



**Per E-Mail**

Frau  
Dr. Kirsten Reinhard M. san.  
Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU  
Bundestagsfraktion  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Bürgerliches Recht,  
Handels-, Wirtschafts-  
und Europarecht

**Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski**

**Anhörung zu Wahlтарifen – Zusatzversicherungen  
am 25.06.2008**

**Datum:**

16. Juni 2008

**Bearbeiterin:**

Cornelia Richter

Sehr geehrte Frau Reinhard,

wie mit Ihnen vereinbart, will ich im Folgenden einige Problembe-  
reiche der neuen Regelungen zu Wahlтарifen und Zusatzversiche-  
rungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ansprechen.

**Postanschrift:**

Humboldt-Universität zu Berlin  
Unter den Linden 6  
10099 Berlin  
Telefon +49 [30] 2093-3313  
Telefax +49 [30] 2093-3412

sekretariat.schwintowski@rewi.hu-berlin.de  
www.rewi.hu-berlin.de/jura/ls/swt

**Sitz:**

Unter den Linden 11  
Raum 403  
10117 Berlin

1. Wahlтарife sind neuerdings zulässig. Das ergibt sich aus § 53 Abs. 4 SGB V. Danach kann die Krankenkasse in ihrer Satzung erstmals vorsehen, dass die Pflichtmitglieder für sich und ihre Angehörigen Tarife für Kostenerstattung wählen können. Eine solche Wahlmöglichkeit gab es in der Vergangenheit nicht. Ansätze dazu fanden sich in den Satzungen der Knappschaften.
2. Durch ein Rundschreiben des Bundesversicherungsamtes vom 13. März 2007 ist die Frage aufgeworfen worden, ob gesetzliche Krankenkassen möglicherweise nicht nur Wahlтарife, sondern auch **Zusatzversicherungen** anbieten dürfen. Das Bundesversicherungsamt ist nämlich der Auffassung, dass das Angebot eines Kostenerstattungstarifes, beispielsweise für die Chefarztbehandlung oder das Zwei-Bett-Zimmer (in zugelassenen Krankenhäusern), keine Leistungsausweitung darstelle, weil ärztliche Behandlung und

**Verkehrsverbindungen:**

S- und U-Bahnhof Friedrichstraße  
Bus: Linien 100, 200 und TXL,  
Haltestelle Staatsoper

Unterbringung Bestandteile der Krankenhausbehandlung seien.

3. Diese Auffassung des Bundesversicherungsamtes verwischt die präzise Abgrenzung zwischen Wahltarifen und Zusatzversicherungen. Sie entwertet auch die Regelungen in § 194 Abs. 1a SGB V, aus der sich einerseits ergibt, dass Zusatzversicherungen gerade nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Stattdessen sind die Kassen der GKV berechtigt, mit privaten Krankenversicherern Kooperationen einzugehen, um für ihre Mitglieder möglichst günstige Angebote für Zusatzversicherungen auszuhandeln.
4. Nach dem Wortlaut, der Entstehungsgeschichte und dem Sinn und Zweck des neuen § 53 SGB V wollte der Gesetzgeber der GKV zwar die Möglichkeit eröffnen, Wahltarife einzuführen. Er wollte den Krankenkassen der GKV aber nicht die Möglichkeit eröffnen, anstelle der privaten Krankenversicherung in Zukunft auch Zusatzversicherungsverträge zu schließen. In der Gesetzesbegründung heißt es: „Die Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung soll erhöht werden. Sie ist Voraussetzung für mehr Transparenz und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen (BT-Drucks. 16/3100, S. 108).
5. Wahltarife unterscheiden sich von Zusatzversicherungen signifikant. Bei einem Wahltarif ändert sich am Leistungsumfang der GKV nichts. Der Versicherte soll aber die Wahl haben, die **Höhe der Kostenerstattung** wie ein Privatpatient zu versichern. Er kann folglich wie ein Privatpatient auftreten und – je nach Tarifgestaltung – anschließend zum Beispiel den 3,5-fachen GOÄ-Satz mit seiner Krankenkasse abrechnen. Bei einem Wahltarif kann der Patient beispielsweise ambulante ärztliche Leistungen wie ein Privatversicherter in Anspruch nehmen. Die Kosten der Behandlung werden nicht über die Krankenversicherungskarte abgerechnet. Stattdessen erhalten die Patienten vom Arzt eine Rechnung, die sie bei der Krankenkasse einreichen. Die Ärzte können ihre Leistungen nach der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in Rechnung stellen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten für die Leistungen, die zum **Leistungskatalog der GKV** gehören, bis zum maximal 3,5-fachen des einfachen Gebührensatzes der GOÄ. Für diese Art der Höherversicherung zahlen die Teilnehmer eine monatliche Prämie an die Krankenkasse, die nach dem Alter gestaffelt ist. Nehmen die Versicherten ein Jahr lang keine Leistungen in Anspruch, so erhalten sie bei den meisten Kassen einen Teil ihrer gezahlten Prämien zurück (so die Darstellung der Techniker Krankenkasse im Internet).
6. Demgegenüber ändert die Zusatzversicherung den **Leistungsumfang** der GKV. Es werden zusätzlich Leistungen versichert, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Diese zusätzlichen Versicherungen stellen also eine **Leistungsausweitung** gegenüber dem Leistungskatalog der GKV dar. Es wird nicht nur die Höhe der Leistung variiert, sondern auch der Umfang.

