

## Basistarif: Unverhältnismäßig, unangemessen und ungeeignet

Die geplante Umgestaltung der PKV kollidiert mit dem Grundgesetz. Wie die Mitnahme der Alterungsrückstellungen stößt dabei auch der Basistarif Gutachtern zufolge gegen unüberwindbare rechtliche Hürden. Prof. Dr. Gregor Thüsing von der Universität Bonn kommt zu dem Ergebnis: Einheitstarife bedeuten nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb. > Seite 90

## Die Bedeutung von OTC in der PKV

In der privaten Krankenversicherung spielen nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (OTC) eine größere Rolle als in der GKV. Vor allem Husten- und Magen-Darmmittel sowie Psychopharmaka und Mineralstoffpräparate werden verordnet und erstattet. > Seite 93

## PKV-Herbstfest im Zeichen der Reform

250 Gäste aus Politik und Gesundheitswesen feierten mit beim 4. PKV-Herbstfest in Berlin. Hauptgesprächsthemen: Die kursierenden Gesetzentwürfe zur Gesundheitsreform und die Frage: Kommt die Ministerin oder kommt sie nicht? > Seite 95

## „Ordnungspolitischer Vandalismus“

Wenn es nicht gelingt, den geplanten Umbau der PKV mit Verfassungsklagen zu verhindern, wird das Gesundheitswesen den Doktrinen des Gesundheitssozialismus und den Praktiken der Staatsmedizin überantwortet werden, meint Dr. Hans D. Barbier. > Seite 96

## Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln > Seite 86 ++  
Personalien > Seite 94 ++ Impressum > Seite 96



## Bürgerversicherung in Etappen: Die Strategie der Bundesgesundheitsministerin

Ulla Schmidt hat gut lachen. Sie steht in diesen Tagen vor der Verwirklichung eines alten Ziels: Der Referentenentwurf ihres Ministeriums entpuppt sich nämlich bei näherem Hinsehen als Strategie, die private Krankenversicherung schrittweise in einen Erosionsprozess zu zwingen, der auf die faktische Zerschlagung der PKV mit anderen Mitteln hinausläuft. Das Kalkül der Ministerin: Die Einführung eines defizitären Basistarifs soll einerseits die bewährte Tarifwelt der privaten Krankenversicherung verteuern und damit unattraktiver machen, andererseits – dank Kontra-

hierungszwang und einem Leistungsumfang auf GKV-Niveau – Nutzenmaximierer aller Art anziehen. Die heutigen PKV-Bestandsversicherten, so das Schmidt-Szenario, würden aufgrund der daraus folgenden Lasten irgendwann selbst in den Basistarif wechseln, um einen eigenen Subventionsanspruch zu realisieren – spätestens mit Beginn des Rentenalters. Die Implosion der heutigen PKV und die Übertragung des Bestands inklusive Alterungsrückstellungen in die GKV wären die Folge und die SPD hätte die Bürgerversicherung doch noch durchgesetzt. > Seite 87

### Brief aus Berlin und Köln



„Die Vorstellungen der Bundesregierung haben mich in höchstem Maße aufgeschreckt. Denn es ist ja wohl davon auszugehen, dass die ‚normal‘ Versicherten mögliche Unterdeckungen des Basistarifs ausgleichen müssen. Ich halte es für unverzichtbar, diese Frage rechtlich klären zu lassen.“

„Ich bin zeit meines Lebens privat krankenversichert und nicht bereit, mich unter dem Deckmäntelchen vorgeblicher Solidarität um mein Geld bringen zu lassen. Sollten Sie für eine Klage Unterstützung benötigen, sprechen Sie mich bitte an.“

„Meine Frau und ich sind seit über 30 Jahren privat vollversichert; meine Frau als Beamtin, ich als Angestellter eines privatwirtschaftlichen Unternehmens. Wir stehen für Klagen vor allen Instanzgerichten und dem Bundesverfassungsgericht zur Verfügung.“

Soweit einige Auszüge aus Emails, wie sie den Verband der privaten Krankenversicherung derzeit täglich erreichen. Neben Verunsicherung und Empörung ist aus diesen Schreiben auch durchweg die Entschlossenheit herauszulesen, sich staatliche Eingriffe in den privaten Versicherungsvertrag sowie politisch motivierte Beitragserhöhungen nicht gefallen zu lassen.

Die Anzahl der Versicherten, die sich mit dem Gedanken an eine Klage gegen die Pläne der Bundesregierung beschäftigen, wird in den kommenden Wochen gewiss

noch zunehmen, je mehr auch in den Medien über die drohenden Belastungen berichtet wird:

- Die heute privat Versicherten sollen einen Basistarif mit gesetzlich vorgeschriebenen, nicht kostendeckenden Höchstpreisen subventionieren.
- Die Regierung fordert geradezu zum Vorteilshopping zu Lasten der PKV-Versicherten heraus, indem beispielsweise Nicht-Versicherte jederzeit wieder in den Basistarif zurückkehren und Selbstbehalte gemäß der erwarteten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen „optimiert“ werden können. Solche Anreize zur individuellen Vorteilsmaximierung auf Kosten der Gemeinschaft hält kein Versicherungssystem aus.
- Die heute schon Versicherten sollen gezwungen werden, die Beibehaltung der Rechte aus den Alterungsrückstellungen bei Unternehmenswechsel nachzufinanzieren – egal, ob sie wechseln wollen oder nicht. Allein der

daraus resultierende Beitragsanstieg beläuft sich laut Bundesfinanzministerium auf bis zu 36 Prozent und müsste vor allem von den Nicht-Wechslern finanziert werden.

- Die Bundesregierung soll eine Rechtsverordnungs-kompetenz für die konkrete Ausgestaltung des PKV-Basistarifs erhalten. Damit schafft sie die Voraussetzungen für eine künftig staatsgelenkte PKV, aus der mit wenigen Folgeeingriffen eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gemacht werden kann. Damit wäre dann die Bürgerversicherung umgesetzt.
- Nach der mehrmaligen Verschiebung des umstrittenen Gesundheitsfonds auf das Jahr der nächsten Bundestagswahl muss man sich die Frage stellen, welche Reformmaßnahme tatsächlich wie geplant umgesetzt wird. Denn weil die Änderungen zur PKV schon im Januar 2008 in Kraft treten sollen, liegt die Befürchtung nahe, dass das „nachhaltigste“ Ergebnis dieser Gesundheitsreform die faktische Abschaffung der PKV sein wird.

Beharrlich ignoriert die Bundesregierung die verfassungsrechtlichen Grenzen dieser Eingriffe, auf die wir auch in diesem Heft (ab Seite 90) wieder hinweisen. Sollte es im Gesetzgebungsverfahren nicht noch zu substantiellen Verbesserungen kommen, ist deshalb mit einer Klagewelle von Versicherten zu rechnen. L



## Bürgerversicherung in Etappen: Die Strategie des BMG

Noch immer ist mancherorts zu lesen und zu hören, dass die private Krankenversicherung (PKV) in den Gesundheitsverhandlungen ungeschoren davongekommen und damit quasi ein Sieger der Reform sei. Über solche Wahrnehmungsmuster freut sich Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt besonders, denn sie erleichtern ihr das Geschäft der Desinformation gegenüber der Öffentlichkeit wie auch am Kabinetttisch.

