

Vorsitzender
des Vorstandes

VdAK / AEV • 53719 Siegburg

An den Ausschuss für Gesundheit
Frau Lauer
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1

Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Telefon: 0 22 41 / 108 - 0
Telefax: 0 22 41 / 108 - 248
Internet: www.vdak-aev.de

11011 Berlin

18. Juni 2008

**Stellungnahme des VdAK/AEV zum Antrag der Fraktion der FDP
"GKV-eigene Tarife durch Kooperation von GKV und PKV beim Wahltarif zur
Kostenerstattung ersetzen" (Bundestags-Drucksache 16/6794 vom 24.10.2007)**

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,
sehr geehrte Damen und Herren,

der VdAK/AEV nimmt zum o. a. Anhörungssachverhalt wie folgt Stellung:

- Der Antrag der FDP-Bundestagsfraktion, den § 53 Abs. 4 SGB V zu streichen, wird abgelehnt. Am Kostenerstattungs-Wahltarif soll festgehalten werden.
- Trotz aller ordnungspolitischer Bedenken zwingt das Nebeneinander von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankheitsvollversicherung die gesetzlichen Krankenkassen zu Maßnahmen, die freiwillig versicherten Mitglieder mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze zu halten. Die positiven Deckungsbeiträge dieser Mitglieder stärken im Ergebnis die Solidarität in der GKV.
- Der Kostenerstattungs-Tarif kann hierzu ein geeignetes Wettbewerbsinstrument für die gesetzlichen Krankenkassen sein. Er kann darüber hinaus gezielt zur Flexibilisierung der Versorgung eingesetzt werden. Diese Möglichkeit sollte erhalten bleiben.
- Die Krankenversicherung braucht eine gleiche aufsichts- und genehmigungsbehördliche Praxis zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen. Die sich andeutenden Verwerfungen aufgrund unterschiedlicher aufsichtsrechtlicher Praxis auf Länderebene bzw. auf der Bundesebene im Zusammenhang mit Kostenerstattungstarifen sind zu beseitigen.

...

Wahltarife im Allgemeinen:

Seit dem 1. April 2007 können gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten Wahltarife auf der Grundlage von § 53 SGB V anbieten. Die konkreten Ausgestaltungen der Tarife sind in den Satzungen der Krankenkassen zu regeln.

Folgende Tarifarten können angeboten werden:

- Selbstbehalttarif (§ 53 Abs. 1 SGB V)
- Tarif zur Beitragssatzrückerstattung bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen (§ 53 Abs. 2 SGB V)
- Kostenerstattungstarif (§ 53 Abs. 4 SGB V)
- Tarif zur Erstattung von Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen (§ 53 Abs. 5 SGB V)

Daneben muss jede gesetzliche Krankenkasse einen Tarif zur Honorierung der Teilnahme an besonderen Versorgungsformen anbieten (§ 53 Abs. 3 SGB V).

Die Wahltarife sind an eine Reihe von Bedingungen geknüpft:

- Wenn sich ein Versicherter in den Wahltarif einer Kasse einschreibt, ist er für mindestens 3 Jahre an den Tarif gebunden (vgl. § 53 Abs. 8 SGB V).
- Die Krankenkassen müssen die Tarife so kalkulieren, dass sie sich jeweils selbst tragen. Eine Quersubventionierung aus dem allgemeinen Haushalt oder mehrerer Wahltarife untereinander ist untersagt. Das BVA hat angekündigt, diese Vorgaben streng zu überprüfen (vgl. § 53 Abs. 9 SGB V).

Alle Wahltarife sind genehmigungspflichtig. Bundesunmittelbare Kassen haben der zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Bundesversicherungsamt (BVA), einmal im Jahr einen schriftlichen Bericht über die Finanzierung der Aufwendungen vorzulegen. Bei Wahlтарифen mit bis zu 30 Teilnehmern entfällt die Berichtspflicht. Landesunmittelbare Krankenkassen unterliegen der Länderaufsicht, die auch die Genehmigungen für Wahltarife für diese Krankenkassen erteilt.

Kostenerstattungs-Wahlтариф nach § 53 Abs. 4 SGB V

Der Gesetzgeber hatte in § 53 Abs. 4 SGB V den gesetzlichen Krankenkassen ausdrücklich die Möglichkeit eingeräumt, für ihre Mitglieder und deren nach § 10 SGB V mitversicherten Familienangehörigen Tarife für die Kostenerstattung einzuräumen. Dabei kann die Höhe der Kostenerstattung variieren. Es sind spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorgesehen, wenn durch den Tarif Mehrkosten entstehen. Die gesetzlichen Krankenkassen haben dabei folgendes zu beachten:

- Entstehende Mehrkosten sind aus dem Tarif heraus zu finanzieren. Eine Quersubventionierung aus Mitteln der allgemeinen Krankenversicherung ist auszuschließen.
- Die bezahlten Leistungen aus dem Tarif sind auf die Gesamtvergütung anzurechnen.

Da der Kostenerstattungstarif i. d. R. nur für ausgewählte Gruppen von Versicherten interessant ist, wird er nahezu ausschließlich selektiv angeboten. Aktuell werden Kostenerstattungstarife von vier regionalen Krankenkassen (zwei AOKen, zwei BKKen) und 13 bundesunmittelbaren Krankenkassen angeboten, darunter zwei Ersatzkassen.

