

Lernskript

Bildungsmaßnahme GKV-WSG

Die Umsetzung des GKV-WSG im Bereich der PKV

Lernskript: Die Umsetzung des GKV-WSG im Bereich der PKV

ISBN 3-89872-142-6

© inside Verlag für neue Medien GmbH

Auf der Hülz 190
52068 Aachen
Tel.: 0241-18292-0

Texte und Tabellen wurden mit größter Sorgfalt erstellt. Der Verlag kann für eventuell verbliebene fehlerhafte Angaben und deren Folgen weder eine juristische Verantwortung noch irgendeine Haftung übernehmen. Die vorliegende Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte vorbehalten.

Kein Teil des Lernskripts darf ohne schriftliche Genehmigung des Verlags in irgendeiner Form durch Fotokopie, Mikrofilm oder andere Verfahren reproduziert oder in eine für Maschinen, insbesondere Datenverarbeitungsanlagen, verwendbare Sprache übertragen werden. Auch die Rechte der Wiedergabe durch Vortrag, Funk und Fernsehen sind vorbehalten.

1. Auflage 2008 (Stand: August 2008)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Überblick	6
1.1 Einführung	7
1.2 Die gegenwärtige Struktur der Krankenversicherung	8
1.3 Probleme des Gesundheitswesens	13
1.4 Reformen des Gesundheitswesens	22
2 Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV	28
2.1 Ziele des GKV-WSG	29
2.1.1 Versicherungsschutz für jeden Bürger	29
2.1.2 Wirtschaftlichkeit	30
2.1.3 Stärkung des Wettbewerbs	30
2.1.4 Finanzreform	31
2.2 Grundzüge der Reform der GKV	31
2.2.1 Krankenversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger	31
2.2.2 Strukturreformen	34
3 Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die PKV	45
3.1 Reform der PKV in Grundzügen	46
3.2 Weitere Gesetze mit Auswirkungen auf die PKV	47
3.2.1 Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvermittlerrechts	48
3.2.2 Gesetz zur Neuregelung des Versicherungsvertragsrechts	48
4 Versicherungspflicht in der PKV	51
4.1 Die Versicherungspflicht nach §193 Abs. 3 VVG-2009	52
4.1.1 Versicherungsfähiger Personenkreis	52
4.1.2 Mindestanforderungen an die Krankenversicherung	53
4.2 Sanktionen bei Verstoß gegen die Versicherungspflicht (§193 Abs. 4 VVG-2009)	55
5 Der private Krankenversicherungsvertrag	60
5.1 Vertragstypische Leistungen (§§192, 199 VVG)	61
5.1.1 Krankheitskostenversicherung	61
5.1.2 Krankenhaustagegeldversicherung	63
5.1.3 Krankentagegeldversicherung	63
5.1.4 Pflegekrankenversicherung	64
5.1.5 Direktanspruch des Leistungserbringers im Basistarif	65
5.2 Anzuwendende Vorschriften (§194 VVG)	67
5.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	67
5.2.2 Zahlungsverzug bei der Folgeprämie	68
5.2.3 Übergang von Ersatzansprüchen	70
5.2.4 Versicherte für fremde Rechnung	70