Schaut man auf die vergangenen zwölf Monate zurück, ergibt sich ein anderes Bild: Die PKV befindet sich in einem permanenten Existenzkampf, der mit dem vorliegenden Referentenentwurf nicht an sein Ende, sondern nur in eine neue Phase gekommen ist. Es begann im Herbst 2005: Kurz nachdem die Große Koalition ihre Arbeit aufgenommen hatte, lag die Forderung nach einem Finanzausgleich zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) auf dem Tisch – unterlegt durch eine Kampagne der Gesundheitsministerin gegen die angebliche Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland. Kaum war die Diskussion wegen der offenkundigen Verfassungswidrigkeit jeglichen Finanzausgleichs zwischen PKV und GKV beendet, kam die nächste Welle: Wochenlang wurde die Einbeziehung der PKV in den geplanten Gesundheitsfonds und damit offen über ihre faktische Abschaffung diskutiert.

### Permanenter Existenzkampf

Nachdem die Eckpunkte der Großen Koalition eine Integration der PKV in den Fonds ausgeschlossen hatten, besann sich die SPD auf ein neues Instrumentarium. Ende August ließen Gesundheits- und Finanzministerium ihren ersten Arbeitsentwurf zur PKV kursieren. Und siehe da: Die gesetzestechnische Umsetzung der Eckpunkte zum sogenannten Basistarif stellte sich als Instrument zur Einführung der Bürgerversicherung dar, als erzwungene Umstellung des gesamten PKV-Angebots auf einen GKV-ähnlichen Einheitstarif. Bekanntlich mussten dieser und auch ein weiterer Arbeitsentwurf zur

PKV im September wieder eingestampft werden.

Doch noch immer gibt es keinen Grund zur Entwarnung. Die Zukunft der PKV steht weiterhin auf dem Spiel. Es ist eine Illusion zu glauben, diese Reform sichere ihre Existenz. Schließlich leidet die Große

*„Hinter dem  
Lächeln  
den Dolch  
verbergen“  
(Chinesisches Sprichwort)*

Koalition nach jahrelangen Diskussionen über mehr Liberalisierung jetzt einen Paradigmenwechsel zu mehr Staat ein, insbesondere zur staatlichen Bevormundung der gesetzlichen Krankenkassen und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Und zumindest das Bundesgesundheitsministerium wusste von Anfang an, dass dieser Paradigmenwechsel nur gelingen kann, wenn man mittelfristig die private Krankenversicherung aus dem Wege räumt.

### Verhandlungspoker

In der strategischen Planung des Gesundheitsministeriums war die gesamte PKV-Debatte der vergangenen zwölf Monate

die Bedingung der Möglichkeit, das durchzusetzen, was jetzt tatsächlich im Gesetzesentwurf steht. Mit jedem mehr oder minder offenen Plan zur Abschaffung, den das Ministerium ins Spiel brachte und anschließend wieder wegräumte, wuchsen die Chancen der Gesundheitsministerin, der PKV im Konsens mit der Union staatliche Eingriffe in ihr Geschäftsmodell zu verordnen, für die es am Anfang nie eine Mehrheit gegeben hätte.

Das resultiert aus dem Regelwerk des Politpokers: Man formuliert erstens – in diesem Fall: verfassungswidrige – Vorschläge, um sie sich anschließend vom Verhandlungspartner abtrotzen zu lassen und dafür ein Entgegenkommen zu fordern. Gleichzeitig senkt man zweitens – indem die allgemeine Aufmerksamkeit auf eigentlich indiskutable Systembrüche gelenkt wird – die Sensibilität für die tatsächlichen ordnungspolitischen Verwerfungen.

Und noch ein drittes Moment wusste das BMG bei den Verhandlungen zu nutzen: Das enge Zeitfenster am Schluss der Verhandlungen, dann nämlich, wenn der öffentliche Erwartungsdruck auf die Koalitionsspitzen ins Unerträgliche steigt und die Demonstration von Regierungsfähigkeit den Zwang zur Einigung um jeden Preis diktiert. Sachliche Einwände sind dann chancenlos. Souverän ist, wer den letzten Arbeitsentwurf formuliert.

### „Bezahlbare Preise“:

#### Das trojanische Pferd des Sozialstaates

Ein hervorstechendes Beispiel für diese

Verhandlungsstrategie ist das versicherungsfremde Kriterium der „bezahlbaren Preise“ im Basistarif. Bezahlbare Preise sind ein legitimes Ziel im Rahmen des Sozialsystems und implizieren dort Beitragskappungen oder einkommensabhängige Beiträge. In der privaten Versicherungswirtschaft, die keine Schulden machen darf und daher sich selbst finanzierende Tarife anbieten muss, sind einkommensabhängige Prämienbegrenzungen systemwidrig. Trotzdem gelang es der SPD schon frühzeitig, ihren Koalitionspartner auf dieses Ziel bei der Gesundheitsreform festzulegen – zu einem taktisch klugen Zeitpunkt, als offiziell die Einbeziehung der PKV in den Fonds auf der Tagesordnung stand.

Zwei unscheinbare Worte mit einem systemsprengenden Potential. Denn von diesem Zeitpunkt an konnte sich die SPD zu jedem Zeitpunkt auf die „bezahlbaren Preise“ berufen und noch in der Verhandlungsnacht Anfang Oktober auf eine entsprechende Gestaltung drängen. Dies entsprach exakt ihrer Maxime, der PKV einen Sozialtarif zu verordnen und sie so staatlicher Kontrolle zu unterstellen.

Die erfolgreich durchgesetzte Überforderungsklausel ist eine der Weichenstellungen im aktuellen Gesetzentwurf, mit denen die SPD ihr Projekt der einheitlichen Bürgerzwangsversicherung schrittweise zu realisieren beabsichtigt.

### Das letzte Wort hat der Staat

Wäre es tatsächlich darum gegangen, freiwillig Versicherten einen PKV-Basischutz unabhängig vom persönlichen Risiko zu ermöglichen, Nicht-Versicherten eine Rückkehrmöglichkeit zu ihrer ehemaligen PKV zu eröffnen sowie mit denen, die es wünschen, eine nachteilsfreie Wechseloption des Unternehmens tariflich zu vereinbaren: Es hätte dem Rechtsstaat gut zu Gesicht gestanden, nicht einer ganzen privatwirtschaftlichen Branche die Lösung dieser Probleme gesetzlich zu verordnen, sondern sie aufzufordern, solche Aufgaben in einer definierten Frist selbst zu lösen.

