



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

1. Grundsätzliches

Die Forderung nach einer Streichung des § 53 Abs. 4 SGB V ist berechtigt, notwendig und erforderlich. Sie ist berechtigt, weil für § 53 Abs. 4 SGB V kein Bedarf besteht. Sie ist notwendig und erforderlich, weil diese Regelung system- und strukturwidrig und rechtlich nicht akzeptabel ist. Der § 13 SGB V gibt GKV-Versicherten ohnehin das Recht, Kostenerstattungen anstelle der Sachleistung zu wählen. Bei einem Arztbesuch erhalten die Versicherten dann eine Rechnung auf der Grundlage der GOÄ und die gesetzliche Krankenkasse erstattet im Umfang der Sachleistung unter Berücksichtigung von Abzügen für zusätzliche Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Für die so entstandenen Differenzen zwischen der Erstattung der gesetzlichen Krankenkassen und der tatsächlichen Höhe der Arztrechnungen existieren Zusatzversicherungen durch PKV-Unternehmen. Es besteht am Markt kein Mangel an solchen Zusatzversicherungen, sondern ein breit gefächertes Angebot mit intensivem Wettbewerb untereinander. Zudem haben gesetzliche Krankenkassen die Möglichkeit, Zusatzversicherungen für Kostenerstattungen mit einem PKV-Unternehmen als Kooperationspartner anzubieten.

Der § 53 Abs. 4 SGB V, der gesetzlichen Krankenkassen selber die Möglichkeit gibt, „Tarife mit speziellen Prämienzahlungen“ für Kostenerstattungen anzubieten, ist hingegen eine starke Wettbewerbsverzerrung,

- weil die Verfahren und Methoden zur Festsetzung der Beitragshöhe für solche Tarife in der GKV und in der PKV grundlegend verschieden sind;
- weil gesetzliche Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts steuerbefreit, PKV-Versicherungen hingegen steuerpflichtig sind;
- weil der Verbraucherschutz bei von den gesetzlichen Krankenkassen angebotenen „Tari-
fen mit speziellen Prämienzahlungen“ auf der Strecke bleibt.

Die Regelung des § 53 Abs. 4 SGB V ist auch mit dem europäischen Recht nicht vereinbar. Das europäische Recht unterscheidet deutlich zwischen Sozialversicherungen, bei denen die Beitragsbemessung zum Beispiel nach dem Grundsatz der Solidarität (z.B. durch einkom-

mensabhängige Beiträge) zu erfolgen hat und wirtschaftlichen Unternehmen, für die als Versicherungsunternehmen die 3te Schadensregulierungsrichtlinie gilt. Die Regelung des § 53 Abs. 4 SGB V riskiert insofern auf europäischer Ebene die Einstufungen der deutschen Sozialversicherungen als privatrechtliche Unternehmen, womit in Folge z. B. das gesamte kollektive Vertragsrecht der GKV in Frage gestellt werden könnte.

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass sich die hier vorgetragenen Kritikpunkte nicht nur gegen § 53 Abs. 4 SGB V, sondern im Grundsatz gegen alle vom § 53 Abs. 4 SGB V erfassten Wahltarife mit Beitragsdifferenzierung sowie Zusatztarife in der GKV richten.

2. Zur Ausweitung der Norm des § 53 Abs. 4 SGB V z.B. auf Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus

Die von einigen Aufsichtsbehörden vertretene Auffassung, dass aus § 53 Abs. 4 SGB V auch eine Zulässigkeit der gesetzlichen Krankenkassen für Angebote für die Inanspruchnahme von Ein- und Zweibettzimmer sowie von wahlärztlichen Leistungen abgeleitet werden könne, sieht die PKV nicht durch das geltende Recht gedeckt. Nach § 13 SGB V ist die Kostenerstattung in der GKV auf Leistungen begrenzt, die „anstelle“ der Sach- oder Dienstleistungen gewährt werden. Hierzu gehört auch die Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 1 SGB V. Diese umfasst „alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind.“ Nach § 2 Abs. 2 Bundespflegesatzverordnung sind das die allgemeinen Krankenhausleistungen. Nach § 2 Abs. 1 Bundespflegesatzverordnung gehören zu den Krankenhausleistungen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die Wahlleistungen. Damit erstreckt sich der Leistungsanspruch in der GKV zwingend auf die allgemeinen Krankenhausleistungen unter Ausklammerung der Wahlleistungen. Dies folgt im Übrigen auch aus § 17 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz, dass Wahlleistungen nur erbracht werden dürfen, „wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden.“ Schon daraus geht hervor, dass es sich hierbei um medizinisch nicht notwendige Leistungen handelt, die in jedem Fall über den Versicherungsschutz der GKV hinausgehen und auch nicht durch die Regelung des § 53 Abs. 4 SGB V erfasst werden.

