier angeboten werde, eindeutig im Rahmen des Gesetzes bewege. Das Gericht hätte hierzu im Rahmen eines Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes gar nichts zu sagen brauchen. Wenn wir für die Wahltarife Werbung machten, was wir nicht tun, sähe die Resonanz noch ganz anders aus. Aber auch so kann man davon ausgehen, dass die Menschen diese solidarische Orientierung beim Zugang zu Wahlтарifen sehr schätzen.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Verbraucherzentrale Bundesverband. Ich möchte Sie fragen, wie Sie die Wahltarife, also die zusätzlichen Wahlmöglichkeiten für Versicherte, einschätzen. Ich bitte Sie, bei den Wahlтарifen nach Leistungen, die zusätzlich versichert werden können, und nach Wahlтарifen zur Kostenerstattung zu differenzieren sowie – mit Blick auf die Versicherten – eine getrennte Bewertung für Pflichtversicherte und freiwillig Versicherte vorzunehmen.

**Sve Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Bei den Wahlтарifen handelt es sich um ein Instrument, das für die Krankenkassen vor allen Dingen im Hinblick auf die freiwillig Versicherten interessant ist und dort eine höhere Bindungswir-

kung erzielen soll. Was den Zusatznutzen für die jeweiligen Patientengruppen anbelangt, ist es bislang noch schwierig, klar zu differenzieren. Bei der Kostenerstattung stehen Patienten im Focus, die sich wünschen, tendenziell wie Privatpatienten behandelt zu werden. Hier ist der Zugang zum Spezialisten, der nur privat abrechnet, als zusätzlicher Nutzen zu nennen. Es ist strittig, ob dies im deutschen Gesundheitswesen tatsächlich stattfindet oder nicht. Man hat hier noch keine wirklich klare empirische Basis. Dennoch ist die Diskussion über eine Zweiklassenmedizin heftig im Gange. Es sind vor allem jene Patienten an einem solchen Tarif interessiert, die tendenziell das Krankenhaus nutzen. Der Kostenerstattungstarif bezieht sich zwar auch auf die ambulante Versorgung, aber bei den Krankenhäusern sind vor allem die Wahlarztbehandlung, das Zweibettzimmer oder die Chefarztbehandlung und andere Leistungen von Interesse, die ansonsten nur über eine private Zusatzversicherung möglich wären. Dann gibt es andere Tarife, die einen Selbstbehalt oder eine Beitragsrückerstattung beinhalten. Das ist natürlich eher etwas für Patienten, die davon ausgehen, dass sie nicht krank werden, und daher Beiträge sparen wollen. Ein weiterer Wahltarif bezieht sich auf die Alternativmedizin und zielt auf eine Gruppe von Versicherten, die gesundheitsbewusst lebt und daher besonderen Wert auf einen solchen Tarif legt. Eine BKK-Umfrage hat ergeben, dass es gerade bei diesen Tarifen ein großes Interesse gibt. Die Frage, ob der Verbraucherzentrale Bundesverband dies für vorteilhaft hält oder nicht, hat immer eine gewisse Ambivalenz. Wahlmöglichkeiten und Wettbewerb sind auf der einen Seite für Verbraucher immer sehr positiv. Auf der anderen Seite gibt es aber Effekte, die dem Solidarprinzip zuwiderlaufen, bei denen sich die Frage stellt, inwieweit es tatsächlich zu einer Subventionierung dieser Tarife kommt. In den Stellungnahmen der Krankenkassen wird immer wieder gesagt, dies sei völlig ausgeschlossen. In anderen Stellungnahmen heißt es hingegen, die Subventionierung werde von den Krankenkassen in Kauf genommen. Man würde sich an dieser Stelle eine stärkere Rückversicherung wünschen, die so etwas verhindert. Wenn es sich so verhält, dass sich die Bindungswirkung, die diese Tarife entfalten, für die Krankenkassen vorteilhaft auswirkt und sich dort ein positiver Deckungsbeitrag ergibt, dann ist das natürlich auch für die Versichertengemeinschaft insgesamt günstig.

Abg. **Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage geht an den AOK-Bundesverband und den VdAK/AEV. In § 53 Abs. 9 SGB V ist geregelt, dass sich die Wahltarife selbst finanzieren müssen. Wie können Sie dies gewährleisten? Welche Sicherungen bauen Sie ein? In welcher Form kommen Sie Ihrer gesetzlichen Rechenschaftspflicht gegenüber den Aufsichtsbehörden nach?

SV **Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Zunächst einmal brauchen wir eine ordentliche Satzung, die die entsprechenden Regelungen enthält. Diese Satzung ist vorhanden, und die Landesaufsicht hat sie genehmigt. Außerdem müssen die Tarife kalkuliert werden. Wir haben sie von Menschen kalkulieren lassen, die das mit Sicherheit ebenso gut wie die Fachleute der PKV können, denn sie kommen zum Teil aus diesem Bereich.

Wie machen wir das transparent? Wir müssen dies mindestens halbjährlich tun, berichten aber vierteljährlich gegenüber der Aufsicht, wie sich die Tarife innerhalb der jeweiligen Gruppe rechnen. Das ist ein transparentes System. Quersubventionierungen gibt es keine, und es wird sie in diesen Bereichen auch in Zukunft nicht geben. Dies schließt schon der Kontenrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die Sicherheitsvorkehrungen sind so gut, dass man sie sich für eine Krankenkasse in Deutschland, egal ob öffentlich-rechtlich oder privat, nicht besser vorstellen kann.

Sve **Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Die bundesunmittelbaren Krankenkassen unterliegen den gleichen Bedingungen. Daher ist das Verfahren, das Herr Jacobs dargestellt hat, auch für diese Krankenkassen anwendbar. Ich möchte noch ergänzen, dass die Ausgaben in dem Kontenrahmen natürlich auch separat gebucht und dem Bundesversicherungsamt jährlich vorgelegt werden. Die notwendige Transparenz zur Einnahmen- und Ausgabensituation in den jeweiligen Tarifen ist damit vorhanden.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich möchte den AOK-Bundesverband und den VdAK bitten, noch einmal zu konkretisieren, welche Bemühungen unternommen werden, um finanzielle Risiken zu vermeiden und eine Belastung der Solidargemeinschaft auszuschließen.

SV **Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Sowohl das Gesetz selbst als auch die auf-

sichtsrechtlichen Erfordernisse schließen dies aus. Es wird hier keine Subventionierung geben, und die notwendigen Sicherungen sind vorhanden. Der Gesetzgeber wollte etwas mehr Wettbewerb haben – auch innerhalb der Spielregeln der GKV. Es wird auch weiterhin Kooperationen zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung geben. Das wird sich nicht ändern. Es stellt sich vielmehr die Frage, warum dieser Wettbewerb nicht noch ein Stück weit mehr belebt werden sollte.

Für den Zugang zu diesen Tarifen gilt der Kontrahierungszwang, und es gibt die Solidarität bei der Finanzierung. Bis jetzt rechnen sich die Tarife nicht nur, sondern sie kommen sogar außerordentlich gut an. Es gibt keinerlei aufsichtsrechtliche Anordnungen, die bei uns Bedenken in irgendeiner Form aufkommen ließen, dass sie quersubventioniert oder aus Beiträgen der Versicherten finanziert werden könnten.

*Der stellvertretende Vorsitzende, Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU), übernimmt den Ausschussvorsitz.*

**Sve Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Ich möchte betonen, dass das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde der bundesunmittelbaren Krankenkassen sehr genau hinschaut. Sie ist für uns der Garant dafür, dass eine Quersubventionierung nicht stattfindet. Bei diesen Tarifen werden beispielsweise auch die Verwaltungskosten mit berücksichtigt. Dort haben wir nach Aussage des Bundesversicherungsamtes Personalkostensätze bei der Kostenrechnung bzw. als Sachkostenpauschalen zu berücksichtigen, wie sie auch in der Kostenrechnung der Bundesverwaltung zur Anwendung kommen. Das Beispiel zeigt, dass wir ganz klare Regelungen und bis ins Detail ausgestaltete Verfahrensweisen haben.

**Abg. Prof. Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Ich habe noch eine Frage an die Vertreter des AOK-Bundesverbandes und des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Wir haben gehört, dass die Rahmenbedingungen für diese Versicherungen bei den gesetzlichen und privaten Kassen verschieden sind. Mich würde ein praktischer Fall interessieren. Stellen wir uns zum Beispiel einen 65-jährigen Diabetiker vor, der schon eine Fußamputation hinter sich hat und jetzt in den Genuss einer solchen Kostenerstattungsregelung kommen möchte.

Könnte sich dieser bei Ihnen versichern, und wie hoch wäre ungefähr sein Beitrag?

