

Ein weiterer Schritt zur Aufhebung der Grenzen zwischen GKV und PKV

Am 1. April 2007 trat die Gesundheitsreform in Kraft. Gesetzliche Krankenkassen können seitdem Wahltarife anbieten. Sie rüsten sich bereits für den Wettbewerb um die Versicherten.

von TIM ARENZ

Erklärtes Ziel der großen Koalition ist es, die Lohnnebenkosten zu senken, um damit Arbeit in Deutschland wieder preiswerter zu machen. Die in den letzten Jahren gestiegenen Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) stehen diesem Ziel im Wege. Neben anderen Maßnahmen, wie zum Beispiel einer stärkeren Gewichtung des Arbeitnehmeranteils, versucht der Gesetzgeber, Wettbewerbselemente in die GKV einzuführen. Zu diesen Maßnahmen zählt im Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Möglichkeit der GKV, ihren Mitgliedern Wahltarife anzubieten. Dabei differenziert der Gesetzgeber zwischen Pflichtangeboten und freiwilligen Angeboten der Kassen.

1. KASSEN-PFLICHTANGEBOTE

- ▶ **Hausarzttarife:** Bei einem Hausarzttarif verpflichtet sich der Patient, bei allen Erkrankungen zu einem bestimmten Hausarzt zu gehen. Falls notwendig überweist dieser ihn dann an Fachärzte oder an ein Krankenhaus.
- ▶ **Disease-Management-Programme (DMP):** DMP sind Angebote für chronisch kranke Patienten. Diese nehmen an einem bestimmten Behandlungs- und Vorsorgeprogramm teil, welches wissenschaftlich erarbeitet wurde. Im Gegenzug gibt es eine Prämie für den Versicherten.
- ▶ **Integrierte Versorgung:** Im Rahmen der Integrierten Versorgung arbeiten Hausärzte eng mit Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen zusammen und teilen sich

somit ein gemeinsames Budget. So sollen Doppeluntersuchungen vermieden und die Behandlungsmethoden optimal aufeinander abgestimmt werden.

Die Versicherten erhalten von den Kassen in der Regel Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen. Alle gesetzlich Versicherten können diese Tarife wählen, unabhängig davon, ob der Versicherte die Krankenkassenbeiträge selber zahlen kann oder Bezieher von ALG I oder II ist.

2. FREIWILLIGE KASSEN-ANGEBOTE

- ▶ **Tarife mit Selbstbehalt (§ 53 Abs. 1 SGB V):** Selbstbehalttarife sind dadurch gekennzeichnet, dass Versicherte ihre Beiträge senken, indem sie mit ihrem Versicherer eine bestimmte Eigenbeteiligung pro Jahr vereinbaren.
- ▶ **Rückerstattungstarife (§ 53 Abs. 2 SGB V):** Bei Rückerstattungstarifen bekommen Versicherte am Ende eines Jahres Geld zurück, wenn sie keine Leistungen in Anspruch genommen haben.
- ▶ **Kostenerstattungstarife (§ 53 Abs. 4 SGB V):** Bei Kostenerstattungstarifen wird der Patient zum Selbstzahler. Der Versicherte zahlt beim Arzt selbst und rechnet mit seiner Krankenkasse ab.

Bei den freiwilligen Angeboten der Kassen beträgt die Mindestbindungsfrist für Versicherte drei Jahre. Versicherte, die ihre Beiträge nicht selbst zahlen, wie Bezieher von ALG I oder II, können diese Tarife nicht wählen.

Vor allem bei den freiwilligen Angeboten der Kassen werden Überschneidungen mit den Angeboten der PKV deutlich. Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen sind typische Elemente einer privatrechtlichen Versicherung. Solche Möglichkeiten waren bei der GKV gerade nicht gegeben.