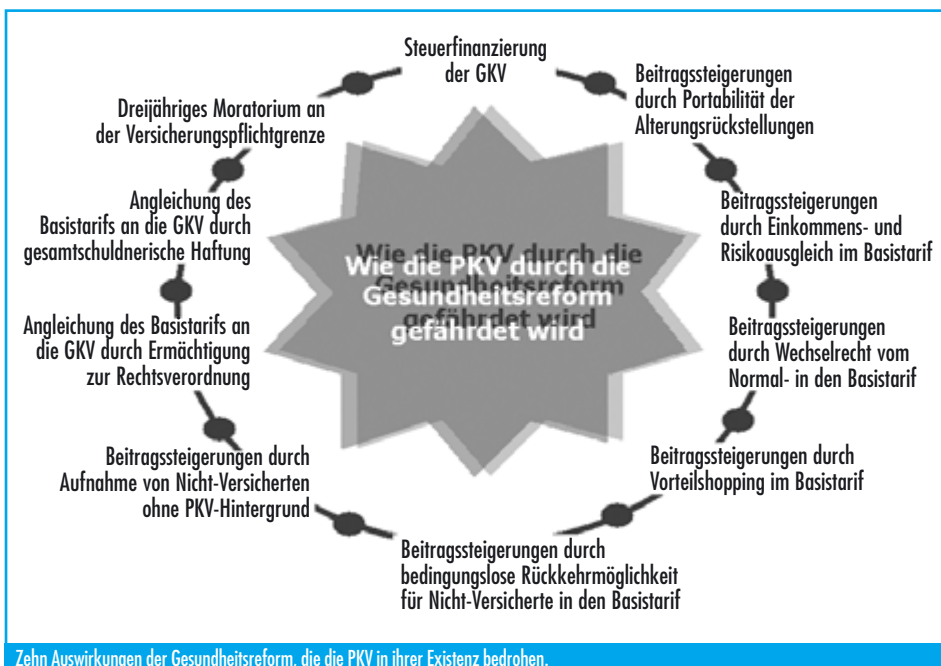
Die PKV-Unternehmen wären dabei niemals auf den versicherungstechnischen Unsinn verfallen, drei völlig unterschiedliche Probleme mit einem Tarif zu lösen und potentiell bedürftigen Nicht-Versi-

cherten dasselbe Angebot zu unterbreiten wie nichtbedürftigen freiwillig Versicherten. Schon im Ansatz hat die Politik daher die Autonomie der ganzen Assekuranzbranche verletzt. Diesen Kurs setzt sie nun fort in der neuen Rechtsverordnungs-kompetenz, nach der in Zukunft die Bundesregierung in allen Fragen zu Art und Höhe der Leistungen im Basistarif das letzte Wort haben soll.

### Von der Subsidiarität zur Subventionierung

Was die PKV in ganz Europa so einzigartig macht, ist nicht nur das Prinzip der Kapitaldeckung und Demografievorsorge, sondern ebenso die Tatsache, dass es ihr gelingt, in einem System der privaten Eigenverantwortung einen Krankenversicherungsschutz für Millionen von Menschen zu organisieren. Deren übergroße Mehrheit (über 70 Prozent) liegt mit ihrem Einkommen unterhalb der Schwelle, bis zu der der Sozialstaat – im Angestelltenbereich – Bedürftigkeit unterstellt und Bürger in die gesetzliche Versicherungspflicht zwingt. Ein solches System hat seine soziale Basis im Prinzip der Subsidiarität, das heißt in der Bereitschaft von Bürgern, unabhängig vom Staat für sich und ihre Familien selbständig vorzusorgen.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung treibt in dieses funktionierende Modell den Keil der Zerstörung. Denn er kriecht nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches erstmals Hilfsbedürftige in der PKV und gibt ihnen einen Subventionsanspruch gegenüber dem Versichertenkollektiv. Im Sinne der „bezahlbaren Preise“ wird hier ein systemwidriges Umverteilungselement eingeführt. Der Umlagebedarf wird erhöht durch die zwangsweise Zuordnung Bedürftiger zur PKV, unter anderem Arbeitslosengeld-II-Bezieher. Auf diese Weise werden genuine Aufgaben des Sozialstaates – also der Steuerzahler – der PKV zugewiesen.



Zehn Auswirkungen der Gesundheitsreform, die die PKV in ihrer Existenz bedrohen.

## **Sozialisierung der Risiken und Einladung zum Vorteilshopping**

Die heute PKV-Versicherten sollen offiziell – was bereits ein eklatanter Eingriff in die Vertragsfreiheit und eine Verletzung jeglichen Rechtsstaatsvertrauens ist – den Einkommensausgleich im Basistarif mitfinanzieren. Sie würden in der Folge aber auch beim Risikoausgleich im Basistarif zur Kasse gebeten, da dieser sich aufgrund des Vorbehalts der „bezahlbaren Preise“ gar nicht aus dem Kollektiv der Basistarif-versicherten heraus finanzieren ließe. Der Gesetzentwurf öffnet an dieser Stelle Tor und Tür für Beitragsexplosionen, weil er – im Gegensatz zur Regelung bei den freiwillig Versicherten – den Nicht-Versicherten keinerlei Frist für die Rückkehr zur PKV vorschreibt. Nutzenmaximierendes Verhalten unterstellt, wird dieser Personenkreis sein Versicherungsrecht in der PKV erst im akuten Krankheitsfall ausüben.

Dieses Beispiel könnte Schule machen, wenn der ehrliche Beitragszahler nicht der Dumme sein will: Auch er kündigt dann und wartet auf den konkreten Behandlungsfall, bevor er – dank Basistarif – zurückkehren und sich die Heilkosten durch die Versichertengemeinschaft bezahlen lassen kann, um anschließend erneut die Beitragszahlung einzustellen. Dergestalt prämiert der Gesetzentwurf das Vorteilshopping und die Sozialisierung des persönlichen Risikos zu Lasten der Solidargemeinschaft.

## **Portabilität: Kranke zahlen für Gesunde**

Aufgrund der Sozialklauseln im Basistarif und seiner Öffnung für Bedürftige und Nicht-Versicherte auch ohne PKV-Vergangenheit wird der Bestand zunehmend zur Finanzierung dieser Leistungen herangezogen. Damit nicht genug, winkt den Bestandsversicherten Ungemach zusätzlich dadurch, dass sie nicht nur den Subventionsbedarf des Basistarifs stillen, sondern auch den nachteilsfreien Wechsel

der heute Vollversicherten bezahlen sollen. Heutige PKV-Versicherte könnten nämlich laut Gesetzentwurf erstmals beim Unternehmenswechsel ihre Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs mitnehmen. Diese Regelung würde zu Risikoentmischung und Entsolidarisierung in der Versichertengemeinschaft führen.