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): In der gesetzlichen Krankenversicherung würde er nach den Spielregeln der GKV als Mitglied jederzeit aufgenommen, was übrigens ein Segen der GKV ist. Die Höhe der Prämie ist mir nicht bekannt. Dieses Mitglied könnte selbstverständlich noch aufgenommen werden. Warum sollte dieser Diabetiker sich nicht noch zusätzlich absichern können, wenn er noch ein anderes Problem hat?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich möchte Ihnen indirekt antworten. Mich hat neulich eine alte Dame angerufen und gesagt: „Sie haben doch solche Zusatzversicherungen für Zahnersatz. Bei mir steht jetzt eine Zahnsanierung an. Wo bitte kann ich mich denn versichern, damit ich diese Behandlung jetzt durchführen lassen und hinterher wieder aus dem Tarif aussteigen kann?“ Man könnte so etwas machen, nur hätte man dann folgendes Problem: Diejenigen, die in dem Tarif versichert sind und eine Solidargemeinschaft bilden, müssten plötzlich für jemanden zahlen, der dort noch nie Beiträge geleistet hat. Wir sind der Meinung, dass dies versicherungstechnisch nicht passt. Wir haben es bei diesen Zusatzleistungen mit medizinisch nicht notwendigen Leistungen zu tun, die einen konsumtiven Charakter haben. Ein Produkt, für das sich nur diejenigen entscheiden, die die Leistung sofort brauchen, funktioniert versicherungstechnisch nicht. Es mag kurzfristig funktionieren. Die Aussage, die bisherigen Wahltarife der GKV würden sich kontenmäßig selbst darstellen, müssen Sie aber langfristig betrachten.

Wir bieten Produkte für Leute an, die im Alter von 30 Jahren zu uns kommen und diesen Versicherungsschutz möglicherweise erst benötigen, wenn sie 90 Jahre alt sind. Das sind langfristige Versicherungsprodukte. Jede Tarifgemeinschaft ist eine Solidargemeinschaft. Dies muss hierbei berücksichtigt werden.

**Abg. Heinz Lanfermann** (FDP): Ich möchte zu den behandelten Rechtsfragen bitte noch Herrn Prof. Thüsing hören. Wie beurteilen Sie die europarechtlichen Konsequenzen der Umsetzung des § 53 SGB V? Werden die gesetzlichen Krankenkassen durch die Wahltarifangebote zu Unternehmen mit entsprechender Unternehmereigenschaft, und welche Konsequenzen hätte dies?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Ich möchte zunächst auf die Frage von Herrn Prof. Lauterbach eingehen. Der Diabetiker müsste bei der AOK Rheinland/Hamburg als 65-Jähriger das Elfache dessen bezahlen, was er als Jahresbeitrag hätte zahlen müssen, wenn er bereits im 20. Lebensjahr eingetreten wäre. Soviel zum Thema Solidarität. Dann ist es natürlich die Frage, ob sich der 65-jährige Diabetiker den elffachen Beitrag des Jüngeren tatsächlich leisten kann. Vielleicht ist das dann ein Hindernis. Wenn er früh in die PKV eingetreten wäre, hätte er Alterungsrückstellungen gehabt und wäre dann versichert. Diesen Aspekt der faktischen Versicherbarkeit, die sich nach den finanziellen Möglichkeiten richtet, sollte man mit berücksichtigen.

Ebenso sollte man die juristischen Auswirkungen berücksichtigen. Für das Europarecht wird es entscheidend sein, ob die Kassen Unternehmen sind oder nicht. In der Vergangenheit wurde die Unternehmenseigenschaft der GKV nicht nur in deutschen, sondern auch in englischen und französischen Verfahren mit der Begründung verneint, dass man nicht in einem direkten Wettbewerb stehe. Hier ist heute schon so oft das Wort Wettbewerb gefallen, dass allen klar sein müsste, dass man in einer Wettbewerbssituation steht. Herr Müller von der AOK hat zwar gesagt, das sei etwas ganz anderes. Das sei ganz klar GKV, denn es gebe dort eine Versicherungspflicht. Ich darf aber daran erinnern, dass wir auch im Basistarif bei der PKV inzwischen eine Versicherungspflicht haben. Dies ist also nicht das Kriterium, nach dem etwas eindeutig dem einen oder anderem System zugeordnet werden kann. Betrachten Sie bitte auch die Selbstdarstellung der Gesellschaften. Die IKK Direkt wirbt für ihren Wahltarif mit dem Slogan „Gesetzlich krankenversichert mit dem Status eines Privatpatienten“. Natürlich wird hier ein Wettbewerb ausgetragen, und dies wird auch dem EuGH nicht verborgen bleiben. Wenn man zu der Klassifizierung käme, dass die Kassen Unternehmen wären, dann wäre das Eis europarechtlich sehr dünn. Es ist natürlich zu überlegen, ob man es riskieren sollte, dass die Frage des Verhältnisses von PKV und GKV auf der Grundlage dieses eher nachgeordneten Aspektes auf den europarechtlichen Prüfstand kommt. Der EuGH kann gerade im Bereich der Krankenversicherung einschneidende Entscheidungen treffen. Dies hat er zuletzt im Mai in einem belgischen Verfahren gezeigt. Das sollte man nicht unterschätzen. Die kritischen Stimmen auf europäischer Ebene werden zunehmend lauter. Aus

europarechtlicher Sicht wird also die Näherung zum Unternehmen hin immer deutlicher.

Im Übrigen wurde von Herrn Müller ausgeführt, die gesetzliche Krankenversicherung habe keine Gewinnerzielungsabsichten, und deswegen könnten Kassen auch keine Unternehmen sein. Die Versicherungsvereinigung auf Gegenseitigkeit hat ebenfalls keine Gewinnerzielungsabsicht und ist dennoch die Organisationsform, die die privaten Krankenversicherer am häufigsten nutzen. Darüber hinaus ist es für den europäischen Unternehmensbegriff eindeutig geklärt, dass die Gewinnerzielungsabsichten kein Kriterium darstellen. Man sollte an dieser Stelle niemandem Sand in die Augen streuen. Im Übrigen halte ich die von Herrn Jacobs genannte Zahl von sieben Verfahren für eine eher symbolhafte Zahl. Dies sind nur Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Es ging dort bislang nur um prozessuale Fragen. Die Hauptverfahren stehen noch aus.

**Abg. Heinz Lanfermann (FDP):** Ich habe eine weitere Frage an Herrn Prof. Thüsing. Das Angebot von Kostenerstattungstarifen ist unmittelbar durch § 53 Abs. 4 SGB V gedeckt. Teilweise wird hierunter aber auch das Angebot von Wahlтарifen für Wahlleistungen im Krankenhaus subsumiert. Sehen Sie dies durch die Rechtsnorm als gedeckt an?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Ich sehe es nicht als gedeckt an. Dies habe ich auch in meiner schriftlichen Stellungnahme ausgeführt. Das Problem liegt darin, dass die Praxis eine andere ist. Es wäre hilfreich, wenn der Gesetzgeber noch einmal ausdrücklich normieren würde, dass es qua Kostenerstattungsprinzip nicht zu einer Ausweitung der Leistungen kommen darf. Damit könnte er diesem Missverständnis, das momentan in der Praxis vorherrscht, Einhalt gebieten. Auch Herr Prof. Schwintowski hat klar gesagt, dass es hierbei nicht um das Pflichtprogramm der GKV gehe, und sich die jetzigen Tarife insofern überwiegend in einem Bereich bewegten, in dem sie sich nicht bewegen dürften.

**Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP):** Meine Frage richtet sich an den Verband der PKV. Ich stelle mir vor, ich hätte mich als junger Mann bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert, hätte dem Werben von Herrn Jacobs nachgegeben und einen Zusatztarif abgeschlossen. Ich nehme weiter an, Herr Jacobs hätte sich verrechnet, das Bundesversicherungsamt hätte dies bemerkt, und der Tarif würde nach

fünf Jahren wieder geschlossen. Ich wäre dann mittlerweile 40 oder 45 Jahre alt und wollte mich nun auf dem Markt der Zusatzversicherungen privat versichern. Der PKV-Verband schreibt hierzu in seiner Stellungnahme, dass ich in dieser Situation erhebliche Nachteile zu erleiden hätte. Könnten Sie bitte begründen, warum ich dann mit Nachteilen zu rechnen hätte?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Die private Krankenversicherung bietet einen lebenslangen Versicherungsschutz. Dies ist bei den gesetzlichen Krankenkassen anders. Dort könnte die Aufsicht oder die Kasse einen Tarif schließen. Das hieße dann auch, dass diejenigen, die den Tarif gewählt hätten, diesen verlassen müssten. Die Tarife in der privaten Krankenversicherung sind hingegen mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Das heißt, ich treffe Vorsorge für eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Alter. Daraus folgt, dass für die Beitragshöhe immer das aktuelle Eintrittsalter maßgeblich ist. Wenn ich mich mit 30 Jahren für diesen Schutz in der PKV entscheide, dann ist das günstiger, als wenn ich mich erst mit 40 Jahren dafür entscheide, weil die Ansparzeit für die Alterungsrückstellung kürzer ist. Wenn sich aber jemand bei einer gesetzlichen Krankenkasse für den Wahltarif Kostenerstattung entscheidet, dann erscheint dieser erst einmal sehr günstig, weil dort keine Alterungsrückstellungen enthalten sind. Der Beitrag steigt aber im Laufe der Jahre, weil dann mehr Leistungen als zu Beginn in Anspruch genommen werden. Wenn dieser Tarif irgendwann geschlossen würde, ginge der Versicherungsschutz verloren. Es könnte aber auch passieren, dass der Tarif dem Versicherten zu teuer wird. Denn die Beiträge können – was dem Versicherten am Anfang nicht klar gewesen sein mag – im Laufe der Jahre durchaus um ein Vielfaches ansteigen. Wenn er diesen Versicherungsschutz dann aufgeben müsste, hätte er mittlerweile ein höheres Eintrittsalter. Dies bedeutet, dass er dann in der privaten Krankenversicherung einen höheren Beitrag zahlen müsste, als wenn er bereits mit 30 Jahren gekommen wäre. Das heißt, er würde im Ergebnis von diesem Zusatzschutz, den er ursprünglich haben wollte, sogar noch abgeschreckt. Ich bin der festen Überzeugung, dass es u. a. aus Gründen der Demografie immer wichtiger wird, Zusatzversicherungen zu etablieren. Wenn wir aber solche Produkte wie die der gesetzlichen Krankenkassen auf dem

