Bewertung von Kooperationen der gesetzlichen Krankenversicherung mit der privaten Krankenversicherung aus aufsichtsrechtlicher Sicht

Dr. Maximilian Gaßner

17. Münsterische Sozialrechtstagung
am 11. November 2011

1. Trennung des öffentlichen Sektors vom privatwirtschaftlichen Sektor auf dem Gebiet der Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung	**Private Krankenversicherung**
➢ Fest zugewiesener Kreis der versicherten Personen (ca. 90 % der Bevölkerung)	➢ Krankenvollversicherung nur für Personen möglich, die nicht der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen
➢ Möglichkeit hoheitlichen Handelns bei Festsetzung und Vollstreckung der Beiträge	➢ Ausschließlich Handeln als privatrechtliche Personen
➢ Gesetzlich fest definierter Katalog von Pflichtleistungen (>90 % der Leistungen); zusätzliche Leistungen nur zulässig, soweit gesetzlich vorgesehen	➢ Grundsätzlich Freiheit, Leistungen anzubieten und dafür Prämien auszuhandeln (Ausnahme: Basistarif gemäß § 12 Abs.1a und Abs. 1b VAG)

Urteil des Bundesgerichtshofs vom 19.01.1995, Aktenzeichen: I ZR 41/93 (Quelle: Juris online)

Leitsatz

Ersatzkassen, die ihren Mitgliedern nach dem aufgrund des Gesundheits-Reformgesetzes 1989 erfolgten Wegfall bzw. der Kürzung des Sterbegeldes im Zusammenwirken mit einer von ihnen gegründeten Ersatzkassengemeinschaft sowie einem Konsortium von Lebensversicherungsgesellschaften auf der Grundlage eines Gruppenlebensversicherungsvertrages eine Zusatzsterbegeldversicherung anbieten, handeln nicht mehr im Rahmen des ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgabenbereichs (§ 30 Abs. 1 SGB IV). Sie handeln damit - ebenso wie die Ersatzkassengemeinschaft und die beteiligten Lebensversicherungsgesellschaften - zugleich wettbewerbswidrig i.S.d. § 1 GWB.

2. Zulassung von Kooperationen zwischen Krankenkassen und privaten Versicherungs-unternehmen durch den Gesetzgeber: § 194 Absatz 1a SGB V

- Grundlage für die Vermittlung zusätzlicher Versicherungen ist eine Satzungsregelung (Grundentscheidung durch den Verwaltungsrat der Krankenkasse)

- Abschluss von Rahmenverträgen mit einem oder mehreren Versicherungsunternehmen zu Einzelheiten (Aufgabe des Kassenvorstands, Kontrolle durch Verwaltungsrat):
  - ✓ Welcher Kooperationspartner?
  - ✓ Welche Versicherungsleistungen?
  - ✓ Sonderkonditionen für die Versicherten?

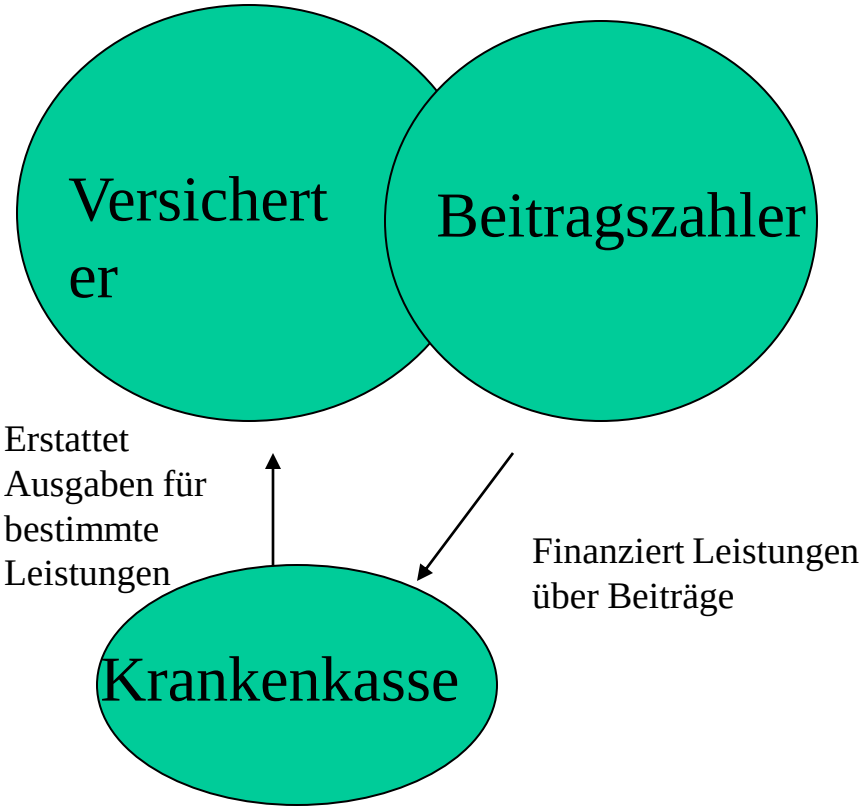
Möglicher Gegenstand einer gem. § 194 Abs. 1a SGB V vermittelbarenVersicherung