Denn allen bisherigen Erfahrungen zufolge würden vor allem die Gesunden dieses Recht in Anspruch nehmen – die sich ihren Versicherungsschutz im Zielunternehmen auch ohne Risikozuschlag günstig kompletieren könnten. Diesen Vorteil vor allem guter Risiken hätte das abgebende



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD)

Kollektiv zu finanzieren. Verlierer wären die schlechten Risiken, für die ein Wechsel nicht in Betracht kommt. Sie hätten erst die durch den Kapitalabfluss entstandene Deckungslücke nachzufinanzieren und müssten anschließend weitere Prämiensteigerungen infolge der Neukalkulation des – sich sukzessive verschlechternden – kollektiven Durchschnittsrisikos bezahlen.

## **Fatale Anreize**

Die PKV würde durch die basistarifbedingte Verteuerung aller Tarife ihre

Attraktivität für den Neuzugang verlieren. Ihr Basistarif wäre hingegen aufgrund des Kontrahierungszwangs und eines Leistungsumfangs auf GKV-Niveau für Nutzenmaximierer aller Art hochinteressant. Die heutigen Bestandsversicherten würden aufgrund der daraus folgenden Subventionslasten irgendwann selbst in den Basistarif wechseln, um einen eigenen Subventionsanspruch zu realisieren – spätestens mit Beginn des Rentenalters. Die Implosion der heutigen PKV und die Übertragung des Bestands in die GKV wären die Folge; die SPD hätte die Bürgerversicherung doch noch eingeführt.

## **Die zeitliche Entkopplung von Basistarif und Fonds**

Längst kursiert in Berlin das Gerücht, das Theater um den Gesundheitsfonds sei nur ein gigantisches Ablenkungsmanöver gewesen. Man habe der PKV gewissermaßen die sofortige Hinrichtung angedroht, um ihr anschließend mit dem Basistarif die Beine zu amputieren. Es ist in diesem Zusammenhang auf jeden Fall besorgniserregend, dass nach dem aktuellen Gesetzentwurf der Fonds erst 2009 zustande kommen, die neue Tarifwelt der PKV aber bereits ab 1.1.2008 Realität sein soll. Theoretisch wären die notorischen Gegner der Privatversicherung dann bereits am Ziel.

Der Fonds hingegen könnte infolge eines Koalitionsbruchs auch scheitern oder im Wahljahr 2009 noch einmal zur Abstimmung vorgelegt werden. Die Mutation der PKV zur zweiten GKV wäre dann jedoch längst eingeleitet, die Verschmelzung zur Bürgerversicherung eine Frage der Zeit und der Weg in die staatlich gelenkte Einheitsmedizin geebnet. Möge am Ende niemand sagen, dies nicht gewusst zu haben. Die Koalition hat sich auf den Paradigmenwechsel zu mehr Staat im Gesundheitswesen verständigt. Kommt er zustande, sind seine inhärenten Konsequenzen unabwendbar. *tg*

## Basistarif: Unverhältnismäßig, unangemessen und ungeeignet

Die Pläne der Bundesregierung zur Umgestaltung der privaten Krankenversicherung (PKV) verstoßen gegen das Grundgesetz. Zu diesem Schluss kommen renommierte Staatsrechtler in ihren Gutachten, die sie vor einigen Wochen öffentlich vorgestellt haben. Nachdem in der letzten Ausgabe von PKV Publik Prof. Dr. Otto Depenheuer die verfassungsrechtlichen Einwände gegen die Mitnahme der Alterungsrückstellungen geschildert hat, fasst hier Prof. Dr. Gregor Thüsing die unüberwindbaren rechtlichen Hürden vor dem geplanten Basistarif zusammen: „Abgesehen davon, dass hier gar keine Gesetzgebungskompetenz besteht, ist ein Basistarif unverhältnismäßig, unangemessen und nicht geeignet, das angestrebte Ziel zu erreichen: Einheitstarife bedeuten nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb“, heißt es in seinem Gutachten.

Die Koalitionspartner haben sich in den Eckpunkten vom 4. Juli 2006 auf die Grundzüge einer Gesundheitsreform geeinigt. Die geplanten Neuregelungen bringen nicht nur für die gesetzliche Krankenversicherung weitreichende Änderungen, sondern betreffen auch die private Krankenversicherung. Dabei sollen – so das politische Bekenntnis – das bisherige bipolare System der deutschen Krankenversicherung im Grundsatz erhalten und die private Krankenversicherung auch zukünftig als Vollversicherung im Markt bleiben. Ob dies tatsächlich so sein wird, ist aber zweifelhaft, denn die Konkretisierungen der Eckpunkte im Gesetzentwurf begegnen erheblichen verfassungsrechtlichen Zweifeln. Hier muss nachgebessert werden.

### **Dem Bund fehlt die Gesetzeskompetenz**

Dem Bundesgesetzgeber fehlt die Kompetenz zum Erlass der geplanten Regelungen. Die Kompetenznorm des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung) scheidet aus, weil Sozialversicherung eine öffentlich-rechtliche Organisationsform voraussetzt, die geplanten Regelungen sich aber auf privatrechtlich organisierte Unternehmen beziehen. Die Inanspruchnahme von Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG (privatrechtliches Versicherungswesen) scheidet zwar nicht allein deshalb aus, weil einzelne Regelungen untypisch für das herkömmliche privatrechtliche Versicherungswesen sind. Die Summe der

geplanten Maßnahmen gestaltet die private Krankenvollversicherung jedoch derart grundlegend um, dass sie nicht mehr vom Leitbild des privatrechtlichen Versicherungswesens, welches Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 zugrunde liegt, erfasst wird. Kontrahierungszwang, Unzulässigkeit des Leistungsausschlusses, Differenzierung des Beitrags nach Bedürftigkeit und vor allem Tarifierung unabhängig vom Risiko: Die private Krankenversicherung wird so sehr der gesetzlichen Krankenversicherung angenähert, dass sie nicht mehr als Privatversicherung im Sinne der grundgesetzlichen Kompetenzzuweisung verstanden werden kann.

### **Mehr Wettbewerb ist das Ziel – weniger Wettbewerb das Ergebnis**

Die Freiheit der Entscheidung über den Abschluss eines Krankenversicherungsvertrages und dessen inhaltliche Ausgestaltung unterfällt der grundrechtlich durch Art. 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 GG und gegebenenfalls auch Art. 9 Abs. 1 GG geschützten Vertragsfreiheit. Die Einführung des Basistarifs mit Kontrahierungszwang für das Neukundengeschäft stellt einen Eingriff sowohl in die Grundrechte der Versicherungsunternehmen als auch der Versicherungsnehmer dar. Ein solcher Eingriff ist verfassungsrechtlich nur gerechtfertigt, wenn er durch ein formell und materiell mit dem Grundgesetz in Einklang stehendes Gesetz erfolgt.

Der Basistarif standardisiert umfassenden privaten Krankenversicherungsschutz auf einem Mindestniveau, das dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Die bislang gegebene Freiheit des Versicherers zur Gestaltung eines individuellen Krankenversicherungsschutzes wird hierdurch eingeschränkt. Dieser Eingriff in die grundrechtlich gewährleistete Vertragsfreiheit der Versicherer wie der Versicherten ist verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigt.