Markt haben, auf die sich Versicherte erst einmal einlassen, um den Versicherungsschutz später eventuell wieder zu verlieren, dann diskreditieren wir das Element der Zusatzversicherung. Dies hielte ich dann sogar für einen ordnungspolitischen Schaden.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Meine nächste Frage geht an den AOK-Bundesverband. In der Stellungnahme von Herrn Dr. Ahrens lese ich, dass es ungünstig sei, wenn sich ein Versicherter freiwillig für die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V entscheide, da er nach Ihrer Erfahrung dann von Ärzten gedrängt werde, die Kostenerstattung zu wählen. Wenn der gleiche Versicherte allerdings den Wahltarif Kostenerstattung bei der AOK wähle, sei das positiv, weil er sich bedarfsorientiert entscheide. Können Sie mir das bitte erklären?

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): § 13 Abs. 2 SGB V ist in der Vergangenheit mehrfach Anpassungen unterworfen gewesen. Im Rahmen dieser Prozesse sind im Bereich der AOK verschiedene Beschwerden aufgelaufen, wonach Versicherte von Ärzten in die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gedrängt worden seien. Diese Kostenerstattungsregelung sieht vor, dass die Versicherten vom Sachleistungssystem Abstand nehmen können. Sie werden stattdessen unter Zugrundelegung der entsprechenden Abrechnungssätze der GOÄ oder GOZ als Privatpatient behandelt. Die Kostenerstattungsregel nach § 13 Abs. 2 SGB V sieht ergänzend vor, dass durch die GKV maximal das an den Versicherten ausgezahlt werden darf, was als Sachleistung hätte realisiert werden können. Die betroffenen Versicherten sind daher auf einem Großteil ihrer Kosten sitzen geblieben. Im Gegensatz dazu sieht die Wahltarifoption des § 53 Abs. 4 SGB V, wie sie von der AOK Rheinland/Hamburg als Leistungsergänzung praktiziert wird, eine andere Möglichkeit der individuellen Absicherung vor. Hier geht es nicht darum, GOÄ-Steigerungssätze im Interesse der Ärzteschaft zu realisieren, sondern darum, individuellen Kundenbedürfnissen Rechnung zu tragen.

**Abg. Daniel Bahr (Münster)** (FDP): Ich möchte eine weitere Frage an den AOK-Bundesverband und den PKV-Verband stellen. Wenn es so ist, dass ich beispielsweise als Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg eine relativ große Flexibilität habe und immer in diesen Tarif hineinkomme, dann würde ich

mich als junger Mann mit überschaubarem Gesundheitsrisiko fragen, warum ich mich dort so früh versichern sollte. Ich würde stattdessen abwarten und Prämien sparen, bis mir etwas passiert, und mich dann entscheiden, in den Tarif zu gehen. Ich würde so mit relativ geringen Prämien einen vollen Schutz bekommen. Können Sie bitte darstellen, welche Anreize gerade für jüngere und gesunde Versicherte bestehen, in einen solchen Tarif wechseln und im Interesse der Solidargemeinschaft in diesem Zusatztarif frühzeitig Beiträge zu zahlen.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Ich kann mir nicht vorstellen, dass es viele Versicherte gibt, die zunächst 20 Jahre abwarten und erst dann in einen entsprechenden Tarif wechseln. Es gibt in diesem Tarif viele junge Leute. Diese können einschätzen, ob der Tarif für sie interessant ist. Sie sind dann drei Jahre lang an ihn gebunden. Übrigens sind nicht alle Tarife günstiger als bei der privaten Krankenversicherung. Es gibt durchaus Tarife, die teurer sind. Ich glaube, wir brauchen uns darüber keine Sorgen zu machen, da auch junge Versicherte alles aus einer Hand haben wollen. Ziel der AOK ist es nicht, über den Weg des § 53 Abs. 4 eine zusätzliche private Krankenversicherung zu bilden. Es geht vielmehr darum, das geltende Recht zu nutzen, um den Versicherten einen Versicherungsschutz aus einer Hand anzubieten. Die jungen Versicherten kommen auf Grund einer für sie attraktiven Prämie und auch wegen der für sie einfachen Abwicklung. Dies sollten Sie nicht unterschätzen. Jedenfalls ist es nicht so, dass in unseren Tarifen nur ältere Menschen versichert sind, sondern es gibt auch sehr viele junge.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Herr Bahr, Sie haben den Selektionsmechanismus beschrieben, der im Grunde lautet: „Warum soll ich nicht in jungen Jahren auf Versicherungsschutz verzichten und ihn stattdessen im Alter nehmen, da ich dann keinen meinem individuellen Risiko entsprechenden Beitrag zahlen muss?“ Ich akzeptiere, dass sich dieser Effekt wegen der relativ kurzen Zeitspanne, in der es diese Wahltarife und so genannten Zusatztarife in der GKV gibt, möglicherweise noch nicht so ausgewirkt hat. Die Versicherten werden aber erfahrungsgemäß lernen, einen solchen Tarif für ihre Zwecke zu nutzen. Wenn sie erst einmal wissen, dass sie bei der AOK Rheinland/Hamburg einen Zahnersatztarif bekommen, kurz bevor eine Zahnsanierung stattfin-

det, dann werden sie auch davon Gebrauch machen. Es braucht seine Zeit, bis das kommt. Ich kann Sie davor nur warnen, das geschehen zu lassen. Wenn ich mir von außen anschau, wem die GKV solche Tarife anbietet und wem nicht, wird klar, dass sie damit auch gewisse Marketingzielsetzungen verfolgt. Das ist statthaft, aber die GKV soll nicht sagen, das gebe es nicht.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe noch eine Frage an den VdAK/AEV und den PKV-Verband. Jeder Wahltarif muss sich aus sich selbst heraus finanzieren und darf nicht aus dem umlagefinanzierten GKV-Teil oder aus einem anderen Wahltarif quersubventioniert werden. Wie könnte dies funktionieren, wenn man sich bei der Auflage des Tarifs vielleicht verkalkuliert hätte, und das Eigenkapital gar nicht vorhanden wäre? Welche Unterschiede bestehen hier zwischen GKV und PKV?

**SVe Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Die kalkulierten Tarife werden alle der Aufsicht vorgelegt und müssen von ihr genehmigt werden. Sie haben Recht, es liegen natürlich bestimmte Annahmen zu Grunde. Wir haben zwar hier eine andere Systematik, aber die Tarife müssen sich aus sich selbst heraus rechnen. Die Versicherten sind für drei Jahre gebunden.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Es geht jetzt nur um die Frage, was wäre, wenn sich Ihre Annahmen im Nachhinein nicht bestätigen würden, obwohl das Bundesversicherungsamt Ihre Kalkulation vorher genehmigt hätte. Was würde geschehen, wenn sich erst nach drei oder vier Jahren herausstellte, dass Ihre Annahmen vielleicht doch unzutreffend gewesen sind?

**SVe Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Dann könnte der Tarif wieder eingestellt werden. Aber er könnte auch angepasst werden, denn er muss sich auf Dauer aus sich selbst heraus rechnen.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wenn wir in der privaten Krankenversicherung einen Tarif zu billig auf den Markt brächten, dann wäre dies verboten. Wenn es gleichwohl passierte, dürften wir den Tarif nicht nachberechnen. Die

Unternehmen müssen entsprechende Defizite selbstverständlich aus ihren Eigenmitteln tragen. Deshalb ist es wichtig, dass dafür Solvabilität, sprich Eigenkapital und Haftungskapital, zur Verfügung steht. Sie können kein unternehmerisches Risiko übernehmen, wenn sie nicht die Möglichkeit haben, dafür zu haften. Das gibt es nach der derzeitigen Konstruktion nur in der PKV und nicht in der GKV. Woraus sollten Sie in der GKV ein Defizit finanzieren? Gewinne und Eigenkapital gibt es nicht. Ich sehe keine Quelle, aus der das bezahlbar wäre.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Herr Prof. Gerlinger, wir haben jetzt einiges zu ordnungspolitischen Fragestellungen gehört. Ein Aspekt, der mir besonders wichtig ist, wurde bisher noch nicht erörtert. Wie beurteilen Sie die im Rahmen des GKV-WSG erweiterten Anwendungsbereiche von Wahlтарifen vor dem Hintergrund des Solidarprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung, wonach Gutverdiener für Geringverdiener, Junge für Alte und Gesunde für Kranke eintreten? Könnten Sie bitte Beispiele aufführen, wo aus Ihrer Sicht ein Unterlaufen des Sozialausgleichs stattgefunden hat?

**SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger:** Das Solidarprinzip, wie es sich in der gesetzlichen Krankenversicherung in den Nachkriegsjahrzehnten entwickelt hat, beruht im Grunde auf der Kombination zweier Prinzipien, nämlich des Prinzips der Leistungsfähigkeit bei der Mittelaufbringung und des Bedarfsprinzips bei der Inanspruchnahme von Mitteln. Das heißt, jeder zahlt nach Maßgabe seiner individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit und hat Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen, die zur Behandlung der individuellen Krankheit erforderlich sind. Mit den Wahlтарifen wird diese im Solidarprinzip mündende Verknüpfung außer Kraft gesetzt, zumindest aber relativiert. Denn solche Wahlтарife, insbesondere diejenigen nach § 53 Abs. 1 und 2 SGB V, laufen darauf hinaus, günstige Risiken zu umwerben. Es geht darum, dass man Beiträge einspart, wenn man einen geringen Behandlungsbedarf hat. Das ist nur attraktiv für Personen, die sich als relativ gesund einschätzen und deshalb das Risiko, einen solchen Selbstbehalt- oder Rückerstattungstarif zu wählen, eingehen können. Durch die Wahlтарife nach § 53 Abs. 4 SGB V erhalten Versicherte die Gelegenheit zu einer günstigeren und besseren Behandlung, wenn sie im Gegenzug einen höheren Beitrag leisten. Das ist insofern

mit dem Solidarprinzip nicht kompatibel, als damit die Ungleichbehandlung, die wir ohnehin schon zwischen PKV- und GKV-Versicherten haben, in den Bereich der GKV-Versicherten hineingetragen wird. Durch § 53 Abs. 4 werden im Grunde auch in der GKV-Gemeinschaft zwei Klassen von Versicherten geschaffen. Dass es eine derartige Ungleichbehandlung in der Krankenversicherung gibt, ist in den letzten Wochen und Monaten sehr deutlich geworden und lässt sich auch wissenschaftlich sehr gut belegen. Wir haben zum Beispiel entsprechende Untersuchungen des wissenschaftlichen Institutes der Ortskrankenkassen. Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung und die Untersuchung von Lauterbach und anderen haben das auch bewiesen. Diese Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Patienten wird mit den Wahlтарifen in der GKV noch einmal reproduziert. Insofern ist der § 53 Abs. 4 SGB V aus meiner Sicht mit dem Solidarprinzip nicht kompatibel.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Auch die nächsten Fragen gehen an Herrn Prof. Gerlinger. Inwieweit haben Sie den Eindruck, dass mit der Einführung der Wahlтарife ein Ausstieg aus dem Sachleistungsprinzip der GKV verfolgt wird? Welche Befürchtungen haben Sie hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung des Sozialversicherungszweiges aufgrund dieser Wahlтарife?

**SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger:** § 53 Abs. 4 SGB V beinhaltet eine Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Zurückdrängung des Sachleistungsprinzips. Inwiefern dieses Angebot von den Versicherten tatsächlich angenommen wird, ist aus meiner Sicht noch offen. In jedem Fall wirkt es aber in die Richtung, das Kostenerstattungsprinzip generell auszuweiten. Inwiefern eine langfristige politische Absicht des Gesetzgebers dahinter steht, vermag ich nicht zu sagen. Wir können allerdings feststellen, dass es durch die Gesundheitsreform 2007 durchaus zu Konvergenztendenzen zwischen GKV und PKV gekommen ist, die dafür sprechen, dass das Kostenerstattungsprinzip langfristig an Bedeutung gewinnen wird. Es sind dies einerseits Elemente der PKV, die mit den Wahlтарifen in die GKV einzug halten, und andererseits der Basistarif, der Solidarelemente in der PKV stärkt. Diese Elemente laufen darauf hinaus, die Konvergenz der beiden Versicherungssysteme zu stärken. Sicherlich wird es in einem solidarischen

oder sozialorientierten Gesundheitswesen, solange es ein solches bleibt, immer nur begrenzt möglich sein, das gesamte Leistungsgeschehen auf ein Kostenerstattungssystem umzustellen.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Herr Prof. Gerlinger, wir haben schon einiges zu Quersubventionierungen gehört. Mich würde interessieren, ob Sie Kenntnisse darüber haben, dass das Quersubventionierungsverbot, welches im Gesetz angelegt ist, übertreten wird? Wir haben schon einiges über die europarechtlichen Gesichtspunkte gehört. Kann mit dem von der Fraktion der FDP vorgelegten Antrag eine Stärkung des Solidarprinzips in der GKV erreicht und können damit die genannten Anforderungen des europäischen Gerichtshofs erfüllt werden, oder sehen Sie hier andere Zielsetzungen?

**SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger:** Was das Refinanzierungsgebot des § 53 Abs. 9 SGB V angeht, habe ich erhebliche Zweifel, ob diese gesetzliche Bestimmung überhaupt empirisch überprüft werden kann. Der Grund liegt darin, dass niemand weiß, ob sich Personen, die sich für Wahltarife entscheiden, gerade wegen des speziellen Angebotes dafür entschieden haben, bei der Krankenkasse zu bleiben oder die Krankenkasse zu wechseln. Wir haben es hier sehr häufig mit Mitnahmeeffekten zu tun. Das heißt, die Personen, die sich bei einer Krankenkasse für einen Wahltarif entschieden haben, wären bei dieser Kasse auch geblieben, wenn es den Wahltarif nicht gegeben hätte. Umgekehrt kann es auch sein, dass nicht immer dann, wenn Versicherte in einen Wahltarif einer anderen Krankenkasse gewechselt sind, der Wahltarif der eigentliche Grund des Wechsels gewesen sein muss. Es gibt insofern immer ganz starke Mitnahmeeffekte, die niemand erfassen kann. Wenn ich bei jeder Person, die einen Wahltarif gewählt hat, unterstellen könnte, dass sie gerade deshalb bei der Krankenkasse geblieben oder zu ihr gewechselt wäre, dann wäre es vergleichsweise einfach, eine Refinanzierung zu berechnen oder zu konstruieren. Aber in Wirklichkeit können wir nicht wissen, welche Motive den Entscheidungen der Versicherten zugrunde gelegen haben. Es gibt dort ein hohes Maß an Unsicherheit, und deshalb ist der § 53 Abs. 9 SGB V in meinen Augen eine Bestimmung, die sich nicht wirklich empirisch überprüfen lässt.

Was das Europarecht angeht, ist das meiste schon gesagt worden. Es geht hier nicht um die Gewinnerzielungsabsicht als Kriterium für die

Unternehmenseigenschaft einer Organisation. Der EuGH geht vielmehr von einem funktionalen Unternehmensbegriff aus und fragt daher danach, ob die ausgeübten Tätigkeiten auch von anderen als von staatlichen oder sonstigen Unternehmen ausgeführt werden könnten. Die fehlende Gewinnerzielungsabsicht allein oder der öffentlich-rechtliche Charakter einer Organisation schließen nicht aus, dass diese Organisation als Unternehmen klassifiziert werden kann. In der Tat besteht die Gefahr, dass es durch die fortschreitende Privatisierung von Behandlungskosten und die Erweiterung von Wahlmöglichkeiten unter europarechtlichen Gesichtspunkten dazu kommen könnte, dass der EuGH die Krankenkassen als Unternehmen klassifiziert. Dies hätte dann sehr weitreichende Folgen für das Kollektivvertragssystem, aber auch für uns, zum Beispiel für das öffentliche Vergaberecht.

**Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.):** Herr Prof. Gerlinger, könnten Sie bitte noch etwas dazu sagen, wie Sie den Antrag der Fraktion der FDP sowie die zunehmende Privatisierung der Krankheitskosten insbesondere durch Zuzahlungen bewerten? Wir haben ganz offenkundig die Tendenz eines Umbruchs in der GKV, die zu einer zunehmenden sozialen Ungleichheit führt. Sie hatten vorhin das Gutachten von Prof. Lauterbach genannt. Ich bitte Sie, auch dazu Stellung zu nehmen.

**SV Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger:** Ich kann über die Motive der Fraktion der FDP nur spekulieren. Der Antrag zielt nicht auf eine Abschaffung der Ungleichbehandlung von bestimmten Versicherungsgruppen, sondern es geht darum, die Modalitäten neu zu bestimmen, unter denen diese Ungleichbehandlung stattfindet. Der Antrag verfolgt das Ziel, die Möglichkeiten der Krankenkassen, Kostenerstattungstarife anzubieten, zu begrenzen und damit die Handlungsmöglichkeiten der privaten Versicherungsunternehmen zu erweitern. Insofern ändert der Antrag der Fraktion der FDP nichts Grundsätzliches an der Ungleichbehandlung von Versichertengruppen, wie wir sie im gesamten deutschen Gesundheitswesen vorfinden.