3. Aufsichtsrechtlicher Umgang mit Kooperationen ohne ausdrückliche gesetzliche Grundlage

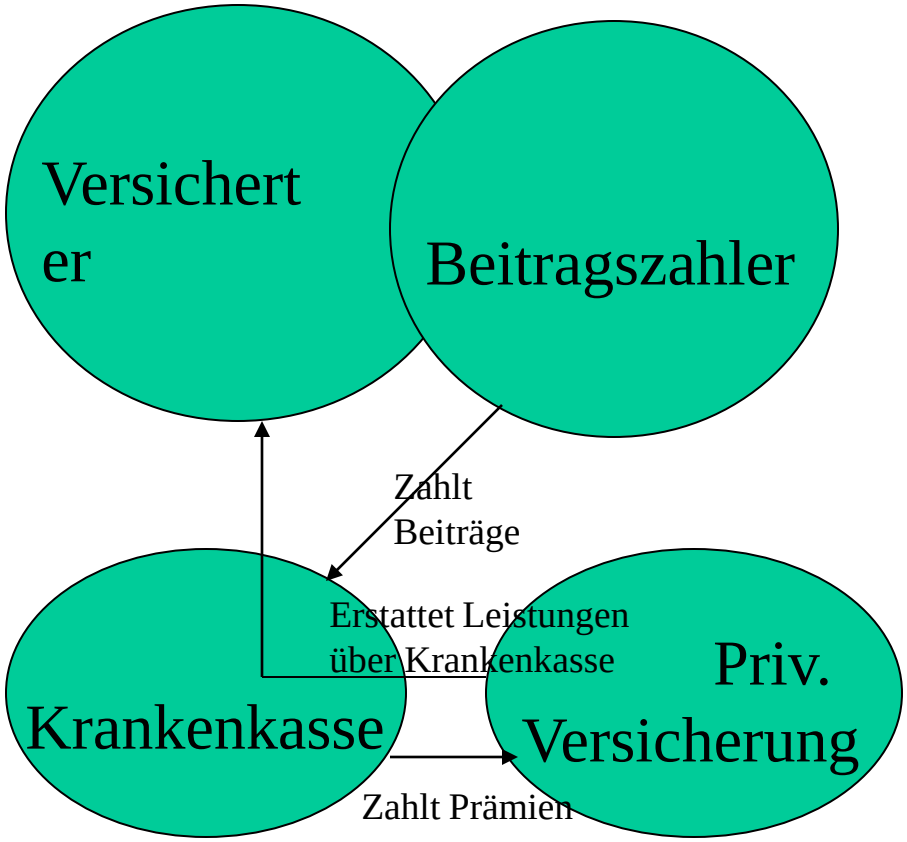
Rechtmäßiges Handeln	Rechtswidriges Handeln
Rechenschaftsberichte i.S.d. § 53 Abs. 9 Satz 2 SGB V durch bestellte verantwortliche Aktuare	Abschluss Gruppenverträge über private Auslandskrankenversicherung
Vorsorge für Risiko eines defizitären Wahltarifs durch Versicherung statt Rückstellung (§ 53 Abs. 9 Satz 3 SGB V)	---------->
	Ggf. tolerierbar keinesfalls tolerierbar

3.1. Sicherstellung des Leistungsanspruchs gesetzlich Krankenversicherter im Ausland durch Gruppenverträge mit privaten Versicherungsunternehmen