3. Zur Feststellung, dass die in § 53 Abs. 4 SGB V erlaubten GKV- „Wahltarife“ für die Kostenerstattung in der GKV zu Quersubventionierungen zwischen „Wahltarif“ und Pflichtversicherung führen.

Für alle „Wahltarife“ - auch für den „Wahltarif“ Kostenerstattung als Zusatzleistung gelten gemäß § 53, Abs. 9 SGB V, dass die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen,

Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, selber finanziert werden müssen. Eine Quersubventionierung aus dem allgemeinen Haushalt der Krankenkasse oder zwischen „Wahltarifen“ untereinander ist nicht zulässig.

Hier sei vorab auf einen fundamentalen Unterschied zwischen GKV und PKV hingewiesen. Ein PKV-Unternehmen bietet dann eine Zusatzversicherung an, wenn sie aus sich selbst heraus am Markt erfolgreich ist. Es geht also um den Erfolg der Zusatzversicherung selbst. Von daher besteht bereits ein Anreiz zur sachlich und rechnerisch korrekten Beitragskalkulation. Anders bei den gesetzlichen Krankenkassen. Hier geht es nicht um ein eigenständiges Interesse an erfolgreichen Zusatzprodukten, sondern die „Wahltarife“ dienen vor allem als strategisches Handlungspotential, um neue Mitglieder zu gewinnen bzw. um Abwanderungen im eigentlichen Kernbereich zu verhindern. Damit sind eine Vermischung der einzelnen Tätigkeitsfelder und ihre ökonomischen Auswirkungen systematisch vorprogrammiert.

Im Ergebnis sind dann auch zahlreiche Fehlsteuerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen angelegt:

- In der PKV gibt es ein umfassendes per Gesetz vorgegebenes Kalkulationsrecht, das nur unter Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angewendet werden muss. Dieses kann zudem nur auf einer sicheren Kalkulations- und Datengrundlage erfolgen, wobei für kalkulatorische Unsicherheiten z.B. angemessene Sicherheitszuschläge berücksichtigt werden müssen. In der GKV hingegen existieren keine Kalkulationsregeln. Ausreichende Daten zur Kalkulation von Wahltarifen liegen in der GKV ebenfalls nicht vor. Von der Aufsicht wird deshalb zurzeit auch nur ein „plausibler“ Nachweis gefordert. Auf der Grundlage solcher nicht klar definierten Anforderungen dürfte die PKV nicht einmal tätig werden.
- Oberster Handlungsgrundsatz der Beitragskalkulation in der PKV ist die „dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge“ und zwar im Interesse der Versicherten. Deshalb sind zum Beispiel Solvabilitätsvorschriften, das heißt Absicherung durch Haftungskapital, zwingend erforderlich und rechtlich geboten. Im Interesse der Versicherten sind auch Unterkalkulationen verboten. Um diese auszuschließen, ist ein späteres Nachholen durch Beitragserhöhungen auch untersagt. Etwaige Verluste müssen dann aus den Eigenmitteln des Unternehmens getragen werden. Rechtsvorschriften mit dem Ziel einer dauerhaften Erfüllbarkeit der Verträge existieren für die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der Wahltarife überhaupt nicht. Hingegen ist sogar von vornherein angelegt, dass das Angebot solcher Zusatzprodukte jederzeit durch die gesetzlichen Krankenkassen oder auch durch die Aufsicht wieder beendet werden kann, und zwar sowohl für Neuzugänge als auch für bereits „Versicherte“.