Was die Frage der sozialen Ungleichheit hinsichtlich der Chancen für den Zugang zum Gesundheitswesen anbelangt, ist erst einmal zu sagen, dass das deutsche Gesundheitswesen einen recht guten Zugang zu Gesundheitsleistungen bietet. Sowohl sozial als auch räumlich und zeitlich ist der Zugang sehr gut. Allerdings



sind mit den bekannten Maßnahmen zur Privatisierung von Behandlungskosten in den letzten Jahren zunehmend soziale Hürden errichtet worden. Zwar wird immer eingewandt, es gebe Überforderungsklauseln in Höhe von zwei bzw. ein Prozent der Bruttoeinkommen. Doch können diese ein oder zwei Prozent, wenn man einmal das verfügbare Einkommen zu Grunde legt, für den einzelnen Patienten sehr viel sein und ihn durchaus davon abhalten, eine möglicherweise medizinisch notwendige Behandlung in Anspruch zu nehmen. Es werden insofern zunehmend soziale Hürden zur Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen in Deutschland errichtet. Das führt vor allem deshalb zu einer sozialen Umverteilung, weil diejenigen, die dort belastet werden, aus unteren sozialen Schichten kommen. Es gibt nämlich einen deutlichen Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit. Ob und inwiefern sich diese Hürden auch gesundheitlich auswirken, ausgewirkt haben oder auswirken werden, dazu kann ich nichts sagen, weil dazu keine einschlägigen Studien vorliegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe zunächst eine Frage an den VdAK/AEV. Während des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-WSG wurden die Wahltarife von Vertretern Ihrer Verbände als systemfremd kritisiert. Wie stehen Sie heute zu den Wahlтарifen, und sind Sie der Meinung, dass diese erhalten bleiben sollten?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Ich habe deutlich gemacht, dass die Wahltarife die Attraktivität der GKV erhöhen. Sie sind in der Tat ein Stück weit systemfremd, das haben wir im Gesetzgebungsverfahren gesagt. Wir müssen aber heute feststellen, dass sie ein wesentliches Element gerade im Wettbewerb um freiwillig versicherte Mitglieder sind, und deshalb begrüßen wir sie heute ausdrücklich.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband. Herr Jacobs, von Ihnen haben wir vorhin gehört, dass GKV-Versicherte diese Tarife bei der GKV gut annehmen. Könnten Sie das einmal durch Zahlen untermauern? Wie werden die Tarife angenommen? Haben Sie Erkenntnisse über das Profil der Versicherten, die sich dafür entscheiden? Gibt es dort auch Ältere und Kranke?

SV **Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): 25.000 Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg haben von diesen Tarifen Gebrauch gemacht. Darunter sind sehr viele junge, aber auch ältere und kranke Versicherte. Es sind alle vertreten. Die Annahme, ein Mitglied, das sich jetzt für einen Tarif der GKV entscheide, gehe in die GKV, um dann kurzfristig zu erkranken, ist abenteuerlich. Davon auszugehen, dass Menschen so etwas tun, ist meines Erachtens sehr weit hergeholt. Man sollte zudem nicht unterschätzen, dass der Versicherte, der Wahltarife abschließt, drei Jahre lang an sie gebunden ist. Das gesamte System der GKV ist so gestaltet, dass, wer heute in die GKV aufgenommen wird, morgen krank werden kann.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN): Könnten Sie bitte Zahlen nennen?

SV **Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Eine Zahl habe ich eben schon genannt. Es sind bei uns 25.000 Versicherte, die sich auf alle Tarife, die wir anbieten, verteilen. Wir haben keinen Kostenerstattungstarif bei ärztlicher Behandlung, sondern wir haben insbesondere Tarife zum Zahnersatz, zum Krankenhaus und zu sonstigen Arzneien.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Kann der VdAK eine konkrete Zahl nennen?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Die Tarife werden von den Ersatzkassen sehr unterschiedlich angewendet, auch in unterschiedlicher Ausgestaltung. Ich kann Ihnen auch leider keine konkreten Zahlen dazu nennen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage wiederum beide Kassenverbände: Haben Sie Erkenntnisse, eventuell auch aus früherer Zeit, über die Selbstfinanzierungsquote der Wahltarife und die finanziellen Auswirkungen auf die jeweilige Kasse?

SVe **Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Die Selbstfinanzierung ist gesetzliche Voraussetzung. Das ist Grundlage jeder einzelnen Kalkulation.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Ich schließe mich an.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich die PKV, ob sie Erkenntnisse über die Auswirkung von Selbstbehalttarifen und Tarifen zur Beitragsrückerstattung auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten hat?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir haben in den gesetzlichen Krankenkassen von 1990 bis 1994 schon Modellversuche zur Beitragsrückerstattung gehabt. Diese wurden damals auch wissenschaftlich begleitet. Ich darf aus dem wissenschaftlichen Abschlussbericht dieser Studie zitieren und zwar aus der Quelle „Die Betriebskrankenkasse 12/1995“. Zitat: „Eine Kostenersparnis ist in jedem Fall auszuschließen, sodass eine Beitragsrückzahlung nicht ohne eine Erhöhung des Beitragssatzes eingeführt werden könnte.“ Das heißt, das, was jetzt in § 54 Abs. 9 zum Verbot der Quersubventionierung steht, ist bei der Beitragsrückerstattung überhaupt nicht einlösbar.

Sie haben weiter gefragt, wie sich die Selbstbehalttarife auswirken. Wir verfügen hier über umfassende Erfahrungen. Es ist schlicht die Realität, dass sich Menschen gleichen Gesundheitszustandes individuell entscheiden, ob sie eher häufig oder selten zum Arzt gehen. Bei unseren Selbstbehalttarifen erleben wir es zum Teil, dass sich Menschen, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, auf Grund ihrer persönlichen Affinität zum Arztbesuch für unterschiedliche Selbstbehalttarife entscheiden. Das bedeutet, dass ein Selbstbehalttarif in der GKV niemals ohne Quersubventionierungen funktionieren kann. Es kann natürlich sein, dass ein Selbstbehalttarif zu Verhaltensänderungen führt. Das kann man auch beobachten, man kann aber diese Verhaltensänderung nicht systematisch trennen von den persönlichen Verhaltensweisen eines Versicherten. Auch von daher muss ich sagen, dass diese Selbstbehalttarife in der GKV überhaupt nicht funktionieren können, ohne dass es zu Quersubventionierungen kommt.

Darüber hinaus gab es bereits einen Selbstbehalttarif bei freiwillig Versicherten der TK. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse zeigten, dass dieser sich nicht aus sich selbst heraus rechnete, sondern nur dadurch, dass Versicherte mit hohem Deckungsbeitrag nicht zur PKV abwanderten. Dies ist aber nichts anderes als ein Rabatt für bestimmte Versicherte. Ob so

etwas mit dem in der GKV geltenden Prinzip der Beitragsbemessung nach der Leistungsfähigkeit noch in Einklang zu bringen ist, wage ich zu bezweifeln.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an die PKV. Wir haben vorhin gelernt, dass der Kollege Daniel Bahr, wenn er erst einmal das „Schwabenalter“ erreicht hat – die Preußen unter uns würden von 40 Jahren sprechen – bei Ihnen schlechte Chancen beim Erwerb einer Zusatzversicherung hätte. Habe ich es richtig verstanden, dass Ältere und chronisch Kranke im Grunde keinen Zugang zu Ihren Zusatztarifen hätten? Ist das eigentlich so günstig für die PKV?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich nenne noch einmal ein Beispiel: Eine Krankenkasse bietet einen Tarif für besondere Arzneimittel. Dieser kostet für 40-jährige Versicherte 20,40 Euro, und wenn man dann 65 Jahre ist, kostet er 130,80 Euro, also das Sechseinhalbfache. Das wirkt zumindest ein Stück weit abschreckend.

Die Zusatzleistungen bewegen sich immer im Bereich dessen, was nicht mehr medizinisch notwendig ist, das heißt, es gibt hier eine konsumtive Komponente. Jede Versicherung funktioniert nach dem Prinzip der Solidargemeinschaft, dem Ausgleich von guten und schlechten Risiken. Die Versicherten brauchen einen lebenslangen Versicherungsschutz, und wir müssen auch berücksichtigen, wie sich das Inanspruchnahmeverhalten im Laufe der Zeit ändert. Es darf nicht sein, dass eine Tarifgemeinschaft dadurch belastet wird, dass andere Menschen hineinkommen, von denen im Voraus klar ist, dass sich für sie ein negativer Saldo aus Leistungsanspruchnahme und Beiträgen ergibt. Das ist Versicherungsmathematik. Im Grundsatz gilt aber, dass sich selbstverständlich auch Ältere bei uns versichern können, doch zahlen sie höhere Beiträge. Ob jemand, der chronisch krank ist, sich versichern kann, ist eine Frage der Risikoabwägung im Einzelfall. Ein Zahnersatztarif wäre sicher anders zu beurteilen als ein Tarif für Wahlleistungen im Krankenhaus. Dennoch gilt, wir sind dort außerhalb des Bereiches des medizinisch Notwendigen. Wir sind im Bereich der Annehmlichkeiten, und diese muss man anders beurteilen als die Versicherung eines Grundschutzes. Die PKV bietet auch einen Basistarif an und somit einen Versicherungsschutz für jeden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich eine Frage an Herrn Prof. Thüsing und an den AOK-Bundesverband zum Thema Quersubventionierung. Wir haben schon gehört, diese sei nicht erlaubt. Wenn es innerhalb eines Wahltarifes zu Verlusten käme, müssten diese durch Prämien erhöhungen oder Leistungseinschränkungen finanziert werden. Nun geht nach meiner Kenntnis das Bundesversicherungsamt davon aus, dass die in dem jeweiligen Wahltarif Versicherten in einer solchen Situation ein Sonderkündigungsrecht hätten. Bedeutet das nicht, dass das Quersubventionsverbot ins Leere liefe?