Für die GKV bietet sich nun endlich die Möglichkeit, auch Tarife anbieten zu können, die durch die Kostenerstattung gekenn-

Ein weiterer Schritt zur Aufhebung der Grenzen zwischen GKV und PKV



Sparen durch Wettbewerb: Von den neuen Wahlтарifen können auch die Versicherten profitieren.

zeichnet sind. Die Tarife mit Selbstbehalt und Rückerstattungstarife können ebenfalls auf der Grundlage der Kostenerstattung ausgestaltet werden. Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfolgt dann auf der Grundlage der GOÄ. Dies bringt für alle Beteiligten erhebliche Vorteile mit sich. Der Patient hat den Vorteil, eine transparente Rechnung durch den Arzt zu erhalten. Er wird vergleichbar der privatärztlichen Behandlung versorgt. Gleichzeitig werden die leistungserbringenden Ärzte endlich ohne die Zwänge eines Budgets für ihre tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet und die GKV weiß, was mit den durch sie verwalteten Versicherungsgeldern geschieht, da sie unmittelbar in den Vergütungsprozess eingebunden ist.

Für den Gesetzgeber stehen augenscheinlich zwei Ziele im Vordergrund. Zum einen soll die GKV für die Gruppe der freiwillig Versicherten attraktiver werden. Die als „gute Risiken“ geltenden freiwillig Versicherten sind gleichzeitig der typische Markt für die privaten Krankenversicherungen (PKV). Entsprechend wehrt sich die PKV vehement gegen diese neuen Tarife. Zum anderen soll natürlich die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen mittels Selbstbehalt, Beitragsrückerstattungen beeinflusst werden.

Für den einzelnen Versicherungsnehmer sind

derzeit sicherlich noch viele Fragen offen. Es entsteht ein neuer Markt. Die GKV war es bislang nicht gewohnt, derartige Tarife zu kalkulieren.

Jeder Tarif muss einer Plausibilitätsprüfung durch das Bundesversicherungssamt unterzogen werden. Erst nach Vorliegen der Genehmigung darf ein Wahlтарif angeboten werden. Mancher Versicherer hat es wegen der Kürze der Zeit seit Verabschiedung der Gesundheitsreform noch nicht geschafft, neue Tarife auszuarbeiten. Experten warnen jedoch davor, die Kasse nun überstürzt zu wechseln, weil anderswo vielversprechende neue Tarife locken. Es wird vielmehr geraten, den Markt genau zu studieren, da für eine detaillierte Untersuchung

und Bewertung noch keine Zeit war. Der Gesundheitsökonom Jürgen Warsem von der Universität Essen/Duisburg rechnet jedoch mit einem Erfolg der Tarife. Er hat die Situation in den Niederlanden analysiert, wo es seit einem Jahr Wahlтарife gibt. Dort haben sich 46 Prozent der Versicherten für einen Wahlтарif entschieden.

Abschließend sei noch auf einen europarechtlichen Aspekt verwiesen. Bislang hat der europäische Gerichtshof (EUGH) die Unterneh-

Es entsteht ein neuer Markt – die GKV war es bislang nicht gewohnt, derartige Tarife zu kalkulieren.

mereigenschaft der GKV verneint, wenn diese nach dem Grundsatz der nationalen Gesamtsolidarität ohne Gewinnzweck arbeitet. Ein solidarisches System wird bejaht, wenn eine Pflichtmitgliedschaft vorliegt, die Beiträge einkommensabhängig erhoben und besonders schutzwürdige Gruppen von der Beitragspflicht ausgenommen werden.

Es wird spannend zu beobachten sein, ob der EUGH diese Kriterien immer noch als erfüllt ansehen wird, da bei den Wahlleistungstarifen die oben aufgeführten Kriterien zum großen Teil nicht mehr erfüllt sein dürften. Dies könnte Folgen haben für Privilegien der GKV, wie zum Beispiel deren Steuerbefreiung. ■

AUTOR



Tim Arenz

ist Leiter der Rechtsabteilung der PVS Rhein-Ruhr/Berlin-Brandenburg.

✉ t.arenz@pvs-verband.de