Gesetzlich vorgesehener Versorgungsweg



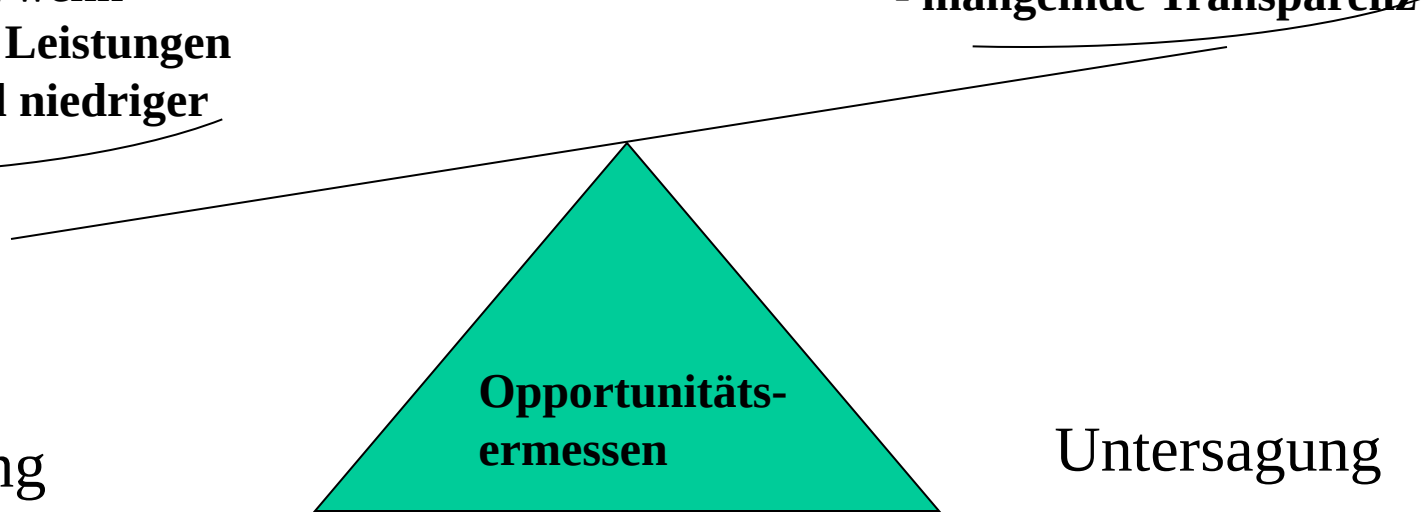
Versorgungsweg über Gruppentarife



3.1.1. Zunächst: Duldung im Rahmen des Opportunitätsermessens

Vorgehen allgemein vorteilhaft, wenn Kosten für Leistungen im Ausland niedriger

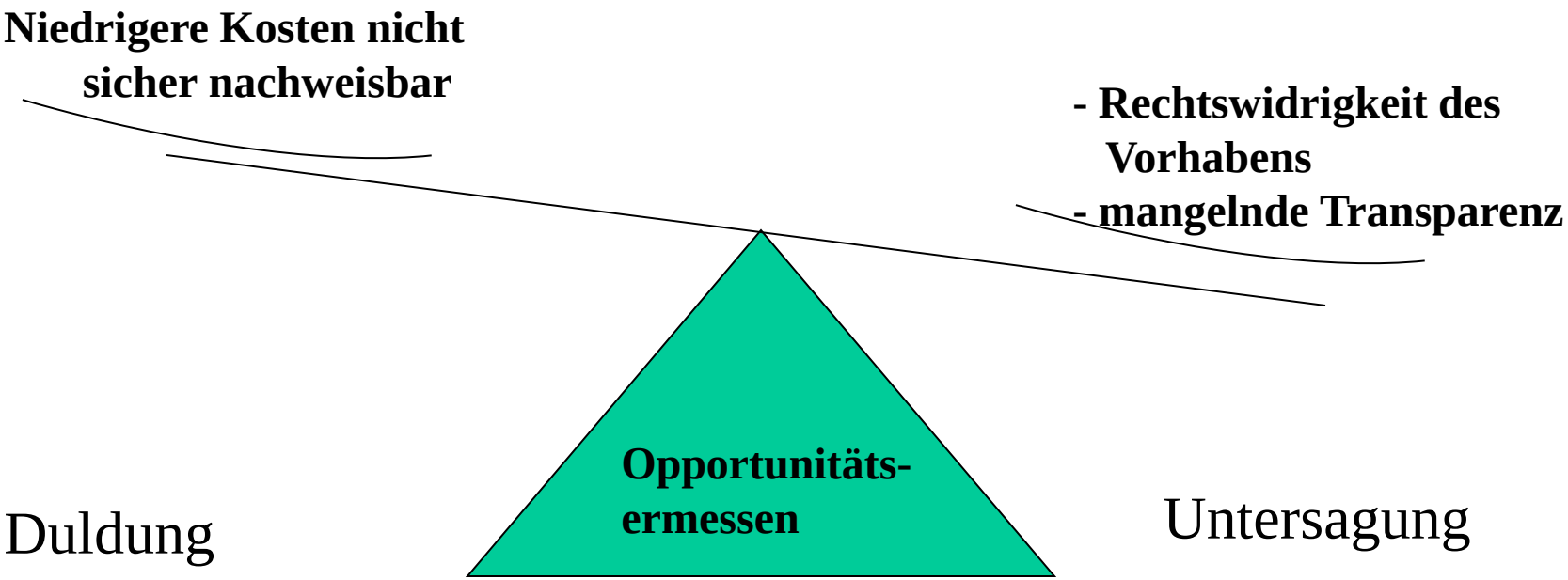
- Rechtswidrigkeit des Vorhabens
- mangelnde Transparenz