Inhaltsverzeichnis

	Seite
5.3	Die Beendigung einer Krankenversicherung (§§ 205-207 VVG) 70
6	Portabilität Altersrückstellung 75
6.1	Prämienkalkulation, Aufgabe und Kalkulation der Alterungsrückstellungen (§§203 Abs. 1 VVG, 12 VAG, KalV) 76
6.1.1	Aufbau der Krankenversicherungsprämie 76
6.1.2	Anwartschaftsverfahren 80
6.2	Portabilität der Alterungsrückstellungen beim Tarif- und beim Versichererwechsel (§204 VVG) 84
7	Basistarif 89
7.1	Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit zum Basistarif 90
7.2	Leistungen des Basistarifs 92
7.3	Risikoausgleich des Basistarifs (§12g VAG) 100
8	Zahlungsverzug 105
8.1	Zahlungsverzug in der PKV (§193 Abs. 6 VVG-2009) 106
9	Beratungspflichten in der PKV 110
9.1	Anlassbezogene, vorvertragliche Frage-, Beratungs- und Dokumentationspflichten (§§6, 60, 61 VVG) 111
9.2	Anlassbezogene Frage- und Beratungspflichten während der Vertragslaufzeit (§6 Abs. 4 VVG) 116
10	Informationspflichten in der PKV 120
10.1	Informationspflichten in der PKV (§7 VVG, VVG-InfoV) 121
Lösungen: Fragen zur Wiederholung Kapitel 1-10 128	
Schlagwortregister 142	

Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

■ Häusliche Krankenpflege

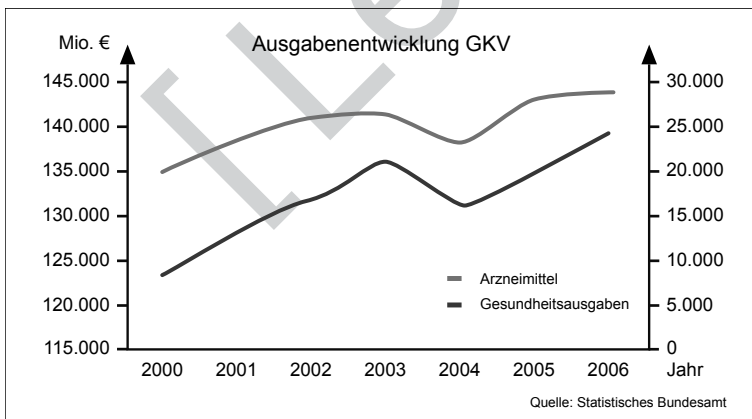
„Versicherte erhalten in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird“ (§37 Abs. 1 SGB V). Neu ist vor allem der Rechtsanspruch auf die häusliche Krankenpflege. Ziel ist auch hier, möglichst (teure) stationäre Behandlungen zu vermeiden und Hilfebedürftigen das Verbleiben in der eigenen Wohnung oder in neuen, seniorengerechten Wohnformen zu ermöglichen.

■ Impfungen und Kuren

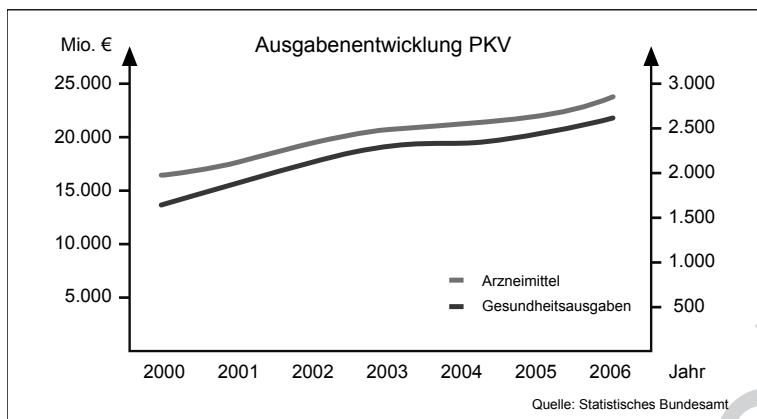
Zur Vorbeugung gegen spätere, kostenaufwendige Behandlungen sind Impfungen sinnvoll, auf die nun ein Rechtsanspruch besteht (§20d SGB V). Auch spezielle Kuren für Eltern sind von den Krankenkassen zu übernehmen (§§24, 41 SGB V).