- *BARMER: K100* - Erstattung der Rechnungen für ambulante Behandlungen in Höhe der Vertragssätze. Der Tarif kann nicht mit einer Beitragsrückerstattung oder einem Selbstbehalt kombiniert werden. Die Absicherung erfolgt über ein internes Controlling-Verfahren.
- *Techniker Krankenkasse: TK-Privat-Praxis* - Erstattung der Kosten für ärztliche Behandlung in Höhe von 90 Prozent. Der verbleibende Eigenanteil ist auf max. 400 EUR im Jahr begrenzt. Erstattet werden können nur Leistungen im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs bis zum 2,3-fachen, mit Begründung max. 3,5-fachen, Satz des einfachen Gebührensatzes der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ). Der Tarif kann nicht mit einer Beitragsrückerstattung oder einem Selbstbehalt kombiniert werden. Die Absicherung erfolgt über ein internes Controlling-Verfahren.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Gesetzgeber sehen in der Tarifmöglichkeit des Kostenerstattungs-Tarifs eine gewünschte und notwendige Stärkung der GKV-Position gegenüber der privaten Krankenversicherung. Auch den Sonderweg, den die AOK-Rheinland/Hamburg gewählt hat, indem im Rahmen eines Kostenerstattungs-Tarifs die bislang allein von der PKV - zum Teil im Rahmen von Kooperationen mit gesetzlichen Krankenkassen - angebotenen Wahlleistungen "Chefarztbehandlung" und "Unterbringung im Ein- oder Zweibett-Zimmer" angeboten werden, haben BMG und BVA bislang als eine höher vergütete Variante der klassischen GKV-Leistung "Krankenhausbehandlung" bewertet. Kürzlich verweigerte jedoch das BVA als zuständige Genehmigungsbehörde der Techniker Krankenkasse die Genehmigung des Tarifs "TK-Privat Klinik & Mehr (u. a. Ein- und Zwei-Bett-Zimmer). Durch die unterschiedliche Genehmigungspraxis der Genehmigungsbehörden auf Bundes- und Landesebene entstehen unakzeptable Wettbewerbsverzerrungen.

Bewertung der Wahltarife

Durch die Einführung der neuen Wahltarife wurden erstmals PKV-Elemente in die GKV implementiert. Kritiker weisen auf entsolidarisierende Folgewirkungen hin, da davon ausgegangen werden muss, dass die Tarife von den Versicherten dann nachgefragt werden, wenn sie individuelle finanzielle Vorteile erwarten. Durch das solchermaßen systematische Abschmelzen positiver Deckungsbeiträge i. d. R. gesunder Mitglieder würden der GKV tendenziell Finanzmittel entzogen. Dies sei ordnungspolitisch fragwürdig.

Da die gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb zueinander stehen, kann es sich allein aus vertrieblicher Sicht keine Krankenkasse leisten, Wahltarife nicht anzubieten. Andernfalls läuft sie Gefahr, gute Risiken mit positiven Deckungsbeiträgen zu verlieren.

Wahltarife stärken die Wettbewerbsposition gegenüber der PKV. Vornehmlich Krankenkassen mit einem hohen Anteil an freiwillig Versicherten versuchen über ein entsprechendes Wahltarif-Angebot, ihre Kunden zu binden. Diese Versicherten tragen mit ihren i. d. R. positiven Deckungsbeiträgen maßgeblich zur Solidarität in der GKV bei.

Insbesondere der Kostenerstattungs-Wahltarif stärkt grundsätzlich die Wettbewerbsposition gegenüber der PKV. Gesetzlich Versicherte können auf eigenen Wunsch mögliche Vorteile in der ärztlichen Praxis ausschöpfen, ohne die Sicherheit und

die Vorteile der GKV-Gemeinschaft aufzugeben. Aus dieser Sicht ist der Kostenerstattungs-Wahltarif als Beitrag zur Solidarität in der GKV zu bewerten und damit zu erhalten. Anders verhielte es sich, würde es die Möglichkeit der privaten Vollversicherung für Versicherte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nicht geben.

Der Kostenerstattungs-Wahltarif muss auch vor dem Hintergrund der konkreten Ausgestaltung des Sozialrechts gesehen werden. Anders als die Kostenerstattung unter den Rahmenbedingungen des § 13 Abs. 2 SGB V ("Kostenerstattung"), die maßgeblich die Gefahr birgt, das Sachleistungsprinzip zu verdrängen und die Patientinnen und Patienten weitgehend schutzlos Gewinnmaximierungsinteressen von Leistungserbringern in der gesundheitlichen Versorgung auszusetzen, ermöglicht der Kostenerstattungstarif nach § 53 Abs. 4 SGB V die gezielte Anpassung an den privat(zahn)ärztlichen Vergütungsrahmen und relativiert so die finanziellen Risiken für die Versicherten. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass der Versicherte den Kostenerstattungstarif nach drei Jahren auf seinen Wunsch wieder verlassen kann.

Nicht akzeptabel ist, aufgrund unterschiedlicher behördlicher Praxis in punkto Kostenerstattungs-Tarif Wettbewerbsverwerfungen zu schaffen. Tarife, die auf der Länderebene aufsichtsbehördlich genehmigt werden, müssen zwingend auch bundesunmittelbaren Krankenkassen ermöglicht werden. Die Aufsichtspraxis ist in diesem Punkt anzugleichen unter der Maßgabe, den Kostenerstattungstarif zu erhalten.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Thomas Ballast