Duldung

Untersagung

3.1.2. Beendigung der Duldung aufgrund der Erfahrungen bei Umsetzung der Gruppentarife



3.2. Andere Formen der Zusammenarbeit von Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen

Rechtsgrundlage besteht ausdrücklich	Rechtsgrundlage kann durch Auslegung mittelbar hergeleitet werden	Rechtsgrundlage fehlt und/oder Vorschriften schließen Zusammenarbeit aus
§ 194 Abs. 1a SGB V	§ 53 Abs. 9 Satz 2 und 3 SGB V : Beauftragung eines bestellten verant-wortlichen Aktuars § 53 Abs. 9 Satz 3 SGB V: Versicherung statt Rückstellung für künftig drohende Verluste	Gruppentarife für Auslandsleistungen

3.2.1. Durchführung der Rechenschaftspflicht zum Nachweis der Selbstfinanzierung von Wahltarifen (§ 53 Absatz 9 Satz 2 SGB V)

Bis zum 31.12.2010:

Keine besonderen Anforderungen an Rechenschaftsberichte (insbesondere konnten Berichte durch jedermann erstellt werden; außerdem durften Halteeffekte berücksichtigt werden)

Seit dem 01.01.2011:

Hinweis auf § 17 Versicherungsberichterstattungsverordnung; Pflicht, ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen, das von einem Aktuar erstellt worden ist; Neben der Beauftragung eines freibruflich tätigen Aktuars kommt auch die Beauftragung des verantwortlichen Aktuars eines Versicherungsunternehmens in Betracht, z.B. dem Kooperationspartner der Krankenkasse

3.2.2. Versicherung des Risikos einer Krankenkasse, mit einem Wahltarif Defizite zu erzielen

Dem Risiko künftig drohender Verluste aus einem Wahltarif kann durch Rückstellungen oder durch Abschluss einer Versicherung begegnet werden. Die Grenze des Zulässigen ist allerdings überschritten, wenn eine Krankenkasse alle Einnahmen aus dem Tarif an ein Versicherungsunternehmen abführt, das dann für sämtliche Aufwendungen aufkommt. Ein solcher Tarif ist der Krankenkasse nicht mehr zurechenbar.

4. Kooperationen als ein Element der neuen gesetzlich eröffneten Möglichkeiten privatwirtschaftlicher Betätigung – unbeabsichtigte Folgen

Privatwirtschaftlich orientierte Tätigkeit von Krankenkassen

Kooperation mit privater Versicherungswirtschaft § 194 Abs. 1a SGB V	Konkurrenz zu privater Versicherungswirtschaft - Wahltarife gemäß § 53 SGB V - Zusatztarife gemäß § 11 Abs. 6 SGB V (ab dem 01.01.2012 geplant)

4.1. Köperschaftssteuerpflicht für Einkünfte der Krankenkassen aus Kooperationen gemäß § 194 Absatz 1a SGB V

Entscheidung des BFH vom 03.02.2010, Az.: I R 8/09

Leitsatz (Quelle: Juris online)

Gesetzliche Krankenversicherungen unterhalten einen Betrieb gewerblicher Art, wenn sie ihren Mitgliedern private Zusatzversicherungsverträge vermitteln und dafür von den privaten Krankenversicherungen einen Aufwendungsersatz erhalten.

Orientierungssatz 3

Mit der Vermittlung privater Zusatzversicherungen übt eine gesetzliche Krankenversicherung eine Tätigkeit aus, die sich von der gewerblicher Versicherungsmakler nicht unterscheidet.

4.2. Europarechtliche Aspekte

Die Privilegierung der Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ist aus Sicht des europäischen Wettbewerbsrechts problematisch, wenn Krankenkassen als allgemeine Marktteilnehmer zu betrachten sind.