Ebenfalls im Fokus des GKV-WSG steht die Arzneimittelversorgung. Die Kosten für Arzneimittel stellen einen bedeutsamen Teil der Gesamtkosten des Gesundheitswesens dar, wie die nachfolgenden Übersichten sowohl für die GKV als auch für die PKV zeigen:

Ziel: Kostensenkung bei Arzneimitteln



Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV



Eingeführt wurden deshalb mit dem GKV-WSG:

- **Kosten-Nutzen-Bewertung** für Arzneimittel, bisher gab es nur eine Nutzen-Bewertung. Als Folge der Bewertung „setzt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen einen Höchstbetrag fest, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten tragen“ (§31 Abs. 2a SGB V).
- **Ärztliche Zweitmeinung:** Bei „Spezialpräparaten mit hohen Jahrestherapiekosten oder mit erheblichem Risikopotenzial, bei denen auf Grund ihrer besonderen Wirkungsweise zur Verbesserung der Qualität ihrer Anwendung, insbesondere hinsichtlich der Patientensicherheit sowie des Therapieerfolgs besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, die über das Übliche hinausgehen (besondere Arzneimittel)“ ist vor der Verschreibung eine Zweitmeinung durch „Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie“ einzuholen, die hierfür von den Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt werden (§73d SGB V).
- Die Möglichkeit zum Abschluss von **Rabattverträgen** und entsprechende Ausschreibungen wurden erweitert (§127 SGB V).

Das bedeutet auch, dass stärker noch als bisher abgewogen wird, welche Leistungen ein Kassenpatient überhaupt erhalten darf. Vor allem die Kosten-Nutzen-Bewertung ist deshalb durchaus umstritten.

Bereits seit 2000 wurde die Integrierte Versorgung und seit 2002 Disease Management-Programme (DMP) in der GKV eingeführt. Diese dienen in erster Linie zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichzeitiger Kostensenkung, im Fall der DMP vor allem für chronisch Kranke. Das GKV-WSG sieht weitere Regelungen zur Förderung der Integrierten Versorgung und der DMP vor.



Integrierte Versorgung
und Disease Management
Programme (DMP)

Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

Die hausarztzentrierte Versorgung oder kurz das Hausarztprinzip muss nun verpflichtend von den Krankenkassen angeboten werden (§73b SGB V). Dabei hat der Versicherte in der Regel zunächst den Hausarzt aufzusuchen, der entscheidet, ob ein Facharzt auf Überweisung hinzugezogen werden muss. Ziel ist es, einerseits Facharztkosten zu sparen, andererseits aber auch unnötige Doppeluntersuchungen und Behandlungsfehler zu vermeiden, indem der **Hausarzt als Lotse im Gesundheitswesen** agiert und alle notwendigen Daten und Diagnosen sammelt. Die Teilnahme am Hausarztprogramm ist für Versicherte allerdings freiwillig. Sie können sich für einen entsprechenden Wahltarif entscheiden.

Verpflichtendes Angebot
des Hausarztprinzips

Die **Wahltarife** stellen einen weiteren zentralen Punkt des GKV-WSG dar, durch den mehr Wettbewerb in das GKV-System gelangen soll. Insbesondere dienen Wahltarife aber auch dem Ziel, die Versicherten zu Kosteneinsparungen anzureizen. Die Möglichkeiten für die Krankenkassen zum Angebot solcher Wahltarife werden deutlich ausgeweitet.



Angeboten werden können:

- **Selbstbehaltstarife (§53 Abs. 1 SGB V)**
Es wird ein Selbstbehalt des Versicherten vereinbart, bei dem sich der Versicherte an den Kosten beteiligt. Im Gegenzug zahlt die Krankenkasse eine Prämie von maximal einem Monatsbeitrag.
- **Prämie für Nichtinanspruchnahme von Leistungen (§53 Abs. 2 SGB V)**
Ähnlich der Beitragsrückerstattung in der PKV kann vereinbart werden, dass der Versicherte eine Prämie von maximal einem Monatsbeitrag erhält, wenn er im Kalenderjahr keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen hat.
- **Wahltarife für besondere Versorgungsformen (§53 Abs. 3 SGB V)**
Die Kassen können solche Tarife anbieten, bei denen der Versicherte eine Prämie oder eine Zuzahlungsbefreiung erhält, wenn er an einer besonderen Versorgungsform teilnimmt. Dazu zählen die hausarztzentrierte Versorgung, Modellvorhaben, Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMP und die integrierte Versorgung.
- **Kostenerstattung (§53 Abs. 4 SGB V)**
Bislang gab es nur für freiwillig Versicherte die Möglichkeit, statt dem Sachleistungs- das Kostenerstattungsprinzip zu wählen, um gegenüber dem Arzt oder Krankenhaus wie ein Privatpatient auftreten zu können. Die Höhe der Kostenerstattung kann variiert und dafür Prämienzahlungen vereinbart werden.
- **Besondere Therapieformen (§53 Abs. 5 SGB V)**
Gegen Prämienzahlung kann die Krankenkasse besondere Therapieformen wie Psychotherapie, Homöopathie oder Anthroposophie übernehmen, die normalerweise von der Erstattung ausgeschlossen sind.

Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

- **Krankentagegeld (§53 Abs. 6 SGB V, ab 01.01.2009 gültig)**
Krankenkassen müssen Tarife anbieten, durch die gegen besondere Prämie ein Krankentagegeld für solche Personen vereinbart wird, die ansonsten keinen Anspruch auf Krankengeld haben wie zum Beispiel Selbstständige. Auch der Beginn der Krankentagegeldzahlung kann frei vereinbart werden, nur für Versicherte nach dem Künstlersozialversicherungsgesetz muss das Krankengeld spätestens ab der dritten Woche der Arbeitsunfähigkeit geleistet werden.

An den einmal gewählten Tarif mit Ausnahme der Wahltarife für besondere Versorgungsformen muss sich der Versicherte **drei Jahre gebunden** halten (§53 Abs. 8 SGB V).



Die Wahltarife fördern zwar den Wettbewerb innerhalb der GKV, sind aber aus verschiedenen Gründen umstritten. Kritiker sehen das Solidaritätsprinzip der GKV verletzt, wenn bestimmte, gesündere Versicherte zulasten der übrigen, kränkeren Versicherten Bonuszahlungen erhalten.

Wahltarife in der GKV umstritten

Der Gesetzgeber versucht diesem Vorwurf durch §53 Abs. 9 SGB V zu begegnen: „Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.“



Insbesondere treten die Krankenkassen mit den Wahlтарifen zur PKV in Wettbewerb. Beispielsweise gehörte die Versicherung von Krankentagegeldansprüchen bei Personen ohne Krankengeldanspruch bisher ausschließlich in den Bereich der PKV (Zusatzversicherungen).

Wahlтарife der GKV im Wettbewerb mit PKV

Bekannt geworden ist auch der Fall der AOK Rheinland/Hamburg, die Wahlтарife für verbesserte Leistungen beim Zahnersatz, bei dem ab dem vierten Jahr der Erstattungsbetrag verdoppelt und ab dem 13. Jahr weitere 20% des Leistungsbetrags gezahlt werden, für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer im Krankenhaus sowie für Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz genehmigt erhielt und seither anbietet. Nach Meinung der PKV überschreiten diese Angebote die Grenze dessen, was das SGB V an Wahlтарifen zulässt, und führen zu einem verschärften Wettbewerb zulasten der PKV. Hiergegen laufen Klagen durch einen privaten Krankenversicherer und den PKV-Verband.



Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

Die Strukturen der GKV werden erheblich verändert. Seit 01.07.2008 gibt es einen einheitlichen **Spitzenverband Bund der Krankenkassen** (§§217 ff. SGB V), kurz GKV-Spitzenverband. Dieser hat die sieben bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassenarten abgelöst und übernimmt unter anderem folgende Aufgaben:

Nur noch ein gemeinsamer GKV-Spitzenverband

- Unterstützung der Krankenkassen und ihrer Landesverbände bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen
- Organisation des Datenaustauschs
- Entscheidungen in grundsätzlichen Fach- und Rechtsfragen zum Beitrags- und Meldeverfahren und zur einheitlichen Erhebung der Beiträge
- Entscheidungen zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen

Krankenkassen können **kassenartenübergreifend fusionieren**. Voraussichtlich ab 2010 unterliegen Krankenkassen grundsätzlich auch dem **Insolvenzrecht**, so sieht es das geplante Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisations-Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vor.

