

Variable Kostenerstattungstarife nach § 53 Abs. 4 SGB V - Risiken für Krankenkassen

Analyse

0. Executive Summary

Die mit der Gesundheitsreform den gesetzlichen Krankenkassen ermöglichten Wahltarife nach § 53 Abs. 4 SGB V (variable Kostenerstattung) konkurrieren mit entsprechenden Angeboten der PKV.

Die unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen von GKV und PKV führen voraussichtlich dazu, dass sich in den Wahltarifen der GKV finanziell schlechte bis sehr schlechte Risiken sammeln. Entsprechenden Wahltarifen drohen hohe Defizite mit einer daraus folgenden Belastung der Beitragssätze der Krankenkasse.

Haftungsausschluss:

Soweit im Folgenden Aussagen zu rechtlichen Gegebenheiten und deren wirtschaftlichen Folgen getroffen werden, geben diese lediglich die Meinung des Verfassers wieder. Aufgrund der noch weitestgehend im Markt fehlenden praktischen Erfahrungen über die Wirkungen von Wahltarifen in der GKV kann eine Haftung für den Inhalt ausdrücklich nicht übernommen werden.

1. Einleitung

Mit der Gesundheitsreform wird den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, vielfältige Wahltarife für ihre Mitglieder zu entwickeln. § 53 Abs. 4 SGB V gibt den Kassen die Chance, variable Kostenerstattungstarife anzubieten, bei denen gegen eine Prämienzahlung ein höheres Kostenerstattungsniveau erreicht werden kann als von der GKV normalerweise übernommen wird.

Ziel dieser neuen Möglichkeit ist laut der Begründung des Gesetzentwurfs, die Wettbewerbsposition der gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der privaten Krankenversicherung zu stärken.

Bei diesen Tarifen stehen die Krankenkassen im Wettbewerb mit Unternehmen der PKV, die ebenfalls Zusatzversicherungen anbieten. Die völlig unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für GKV und PKV haben Auswirkungen darauf, welche Mitglieder sich für einen derartigen Wahltarif bei einer Krankenkasse entscheiden.

2. Unterschiede GKV und PKV und ihre Konsequenzen für die Tarifikalkulation

2.1 Alterungsrückstellungen

Die PKV berücksichtigt in ihren Tarifen Alterungsrückstellungen. Im Grunde besteht hier eine Kopplung aus Krankenversicherung und Sparvertrag: In jungen Jahren enthält die Prämie neben dem Anteil für die Abdeckung des aktuellen Krankheitsrisikos auch anteilige Rücklagen für das Alter. Deren Auflösung reduziert später dann die Prämienhöhe, die sonst durch die altersbedingt höheren Aufwendungen deutlich höher ausfallen müsste.

Die GKV kennt dieses Prinzip nicht, dort sind laufende Einnahmen gleich den Ausgaben. Durch diesen Effekt allein könnte der GKV-Wahltarif günstiger sein als eine Zusatzversicherung bei der PKV.

2.2 Gewinnzuschlag

Unternehmen der PKV verfolgen i.d.R. eine Gewinnerzielungsabsicht und kalkulieren ihre Prämien so, dass sie eine positive Rendite mit der Versicherung erzielen. Für die GKV-Kassen ist das Ziel ein ausgeglichenes Ergebnis, was ihnen hier einen Kalkulationsvorteil bietet.

Die beiden o.g. Unterschiede würden einen Wettbewerbsvorteil für die GKV gegenüber der PKV bedeuten. Jedoch wird dieser Vorteil mehr als aufgewogen durch zahlreiche, z.T. äußerst schwerwiegende Nachteile im Wettbewerb:

2.3 Altersbezogene Tarife

In der PKV sind die Tarife risikoabhängig kalkuliert, was aufgrund der mit dem Alter ansteigenden Leistungsausgaben auch eine altersabhängige Tarifgestaltung bedeutet. Und ab einem bestimmten Alter wird ein Neuabschluss gar nicht mehr möglich sein.

In der GKV hingegen werden im Prinzip altersunabhängige Prämien verwendet. Damit besteht ein Anreiz für ältere Versicherte, in der GKV eine Zusatzversicherung zu schließen und für jüngere in der PKV. Wenn sich jedoch nur noch die Älteren in dem GKV-Tarif zusätzlich versichern, stimmt eine evtl. Durchschnittskalkulation des Tarifs nicht mehr, die auf Basis von allen Altersgruppen erstellt wurde.

2.4 Risikoprüfung

Mit der obligatorischen Risikoprüfung vor dem Abschluss eines Versicherungsvertrags kann die PKV besonders schlechte Risiken entweder vollständig vermeiden (Ablehnen des Antrags, Vereinbarung von Leistungsausschlüssen) oder für diese Risiken entsprechende Zusatzprämien vereinbaren. Der GKV fehlt diese Möglichkeit. Damit werden voraussichtlich die schlechten Risiken eher zur GKV tendieren und die guten zur PKV. Wenn die Krankenkasse diesen Effekt antizipiert durch eine für alle Versicherten in diesem Wahltarif höhere Prämie, werden weitere Versicherte, die vorher zum Abschluss

bei der GKV tendiert hätten, eine Zusatzversicherung der PKV bevorzugen. Damit verschlechtert sich das Risikoprofil im Tarif der GKV noch weiter.