- In der GKV besteht kein Nachholverbot für zu niedrige Beitragsberechnungen. Und es steht kein Eigenkapital zur Verfügung. Damit muss zwingend jedes kalkulatorische Risiko zu Lasten des allgemeinen Haushalts der GKV gehen. Eine Quersubventionierung lässt sich folglich auch nicht ausschließen.
- Wenn es den gesetzlichen Krankenkassen darum geht, z.B. die Abwanderung von Mitgliedern durch Wahltarife zu vermeiden, dann richten sich diese Maßnahmen an Versicherte mit hohem „Deckungsbeitrag“ – anstatt Mitglieder also, bei denen die zu erwartenden Beitragseinnahmen über den zu erwartenden Ausgaben liegen. Aus der Gesamtbetrachtung der einzelnen Krankenkassen heraus ist damit ein kostendeckender Beitrag für das Mitglied auch dann erreicht, wenn die Prämie für den Wahltarif selbst nicht kostendeckend ist, aber das Mitglied mit einem Wahltarif von der Abwanderung abgehalten werden kann und der insgesamt zu erzielende Deckungsbeitrag allein durch die verhinderte Abwanderung positiv ist. Durch diese Strategie ist aber die rechtswidrige Quersubventionierung bereits systematisch angelegt. Es besteht deshalb ein strategischer Anreiz zur Unterkalkulation.
- Jede Versicherung und auch Zusatzversicherung braucht den Ausgleich von „guten“ und „schlechten“ Risiken. Dabei haben „schlechte“ Risiken stets ein höheres Interesse am Abschluss von Verträgen, da sie bei gegebenen Beiträgen künftig mehr Leistungen erwarten. Es ist deshalb eine zentrale Aufgabe jedes Versicherers, den Ausgleich von „guten“ und „schlechten“ Risiken zu organisieren. Wartezeiten und ggf. Risikozuschläge sind mithin notwendige Instrumente jeder funktionsfähigen Versicherung und zwar im Interesse des Tarifs und vor allem auch im Interesse der bestehenden Versicherten. Nach diesen Grundsätzen sind alle Zusatzversicherungen in der PKV notwendigerweise organisiert. Dieser eigentliche Versicherungsgedanke ist in § 53 Abs. 4 SGB V für die gesetzlichen Krankenkassen nicht angelegt. Die Wahltarife der gesetzlichen Krankenkassen imitieren insofern nur die nach dem Versicherungsprinzip organisierten Zusatzversicherungen der privaten Krankenversicherung, ohne dabei die notwendigen Garantien und Maßstäbe für die Funktionsfähigkeit solcher Produkte anzulegen oder auch nur anlegen zu können.
- Ohne Anwendung des Versicherungsprinzips werden in überdurchschnittlichem Umfang „schlechte“ Risiken durch Wahltarife in den gesetzlichen Krankenkassen angezogen. Es ist zudem nicht einmal auszuschließen, dass sich Versicherte erst unmittelbar vor Behandlungsbeginn für diesen Tarif entscheiden. Damit sind nicht nur Verwerfungen vorprogrammiert, sondern hier sind weitere Quersubventionierungen durch die allgemeinen Haushalte der Krankenkassen systematisch angelegt. Überdies schließen solche „Selektionseffekte“ von vorneherein aus, dass sich die notwendigen Beiträge überhaupt sachlich korrekt kalkulieren und berechnen lassen, weil niemand wissen kann, welche Zuwendungen in die „Wahltarife“ der GKV stattfinden werden.

4. Feststellung, dass mit dem GKV-Wahltarif Kostenerstattung für die Versicherten, die sich für einen solchen Tarif entschieden haben, Nachteile verbunden sind.

Die Nachteile der Versicherten, die sich für einen GKV-Wahltarif Kostenerstattung entschieden haben, sind insbesondere in der Art der Kalkulation, in der Beitragsanpassung sowie in der fehlenden Beitragsstabilität der Kostenerstattungstarife begründet:

(a) Kalkulations- und Beitragsanpassungen: Wie oben dargestellt, ist die Art der Beitragsgestaltung zwischen PKV und GKV grundverschieden. Es ist auch für die Versicherten von großer Bedeutung, sich auf eine sachgerechte Beitragsbemessung verlassen zu können. Das „Plausibilitätserfordernis“ für die GKV reicht dafür in keinem Fall aus. Dies gilt übrigens auch für Beitragsanpassungen. Der Versicherte muss sich darauf verlassen können, dass sich Beitragsanpassungen in Folge von Differenzen zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben nach verlässlichen und qualitätsgeprüften Regeln vollziehen. Dies ist eine gerechtfertigte Haltung und Qualitätsanspruch der Versicherten. Für die PKV gibt es hier ein definiertes Regelwerk, das auch einer gerichtlichen Nachprüfung Stand halten muss. Die Regelungen in der GKV, dass bei einer Änderung der Beiträge der Versicherungsvertrag automatisch erloschen ist, dürfte für viele Versicherte sicher überraschend sein, ist aber in jedem Fall keine hinreichende Antwort für die Qualität eines Versicherungsanspruchs, der ja auf Langfristigkeit und Sicherheit angelegt sein sollte.

