



Bittere Pille

Die PKV hat am neuen Basistarif schwer zu schlucken

Das Behandlungsziel von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt war klar: Sie wollte mit der Gesundheitsreform eine große gesetzliche Einheitsversicherung schaffen. Und sie wollte erreichen, dass auch die Beitragsgelder und Alterungsrückstellungen der Privatversicherten in die Kasse jener „Bürgerversicherung“ einfließen. Dieses Ziel hat die Ministerin bekanntlich nicht erreicht. Durchgesetzt hat sie allerdings die Schaffung eines neuen Basistarifs nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der nun als Fremdkörper in das Leistungsangebot der privaten Krankenversicherung (PKV) eingeschleust wurde. Damit ist der Basistarif der erste Schritt in Richtung einer „Bürgerversicherung“.

Für die PKV ist das eine bittere Pille mit unabsehbaren Risiken und Nebenwirkungen. Der Basistarif ist ein gesetzlich definiertes Produkt, das nach Art, Umfang und Höhe mit den Leistungen der GKV

vergleichbar sein muss. Der für die private Krankenversicherung typische höherwertige Versicherungsschutz besteht im Basistarif nicht.

Insgesamt zeigt sich: Der Basistarif ist keine Privatversicherung zum Schnäppchenpreis. Denn die Leistungen unterscheiden sich beträchtlich von den echten PKV-Tarifen. Der Basistarif muss immer den Vorgaben für die gesetzlichen Krankenkassen folgen. Das bedeutet aber auch: Werden dort Leistungen gekürzt, dann gilt das in Zukunft ebenso für den Basistarif. Demgegenüber erhalten die echten PKV-Versicherten dauerhaft ein vertraglich garantiertes Schutzpaket. Deshalb sind sie von den vielen von der Politik beschlossenen Leistungskürzungen in den gesetzlichen Krankenkassen immer verschont geblieben.

Durch die einschnürenden Vorgaben wird der Basistarif zudem nicht kostendeckend sein, denn das Gesetz schreibt einen Kontrahierungszwang, einen Verzicht auf individuelle Risikozuschläge sowie eine Beitragsobergrenze vor. Dass Vorerkrankungen bei Versicherungsbeginn dort keine Rolle spielen und keine individuellen Risikozuschläge erhoben werden,

Der für die PKV typische höherwertige Versicherungsschutz besteht im Basistarif nicht.

ist für die Betroffenen zwar erfreulich. Aber es führt andererseits dazu, dass sich tendenziell im Basistarif überdurchschnittlich viele ältere und kranke Menschen versichern werden, so dass besonders hohe Kosten anfallen. Die dadurch entstehende Deckungslücke geht letztlich auf Kosten der Bestandsversicherten in der PKV. Weil der Basistarif somit von seiner Anlage her subventionsbedürftig ist, kann das zu dem aberwitzigen Ergebnis führen, dass Privatversicherte

Seit dem 1. Januar 2009 bieten die PKV-Unternehmen den Basistarif an. Für die Mehrheit der Versicherten dürfte er wenig attraktiv sein. Gleichwohl ist der Basistarif ein Fremdkörper im Leistungsangebot der privaten Krankenversicherung und stellt einen ersten Schritt in Richtung Bürgerversicherung dar.

mit niedrigen Einkommen einen Tarif für andere Versicherte mit hohen Einkommen mitfinanzieren, wenn diese in den Basistarif wechseln.

Nicht zuletzt wegen dieses Eingriffs in bestehende Verträge haben PKV-Versicherte und Unternehmen Verfassungsbeschwerde gegen die Gesundheitsreform eingeleitet (siehe auch Seite 6). Ungeachtet der verfassungsrechtlichen Zweifel gilt: Seit Januar 2009 bietet die PKV den Basistarif an, denn er ist geltendes Recht und die PKV bemüht sich um eine korrekte Anwendung des Gesetzes.