Die vom Gesetzgeber ausdrücklich genannten Ziele, den Versicherten mehr Wahlfreiheit einzuräumen und den Wettbewerb unter den privaten Krankenversicherern zu stärken, sind zwar legitim. Das Ziel wird jedoch tatsächlich gar nicht erreicht: Der „Wettbewerb“, der hier entstehen kann, ist marginal. Er kann sich – bei zwingend einheitlicher Produktgestaltung – nur auf die Verwaltungskosten beziehen. Diese aber machen durchschnittlich nur 3,5 Prozent aus. Nimmt man hier eine Spanne von relativen 50 Prozent an, so wäre die Abweichung von der günstigsten zur ungünstigsten Versicherung kein effektiver Anreiz zu wechseln. Für die weitaus meisten Versicherten wäre die Spanne geringer und damit der Anreiz zum Wechseln noch minimierter.

Die Verbesserung der Wechselmöglichkeiten wird zudem durch Standardisierung

im Basistarif und somit Einschränkungen der Wahlmöglichkeiten und damit des Wettbewerbs um die besten Leistungsangebote erkaufte. Die Freiheitsbeschränkung steht daher insgesamt nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis zu den Zielen des Gesetzgebers. Das Ergebnis ist nicht mehr Wettbewerb, sondern weniger Wettbewerb, wird doch der Produktwettbewerb in wesentlichen Punkten ausgeblendet: Der Kunde kann sich nicht mehr das für ihn passende herausuchen, sondern nur das billigste oder das Angebot mit dem besten Service. Das wichtigste Wettbewerbsinstrument der PKV, das der Leistungsdifferenzierung, wird eingeschränkt. Es wäre der Wettbewerb unter Autohändlern, die alle das gleiche Auto verkaufen. Der Markt wird hierdurch zwar transparenter und der Preisdruck vielleicht auch größer, die Kundenzufriedenheit und der Wunsch, ein Auto zu erwerben, werden dadurch jedoch nicht gesteigert. Mit anderen Worten: Ein Werben um Kunden durch speziell für sie im Leistungsspektrum attraktive Tarife gibt es beim Basistarif nicht. Der Wettbewerb insgesamt, der auf bessere Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet ist und versucht, sein Angebot nach den Kundenwünschen zu optimieren, wird gemindert. Wettbewerb ist dabei kein Selbstzweck, sondern er soll eben positive Effekte für die Verbraucher erzeugen, wie sich auch der Europäische Gesetzgeber bewusst ist, siehe Art. 81 Abs. 3 EG.

### **Versicherungsschutz für jeden geht auch anders**

Die Einführung eines Kontrahierungszwangs mit dem Ziel, allen Bürgern, die sich nicht gesetzlich versichern können, Versicherungsschutz zu ermöglichen, ist verfassungsrechtlich zwar solange zulässig, wie die Prämien weiterhin am individuellen Krankheitsrisiko orientiert werden dürfen. Dies gilt jedoch nur für solche Tarife, die tatsächlich eine reine Grundversorgung sind, die elementare Krankheitsrisiken abdeckt. Der Basistarif,

wie er zurzeit vorgesehen ist, ist kein Basistarif im eigentlichen Sinne des Wortes. Er orientiert sich am Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit ist er seiner Natur nach Vollversorgung auf Regelniveau. Es geht hier also nicht um die Sicherung, nicht aus finanziellen Gründen gänzlich ohne Versicherungsschutz gesundheitlichen Schaden zu nehmen, sondern um eine Sicherung entsprechend der Standardversorgung für den weit überwiegenden Teil der Bundesbürger. Der Gesetzgeber hat das Recht und ihn trifft die Pflicht, seine Bürger nicht



Prof. Dr. Gregor Thüsing ist Direktor des Instituts für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit an der Universität Bonn.

ins Bodenlose fallen zu lassen, und daher ist die Sozialhilfe ein subjektives Recht eines jeden Bürgers. Es geht hier jedoch um das untere sichernde Netz, nicht um den Anspruch auf ein Leben von Bürgern mit durchschnittlichen Einkommen.

Eben in dieser gesetzgeberischen Zurückhaltung liegt ein wesentlicher Unterschied im Hinblick auf die Angemessenheit der Regelung. Dem Versicherungssuchenden darf nicht jeglicher Schutz verweigert werden; er hat jedoch keinen Anspruch auf die gleiche Behandlung wie der weitaus überwiegende Teil der Versicherten. Schon der im Laufe der Jahre immer stärker reduzierte Leistungska-

talog der gesetzlichen Krankenversicherung, die Einführung von Selbstbehalten, die es zuvor nicht gab, zeigt, dass auch das aktuelle Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung nicht jederzeit notwendiges Maß einer Mindestsicherung ist, die jedem Versicherten zustehen muss, sondern ein Durchschnittsniveau angemessener Sicherung, das mehr gibt als zwingend erforderlich.

Will der Gesetzgeber nun eine Kontrahierungspflicht auf diesem Niveau, so spricht viel dafür, dass er die Angemessenheit nicht mehr wahrt: Die Versicherungspflicht erfolgt zu einem Umfang, der das maximal Denkbare im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung ausschöpft. Hierin aber liegt eine gänzliche Negierung der grundrechtlichen Positionen der privaten Versicherer, nicht ihre verhältnismäßige Abwägung. Ein Kontrahierungszwang für bereits Versicherte lässt sich mit diesem Ziel zudem nicht rechtfertigen, und damit auch nicht der Kontrahierungszwang der privaten Krankenversicherung für bislang freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen.

### **Unzulässiger Eingriff in die Berufsfreiheit**

Für die privaten Krankenversicherungsunternehmen sind die geplanten Umgestaltungen ihres Geschäftsmodells derart weitgehend, dass sie sich als objektive Berufswahlregelung im Sinne der Drei-Stufen-Theorie des Bundesverfassungsgerichts zu Art. 12 Abs. 1 GG darstellen. Der Beruf des Krankenvollversicherers wird nicht nur ausgestaltet, sondern in seiner herkömmlichen Form unmöglich gemacht. Objektive Berufswahlregelungen sind nur zur Abwehr schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut zulässig. Derartige Gefahren sind nicht ersichtlich. Selbst wenn man die geplanten Neuregelungen lediglich als Berufsausübungsregelungen ansieht, müssen sie dem Verhältnismäßig-

keitsgrundsatz genügen. Das tut sie jedoch aus den dargelegten Gründen nicht.