2.5 Ausschluss bestehender Erkrankungen

Der in seinen Konsequenzen problematischte Unterschied zwischen GKV und PKV liegt im Umgang mit Versicherten, die mit bestehenden Erkrankungen in den Tarif eintreten. Im Gegensatz zur Risikoprüfung geht es hierbei nicht um Vorerkrankungen, die möglicherweise das zukünftige Krankheitsrisiko beeinflussen, sondern um aktuell behandlungsbedürftige Krankheiten.

In der PKV sind bereits behandlungsbedürftige Erkrankungen i.d.R. von der Leistungspflicht der Kasse ausgeschlossen. In der GKV gibt es einen derartigen Leistungsausschluss jedoch nicht. Das ist im Bereich der Pflichtversicherung auch kein größeres Problem, da jeder Versicherungspflichtige sich für eine gesetzliche Krankenkasse entscheiden muss und die Kosten für bereits bei Versicherungsbeginn bestehenden Erkrankungen auf die Solidargemeinschaft verteilt werden.

In einer freiwilligen Zusatzversicherung durch die GKV ist die Situation jedoch völlig anders. Den größten Anreiz für einen Tarif mit erhöhter Kostenerstattung (z.B. auf das 2,3 fache der GOÄ) haben diejenigen Mitglieder, die aktuell eine schwere und in der Behandlung voraussichtlich langwierige Erkrankung haben. Wenn man einen Großteil der Zeit in Arztpraxen verbringt, ist aufgrund der Tendenzen zur Zweiklassenmedizin das Erreichen des Status als Privatversicherter beim niedergelassenen Arzt relativ wertvoll. Geringere Wartezeiten auf die Terminvergabe, geringere Wartezeiten beim Arzt, etc., sind besonders interessant, wenn man häufig zu vielen verschiedenen Ärzten gehen muss.

Ein derartiger Tarif wird also beispielsweise als Versicherte anziehen:

- Patienten mit einer Krebserkrankung
- Patienten mit bisher therapieresistenten Rückenproblemen
- Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen

Voraussichtlich wird sich in diesen Patientengruppen (z.B. über Selbsthilfegruppen) relativ bald herumsprechen, welche Vorteile mit solchen Tarifen verbunden sind. Auch von

Seiten von Ärzten sind entsprechende Empfehlungen zum Wechseln in einen derartigen Tarif wahrscheinlich, zumal der jeweils behandelnde Arzt selbst finanziell davon profitieren würde.

Die dreijährige Bindungsfrist ermöglicht hier interessante Strategien für die Versicherten. Bei Krankheitseintritt (z.B. Diagnose einer Krebserkrankung) wird ein Tarif z.B. mit Kostenerstattung nach 2,3facher GOÄ für ambulante Leistungen gewählt. Dieser Tarif wird solange beibehalten, wie die Erkrankung und damit die verstärkte Leistungsanspruchnahme fort dauert (mindestens jedoch 3 Jahre). Danach erfolgt der Wechsel zurück in einen normalen Tarif der gesetzlichen Krankenkasse. Und wenn beispielsweise später ein Tumor-Rezidiv auftritt, kann man wieder in den Tarif mit erhöhter Kostenerstattung wechseln.

Ein Tarif, der derartige Strategien ermöglicht, ist keine Versicherung mehr. Ein Wesensmerkmal einer Versicherung ist die Ungewissheit über den Eintritt eines Schadensfalls. Ein Tarif, den man erst nach Eintritt des Schadensfalls wählt und innerhalb relativ kurzer Zeit nach Beendigung des Schadensfalls wieder verlassen kann, ist nicht kalkulierbar.

Bereits nach den vorher aufgeführten Unterschieden war eine erfolgreiche Tarifikalkulation variabler Kostenerstattungstarife in der GKV unwahrscheinlich. Die Möglichkeit, erst nach Krankheitseintritt ohne Wartezeit in einen derartigen Wahltarif zu wechseln, macht ihn zu einem vollkommen unkalkulierbaren finanziellen Risiko für die Kasse.

Auch mit höheren Prämien ist dieses Problem nicht zu lösen. Je höher die von der Kasse verlangten Prämien werden, desto mehr potentielle Versicherte entscheiden sich eher für eine Zusatzversicherung der PKV oder verzichten ganz auf die Höherversicherung. Höhere Prämien führen damit zu einer weiteren Verschlechterung des Versichertenkollektivs und so auch zu höheren Ausgaben. Die Verknüpfung eines derartigen Tarifs mit Selbstbehalten behebt dieses Problem ebenso wenig.

3. Ergebnis

Eine kostendeckende Kalkulation von Tarifen nach § 53 Abs. 4 SGB V (neu) scheint für die gesetzliche Krankenversicherung kaum möglich. Derartige Tarife drohen, in relativ kurzer Zeit hohe Verluste für die Krankenkasse zu verursachen und damit auch gegen die Vorgaben aus § 53 Abs. 9 SGB V (neu) zu verstoßen.

In der Konsequenz werden die Kosten für die Mehrleistungen aus diesem Tarif dann getragen von den allgemeinen Beitragszahlern. Dies führt zu weiter steigenden Beitragssätzen der Krankenkasse und damit einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition zu anderen Kassen.

Daher werden in der Praxis diese Tarife voraussichtlich keine Bedeutung haben. Krankenkassen werden stattdessen vermutlich Kooperationslösungen mit PKV-Unternehmen suchen oder ausbauen und ihren Mitgliedern die Vermittlung entsprechender PKV-Zusatzversicherungen anbieten.

März 2007

Dipl. Kaufmann Arndt Regorz