Der Basistarif kommt dabei für drei gesetzlich definierte Gruppen in Frage:

- die freiwillig Versicherten in der GKV,
- die bereits Privatversicherten und
- die bislang gar nicht Versicherten.

Bei näherem Hinsehen wirkt der Basistarif allerdings für die beiden ersten Gruppen wenig attraktiv.

GKV-Wechselwillige

Für die freiwillig GKV-Versicherten würde sich durch einen Wechsel nichts am Leistungsstandard ändern, auch der Beitrag wäre nicht günstiger. Das Gesetz gibt als maximale Beitragshöhe im Basistarif derzeit den Höchstbeitrag der GKV vom

1. Januar 2009 vor, das sind rund 570 Euro pro Monat. Mehr muss ein Versicherter im Basistarif nicht bezahlen – bis zu dieser Höhe zahlt er aber auch dann, wenn sein Einkommen zum Beispiel als Rentner sinkt. Im Unterschied zur GKV wird zudem im Basistarif für jede versicherte Person ein eigener Beitrag erhoben. Ein Ehepaar zahlt also stets zwei Beiträge. Auch für Kinder sind gesonderte Beiträge bis zu einer Höchstgrenze von rund 226 Euro zu zahlen. Für eine vierköpfige Familie kostet der Basistarif demnach bis zu 1.592 Euro im Monat (zwei Mal 570 Euro für die Eltern plus zwei Mal 226 Euro für die Kinder). In der GKV dagegen sind Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen stets beitragsfrei mitversichert.

PKV-Bestandskunden

Die bereits in der PKV Versicherten würden durch einen Wechsel in den Basistarif ihren Versicherungsschutz auf das GKV-Niveau begrenzen. Selbst wenn sie wegen einer als zu hoch empfundenen Beitragslast nach Alternativen suchen, sind sie zur Lösung nicht auf den Basistarif angewiesen. Schließlich bietet die PKV für solche Fälle längst einen eigenen

Standardtarif an. Die Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten, Lilo Blunck, kommt zu dem Ergebnis: „Einen generellen Ratschlag, in den Basistarif zu wechseln, weil man seinen Normaltarif nicht mehr bezahlen kann, würde ich nicht geben.“ Sie rät stattdessen, zuerst im Gespräch mit der Versicherungsgesellschaft nach Wegen zu einer Beitragsentlastung zu suchen – etwa durch einen Selbstbehalt oder durch Ausklammern bestimmter Leistungen (siehe Interview auf Seite 8). Bereits

Die Deckungslücke im Basistarif geht letztlich auf Kosten der Bestandsversicherten.

nach der Einführung des Standardtarifs machte die PKV zudem die Erfahrung, dass die meisten älteren Versicherten alles daran setzten, um in ihrem klassischen PKV-Schutz zu verbleiben. Denn nur so haben sie individuellen Einfluss auf ihren Leistungsanspruch.

Wer bereits vor dem 1. Januar 2009 privat versichert war, kann in den Basistarif seines Versicherers wechseln. Wer zu einer anderen Versicherungsgesellschaft in den Basistarif wechseln will, kann dabei seine Alterungsrückstellung nur anteilig mitnehmen, bezogen auf die vom Basistarif abgedeckten Leistungen. Er muss bis zum 30. Juni 2009 seinen Übertritt erklärt haben. Wer den Versicherer wechselt, muss

Verfassungsbeschwerde gegen Gesundheitsreform

Die Neuregelungen der Gesundheitsreform führen zu massiven Belastungen der rund 8,6 Millionen Privatversicherten und der Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV). Nie zuvor hat es so weitgehende Eingriffe in die PKV gegeben wie durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG).

Deshalb haben insgesamt 30 Unternehmen, die zusammen 95 Prozent aller privat Krankenversicherten repräsentieren, Verfassungsbeschwerde gegen die sie betreffenden Neuregelungen des Gesetzes eingereicht.