Typische Zusatzversicherungen sind beispielsweise die Chefarztbehandlung oder das Zwei-Bett-Zimmer, aber auch die Auslandskrankenversicherung, bestimmte Teile des Zahnersatzes, Krankenhaustagegeld, Heilpraktikerleistungen, Leistungen für Naturheilverfahren und sog. IGEL-Leistungen, also individuelle Gesundheitsleistungen, die Ärzte den

Patienten gegen Bezahlung anbieten, sowie bestimmte Leistungen bei der Sterilisation und der künstlichen Befruchtung, bei der Versorgung mit Sehhilfen, bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln oder bei Taxi- und Mietwagenfahrten.

In diesen Bereichen ist der Umfang der GKV durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Januar 2004 eingeschränkt worden. Das Gleiche gilt für Praxisgebühren oder für Zuzahlungsregelungen bei Arzneimitteln – auch hier handelt es sich um Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören.

7. Wenn die Interpretation des Bundesversicherungsamtes zutreffen würde, so müsste die Chefarztbehandlung und das Zweibettzimmer Teil des Leistungskataloges der GKV sein. Beides ist nicht der Fall. – Beide Leistungen werden in der GKV gar nicht geschuldet. Das Bundesversicherungsamt meint im Brief vom 13. März 2007, dass die Chefarztbehandlung und das Zwei-Bett-Zimmer dennoch keine Leistungsausweitung darstellten, weil die „ärztliche Behandlung und Unterbringung Bestandteile der Krankenhausbehandlung“ seien. Diese Begründung verkennt Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Sinn und Zweck des § 53 Abs. 4 SGB V. Es kommt nicht darauf an, ob eine ärztliche Behandlung und die Unterbringung Bestandteile der Krankenhausbehandlung sind. Mit dieser Begründung würde es nämlich überhaupt keine Möglichkeit der Abgrenzung zwischen Wahltarifen und Zusatzversicherungen mehr geben. Alle Leistungen, die ein Patient in Anspruch nimmt, haben irgendetwas mit einer ärztlichen Behandlung oder mit einer Unterbringung im Krankenhaus zu tun. Die Abgrenzung, die das Bundesversicherungsamt vornimmt, verwischt also die Grenzen zwischen Wahltarifen und Zusatzversicherungen und überschreitet damit sowohl den Wortlaut als auch den Sinn und Zweck von § 53 Abs. 4 SGB V. Dem Gesetzgeber ging es nicht darum, die Grenzen zwischen Wahltarifen und Zusatzversicherungen zu durchbrechen, sondern es ging ausschließlich darum, den gesetzlich Versicherten die Möglichkeit zu eröffnen, sich innerhalb des Leistungskatalogs der GKV der Höhe nach wie ein Privatpatient versichern zu können.
8. Unterstellt man einmal, dass die Auffassung des Bundesversicherungsamtes zutreffend sein könnte, so hätte dies fatale Folgen für die private Krankenversicherung. In Zukunft würden nämlich sämtliche Zusatzversicherungen von den Krankenkassen den bei Ihnen Versicherten unmittelbar und direkt angeboten werden. Da bei den gesetzlichen Krankenkassen ca. 90 % der Gesamtbevölkerung versichert sind, die Krankenkassen den Zugang zu den Daten der Versicherten haben und noch dazu ihr „Stammversicherer“ sind, werden die gesetzlichen Krankenkassen die privaten Krankenkassen auf dem Markt für Zusatzversicherungen sofort und vollständig verdrängen. Eine solche Marktverdrängung verstößt gegen den Grundgedanken des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung und ist nach Art. 82 des EG-Vertrages verboten.
9. Zugleich verbietet aber auch das Grundrecht auf Berufsfreiheit (Art. 12 GG) ruinösen Wettbewerb seitens der GKV zulasten der PKV.

10. In gleicher Weise verbietet § 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) die Verdrängung von Wettbewerbern ohne Sachgrund (Marktstörung). Ein solcher Fall der Marktstörung läge hier vor, wenn man der GKV erlauben würde, im Rahmen von § 53 SGB V Zusatzversicherungen anzubieten.
  
11. Sollte das Bundesversicherungsamt bei seiner Meinung bleiben und sollte in Zukunft die deutsche GKV private Krankenversicherungen – nämlich Zusatzversicherungen – ihren Versicherten anbieten, so werden auf diese Weise aus den GKV-Versicherten zugleich auch privat Versicherte. Die Abgrenzung zwischen gesetzlich Versicherten und privat Versicherten wäre damit aufgehoben. Das gesamte System der deutschen GKV stünde damit auf dem Prüfstand des europäischen Rechts, denn Art. 86 EG-Vertrag schreibt vor, dass die gesamten Regeln des Vertrages (Wettbewerbsregeln und Dienstleistungsfreiheit) auf wirtschaftlich tätige Unternehmen anzuwenden sind. Bisher ist der EuGH der Auffassung, dass die deutsche GKV nicht wirtschaftlich, sondern ausschließlich sozial und hoheitlich tätig ist. Diese Auffassung wird nicht mehr zu halten sein, wenn die deutsche GKV allen ihren Versicherten private Zusatzversicherungen so anbietet, wie es die PKV bisher traditionell getan hat. Damit wird die GKV geradezu automatisch zur privaten Krankenversicherung mit allen Folgen, die das europäische Recht für private Krankenversicherer bereithält. Es gilt dann das Beihilfeverbot, es gelten die Grundsätze der Dienstleistungsfreiheit in vollem Umfang – d.h. die Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland ist prinzipiell zulässig. Das gesamte System der deutschen GKV würde auf diese Weise ins Wanken und Rutschen geraten. Diese Rückwirkungen sollte der Gesetzgeber, sollte das Bundesversicherungsamt und sollten die Gerichte in ihre Überlegungen mit einbeziehen, wenn über die Frage nachgedacht wird, wie man zwischen Wahltarifen und Zusatzversicherungen sinnvoll differenziert.

Herzlichst Ihr

Prof. Dr. Hans-Peter Schwintowski