



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Antrag „GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur Kostenerstattung ersetzen“ (BT-DR 16/6794)

Der im Rahmen des GKV-WSG neu eingeführte Wahltarif „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V sieht die Möglichkeit vor, dass die Höhe der Kostenerstattung variabel gestaltet werden kann, z. B. bis zum 2,3-fachen Satz oder bis zum 3,5-fachen Satz nach GOÄ. Für die Mehrkosten, die diese Kostenerstattungs-Tarife jeweils gegenüber Sachleistungen bedeuten, muss die gesetzliche Krankenkasse eine entsprechend kalkulierte Prämienzahlung des Versicherten einfordern. Der Wahltarif „Kostenerstattung“ kann von allen GKV-Versicherten für sich und ihre nach § 10 mitversicherten Angehörigen gewählt werden, ausgenommen Mitglieder, deren Beiträge vollständig von Dritten getragen werden. GKV-Versicherte, die den Wahltarif „Kostenerstattung“ gewählt haben, sind drei Jahre hieran gebunden.

Der o. g. Antrag (BT-DR16/6794) impliziert folgende Fragen zum Wahltarif „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V:

- 1.) Kann die neue Regelung nach § 53 Abs. 4 SGB V auch dahingehend interpretiert werden, dass auch bis dahin ausschließlich im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung absicherbare Leistungen, wie z. B. Wahlarztbehandlung im Krankenhaus und Unterbringung im Einbettzimmer etc., Gegenstand eines Wahltarifs einer gesetzlichen Krankenversicherungen sein können?
- 2.) Laut § 53 Abs. 9 SGB V müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen die durch diese Maßnahmen erzielt werden finanziert werden. Kann eine Quersubventionierung zwischen dem Wahltarif „Kostenerstattung“ und dem Bereich der Pflichtversicherung ausgeschlossen werden?
- 3.) Ist es mit dem Sozialversicherungsstatus bzw. mit dem europäischen Gemeinschaftsrecht überhaupt vereinbar, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Wahltarif „Kostenerstattung“ ein direktes Konkurrenzprodukt zu den Zusatzversicherungen der privaten Krankenversicherungen anbieten dürfen?
- 4.) Müssten die gesetzlichen Krankenkassen mit dem Wahltarif „Kostenerstattung“ nicht den Bedingungen des Versicherungsvertrags- und des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterliegen, insbesondere im Hinblick auf den erforderlichen Verbraucherschutz für die Versicherten, die den Wahltarif „Kostenerstattung“ gewählt haben?

Zu diesen offenen Fragen zum Wahltarif „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V, die zentraler Gegenstand der Anhörung am 25. Juni 2008 sein dürften, nimmt die Bundesärztekammer wie folgt Stellung:

zu 1.

Die Interpretation, dass der Wahltarif „Kostenerstattung“ auch Leistungen beinhalten kann, die bislang ausschließlich im Rahmen privater Zusatzversicherungen absicherbar waren (§ 194 Abs. 1a SGB V), wie z. B. Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, stützt sich insbesondere auf ein Schreiben des Bundesversicherungsamtes an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen vom 13. März 2007^[1].

Das Bundesversicherungsamt führt im Hinblick auf die Inhalte des Wahltarifs „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V aus, dass § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V weiterhin gelte, „wonach die Kostenerstattung nur „anstelle von Sach- oder Dienstleistungen“ gewählt werden kann“, deshalb sei „Kostenerstattung auch nach dem neuen Tarif nur für zugelassene Leistungen innerhalb des GKV-Katalogs möglich. Der Tarif darf also keine Leistungsausweitung beinhalten, sondern kann allein die Höhe der Kostenerstattung variieren.“ Aus Sicht des BVA stellt das Angebot für Chefarztbehandlung und Zweibettzimmer keine Leistungsausweitung dar, „weil ärztliche Behandlung und Unterbringung Bestandteile der Krankenhausbehandlung sind“ (siehe Seite 6 des BVA-Schreibens mit 13.03.2007).

Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt diese Einschätzung des Bundesversicherungsamtes eine Fehlinterpretation der Krankenhausleistungen dar, auf die GKV-Versicherte im Rahmen ihrer Pflichtversicherung Anspruch haben, weil die Differenzierung in allgemeine Krankenhausleistungen nach § 2 Abs. 2 KHEntgG und Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG hierbei außer Acht gelassen wird.