Das Bundesverfassungsgericht hat stellvertretend fünf dieser Beschwerden ausgewählt und dazu das Verfahren eröffnet. Im Dezember fand in Karlsruhe bereits eine ganztägige mündliche Verhandlung statt.

Die Verfassungsbeschwerden richten sich gegen mehrere Neuregelungen, von denen die private Krankenversicherung mittelbar und unmittelbar betroffen ist. In

der Summe führen diese Maßnahmen zu erheblichen Belastungen der privaten Krankenversicherung und ihrer Versicherten insgesamt.

Dazu gehören unter anderem:

- der Zwang zur Einführung eines Basistarifs - mit so vielen Einschränkungen, dass er gar nicht kostendeckend sein kann. Daher muss er von den Unternehmen quersubventioniert werden - auf Kosten der Bestandsversicherten, in deren Kalkulation damit rückwirkend eingegriffen wird;
- die massive Einschränkung der Freiheit für Angestellte zum Wechsel in eine private Krankenversicherung, weil zu den hohen Einkommensgrenzen jetzt noch eine Drei-Jahres-Wartefrist verschärfend hinzukommt;
- und das Angebot von Wahl- und Zusatztarifen durch die gesetzliche Krankenversicherung als „Lockvogelangebot“ für freiwillig Versicherte, um sie von einem Wechsel in die PKV abzuhalten.

Die Neuregelungen des Gesetzes verletzen nach Auffassung der PKV gleich mehrere Verfassungsrechte, darunter die Berufsfreiheit, die Handlungsfreiheit und den allgemeinen Gleichheitssatz. In ihrer Gesamtheit überschreiten diese Eingriffe die Grenze des verfassungsrechtlich Zulässigen.

dort wiederum mindestens 18 Monate lang im Basistarif des neuen Unternehmens bleiben.

Pflicht zur Versicherung

Für nicht Versicherte, die dem PKV-System zugeordnet werden, besteht seit dem 1. Januar 2009 eine Pflicht zur Versicherung in der PKV. Sie haben Anspruch darauf, in den Basistarif aufgenommen zu werden. Wie die Erfahrungen mit dem modifizierten Standardtarif zeigen, gibt es offenbar weitaus weniger Nichtversicherte, die der privaten Krankenversicherung zugerechnet werden können, als das Bundesgesundheitsministerium vermutet hatte. Im modifizierten Standardtarif, für den ebenfalls Kontrahierungszwang und eine Begrenzung auf den GKV-Höchstbeitrag galten, wurden von seiner Einführung im Juli 2007 bis Ende 2008 insgesamt rund 5.400 Versicherte aufgenommen.

Bei allen vom Gesetzgeber erzwungenen Parallelen zwischen GKV-Niveau und PKV-Basistarif gibt es erhebliche Unterschiede mit großen Auswirkungen auf die Beitragshöhe:

- Anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung müssen auch im Basistarif die PKV-typischen Alterungsrückstellungen gebildet werden.
- Durch die politischen Vorgaben startet der Basistarif mit überdurchschnittlich alten und kranken Versicherten. Es kommt nicht zu der für das Versicherungsprinzip erforderlichen Risikomischung – anders als in der GKV mit ihren rund 70 Millionen Versicherten.
- Zudem erhält die PKV keinerlei Steuermittel, während die GKV Jahr für Jahr viele Milliarden Euro Zuschüsse aus Steuergeldern bekommt, die in den nächsten Jahren sogar auf 14 Milliarden Euro steigen sollen.
- Überdies verfügt die PKV im Gegensatz zur GKV nur über sehr wenige Instrumente zur Kostensteuerung (z.B. Rabattverträge). Der Gesetzgeber stellt trotz vielfacher Aufforderungen bis-





her dieses Instrumentarium nicht zur Verfügung.

- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat bislang keine Vereinbarung über eine GKV-analoge Vergütungshöhe im Basistarif unterschrieben. Falls es nicht gelingt, den Honorarsatz auf das Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung zu senken, ist nach den gesetzlichen Vorgaben der 1,8-fache Satz zu zahlen, was die Kosten des Basistarifs zusätzlich in die Höhe treiben würde.