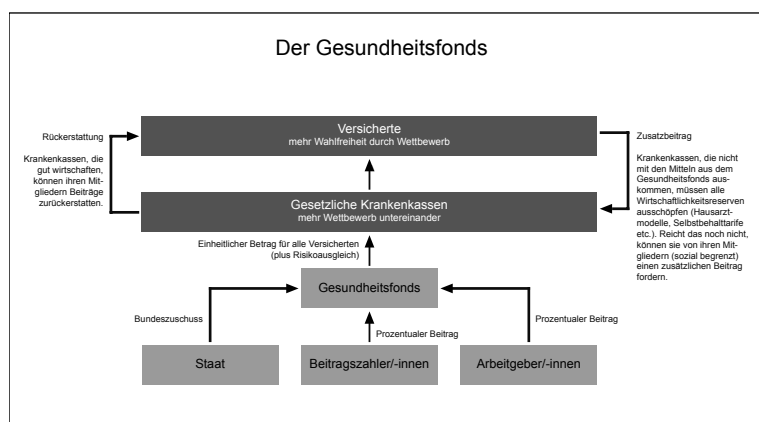
Fusionen und Insolvenzen möglich

Durch diese Maßnahmen soll die Zahl der derzeit noch über 200 Krankenkassen in Deutschland weiter sinken. Offenbar ist die Bundesregierung überzeugt, dass weniger, dafür größere Krankenkassen besser in der Lage sind, in einem intensiveren Wettbewerb zu bestehen. Ökonomen warnen hingegen davor, monopolartige Strukturen unter den Krankenkassen zu fördern, wie sie in anderen Branchen wie beispielsweise bei der Energieversorgung oder im Transportwesen üblich sind – und massive Kritik hervorrufen.

Ziel: weniger und größere Krankenkassen

Eine grundlegende Reform betrifft die Finanzierung der GKV. Zum 01.01.2009 soll der heftig umstrittene **Gesundheitsfonds** in Kraft treten (§271 SGB V in der ab 2009 gültigen Fassung).

Gesundheitsfonds ab 01.01.2009 in Kraft



Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

Dabei handelt es sich um ein vom Bundesversicherungsamt verwaltetes Sondervermögen. In dieses zahlen die Beitragszahler und die Arbeitgeber ihre Beiträge bzw. Arbeitgeberbeiträge ein, ebenso der Bund seinen Zuschuss für versicherungsfremde Leistungen von 2,5 Milliarden € jährlich (2008), der sich Jahr für Jahr um 1,5 Milliarden € bis auf 14 Milliarden € erhöht (§221 SGB V).

Mit diesem Zuschuss werden die Kosten der Mitversicherung von Kindern übernommen, wie der Jurist Professor Dr. Helge Sodan in seiner Analyse „Private Krankenversicherung und Gesundheitsreform 2007“ erläutert. Darin sieht er einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Artikel 3 Abs. 1 Grundgesetz, weil damit die Kosten gesetzlich versicherter Kinder auf den Steuerzahler und damit auch auf Privatversicherte umgelegt werden, die für ihre eigenen Kinder keinen Zuschuss zu deren Krankenversicherungsbeiträgen erhalten.

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen einen einheitlichen Beitrag pro Versichertem. Gleichzeitig gilt ab 01.01.2009 ein einheitlicher Beitragssatz, der zum 01.11.2008 erstmals gesetzlich festgelegt wird und für Versicherte aller Kassenarten gleich ist.