**SV Prof. Dr. Gregor Thüsing:** Ihre Darstellung ist richtig. Das Bundesversicherungsamt hat das in seinem Schreiben vom 13. März 2007 so deutlich gemacht. Ich finde es erstaunlich, was hier behauptet wird. Es wurde drei oder vier Mal gesagt, es finde keine Quersubventionierung statt. Selbst das Bundesversicherungsamt erklärt in seinem Schreiben vom 13. Juni 2006, das Ihnen als Ausschussdrucksache vorliegt, es könne eine temporäre Unterfinanzierung stattfinden. Die Frage, wie lang sie dauere, hat das Bundesversicherungsamt offen gelassen. Es ist ganz klar, dass eine Unterversicherung, zur Belastung des Versicherungskollektivs führt. Das heißt, die Quersubventionierung ist zwingend vorgegeben.

Herr Prof. Gerlinger hat schon deutlich gesagt, dass die Einhaltung des § 53 Abs. 9 SGB V empirisch nicht nachweisbar sei. Das Problem ist, das Verbot der Quersubventionierung ist verfassungsrechtlich geboten. Wir haben eine Versichertengemeinschaft, die durch Pflichtmitgliedschaft zusammengefasst ist. Die Versicherungspflicht ist aber nur dann zulässig, wenn es einen einheitlichen Versicherungsrahmen gibt und jeder die gleiche Leistung bekommt. Ich kann als GKV-Versicherter nicht verpflichtet werden, für die Extrawünsche anderer Versicherter zu bezahlen, sondern darf nur insofern in dieses Versichertenkollektiv einbezogen werden, als ich eine Leistung in Anspruch nehmen kann, die andere auch bekommen. Sobald eine Differenzierung der Leistungen vorgenommen wird, wie es bei dem Wahltarif geschieht, muss es zwingend zu einer Trennung der Töpfe kommen. Ich finde es sehr bemerkenswert, dass die Vertreter der Krankenkassen behaupten, eine Quersubventionierung sei durch eine interne Kontentrennung ausgeschlossen. Ich überlasse es Ihnen, was Sie von diesem Argument halten.

Entscheidend ist, dass wir eine Norm haben, von der allgemein gesagt wird, dass sie nicht erfüllbar sei. Sie ist aber nicht nur ein höfliches Entgegenkommen des Gesetzgebers gegenüber den gesetzlich Versicherten, sondern sie ist Ausdruck zwingender verfassungsrechtlicher Notwendigkeit. Deswegen ist das Ganze verfassungswidrig. Ich sage nicht, dass alles, was rechtspolitisch verfehlt ist, damit auch verfassungswidrig wäre. Nicht alles, was man nicht mag, kann man mit der Keule der Verfassungswidrigkeit erschlagen. Dennoch bin ich der Auffassung – dies habe ich in meiner Stellungnahme ausführlich dargelegt –, dass es deutliche Anhaltspunkte für die Verfassungswidrigkeit gibt. Diese sollten Sie ernst nehmen und prüfen, ob Sie sich nicht doch dem Antrag der Fraktion der FDP anschließen könnten.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Ich empfehle, sich nicht dem Antrag der Fraktion der FDP anzuschließen. Im Übrigen gibt es tatsächlich ein Sonderkündigungsrecht. Der Versicherte kann in diesem Fall aus dem Tarif wieder heraus.

Der § 53 Abs. 4 SGB V ist sicherlich Neuland und ist auch nicht ohne Risiken. Ich glaube aber, das größte Risiko besteht zurzeit darin, in beiden Bereichen kein Risiko eingehen zu wollen. Natürlich kann es auch unter dem § 53 Abs. 4 noch Probleme geben. Da sich aber der Gesetzgeber vorgestellt hat, dass dort mehr Freiheiten im Wettbewerb nach den Spielregeln der GKV inbegriffen sein sollten, halte ich dies für eine nicht unkluge Entscheidung. Ausgehend von meinen Erfahrungen kann ich berichten, dass innerhalb von 18 Monaten alle zu uns gekommen sind, die kommen wollten, ohne dass wir für die Tarife geworben hätten. Dennoch gibt es diese Unterdeckung nicht. Ich schließe nicht aus, dass es irgendwo ein Problem geben könnte. Aber mit diesem Risiko würden wir dann sicherlich fertig werden. In diesem Zusammenhang überrascht es mich, dass die private Krankenversicherung, die dies alles für sehr problematisch hält, bis heute nicht einmal eine Klage in der Sache eingereicht hat.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an den VdAK/AEV. Die Wahltarife müssen von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Bemerken Sie Unterschiede zwischen Bundes- und Länderaufsichten oder auch zwischen den verschiedenen Landesaufsichten?

**SVe Ulrike Elsner** (Verband der Angestellten Krankenkassen e.V. / Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (VdAK/AEV)): Wir bemerken zuweilen Unterschiede in der Aufsichtspraxis, insbesondere in der Aufsichtspraxis zwischen Bund und Land. Die Ersatzkassen unterliegen der Aufsicht des Bundesversicherungsamtes, und wir stellen fest, dass dieses gelegentlich etwas strenger agiert und beurteilt als die Länderaufsicht. Es gibt den konkreten Fall, dass die TK einen Wahltarif „TK - privat und mehr“ zur Genehmigung vorgelegt hat und dieser Wahltarif im Mai zunächst zurückgewiesen wurde. Wir hoffen, dass nun Regelungen getroffen werden, wonach die Aufsichten in Zukunft gleichartig entscheiden. Denn die Kassen stehen untereinander im Wettbewerb und daher es ist es notwendig, dass dafür gleiche Chancen innerhalb der GKV geschaffen werden.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe einige Fragen an den AOK-Bundesverband. Sie haben gerade dargestellt, dass die Versicherten sich für drei Jahre binden. Wie lange sind Sie als Krankenkasse an Ihren Tarif gebunden?

Was die Frage der Kontenabgrenzung und deren Nachvollziehbarkeit für die Aufsicht angeht, würde ich hierzu gerne auch das BVA hören – dies müssten wir aber wohl im Ausschuss tun – und diskutieren, ob dieses wirklich in der Lage ist nachzuvollziehen, wie die Krankenkassen rechnen. Wir haben an anderer Stelle erlebt, dass bei der Aufsicht nicht immer alles so transparent ist, wie es sein sollte. Das ist eine Frage, die wir uns im Zweifel selbst stellen müssen.

Sie haben gesagt, momentan sähen Sie bei Ihren Wahlтарifen kein Defizit. Gleichwohl werden Sie sich als vorausschauender Kaufmann Gedanken darüber gemacht haben, wie Sie ein dennoch auftretendes Defizit – da Sie es nicht aus allgemeinen Haushaltsmitteln ausgleichen dürften – decken würden. Ich möchte außerdem gerne erfahren, welche potentiellen Verhaltensänderungen Sie bei der Kalkulation Ihres Tarifes im Rheinland zu Grunde gelegt haben. Von welchen Verhaltensänderungen gehen Sie aus, um sicherzustellen, dass sich der Tarif selbst rechnet?

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Die aufgelegten Tarife wurden solide kalkuliert. Wir haben auch entsprechenden Expertenrat mit einbezogen. Die Tarife wurden daher nicht mit dem Ziel entwickelt, sie innerhalb von drei Jahren wieder zu schließen. Die Erfahrungen zeigen, dass bei den vier

bei der AOK Rheinland/Hamburg eingesetzten Tarifen bisher keine Unterdeckung vorliegt. Deshalb ist dies eine hypothetische Fragestellung. Wie bei allen Tarifen, auch in dem Bereich der privaten Krankenversicherung, gäbe es in diesem Fall das Instrument der Prämienanpassung. Aber so weit sind die Entwicklungen nicht.

Wir bewegen uns hier in der Tat auf Neuland. Wir haben bei Wahlтарifen völlig andere sachliche Gegebenheiten als bei den Zusatzversicherungen im privaten Bereich. Mit den Wahlтарifen sind aber auch Chancen verbunden. Nach der Intention des Gesetzgebers geht es darum – dort spreche ich das gesamte Feld der Wahlтарife an –, dass eine Möglichkeit geschaffen wird, die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken, indem der GKV Instrumente an die Hand gegeben werden, die eine Abwanderung bestimmter Personenkreise zur privaten Krankenversicherung verhindern.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich möchte Sie an meine Fragen erinnern. Erstens sind die Versicherten auf drei Jahre gebunden. Wie lange sind Sie an das Angebot Ihres Tarifes gebunden? Zweitens gehe ich davon aus, dass Sie für den Fall einer Unterdeckung Vorkehrungen getroffen haben. Ich würde daher gern von Ihnen erfahren, wie Sie mit einer möglichen Unterdeckung umzugehen gedenken und woraus sie sie gegenfinanzieren würden? Drittens habe ich Sie darum gebeten mitzuteilen, welche Verhaltensänderungen Sie bei Ihrer Kalkulation zu Grunde gelegt haben.

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Es gibt klare rechtliche Vorgaben sowie Informationsschreiben des Bundesversicherungsamtes zu diesen Fragestellungen. Die dreijährige Bindung besteht solange, wie die Satzungsregelung existiert.