Diese Punkte führen im Zusammenwirken zu dem hohen Beitragsniveau im Basistarif. So müssen die allermeisten Versicherten von Beginn an den Höchstbeitrag von knapp 570 Euro monatlich zahlen. Die PKV hat frühzeitig vor genau dieser Entwicklung gewarnt, der Gesetzgeber hat es dennoch anders beschlossen.

Das Versicherungsaufsichtsgesetz bestimmt zum Risikoausgleich in § 12g ausdrücklich: „Mehraufwendungen, die im Basistarif auf Grund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif Versicherten gleichmäßig zu verteilen.“ Daraus ergibt sich ein Zuschlag von 150 Prozent zusätzlich zum kalkulierten Beitrag. Er wird – basierend auf dem Versichertenbestand im Basistarif – altersunabhängig berechnet. So ergibt sich, dass der Zuschlag derzeit rund 350 Euro pro Monat betragen muss, die zum kalkulierten Beitrag addiert werden. Dieser Effekt

führt dazu, dass selbst junge Versicherte durch die erforderlichen 350 Euro Zuschlag schon auf den Höchstbeitrag von rund 570 Euro kommen.

Bittere Pillen enthält der Basistarif also nicht nur für die Versicherungsunternehmen, sondern auch für viele Versicherte. Für die private Krankenversicherung insgesamt könnte er überdies in eine gefährliche Erosions-Spirale ausarten. Denn klar ist: Je mehr Menschen den Basistarif nutzen, umso mehr steigt die Subventionslast und umso stärker müssen die Beiträge für Altversicherte angehoben werden. Solche Beitragserhöhungen bewegen dann womöglich weitere Privatversicherte zum Wechsel in den Basistarif, weil sie dort

vom Subventionsgeber zum Subventionsempfänger werden.

Zudem schreibt der Gesetzgeber vor, dass alle Wechsler in ein anderes Unternehmen ihre Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Die waren jedoch nicht individuell, sondern für das gesamte Kollektiv kalkuliert. Somit wird diese angesparte Summe dem Versichertenkollektiv ihres bisherigen Tarifs entzogen. Dort bleiben schlimmstenfalls nur die Alten und Kranken übrig – und müssen das zusätzlich bezahlen, was die Wechsler mitnehmen. Das ist das Gegenteil von Solidarität und wäre auf Dauer eine echte Gefährdung der Stabilität für die PKV und ihre 8,6 Millionen Versicherten.

Ein Zitat - und die Tatsachen

■ Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt behauptete im Interview der „Apotheken Umschau“ (12/2008):

„Die Privatversicherungen können sich ihre Mitglieder aussuchen, und sie versichern überwiegend Gutverdienende mit geringem Krankheitsrisiko. Das gibt es so in keinem andern Land. Wer etwa auf dem Bau oder im Supermarkt schwer arbeitet, dem ist der Weg zu den Privaten verwehrt, weil er zu wenig verdient.“

Die Tatsachen:

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) würden nur zu gerne auch die von der Ministerin erwähnten Arbeitnehmer versichern, doch allein die Politik verwehrt ihnen diesen Weg. Ursache ist die vom Gesetzgeber (übrigens mit kräftigem Zutun von Frau Schmidt) eingeführte und immer wieder angehobene Versicherungspflichtgrenze. Sie verbietet allen Arbeitnehmern, die weniger als 48.600 Euro brutto im Jahr verdienen, einen Wechsel in die private Krankenversicherung und zwingt sie zum Verbleib in den gesetzli-

chen Krankenkassen. Auch Ulla Schmidts Hinweis auf „überwiegend Gutverdienende“ ist irreführend. Nur 12 Prozent der PKV-Kunden sind Arbeitnehmer mit Gehältern oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. Ein Großteil sind Beamte und Selbstständige, die überwiegend zu den Klein- und Durchschnittsverdienern zählen.