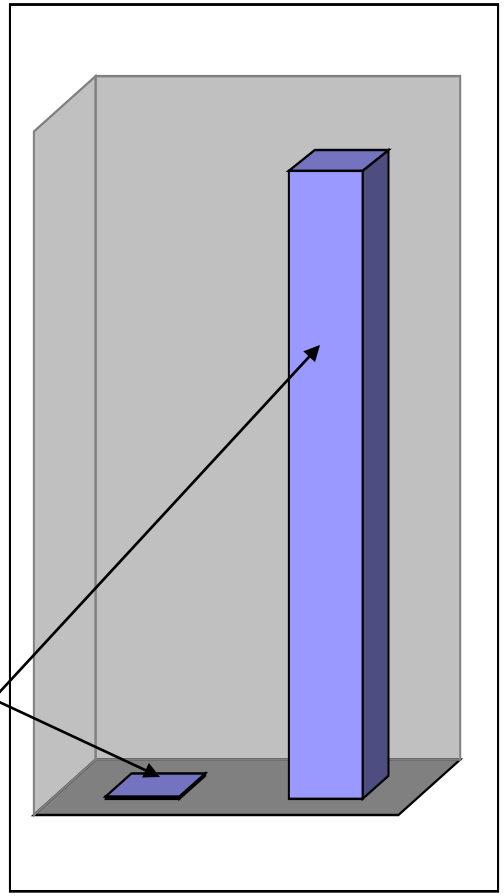
Die Krankenkassen sind um so eher als allgemeine Marktteilnehmer zu betrachten, je mehr sie mit dem Schwerpunkt ihrer Tätigkeit in Konkurrenz zu privaten Marktteilnehmern treten.

Jede Tätigkeit aus dem privatwirtschaftlichen Bereich bewirkt eine gewisse Verlagerung des Schwerpunkts der Tätigkeit einer Krankenkasse in diese Richtung.

Die bislang bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten privatwirtschaftlicher Betätigung bewirken noch keine Verlagerung des Schwerpunkts, soweit sie restriktiv angewendet werden.

Anteil der Aufwendungen für privatwirtschaftlich geprägte Tätigkeiten an den gesamten Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (Vorläufige Rechnungsergebnisse, 4. Quartal 2010, KV 45, Quelle: BMG)

Bonusleistungen an Versicherte	8.609.678,00 €
	166.002.306,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 1 SGB V	63.915.308,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 2 SGB V	8.172.383,00 €
	197.283,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 3 SGB V	46.364.644,00 €
	513.696,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 4 SGB V	14.991.642,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 5 SGB V	119.804,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 6 SGB V	29.809.495,00 €
Wahltarife gem. § 53 Abs. 7 SGB V	43.356.124,00 €
gesamt für privatwirtschaftlich geprägte	382.052.363,00 €
gesamte Leistungen GKV	165.103.463.546,00 €
	0,23%



Thesen zum Vortrag (1)

- Kooperationen von Krankenkassen und privaten Versicherungsunternehmen sind Teil einer neueren Entwicklung im Deutschen Gesundheitswesen, stärker privatwirtschaftliche Elemente (neben Wahltarifen oder Zusatzleistungen) in die Arbeit der Gesetzlichen Krankenversicherung einzubeziehen.

- Kooperationen sind keine originäre Aufgabe der Krankenkassen und dürfen daher grundsätzlich aufgrund der Einschränkung der zulässigen Tätigkeiten durch § 30 Abs. 1 SGB IV von Krankenkassen auch nicht ausgeübt werden.

- § 194 Abs. 1a SGB V eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit von Kooperationen auf dem Gebiet der Gesundheitsleistungen, die nicht Teil des Katalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung sind.

- Neben § 194 Abs. 1a SGB V existieren keine weiteren ausdrücklichen gesetzlichen Grundlagen für Kooperationen.

- Kooperationen, die nicht von § 194 Abs. 1a SGB V gedeckt sind, verstoßen gegen geltendes Recht (z.B. Erbringung von Leistungen im Ausland durch Gruppenverträge mit privaten Versicherungsunternehmen).

Thesen zum Vortrag (2)

- In einzelnen Bereichen kann sich eine Grundlage für Kooperationen aus der Auslegung anderweitiger Rechtsnormen ergeben (z.B. im Bereich des § 53 Abs. 9 SGB V).

- Die privatwirtschaftliche Betätigung kann zu ungewollten Rechtsfolgen führen (z.B. Körperschaftssteuerpflicht für Entgelte aus der Vermittlung von Zusatzversicherungen gem. § 194 Abs. 1a SGB V.

- Eine nicht kontrollierte Ausdehnung privatwirtschaftlicher Betätigung durch Krankenkassen kann ab einem gewissen Umfang zu einer Veränderung des Rechtscharakters von Krankenkassen führen.

- Bei der Auslegung der vorhandenen Instrumente privatwirtschaftlicher Betätigung ist der Primat des Gesetzgebers für wesentliche Veränderungen zu berücksichtigen.