**Abg. Jens Spahn** (CDU/CSU): Wie lange sind Sie als Kasse gebunden?

**SV Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Wir sind gebunden, solange die Satzungsregelung existiert. Das ist die Normvorgabe, wie sie im Gesetz angelegt ist. Die Frage der Unterfinanzierung ist momentan hypothetischer Art. Ich habe darauf hingewiesen, dass bei einer Unterfinanzierung das Instrument der Prämienanpassung zur Verfügung stünde. Die tarifökonomische Kalkulation wurde entsprechend des angenommenen Inan-

spruchnahmeverhaltens vorgenommen. Hierbei haben wir Verhaltensänderungen nicht in der Form berücksichtigt, dass man daraus eine positive Entwicklung der Tarifsituation ableiten könnte.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): In welchem Zeitablauf könnten Sie Ihre Satzung ändern? Wie lange würde dies dauern? Denn Sie sagen, es bedürfe nur einer Satzungsregelung, um einen Tarif schließen zu können. Wenn es keine Verhaltensänderungen sind, auf deren Basis Sie den Tarif kalkulieren, auf welcher Basis und nach welchen Annahmen haben Sie die Tarife dann kalkuliert? Welche Faktoren haben Sie in die Kalkulation der Tarife einfließen lassen?

SV **Thomas Müller** (AOK-Bundesverband (AOK-BV)): Die gesetzliche Krankenversicherung hat 125 Jahre Erfahrung. Wir haben ein Verhalten der Leistungsanspruchnahme zu Grunde gelegt, wie es auch bei der Grundleistung, auf der jeder Wahltarif basiert, berücksichtigt werden muss. Dies umfasst letztlich auch den Aspekt der Stabilität der Mitglieder- und Versichertenzahl. Sie haben zudem gefragt, in welchem Turnus eine Satzung geändert werden könnte. Auf Beschluss des Verwaltungsrates und nach Genehmigung der Aufsichtsbehörde kann sie jederzeit geändert werden.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe noch eine Frage an Herrn Prof. Schwintowski zum Wettbewerbsrecht. Inwieweit ist von dem Verhältnis zwischen GKV und PKV das deutsche Wettbewerbsrecht betroffen und zwar hinsichtlich der Frage der Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten, der Frage der marktbeherrschenden Positionen – auch was das Angebot auf dem Markt angeht – oder auch der Frage einer Marktstörung, die im Wettbewerbsrecht auch eine Rolle spielt? Herr Prof. Thüsing könnte dies noch ergänzen.

SV **Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski**: Vom Wettbewerb ist schon viel die Rede gewesen. Die wettbewerblichen Bedingungen, unter denen Wahltarife bzw. Zusatzversicherungen von der GKV angeboten werden, sind völlig andere als die der privaten Krankenversicherungsanbieter. Das hängt nicht nur mit der Art und Weise der Tarifikalkulation zusammen, sondern auch damit, dass die GKV das Informationsmonopol gegenüber den Versicherten hat. Die Tatsache, dass 25.000 Menschen ohne

eine entsprechende Werbung einen Tarif wählen, kommt nicht von Ungefähr. Wenn Sie wirklich wettbewerbliche Strukturen schaffen wollten, was sie grundsätzlich tun müssten, dann wären Sie verpflichtet, alle Kundendaten der GKV offenzulegen, damit die privaten Anbieter die gleichen Wettbewerbschancen hätten, wie sie die gesetzlichen Anbieter zurzeit haben. Nebenbei gesagt, dürften Sie die Tarife der GKV dann aber auch nicht mehr regulieren lassen.

Im Augenblick haben wir es mit einem Monopolisten zu tun. Dies ist in etwa so, als hätten Sie bezüglich der Telekom oder der Deutschen Post beschlossen, der Monopolist dürfe seine Kunden weiter umwerben, aber der Wettbewerber dürfe nichts von diesen Kunden erfahren. Ich glaube, es ist jedem klar, dass es so keinen Wettbewerb geben kann. Wenn man das zu Ende denkt, dann bedeutet eine solche wettbewerbliche Systematik, dass der Monopolist die Öffnung, die im Gesetz angelegt ist, dazu nutzen würde, um alle Wettbewerber vom Markt zu verdrängen. Diesen würde ich dann weder Kundendaten noch Informationen darüber zukommen lassen, dass sich mein Kunde für eine Zusatzversicherung interessiert. Ich würde vielmehr alles tun, damit genau dies nicht passierte, und würde das Motto „Alles aus einer Hand“ in der Werbung herausstellen. Denn das wäre es ja, was mich stark machte und den Wettbewerber fern hielte. Die GKV repräsentiert 90 Prozent der Versicherten in Deutschland. Das ist ein klarer Wettbewerbsvorteil. Sie hat einen Marktzugang, über den sonst keiner verfügt. Wenn man mit einer solchen Marktmacht ausgerüstet ist, dann ist man marktbeherrschend, wie es im GWB und im europäischen Recht heißt. Übrigens ist das Wettbewerbsrecht hier selbstverständlich anwendbar. Das hat der Bundesgerichtshof im Rhön-Verfahren vor wenigen Wochen entschieden. Diese Position wird durch die geballte Marktmacht der GKV missbraucht, es sei denn, sie verhielte sich völlig unvernünftig. Darin liegt zugleich eine Marktstörung im Sinne des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb sowie eine Störung der Berufsfreiheit im Sinne des Artikels 12 GG. Es ist richtig, dass unsere Verfassung den Wettbewerb schützen soll. Sie kann ihn aber nur schützen, wenn vorher für alle Marktteilnehmer gleiche Voraussetzungen hergestellt werden. Wenn ein Monopolist nur einer kleinen Schar von Konkurrenten im Wettbewerb gegenüber steht, die nichts von seinen Kunden wissen dürfen, dann

ist keine wettbewerbliche Chancengleichheit gegeben.

**Abg. Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer. Welches Interesse haben Ärzte bzw. Zahnärzte an Patienten mit Wahlтарifen? Gibt es Leistungs-differenzierungen bei Patienten, die im Rahmen der Sachleistung oder im Rahmen der Kostenerstattung zu Ihnen kommen, und welche Haltung haben Sie generell zur Kostenerstattung?

**Sve Dr. Regina Klakow-Franck** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ihre Frage betrifft das Interesse der Ärzte an Patienten mit Wahlтарifen. Ich verstehe die Frage so: Worin sehen wir positive Potentiale von Wahlтарifen?

Die allgemeinen Pro-Argumente für Wahlтарife sind u. a. von Herrn Weber schon genannt worden. Von Wahlтарifen verspricht man sich eine Stärkung der Eigenverantwortung der GKV-Versicherten, gerade wenn man an solche Möglichkeiten wie Selbstbehalt oder Prämienrückzahlungen im Falle der Nichtanspruchnahme von Leistungen denkt. Gegen Wahlтарife spricht jedoch die Konstruktion, wie sie im SGB V angelegt ist. Die Frage ist, ob wir das Ziel einer positiven Verhaltenssteuerung mit einer rationaleren Inanspruchnahme von GKV-Leistungen durch diese Wahlтарife erreichen. Wir haben daran große Zweifel, weil jetzt schon erkennbar ist, dass eher die guten Risiken unter den GKV-Versicherten – das wurde gerade auch von der AOK erwähnt –, d. h. insbesondere die Jungen, diese Tarife in Anspruch nehmen. Für Ältere wären diese Zusatzversicherungstarife nur dann attraktiv, wenn der Leistungsumfang über das hinausginge, was bisher im GKV-Katalog enthalten ist. Das halten wir für nicht vertretbar. Die Kostenerstattungstarife dürfen nur der Höhe nach variieren. Wir sehen das Risiko des Fehl-anreizes, d. h., dass zu viele gesunde Risiken diese Tarife wählen könnten und dann eine Quersubventionierung unvermeidbar wäre. Das würde sich dann zu Lasten der GKV insgesamt auswirken und deren chronische Unterfinanzierung noch verstärken.

Ich komme jetzt zu unserem Interesse als Ärzteschaft. Natürlich sehen wir das Potential, dass sich unsere Honorarsituation verbessert. Die Bundesgesundheitsministerin hat inzwischen eingeräumt, dass zumindest eine zehnprozentige Erhöhung der Vergütungen im vertragsärztlichen Bereich angemessen wäre. Das sind immerhin 2,5 Mrd. Euro. Darüber hinaus

erhoffen sich viele Kollegen von der Kostenerstattungsmöglichkeit, dass sie im direkten Abrechnungsverhältnis in den Genuss von GOÄ-Tarifen bzw. -Maßstäben kommen können. Aber auch hier muss man sagen: Diesem Potential, eher an ein leistungsgerechtes Honorar für die ärztliche Leistung zu kommen, steht das große Fehlentwicklungsrisiko gegenüber, dass sich diese Entwicklung insgesamt zu Lasten der GKV auswirken und es dann am Ende gar keinen Gewinner geben könnte.

**SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp** (Bundeszahnärztekammer - Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (BZÄK)): Grundsätzlich begrüßen wir, dass diese Wahlтарife im Zusammenhang mit Kostenerstattung angeboten werden. Denn Kostenerstattung stärkt die Transparenz und die Patientensouveränität. Gerade in unserem Bereich, wo es sehr häufig darauf ankommt, unter verschiedenen Leistungen auszuwählen, ist die Kostenerstattung eine sinnvolle Alternative zur Sachleistung, die in Formen zwingt, die viele Patienten nicht akzeptieren. Ich habe mit Freude gehört, dass die entsprechenden Wahlтарife von den Versicherten angenommen werden. Es gibt also einen Abbau der Vorbehalte gegenüber der Kostenerstattung, und das ist ein sehr erfreulicher Aspekt.