## **Die Pflicht zur Solidarität trifft nur die Solidargemeinschaft**

Das ganze System des Basistarifs kann – so wird heute bereits prognostiziert – sich nicht aus den Basisversicherten allein finanzieren. Warum aber sollen andere privat Versicherte hier unterstützend durch ihre Beiträge einspringen, nicht aber auch die Versicherten der GKV oder aber der Staat? Die geplante Regelung zwingt die Versicherten zur Subventionierung derjenigen, denen der Gesetzgeber die Zahlung der vollen Prämie nicht zumutet. Es geht also nicht nur um Solidarität zwischen Personen mit hohem und solchen mit niedrigem Krankheitsrisiko (Risikosolidarität), sondern um Einkommenssolidarität. Diese Form der Solidarität ist in der gesetzlichen Krankenversicherung, in der Beiträge nach der Leistungsfähigkeit erhoben werden, gerechtfertigt. In der privaten Krankenversicherung ist die Regelung verfehlt. Keiner Rechtfertigung bedarf es, wenn der einzelne Versicherte verpflichtet wird, in einen Topf zu zahlen, aus dem er selber nehmen darf, er ein System von Anspruch

und Ausgleich finanziert, das ihm selber zugute kommt. Eben deshalb hielt das Bundesverfassungsgerecht den Risikostrukturausgleich innerhalb der GKV für nicht rechtfertigungsbedürftig: „Die alleinige Beitragsbelastung der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch den Sachgrund der Vorteilsgewährung gerechtfertigt, weil nur sie, nicht aber die Steuerpflichtigen insgesamt eine Gegenleistung in Gestalt des Versicherungsschutzes erhalten“. (BVerfG, Beschluss v. 18.7.2005, 2 BvF 2/01, BGBl I 2005, 2888 = GesR 2005, 501 unter Rn. 141 der Gründe) Eben dieser Grund ist bei der Heranziehung der privat Versicherten zur Finanzierung des von ihnen nicht in Anspruch genommenen Basistarifs nicht gegeben. Sie erzielen aus dem Basistarif keinen Vorteil. Sie haben daher keine gesteigerte Solidaritätspflicht gegenüber den nicht zur Finanzierung herangezogenen gesetzlich Versicherten zu üben.

## **Unterwanderung der Versicherungs-solidarität durch selektive Versicherung**

Personen mit aktuell gutem Gesundheitszustand könnten ohne Versicherungspflicht auf eine private Krankenversicherung verzichten und erst bei einer

Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes einen – aufgrund fehlender Risikozuschläge kostengünstigen – Versicherungsvertrag zum Basistarif abschließen. Während ein solches Verhalten nach derzeitigem Recht höchst riskant, jedenfalls aber kostspielig wäre, weil die privaten Versicherer einen Vertragsschluss ablehnen oder von der Zahlung von Risikozuschlägen abhängig machen können, wäre es nach Einführung eines Kontrahierungszwanges zugunsten versicherungswilliger Personen unproblematisch. Derart opportunistisches Verhalten widerspricht der Versicherungsidee und belastet verfassungswidrig die Solidargemeinschaft der Versicherten.

Diese Überlegungen bestätigen das bereits zuvor Gesagte: Würde man den Basistarif auf eine echte Mindestsicherung beschränken, statt ihn auf den umfangreicheren Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung festzulegen, würde sich auch das Problem der Umgehung des Basistarifs durch partielle Versicherungen in weit geringerem Umfang stellen, da ein Versicherungsschutz, der substantiell unter dem Basistarif bliebe, auch für gesunde Menschen deutlich unattraktiver wäre.



Im nächsten Monat plane ich eine größere OP... reicht es, wenn ich eine Woche vorher meinen Mitgliedsantrag zuschicke?

Ähnliches gilt für die Gefahr opportunistischen Versicherungsverhaltens. Dieses besteht umso stärker, je umfassender und attraktiver der Versicherungsschutz ist, der Versicherungswilligen mittels des Kontrahierungszwanges garantiert wird. Derjenige, der weiß, dass er sich jederzeit umfassend versichern kann, ist eher geneigt, diesen Versicherungsschutz aufzuschieben und bis dahin die Prämien zu sparen, als derjenige, der weiß, dass ihm nur der Zugang zu einem Mindestschutz garantiert ist, er aber von einem umfassenden attraktiven Versicherungsschutz möglicherweise dauerhaft ausgeschlossen bleibt, wenn er nicht frühzeitig einen Krankenversicherungsvertrag abschließt. ■

## WIP-Studie: Die Verordnung von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten bei privat Versicherten (Teil 2)

Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) erbrachte eine höhere Quote von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten bei privat Versicherten gegenüber GKV-Versicherten (siehe PKV Publik 7/2006). Eine größere Bedeutung konnte insbesondere für hustenstillende Mittel, Psychopharmaka und Magen-Darm-Mittel festgestellt werden.

Nicht-verschreibungspflichtige Medikamente werden seit 2004 von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis auf einige Ausnahmen nicht mehr erstattet. Für privat Versicherte änderte sich nichts. Um die Bedeutung von den auch OTC („over the counter“ = über die Ladentheke) -Präparaten genannten Medikamenten bei der privaten Assekuranz zu ermitteln, untersuchte das WIP 2,9 Millionen Rezeptdaten des Jahres 2005 von drei Unternehmen. Betrachtet wurden 587 umsatzstarke, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente. Zum Vergleich wurden die Daten der GKV aus dem Arzneiverordnungsreport 2005 herangezogen. Dort ist die Medikamentenversorgung von Kassenpatienten im Jahr 2004 dokumentiert.

Die meisten OTC-Präparate sind in der PKV den Antitussiva zuzuordnen. Antitussiva sind Medikamente, die den Hustenreiz lindern. Eine größere Bedeutung haben in der PKV weiterhin vor allem Magen-Darm-Mittel, Psychopharmaka, Mineralstoffpräparate und Antirheumatika (siehe Tabelle unten). Aufgrund des weitgehenden Ausschlusses von nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten in der GKV sind dort die zugehörigen Anteile sehr gering.

	Medikament	Wirkstoff	Indikation	Anteil PKV	Anteil GKV
1	Tebonin	Ginkgo biloba	Psychopharmaka	0,73 %	0,03 %
2	Umckaloabo	Pelargoniumwurzel	Antitussiva	0,37 %	0,02 %
3	Sinuforton Saft	Thymian	Antitussiva	0,29 %	0,01 %
4	Mutaflor	Escherichia	Magen-Darm	0,23 %	0,01 %
5	Phlogenzym	Bromelaine	Antirheumatika	0,21 %	0,01 %

Anteile (nach Umsätzen) der umsatzstärksten Arzneimittel am gesamten Arzneimittelumsatz

Die größte Differenz zwischen PKV und GKV ist bei den Psychopharmaka und den Antirheumatika zu erkennen. Die Hauptvertreter der Psychopharmaka enthalten in der Mehrzahl entweder ein Johanniskraut- oder ein Ginkgoblätterextrakt. Die zugehörigen Medikamente sind in Relation zu anderen OTC-Präparaten teure Arzneien. Ihr Umsatz ging in der GKV von 2003 zu 2004 um 68 Prozent zurück. Unter den Antirheumatika entfallen bei der PKV die größten Umsatzanteile auf Bromelaine und auf homöopathische Präparate.

Die umsatzstärksten Medikamente (siehe Tabelle oben) unter den untersuchten 587 OTC-Arzneien rekrutieren sich aus den erwähnten Indikationsgruppen. Bei der GKV nehmen diese Medikamente nur noch eine zu vernachlässigende Rolle ein.