Zutreffend ist, dass unter Krankenhausleistungen nach dem KHEntgG „insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung“ zu verstehen sind (§ 2 Abs. 1 KHEntgG). Dabei wird jedoch unterschieden in allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen“ (§ 2 Abs. 1 KHEntgG). Allgemeine Krankenhausleistungen sind „die Krankenhausleistungen, die (...) für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind“ (§ 2 Abs. 2 KHEntgG). Es sind dies die Leistungen, auf die die GKV-Versicherten nach § 11 SGB V Anspruch haben, und die nach § 12 Abs. 1 SGB V „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein“ müssen; „sie (i. e. die Leistungen, auf die die GKV-Versicherten Anspruch haben) dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“. Die allgemeinen Krankenhausleistungen umfassen die medizinische Versorgung durch die diensthabenden Ärzte sowie Pflege, Unterkunft und Verpflegung im Mehrbettzimmer, sie beinhalten alles, was für eine medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig ist. Hingegen beinhalten sie nicht den Anspruch auf Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer oder die wahlärztliche Behandlung durch die leitenden Krankenhausärzte – diese Leistungen stellen eindeutig Wahlleistungen dar.

Nach § 17 Abs. 1 KHEntgG dürfen Wahlleistungen neben den allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen nur unter bestimmten Voraussetzungen gesondert berechnet werden, u. a., wenn

- 1.) die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden,
- 2.) die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist, und wenn
- 3.) die Erbringung von Wahlleistungen mit dem Patienten zuvor schriftlich vereinbart worden ist (§ 17 Abs. 2 KHEntgG). Dies gilt insbesondere auch für die Erbringung von wahlärztlichen Leistungen, die vor Behandlungsbeginn schriftlich mit dem Patienten vereinbart werden müssen.

Sofern nicht im Einzelfall medizinisch erforderlich, kann demnach weder eine Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer noch eine persönliche Leistungserbringung durch den Chefarzt als allgemeine Krankenhausleistung bzw. als regelhafter Inhalt des GKV-Leistungskatalogs betrachtet werden, auf den GKV-Versicherte im Rahmen ihrer Pflichtversicherung Anspruch haben. Die Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer sowie die Chefarztbehandlung stellen typische Zusatzversicherungsleistungen auf Verlangen des Patienten dar und können aus Sicht der Bundesärztekammer nur Gegenstand von Zusatzversicherungen nach § 194 Abs. 1a SGB V sein, nicht jedoch Inhalt des Wahltarifs „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V, weil dies einer unzulässigen Leistungsausweitung des GKV-Leistungskatalogs gleichkäme.

Hätte der Gesetzgeber mit dem Wahltarif „Kostenerstattung“ nach § 53 Abs. 4 SGB V auf eine Leistungsausweitung mit Inhalten gezielt, die bislang privaten, von den gesetzlichen Krankenkassen zu vermittelnden Zusatzversicherungen vorbehalten waren, so hätte er in das GKV-WSG eine Klarstellung über das Verhältnis zwischen dem Anbieten und dem Vermitteln von Zusatzversicherungen aufnehmen müssen^[2].

zu 2.

Das Bundesversicherungsamt stellt unter Punkt I. 1. seines Schreibens vom 13. März 2007 klar, dass eine Quersubventionierung der Wahltarife nach § 53 SGB V aus dem allgemeinen Haushalt oder mehrerer Wahltarife untereinander nicht zulässig ist. Das Bundesversicherungsamt macht eine Genehmigung solcher Wahltarife von der Gewährleistung abhängig, dass eine solche Quersubventionierung ausgeschlossen werden kann, und fordert deshalb, dass zumindest eine Plausibilitätsdarstellung eingereicht werden müsse, aus der sich nachvollziehbar die Wirtschaftlichkeit der Tarife ablesen lässt. Darüber hinaus teilt das Bundesversicherungsamt mit, dass es von den gesetzlichen Krankenversicherungen, die einen Wahltarif „Kostenerstattung“ anbieten, eine Rechenschaftslegung bereits nach Ablauf eines Jahres und nicht erst nach drei Jahren verlangt, und es behält sich vor, die Satzungsgenehmigung mit dem Vorbehalt des Widerrufs zu versehen.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Klarstellung des Bundesversicherungsamt im Hinblick auf die zu vermeidende Quersubventionierung der neuen Wahltarife aus den Pflichtversicherungsbeiträgen, hält die vom Bundesversicherungsamt vorgeschlagenen Instrumente zur Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit der neuen Wahltarife jedoch für unzureichend. Nach § 53 Abs. 9 SGB V müssen die Aufwendungen für „jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einspa-

rungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden“, jeder einzelne Wahltarif muss für sich betrachtet also wirtschaftlich und kalkulationssicher sein. Um diese Wirtschaftlichkeit bzw. Kalkulationssicherheit zu erreichen bzw. um unzulässige Quersubventionierungen zu Lasten der GKV-Versichertengemeinschaft auszuschließen, müssten die Wahltarife nach § 53 SGB V aus Sicht der Bundesärztekammer analog den Prämien und Rückstellungen in der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung auf Basis versicherungsmathematischer Methoden gemäß der Kalkulationsverordnung (KalV) berechnet werden. Die vom BVA nicht genauer spezifizierte „Plausibilitätsprüfung“ ist nicht ausreichend, um eine Quersubventionierung bzw. Unwirtschaftlichkeit der neuen Wahltarife auszuschließen, auch dann nicht, wenn – wie es das BVA fordert – die gesetzlichen Krankenkassen nicht erst nach drei Jahren (Bindungsdauer der Wahltarife), sondern jährlich Rechenschaft über die finanziellen Auswirkungen der angebotenen Wahltarife ablegen.

Gegen die Kalkulationssicherheit der Wahltarife spricht insbesondere, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung Kontrahierungszwang besteht und eine Risikoprüfung nicht erlaubt ist. Ohne Risikoprüfung und die anderen Instrumente, wie z. B. die Berücksichtigung der alters- und geschlechtsspezifischen Ausscheidewahrscheinlichkeiten, die in § 2 KalV als Rechnungsgrundlagen aufgeführt sind, ist eine sichere Prämienkalkulation, mit der Quersubventionierung der Wahltarife nach § 53 SGB V weitestgehend ausgeschlossen werden könnte, nicht möglich.

Auch die Studie des Instituts IGES über Selbstbehalt-Tarife, die im Auftrag der Techniker Krankenkasse durchgeführt wurde, bestätigt, dass mit GKV-Wahlтарifen, die auf die „guten Risiken“ der freiwillig in der GKV Versicherten zielen, zwar die Kundenbindung dieser Klientel an die GKV erhöht, hiermit jedoch kein Beweis für einen kostendämpfenden Steuerungseffekt geführt werden kann^[3].

Im Unterschied zu den privaten Krankenversicherungen, die § 12 b Abs. 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beachten müssen, wonach Unterkalkulationen eines Tarifs zum Anfangszeitpunkt nicht durch Beitragsanpassung korrigiert werden dürfen, dürfen die gesetzlichen Krankenkassen Unterdeckungen ihrer Wahltarife (die ja nur eine Laufzeit von drei Jahren haben) nachkalkulieren bzw. durch neue Tarife ersetzen. Risikoträger der Fehlkalkulation von Tarifen ist in der PKV das Unternehmen, da Verluste, die aus Fehlkalkulationen zu Beginn des Versicherungsverhältnisses resultieren, aus den Eigenmitteln des PKV-Unternehmens finanziert werden müssen – in der GKV müssen die Risiken für Fehlkalkulationen jedoch von den Versicherten getragen werden. Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt die kurze Bindungsdauer der Wahltarife nach § 53 SGB V, die eine Nachkalkulation der Prämien für Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V nach drei Jahren oder – wie es das BVA fordert – schon früher möglich macht, deshalb nicht nur einen unzulässigen Wettbewerbsvorteil zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen in der Konkurrenz dar, sondern insbesondere auch einen Nachteil für die Versichertengemeinschaft in der GKV.

Zu 3.

Sollte der Gesetzgeber mit den Wahlтарifen nach § 53 Abs. 4 SGB V darauf abgezielt haben, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen den Leistungsumfang ausweiten und eigene Zusatzversicherungen in Konkurrenz zu den privaten Zusatzversicherungen nach § 194 Abs. 1a SGB V anbieten dürfen, so hat die Bundesärztekammer Zweifel, ob diese Entwicklung noch kompatibel ist mit EU-Gemeinschaftsrechts nach Art. 4, 98, 10 EG, Art. 49, 50 EG, Art. 86 EG i. V. m. Art. 82 EG und Art. 87,88 EG.