Die zweite Frage, ob und inwieweit wir diese Wahlтарife begrüßen, können wir letztendlich erst in Zukunft beantworten. Hier werden zwei Rechtskreise, nämlich das Sozialrecht für die GKV und das bürgerliche Recht für die private Krankenversicherung mit einander vermischt. Auf jeden Fall wird der eigentliche Sinn des Wettbewerbs restlos verfehlt, denn es gibt, wie wir vorhin im Detail hören konnten, keine gleichen Voraussetzungen. Langfristig sehe ich große Gefahren auf die Versicherten in diesen Tarifen zukommen. Daher würde ich entschieden bevorzugen, dass man diese Rechtskreise auseinander hielte. Dann hätten wir auch in Zukunft keine Schwierigkeiten für die Versicherten zu befürchten. Ansonsten ist all das, was zu mehr Wahlfreiheit der Versicherten führt, grundsätzlich in unserem Sinne.

**Abg. Prof. Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Es gibt eine Reihe von schwierigen Fragen, die mit der Methodik der Gesundheitsökonomie nicht zu beantworten sind. Die Kalkulation von Wahlтарifen gehört jedoch nicht dazu. Das zählt noch zum Bereich der überschaubaren Aufgaben.

Ich komme noch einmal auf die Frage zurück, die ich Ihnen, Herr Weber, gerade gestellt habe, da ich die Antwort nicht verstanden habe. Sie haben beschrieben, was die AOK in dem von mir skizzierten Fall machen würde oder was Sie täten, wenn der Patient Zahnersatz wünschte. Ich wiederhole daher meine Frage und bitte Sie um eine konkrete Antwort. Könnte sich ein Diabetiker, der 65 Jahre alt ist und bereits eine Fußamputation hinnehmen musste, realistischerweise noch bei Ihnen versichern, und was würde das ungefähr kosten?

Herr Jacobs, in der Antwort von Herrn Prof. Thüsing kam vorhin eine Bemerkung zu Ihrem möglichen Angebot. Dort wurde gesagt, sie würden das Elffache von dem nehmen, was der Versicherte hätte zahlen müssen, wenn er diesen Tarif früher gewählt hätte. Würden Sie bitte hierzu Stellung nehmen?

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Ich nehme an, dass sich Ihre Frage nicht auf den Zusatztarif Zahnersatz bezieht. Das habe ich jetzt verstanden. Sie bezieht sich also möglicherweise auf Wahlleistungen im Krankenhaus?

**Abg. Prof. Dr. Karl Lauterbach** (SPD): Dieser Diabetiker hätte gerne relativ zügig Termine und würde eine Wahlleistung nehmen, die ihm die Möglichkeit eröffnet, in relativ kurzer Zeit einen Termin bei den Ärzten zu erhalten. Hier könnte man an das anknüpfen, was eben schon einmal angesprochen wurde, dass gesetzlich Versicherte für die gleiche Leistung manchmal länger warten müssen als Privatversicherte.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Mir ist bei unserem großen Angebot an Zusatztarifen nicht ein einziger bekannt, der exklusiv nur die Terminvergabe beinhaltet. Beziehen wir die Frage jetzt einmal auf die Kostenerstattung bei ambulanten Behandlungen oder auf Wahlleistungen im Krankenhaus. Sie fragen, wie die Chancen des 65-jährigen fußamputierten Diabetikers stünden, noch eine Zusatzversicherung, d. h. eine Versicherung außerhalb des medizinisch Notwendigen in der privaten Krankenversicherung zu bekommen. Wir haben Vertragsfreiheit. Das darf in diesem Bereich auch sein. Ich persönlich würde die Chance aber als schlecht einschätzen. Auf der anderen Seite hätte dieser Mensch in früheren Jahren eine Chance gehabt, eine solche Versicherung abzuschließen. Wir hätten umgekehrt

bei den gesetzlichen Krankenkassen die Situation – Herr Jacobs hat gesagt, er nehme den 65-jährigen fußamputierten Diabetiker gern auf –, dass dieser Tarif sich nicht mehr rechne und es Beitragsanpassungen gäbe. Dann würden diejenigen, die schon lange in dem Tarif versichert sind, dafür zahlen, dass jemand anderes seine Situation optimiert hätte.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Die 65-jährigen fußamputierten Diabetiker, die haben wir schon. Sie sind, Gott sei Dank, gut versichert in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ich kann zu der Frage eines Tarifs für privatärztliche Behandlung nichts sagen. Das müsste die Kollegin der VdAK/AEV beantworten. Wir bieten dies nicht an. Wir bieten nur Zahnersatz oder Ein- und Zwei-Bett-Zimmer im Krankenhaus an. Wenn aber der 65-Jährige, der, wie gesagt, bei uns und bei unseren Kollegen von der TK oder wo auch immer in der GKV versichert sein könnte, einen Wahltarif für das Krankenhaus abschließen wollte, wäre das selbstverständlich auch mit 65 Jahren möglich. Ich denke, es ist auch nicht verwerflich, dies einem Versicherten anzubieten. Der Beitrag hierfür läge bei 35 Euro monatlich. Wenn dieser Versicherte sich so entscheiden möchte, dann lassen Sie ihn das doch entscheiden. Ich könnte mir vorstellen, dass der Gesetzgeber § 53 Abs. 4. SGB V so gemeint haben könnte.

**Abg. Dr. Carola Reimann** (SPD): Es wurde vorhin nach der Möglichkeit gefragt, ob die GKV einen Tarif auch satzungsmäßig schließen könnte. Ich frage den AOK-Bundesverband, was in einem solchen Fall mit den Versicherten geschähe. Verlieren diese dann ihren Schutz? Im Übrigen soll es, so ist mir zumindest berichtet worden, auch in der PKV schon einmal passiert sein, dass ein Tarif geschlossen wurde.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Wenn ein Tarif sich nicht rechnet, werden die Beiträge erhöht. Wenn ein Tarif geschlossen wird, bleibt der Versicherte natürlich in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er verliert den Rechtsanspruch auf eine GKV-Versicherung natürlich nicht dadurch, dass sein Zusatztarif nicht mehr besteht.

**Abg. Helga Kühn-Mengel** (SPD): Ich greife das Beispiel des Kollegen Lauterbach auf. Ich denke, dass dieser Patient sich – wie das viele tun – wahrscheinlich an die Patientenbeauf-

tragte wenden und fragen würde, wie es komme, dass er bei der PKV entweder gar nicht aufgenommen würde oder dort Leistungsausschlüsse oder erhöhte Sätze hinnehmen müsste. Wenn Herr Prof. Schwintowski von wettbewerblicher Chancengleichheit redet, dann müsste man doch fragen, ob sich die Risikomischung nicht auch bei der PKV wiederfinden sollte, damit Patienten mit solchen Risiken dort ebenfalls aufgenommen würden. Ich richte diese vielleicht etwas rhetorische Frage an die private Krankenversicherung und an Herrn Jacobs.

**SV Christian Weber** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Wir sprechen über Zusatzversicherungen und bewegen uns damit außerhalb des Bereichs des medizinischen Notwendigen. Es geht um eine Versicherung, die freiwillig abgeschlossen wird und bei der sich Menschen zu einer Risiko- und Solidargemeinschaft zusammenschließen. Wenn jemand von der Kalkulation her voraussichtlich überdurchschnittlich viele Leistungen in Anspruch nehmen wird, dann muss man dies im Interesse der Versichertengemeinschaft durch eine entsprechende Prämiengestaltung berücksichtigen. Dies ist ein normaler Grundsatz der Versicherungsmathematik und ein Gebot der Fairness zu Gunsten derjenigen, die bereits versichert sind. Wenn man dagegen verstößt, dann ist eine Unterfinanzierung des Tarifs oder aber eine extreme Beitragserhöhung vorprogrammiert. Das kann man nicht wollen.

**SV Wilfried Jacobs** (AOK-Bundesverband): Dass der § 53 Abs. 4 SGB V rechtlich unterschiedlich beurteilt wird, ist nicht ungewöhnlich. Man kann dies klären, indem man die Gerichte bemüht. Ist es denn so verwerflich, wenn man in einem solidarischen System, das 96 Prozent der Versicherten umfasst, versucht, die Flexibilität etwas zu erhöhen? Es ist doch nicht dramatisch, wenn man den Versuch unternimmt, dies über den Weg des § 53 Abs. 4 SGB V zu machen. Sicherlich gibt es hier noch rechtliche Unklarheiten. Davon bleibt jedoch die Notwendigkeit der Kooperation der GKV mit der PKV völlig unberührt. Wie verhält es sich nun mit dem Monopolisten? In das Gesetz wurde die Regelung aufgenommen, dass wir Versicherungsangebote der Privaten vermitteln dürften. Von wem, glauben Sie, kommen denn bei der Vermittlung die Hinweise auf die entsprechenden Versicherten?

**Der amtierende Vorsitzende:** Ich darf mich sehr herzlich bei Ihnen allen bedanken. Sie werden im weiteren Verfahren sehen, wie weit Ihre Anregungen aufgenommen wurden. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg und schließe damit diese öffentliche Anhörung.

(Sitzungsende: 16:00 Uhr)