(b) Beitragsstabilität im Alter: Die GKV-Wahltarife Kostenerstattung mit spezieller Prämienzahlung werden altersabhängig berechnet. Das Merkmal „Alter“ entscheidet also darüber, wie hoch die von den Versicherten monatlich zu zahlenden Prämien sind. Die altersabhängigen Beitragsdifferenzen sind dabei nicht unerheblich (hierfür ein Beispiel eines Kostenerstattungstarifs einer Krankenkasse gemäß Satzung: 24,90 € Monatsprämie für 26-35jährige und 71,90 € für 66-75jährige). Diese altersabhängige Beitragsberechnung ist in der GKV erforderlich, weil die Krankheitskosten altersabhängig sind, mit dem Alter also ansteigen, weil altersbedingt mehr Leistungen in Anspruch genommen werden, und diese altersabhängige zusätzliche Inanspruchnahme in einem umlagefinanzierten Finanzierungssystem nicht mit einer Vorsorge für das Alter – den sogenannten Alterungsrückstellungen – begegnet werden kann. Bei den gesetzlichen Krankenkassen käme auf diese dargestellte altersabhängige Beitragsentwicklung der allgemeine Kostenanstieg noch zusätzlich hinzu. Das Ergebnis ist bei den gesetzlichen Krankenkassen also ein doppelter Beitragsanstieg, der den Versicherten bei Abschluss des Vertrages mit hoher Sicherheit nicht bewusst ist und folglich auch zu fehlerhaften Entscheidungen Veranlassung gibt.

Wenn die Versicherten aber einmal Beitragserhöhungen aufgrund der allgemeinen Kostenentwicklung zu tragen haben und die Beiträge darüber hinaus noch altersabhängig steigen, dann dürfte auch dies für die Versicherten eine zumindest sehr überraschende Entwicklung sein. Die Konsequenzen sind erheblich: ohne Altersrückstellungen – wie das in der GKV üblich ist – steigen die Beiträge mit dem Alter und zwar selbst bei ansonsten konstanten Kosten deutlich überproportional. Viele Versicherte werden möglicherweise dann auf diesen Versicherungsschutz im Alter aufgrund der dann erreichten Beitragshöhe, wenn sie ihn am dringendsten brauchen, verzichten müssen. Diese Regelung ist infolgedessen nicht nur mit den allgemeinen Regelungen des Verbraucherschutzes schlicht unvereinbar. Sie läuft zudem Gefahr, Zusatzversicherungen insgesamt zu diskreditieren. In Anbetracht einer Entwicklung, in der die steigenden Möglichkeiten der Medizin verbunden mit relativ gesehen knapper werdenden Ressourcen und den demografischen Wandel immer mehr eine Ergänzung und private Zusatzprodukte sinnvoll macht, ist die derzeit gesetzgeberisch vorgesehene Regelung auch eine ordnungspolitisch falsche Weichenstellung.

Eine weitere Verzerrung des Wettbewerbs ist hier vorprogrammiert: Die GKV-Tarife ohne Altersrückstellung sind für den Versicherten am Anfang (scheinbar) günstiger als die PKV-Tarife mit Alterungsrückstellung. Denn die Bildung von Alterungsrückstellungen führt anfänglich zu höheren Prämien im Vergleich zu reinen Umlagetarifen. Viele Versicherte könnten Zusatztarifen ohne Alterungsrückstellung deshalb den Vorzug geben. Wenn die altersabhängigen Beitragserhöhungen bei den gesetzlichen Krankenkassen zum Tragen kommen, dann sind die von ihnen zu zahlenden Beiträge für einen PKV-Tarif wegen des dann gestiegenen Eintrittsalters teurer geworden. Die persönlichen Zugangsmöglichkeiten für einen adäquaten privaten Zusatzschutz haben sich damit für sie verschlechtert. Somit sind diese Versicherten für die Zukunft wesentlich schlechter gestellt gegenüber einer Situation, in der sie sich ohne die „Wahltarife“ durch die GKV, direkt für ein zukunftssicheres Produkt in der PKV entschieden hätten. Auch aus diesem Grund ist § 53 Abs. 4 SGB V verbraucherpolitisch nicht zu rechtfertigen.

Zusatzversicherung in der PKV gelten lebenslang. Sie können nach 3 Jahren vom Versicherer nicht mehr gekündigt werden. Sie bieten insofern einen garantiert lebenslangen Versicherungsschutz für die Versicherten. Dies ist auch notwendig, weil Krankenversicherungen in der Regel mit besonderer Bedeutung für eine langfristige Absicherung abgeschlossen werden. Auch der Versicherte weiß, dass seine Nachfrage nach Gesundheitsleistungen mit steigendem Alter zunimmt.