Umsatzstärkstes OTC-Präparat bei der PKV ist das Ginkgo biloba Mittel Tebonin.

Das den Psychopharmaka zugerechnete Medikament gilt als Antidementivum und soll die Gehirnleistung verbessern. Tebonin ist mit einem durchschnittlichen Verordnungspreis von 55,39 Euro ein teures Präparat. Es wird überwiegend von älteren Versicherten bezogen und im Vergleich zu preisgünstigen OTC-Mitteln besonders häufig bei der Versicherung zur Erstattung eingereicht.

Auf Platz zwei und drei der Umsatzrangliste folgen hinter Tebonin mit Umckaloabo und dem Sinuforton Saft weitere pflanzliche Medikamente. Der Wirkstoff von Umckaloabo ist ein Extrakt aus der Pelargoniumwurzel, einem Teil einer südafrikanischen Geranienart. Der Sinuforton Saft enthält ein Primelwurzel- und ein Thymianextrakt. Beide Mittel finden ihre Anwendung bei Erkältungskrankheiten.

Im Gegensatz zur GKV sind nicht-verschreibungspflichtige Medikamente in der PKV ein nicht zu unterschätzendes Segment. Der Anteil der fünf umsatzstärksten OTC-Präparate am gesamten Arzneimittelumsatz liegt bei der PKV bis zu 29-mal höher als bei der GKV. *wi*

Platz PKV	Indikationsgruppe	PKV	GKV
1	Antitussiva	1,45 %	0,27 %
2	Magen-Darm-Mittel	1,37 %	0,37 %
3	Psychopharmaka	1,22 %	0,14 %
4	Mineralstoffpräparate	1,02 %	0,35 %

Anteile (nach Umsätzen) der wichtigsten Indikationsgruppen am gesamten Arzneimittelumsatz

Die Studie des WIP ist als Diskussionspapier 06/06 erschienen und kann über das Internet <http://www.wip-pkv.de> bezogen werden.

### Langjähriges PKV-Ausschussmitglied Holländer gestorben

Im Alter von 78 Jahren ist am 21. September 2006 Helmut Holländer verstorben. Holländer war bereits Anfang der sechziger Jahre und dann nochmals



Helmut Holländer †

von 1970 bis 1985 Mitglied des mathematisch-statistischen Ausschusses des Verbandes der privaten Krankenversicherung. Er gilt als „Vater der Pflegeversicherungskalkulation“.

In seinen Unternehmen, der DLK-Krankenversicherung und der Offenbach-Lichterfelder Kasse, Vorläuferin der heutigen DBV-Winterthur Krankenversicherung, übte Holländer zahlreiche Vorstandsmitgliedschaften aus.

Wie engagiert Holländer bis zum Schluss Anteil an der Branche nahm, geht aus seinem Leserbrief an die Frankfurter Allgemeine Zeitung hervor, der nur sechs Tage vor seinem Tod veröffentlicht wurde. Darin kommentierte der gelehrte Versicherungsmathematiker die Pläne der Koalition zur Umgestaltung der PKV:

„Auch für bestehende Verträge soll ein Basistarif mit ‚einheitlichen‘ Beiträgen eingeführt werden, dessen Leistungen der gesetzlichen Versicherung entsprechen – ohne Rücksicht darauf, ob diese Leistungen auch von den Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte und so weiter) als ausreichend und angemessen angesehen werden. Die ‚einheitlichen‘ Beiträge entsprechen nicht versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die angeblich aus Wettbewerbsgründen verordnete Mitnahme von Rückstellungen beim Wechsel in eine andere Privatkasse ist ein Danaergeschenk für die Versicherten, denn sie zwingt alle Privatkassen zu Beitragserhöhungen.“

Der Verband der privaten Krankenversicherung bewahrt Helmut Holländer in dankbarer Erinnerung.

### Ehemaliger PKV-Vorsitzender Greisler 70 Jahre

Der langjährige Vorsitzende des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Peter Greisler, feierte am 16. Oktober 2006 seinen 70. Geburtstag. Zu diesem Ehrentag gratuliert der PKV-Verband besonders herzlich.

Peter Greisler war seit 1982 Mitglied des Verbandsvorstands und von 1990 bis 2002 dessen Vorsitzender. Als hervorragender Kommunikator hat er gewichtige Entscheidungen – vom Standardtarif bis zur Pflegepflichtversicherung – in der Branche mehrheitsfähig gemacht und prägend zur eigenen Identität der PKV in der Verbändelandschaft der Privatassekuranz beigetragen. Seit seinem Ausscheiden aus dem Vorstand ist Peter Greisler Ehrenmitglied des PKV-Verbandes.

Seinem Unternehmen, der Debeka, diente er über 25 Jahre als Vorstandsvorsitzender. Bis heute ist Greisler Vorsitzender der Aufsichtsräte der Debeka Versicherungen und der Debeka Bausparkasse. Außerdem gehörte er von 1990 bis 2002 dem Präsidium und von 1984 bis 2002 dem Präsidialausschuss des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft an.

Für seine Verdienste wurden Peter Greisler 1989 das Verdienstkreuz am Bande, 1996 das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse und 2001 das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Neben seinem Engagement in der deutschen Versicherungswirtschaft ist Greisler



Peter Greisler

nach wie vor als Vorsitzender des Stiftungsrates der Deutschen AIDS-Stiftung tätig.

## PKV-Herbstfest im Zeichen der Gesundheitsreform

Wieder hatten die Terminplaner es nicht ahnen können – und wieder fiel das PKV-Herbstfest in eine besonders spannende politische Phase: Fand die Veranstaltung 2005 nur wenige Tage nach der Bundestagswahl statt, so traf man sich diesmal auf dem Höhepunkt des großkoalitionären Tauziehens um die Gesundheitsreform.

In seiner Begrüßung der rund 250 Gäste aus Politik, Gesundheitswesen und den Medien erinnerte der Vorsitzende des PKV-Verbandes Reinhold Schulte daran, dass sich im Vorjahr hohe Erwartungen an die sich abzeichnende Große Koalition geknüpft hatten. Ein Jahr später, so Schulte, sei die Hoffnung abgelöst worden von Sorge und Skepsis, insbesondere im Bezug auf die Pläne zur Gesundheitspolitik: „Was wir da in Paragraphenform zu

nach einer Auszeit im Vorjahr diesmal wieder den Weg zum Festort, dem Hamburger Bahnhof in Berlin-Mitte gefunden hatte. Herausfordernd wandte sich die Ministerin in ihrer Ansprache an die Versicherungsmanager: „Sie sind doch Unternehmer. Und als solche sollten Sie es gewohnt sein, in veränderten Umständen nicht nur Risiken, sondern auch Chancen zu erblicken.“

Für deutlich mehr Heiterkeit als diese Prognose sorgte unter den Gästen der Auftritt des Kölner Erfolgskabarettisten Jürgen Becker. Er attestierte der Großen Koalition, dass sie getreu einer rheinischen Devise verfare: „Nichts können – aber sich alles zutrauen.“ Den geplanten Gesundheitsfonds für die Versicherungsbeiträge bezeichnete Becker als „Kaffeekasse des Gesundheitswesens“.