Die Krankenkassen besitzen dann nur noch das Recht, in einem sehr geringen Rahmen einen **Zusatzbeitrag** zu erheben, falls sie mit den Zuweisungen des Gesundheitsfonds ihre Kosten nicht decken können. Dieser darf 1% des beitragspflichtigen Einkommens nicht übersteigen. Bis zu einem monatlichen Zusatzbeitrag von 8 € kann die Krankenkasse diesen Zusatzbeitrag ohne Prüfung des Einkommens erheben, womit deutlich wird, dass dem Gesetzgeber dieser Betrag auch als übliche Höchstgrenze des Zusatzbeitrags vorschwebt (§242 Abs. 1 SGB V in der ab 01.01.2009 gültigen Fassung).

Doch wie soll das funktionieren angesichts der Tatsache, dass aktuell (Juli 2008) die Beitragssätze der Krankenkassen zwischen 11,3 und 16,5% schwanken?

Ziel des Gesetzgebers ist es, dass der Wettbewerb zwischen den Kassen nicht mehr um die jeweils „günstigsten“ Versicherten, sondern ausschließlich um die Leistungen und die Verwaltungskosten geführt wird.

Zu diesem Zweck wird der bisher bereits bestehende Risikostrukturausgleich (§266 SGB V) zu einem **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** („Morbi-RSA“) ausgebaut. Damit sollen zwischen den Kassen „die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Verteilung der Versicherten auf nach Alter und Geschlecht getrennte Versichertengruppen (§267 Abs. 2) und Morbiditätsgruppen (§268)“ ausgeglichen werden.

Hierfür ist inzwischen ein Katalog von 80 schweren Krankheiten festgelegt worden, auf deren Basis die unterschiedliche Risikostruktur durch Zu- oder Abschläge bei den pauschalen Erstattungen aus dem Gesundheitsfonds berücksichtigt werden.

Sondervermögen als Sammelstelle für Beiträge und Zuschüsse

Steuerfinanzierte Mitversicherung von Kindern
Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz?

Einheitlicher Beitrag pro Versichertem und einheitlicher Beitragssatz

Begrenzt möglicher Zusatzbeitrag

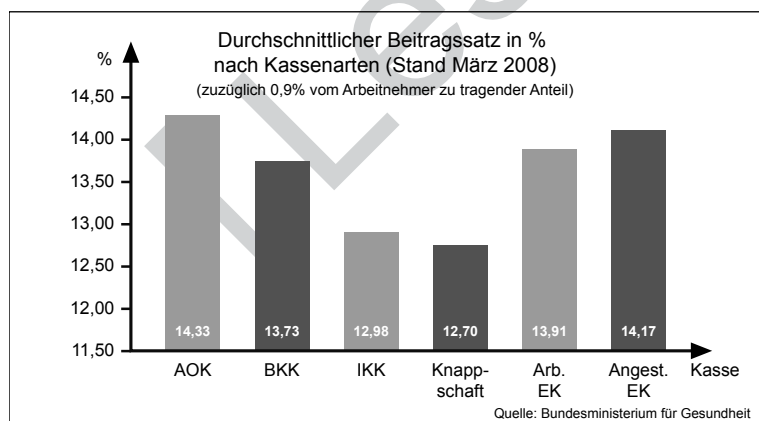
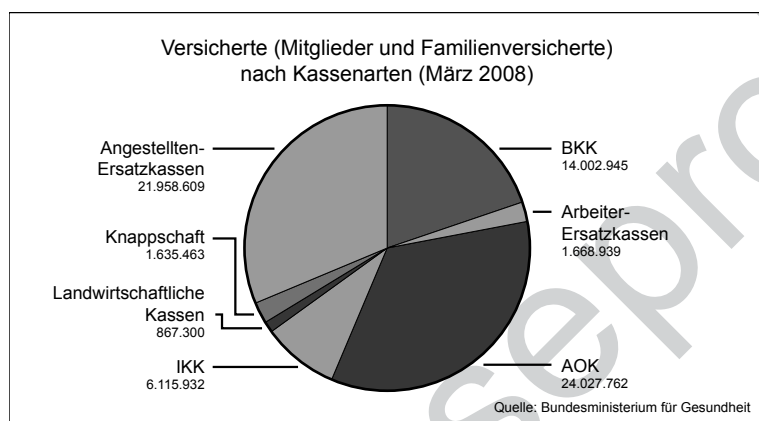