Die Zusatztarife der gesetzlichen Krankenkassen gelten hingegen nur mit einer Perspektive von wenigen Jahren. Auch die Krankenkasse kann das Angebot jederzeit einstellen. Auch dies ist verbraucherpolitisch nicht zu vertreten.

5. Forderung, dass auch zukünftig Wahltarife über Leistungen, „die nicht zum unmittelbaren Leistungsspektrum der GKV gehören, in Kooperation mit der PKV angeboten werden können, nicht aber von der GKV selbst.“

Nach § 194 Abs. 1a SGB V kann die Satzung einer gesetzlichen Krankenkasse Bestimmungen enthalten, nach der die Krankenkasse den Abschluss privater Zusatzversicherungsverträge zwischen ihren Versicherten und privaten Krankenversicherungsunternehmen vermitteln kann. Diese als Kooperationen zwischen GKV und PKV zu bezeichnende Vermittlung auch von Kostenerstattungstarifen stellt grundsätzlich ein privatrechtliches Element in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Sie sind auf der einen Seite ordnungspolitisch zunächst einmal bedenklich und als wettbewerbsverzerrend zu skizzieren, wenn es privaten Versicherungsunternehmen gelingt, sich über Kooperationsverträge mit gesetzlichen Kassen das alleinige Zugriffsrecht auf das Mitgliederpotential einer gesetzlichen Kasse zu sichern. Unternehmen, die also aus ordnungspolitischen Gründen keine Kooperationen mit gesetzlichen Krankenversicherungen eingehen, geraten schnell in die Gefahr, im Wettbewerb auf dem Markt der Zusatzversicherungen an Boden zu verlieren.

Auf der anderen Seite sind Kooperationsmöglichkeiten zwischen PKV und GKV nach § 194 Abs. 1a SGB V in der Lage, gesetzlich versicherten Personen aus „einer Hand“ unter anderem Kostenerstattungstarife der PKV zu vermitteln, die eben nicht – wie in der GKV nach § 53 Abs. 4 SGB V - mit den Nachteilen der fehlenden Kalkulationsgrundlage, der Risikoselektion oder der mangelnden Beitragsstabilität behaftet sind, sondern ausdrücklich den Bedingungen des Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsgesetzes sowie den versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der PKV (Kalkulationsverordnung KalV) unterliegen. Insoweit ist der Tatbestand, dass bis zum 1. Halbjahr 2007 über 2,1 Mio. Kooperationsversicherungen abgeschlossen worden sind, schon aus Verbraucherschutzgründen zu befürworten. Die Forderung des Antrags 16/6794, dass auch zukünftig Wahltarife über Leistungen, „die nicht zum unmittelbaren Leistungsspektrum der GKV gehören, in Kooperation mit der PKV angeboten werden können, nicht aber von der GKV selbst“, ist damit positiv zu bewerten. Weitere Angebote der GKV sind damit aber in jedem Fall entbehrlich, ökonomisch falsch, verbraucherpolitisch nicht zu rechtfertigen und rechtlich nicht zu akzeptieren.

6. Fazit:

Die Beitragsbemessung in der GKV erfolgt nach der finanziellen Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder. Mit den „Wahltarifen“ wird gleichzeitig das Element einer Beitragsbemessung nach dem Äquivalenzprinzip eingeführt. Die Folgen sind erhebliche Selektionseffekte und Verwerfungen. Das Risiko systematisch angelegter Unterfinanzierungen aufgrund von Selektionseffekten haben dann zudem diejenigen Versicherten zu tragen, die sich überhaupt nicht für diese Produkte entschieden haben. Das ist ein deutlicher Widerspruch zum Solidaritätsprinzip.

Wahltarife in den gesetzlichen Krankenkassen widersprechen allen Anforderungen eines notwendigen Verbraucherschutzes. Weder ist die Beitragshöhe noch überhaupt die Versicherungsdauer verlässlich.

Die Wettbewerbsverzerrungen zur PKV sind gravierend. Die rechtliche Zulässigkeit solcher Produkte in den gesetzlichen Krankenkassen begegnet massiven rechtlichen Einwendungen, und zwar sowohl verfassungsrechtlicher, als auch europarechtlichrechtlicher.

Diese Verwerfungen auf allen Ebenen geschehen vor dem Hintergrund, dass es ohne die Regelungen des § 53 Abs. 4 SGB V einen bestens funktionierenden Markt ohne Zusatzversicherungen gibt.

Die durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz erfolgte Aufweitung durch § 53 Abs. 4 SGB V ist eine Verschlechterung für alle. Der Forderung nach seiner ersatzlosen Streichung ist uneingeschränkt zuzustimmen.