Der PKV-Vorsitzende Reinhold Schulte (rechts) begrüßt den stellvertretenden Vorsitzenden der Unionsfraktion im Bundestag, Wolfgang Zöller.

Wohlweislich ging Schmidt darüber hinweg, dass ihr zu diesem Zeitpunkt noch kursierender Gesetzentwurf alle Entwicklungschancen unter anderem durch eine Beschränkung der PKV auf Basistarif und Zusatzversicherung gekappt hätte. Den diesbezüglich für die Branche vielleicht wichtigsten Satz des Abends sprach der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion Wolfgang Zöller aus: „Der Basistarif wird die traditionelle PKV-Tarifwelt nicht ersetzen, sondern ergänzen“, stellte er klar und distanzierte sich damit für CDU und CSU von Schmidts Entwurf.

lesen bekommen, ist eine Art gesundheitliches Vormundschaftsrecht. Das alles wird einem freiheitlichen System nicht gerecht, sondern führt auf direktem Wege in die Staatsmedizin.“

Hauptadressatin dieser Kritik war Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die

Die Oppositionsparteien FDP und Bündnisgrüne waren unter anderem durch ihre Gesundheitspolitiker Daniel Bahr und Biggi Bender vertreten. Bahr reklamierte in seinem Grußwort, dass Steuermittel für die Kindermitversicherung verfassungsrechtlich nicht nur dem gesetzlich, sondern auch dem privat versicherten Nachwuchs zustehen. Bender orakelte, dass es für die PKV auch bei künftigen Gesundheitsreformen um ihre Existenz gehen werde.



Jürgen Becker gehört dem Vernehmen nach zu Ulla Schmidts Lieblingskabarettisten und brachte auch die übrigen Gäste zum Lachen.

Zwar zeigten sich alle politischen Gäste überzeugt davon, dass es auch in Zukunft noch PKV-Herbstfeste – implizit also die PKV selbst – geben werde. Doch selbst im geselligen Kontext wurde deutlich, wem dies wirkliches Anliegen ist und wer letztlich auf das gerade Gegenteil hinwirkt. sc



Reinhold Schulte und PKV-Verbandsdirektor Dr. Volker Leienbach im Gespräch mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt.



Kommen im nächsten Jahr hoffentlich alle wieder zum PKV-Herbstfest: Die Gäste im Foyer des „Hamburger Bahnhofs“.

## Die Zerstörung

Die Reformarbeit der schwarz-roten Regierungskoalition könnte nun in den Bereich des ordnungspolitischen Vandalismus vorstoßen. So muss man wohl kennzeichnen, was als teils gewolltes, teils geduldetes, im wirren Wust der Verhandlungen jedenfalls aufscheinendes Ergebnis der Bemühungen um eine Gesundheitsreform droht: die Zerstörung der privaten Krankenversicherung. Wenn es den Versicherungen und den Versicherten nicht gelingt, mit der Ankündigung einer Welle von Verfassungsklagen solche Reformirrigungen zu verhindern, dann wird mit einem technisch anmutenden Eingriff in das Vertragsrecht das deutsche Gesundheitswesen den Doktrinen des Gesundheitssozialismus und den Praktiken der Staatsmedizin überantwortet werden. (...)

Um nachzuvollziehen, mit welchem Raffinement von einigen der federführend an dieser Gesundheitsreform Mitwirkenden gegen das Prinzip des Privatwirtschaftlichen gearbeitet wird, muss man sich klar machen, was mit dem so harmlos aussehenden Hebel „Basistarif“ den privaten Versicherern angetan werden soll. Sie dürfen erstens die Risikobewertung – also die eigentliche Ratio ihres Gewerbes – für einen unabsehbar großen Teil ihres künftigen Geschäfts, nämlich für das Basispaket, nicht anwenden. Sie werden zweitens einem Kontrahierungszwang unterworfen, der jedem wettbewerblichen Marktauftritt fremd ist. Und sie müssen drittens – ebenfalls wegen des Basispakets – erhebliche Teile der Kostensteigerungen des Gesundheitswesens auffangen, ohne die finanziellen Hilfen zu bekommen, auf die die gesetzlichen Kassen setzen dürfen. Was daraus folgt, ist klar: Die in Deutschland tätigen privaten Krankenversicherer müssen aufgeben, weil sie von der Kapital-

auszehrung heimgesucht werden oder weil sie zum Ausgleich der ihnen gesetzlich auferlegten Kosten so teuer werden müssten, dass das Geschäftsvolumen rapide sinkt. Die private Krankenversicherung würde zu einer schrumpfenden Nischenveranstaltung, der gnadenhalber ein Plätzchen im großen Fonds anzubieten wäre. Und das Ganze wie von selbst ablaufend in einem „Markt“-Prozess, der mit einer antimarktwirtschaftlich angelegten Gesundheitsreform absichtsvoll losgetreten wird. „Chapeau!“ müsste man sagen, wenn ein solches Effizienzkompliment sich nicht aus moralischen Gründen verbieten würde.

Die privaten Krankenversicherer sind gewillt, ihre Sache mit allen Mitteln des Rechts zu vertreten. Sie werden hoffentlich nicht ohne Hilfe sein, denn es geht hier nicht nur um „ihre“ Sache im Sinne eines Brancheninteresses. Es geht um Ordnungspolitik, und es geht um das Maß dessen, was sich eine Gesellschaft an Impertinenz von der Politik bieten lässt. Die Reform, die sich jetzt – täglich mit neuem Unfug aufwartend – am Horizont abbildet, sollte es nicht geben. Dann lieber keine. Dieses Koalitionsgewürge wird nicht ewig währen. Und das hofften doch schon die Bremer Stadtmusikanten: Besseres finden wir allemal.



Dr. Hans D. Barbier

Dr. Hans D. Barbier ist Vorsitzender der Ludwig-Erhard-Stiftung. Sein Beitrag erschien am 06. Oktober 2006 in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung, deren wirtschaftspolitisches Ressort Dr. Barbier viele Jahre leitete und mit deren freundlicher Genehmigung wir diesen Artikel nachdrucken.

### Impressum

#### Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.  
Postfach 51 10 40, 50946 Köln  
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln  
Telefon: (0221) 376 62-0  
Telefax: (0221) 376 62-10  
Internet: <http://www.pkv.de>  
E-Mail: [presse@pkv.de](mailto:presse@pkv.de)

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary

Produktion: Karin Held

#### Autoren dieser Ausgabe:

Dr. Hans D. Barbier, Timm Genett,  
Prof. Dr. Gregor Thüsing, Dr. Frank Wild

Fotos: Frank und Marc Darchinger GbR

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

#### Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH  
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe  
Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand  
und Mehrwertsteuer  
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.12.2006.