Ausbau des bestehenden Risikostrukturausgleichs zum "Morbi-RSA"

Krankheitskatalog zur Berechnung von Zu- und Abschlägen

Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

Allerdings zeigt bereits die bisherige Historie des RSA, dass dieser Anreize auch zum Wettbewerb um die Versicherten selber bietet, um die eigene Versichertenstruktur so zu verändern, dass möglichst hohe Zuweisungen aus dem RSA ermöglicht werden. Auch der neue Morbi-RSA wird da voraussichtlich keine Ausnahme bilden. Das kann sich für eine Krankenkasse besonders dann lohnen, wenn sie beispielsweise über integrierte Versorgungs- oder DMP verfügt, mit denen die entsprechend vorbelasteten Versicherten besonders effizient betreut und behandelt werden können.



Auch wenn die durchschnittlichen Beitragssätze der verschiedenen Kassenarten scheinbar relativ dicht beieinander liegen, gibt es in der Praxis erhebliche Unterschiede zwischen einzelnen Kassen.

Erhebliche Unterschiede bei Beitragssätzen

Sollte es tatsächlich nach §241 Abs. 2 SGB V für 2009 zu einem allgemeinen Beitragssatz von beispielsweise 14,6% (zuzüglich 0,9% vom Arbeitnehmer zu tragender Beitrag = 15,5% gesamt) kommen, müssten 5,5 Millionen Arbeitnehmer oder jeder Fünfte bei einem Durchschnittseinkommen von 30.000 € mindestens 25 € mehr im Monat bezahlen – die gleiche Summe zahlt dann der Arbeitgeber zusätzlich. Ganze 338.000 Arbeitnehmer oder gut 1% könnten mit einer Entlastung rechnen.

Kapitel 2: Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die GKV

Selbst wenn der im März vom Bundesgesundheitsministerium festgestellte Durchschnittsbeitragssatz über alle Kassenarten von rund 14% zum Einheitsbeitragssatz erklärt würde, müsste die Hälfte aller Versicherten mit Beitragserhöhungen rechnen. Dies würde sich allerdings sehr ungleichmäßig nach Kassenarten verteilen: 4 von 5 AOK-Versicherten und immer noch gut jeder zweite Versicherte einer Ersatzkasse könnten dann mit einer Entlastung rechnen. Dagegen müssten zwei Drittel der BKK-Versicherten und sogar fast 9 von 10 IKK-Versicherten mehr bezahlen als bisher.

Dabei beruhen diese Zahlen auf den Erhebungen der Beitragssätze im März, noch nicht berücksichtigt sind die danach eingetretenen Beitragssatzanhebungen.

Seit 01.04.2007 sind auch unversicherte Personen in der GKV versicherungspflichtig, die früher einmal der GKV oder aber weder GKV noch PKV angehörten. Die Leistungen der GKV werden ausgebaut, um wirtschaftlichere Versorgungsformen zu fördern. Wahltarife sollen den Wettbewerb in der GKV und die Eigenverantwortung der Versicherten anreizen. Die Finanzierung wird ab 2009 mit einem einheitlichen Beitragssatz, einer Abführung der Beiträge in den Gesundheitsfonds und einer pauschalen Zuweisung daraus an die Kassen reformiert. Die unterschiedliche Versichertenstruktur wird auch anhand eines Katalogs von 80 schweren Krankheiten im „Morbi-RSA“ ausgeglichen. Die Kassen können nur einen geringen Zusatzbeitrag erheben.