Aus Sicht der Bundesärztekammer agieren die gesetzlichen Krankenkassen, wenn sie Zusatzversicherungen über Leistungsinhalte zusätzlich zum GKV-Pflichtversicherungsumfang (wie Chefarztbehandlung und Unterbringung im Einbett- oder Zweibettzimmer) nicht nur vermitteln (§ 194 Abs. 1a SGB V), sondern als eigene Leistungen im Rahmen eines Wahlтарifs nach § 53 Abs. 4 SGB V anbieten, als wirtschaftlich tätige Unternehmen im Sinne von Art. 86 EG mit der Folge der Anwendungen von Wettbewerbsregeln und Auswirkungen auf die Beihilferegulungen und die Dienstleistungsfreiheit. Eine Aufrechterhaltung des Sozialversicherungsstatus bzw. eine Freistellung vom unternehmerischen Wettbewerb unter den Rahmenbedingungen europäischen Kartellrechts wäre – vorbehaltlich einer eingehenderen rechtlichen Prüfung – nicht mehr gerechtfertigt. Konsequenterweise müssten die gesetzlichen Krankenkassen in privatwirtschaftlichen Rahmenbedingungen unterliegende Unternehmen umgewandelt werden und ihre Monopolstellung im Bezug auf die Versicherten, die wegen der Versicherungspflichtgrenze keine Wahl zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung habe, verlieren.

zu 4.

Die Forderung, dass Wahlтарife nach § 53 Abs. 4 SGB V, wenn sie in der Gestalt eigenständiger Zusatzversicherungen durch die gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden, eigentlich den Bedingungen des Versicherungsvertrags- und des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterliegen müssten, ist grundsätzlich plausibel, um den ungleichen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen um die „guten Risiken“ der freiwillig in der GKV Versicherten zu beenden. Allerdings würde man damit die Annäherung bzw. sukzessive Umwandlung der gesetzlichen Krankenkassen in als wirtschaftlich tätige Unternehmen im Sinne von Art. 86 EG bzw. die Angleichung von PKV- und GKV-System akzeptieren.

Im Gegensatz hierzu vertritt die Bundesärztekammer bzw. der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm die Auffassung^[4], dass das deutsche Gesundheitswesen von der bis dato noch bestehenden Koexistenz zweier verschiedener Versicherungssysteme bislang enorm profitiert hat.

Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die im internationalen Vergleich bislang vorbildliche flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung für die gesamte Bevölkerung sowie die Teilhabe am medizinischen Fortschritt, der in der Vergangenheit für die gesamte Bevölkerung unabhängig vom jeweiligen Versichertenstatus gewährleistet war.

Fazit:

Die Bundesärztekammer hat erhebliche Zweifel, ob die extensive Interpretation der Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V, die auf eine Leistungsauswertung hinauslaufen (Chefarztbehandlung und Unterbringung im Einbett-/Zweibettzimmer), und die von den gesetzlichen Krankenkassen in Konkurrenz zu den privaten Zusatzversicherungen nach § 194 Abs. 1a SGB V selber angeboten werden, einer eingehenderen rechtlichen Prüfung standhalten werden. Aus demselben Grunde hat der 111. DÄT in Ulm deshalb auch begrüßt, dass von den privaten Krankenversicherungen und anderen Verfassungsbeschwerde gegen die extensive Interpretation des Wahltarifs „Kostenerstattung“ eingelegt wurde^[5].

¹ Bundesversicherungsamt (2007), Anschreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zur Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV, hier: Wahltarife gemäß § 53 SGB V, 13.3.2007, Az.: II 1 – 4927.6-3709/2006

² Klaue, S.; Schwintowski, H.-P.; (2008), Grenzen der Zulässigkeit von Wahlтарifen und Zusatzversicherungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

³ Nolting, H.-D.; Berger, U.; Reschke, P.; Sehlen, S. (2003), Modellvorhaben der Techniker Krankenkasse, Solidarverträglicher Selbstbehalt, IGES Berlin

⁴ Entschließung des 111. Deutschen Ärztetages 2008 „Koexistenz von PKV und GKV zum Wohle der gesamten Bevölkerung - Erhalt des bewährten 2-Säulen-Systems“

⁵ Entschließung des 111. Deutschen Ärztetages 2008 „Einführung eines brancheneinheitlichen Basis tariffs in die private Krankenversicherung“