

João Rodrigues

Die Private Krankenversicherung im Umbruch

Gesundheitsreform verschärft Prämienentwicklung

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz führt zu einer Reihe von Änderungen für die private Krankenversicherung (PKV). Im Blickpunkt steht hier vor allem die voraussichtliche Prämienentwicklung der Versicherungen vor dem Hintergrund der Einführung des Basistarifs, der Portabilität von Alterungsrückstellungen sowie der Änderungen im Versicherungsrecht. Damit steht das Geschäftsmodell der PKV vor einem großen Umbruch. Der Beitrag geht den Fragen nach, wie sich die Gesundheitsreform auf die Prämienentwicklung der PKV auswirken wird, ob es zu Beitragssteigerungen kommen wird und wie das bisherige Geschäftsmodell der PKV zukünftig aussehen könnte.

Mehr Wettbewerb in der privaten Assekuranz

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) bringt eine Reihe von Änderungen für die private Krankenversicherung (PKV) mit sich, die die Prämienentwicklung in der PKV beeinflussen werden. In seinem Bestreben, den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und in der PKV zu forcieren, hat der Gesetzgeber für die PKV die Einführung eines so genannten Basistarifs und die Portabilität von Altersrückstellungen beschlossen. Die Einschränkung der Wechselmöglichkeit für abhängig Beschäftigte in die private Krankenversicherung soll die Abwanderung so genannter guter Risiken aus der GKV in die PKV vermindern und damit die Finanzstabilität in der GKV stärken.

Damit steht die PKV vor einem Umbruch, der sowohl Auswirkungen auf die Prämien in den Vollversicherungstarifen, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden (Bestandsverträge), als auch in den Vollversicherungstarifen ab dem 1. Januar 2009 (Neuverträge) haben wird. Dass die Prämien in der privaten Krankenversicherung steigen werden, ist nahezu unbestritten. Fraglich ist jedoch noch, ob die PKV auch in Zukunft ihre

Attraktivität für junge, gesunde und gut verdienende Personenkreise bewahren und damit ihr Geschäftsmodell aufrechterhalten kann.

Die wesentlichen Änderungen des GKV-WSG für die PKV

Die Gesundheitsreform führt zu vielen Änderungen sowohl für die GKV als auch für die PKV. Die GKV ist wesentlich von der Änderung der Finanzarchitektur durch die Einführung des Gesundheitsfonds betroffen. Die private Krankenversicherung wird vor allem durch die Einführung des Basistarifs und von der Portabilität der Alterungsrückstellungen sowie dem geänderten Wechselrecht zwischen der GKV und der PKV berührt.

Einführung des Basistarifs

Der Basistarif wird zum 1. Januar 2009 eingeführt und löst damit den in der PKV bislang vorhandenen Standardtarif ab. Ziel des Basistarifs soll es nach dem Willen des Gesetzgebers sein, ein bezahlbares Angebot in der PKV darzustellen und zugleich durch die Mitgabe normierter Alterungsrückstellungen eine Wechseloption für Bestandsversicherte zwischen den privaten Versicherungsunternehmen zu schaffen. Der Basistarif ist für alle Versicherungsunternehmen obligatorisch, die eine substitutive Krankenversicherung in Deutschland betreiben wollen (§ 12 Absatz 1a VAG; § 257 SGB V).

Der Basistarif ist in Art, Prämienhöhe und Versicherungsumfang mit der GKV vergleichbar. Er dient der sozialen Sicherung, da die PKV verpflichtet wird, allen Personen, die ihr zuzuordnen sind und keinen Versicherungsschutz aufweisen, den Basistarif anzubieten. Im Basistarif besteht Kontrahierungszwang und ein Verbot von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen. Auch freiwillig Versicherten aus der GKV steht der Basistarif offen, wenn sie ihre Wechseloption von der GKV in die PKV wahrnehmen. Ferner erhalten die PKV-Bestandsversicherten, deren Verträge vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 ein befristetes Optionsrecht auf den Wechsel in den Basistarif unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen eines beliebigen Versicherungsunternehmens. Für Bestandsversicherte, die

das 55. Lebensjahr vollendet haben, besteht ab dem 1. Juli 2009 weiterhin die Möglichkeit, in den Basistarif zu wechseln – allerdings nur in den des eigenen Versicherungsunternehmens. Für PKV-Versicherte, die ihren Vertrag ab dem 1. Januar 2009 neu abschließen, gilt grundsätzlich die Möglichkeit eines Wechsels in den Basistarif eines beliebigen Versicherungsunternehmens unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen (§ 204 Absatz 1 VVG).

Die Prämienhöhe des Basistarifs ist auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt. Wird der Versicherte aufgrund der Prämie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Sozialgesetzbuches (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder des Zwölften Sozialgesetzbuches (Sozialhilfe), vermindert sich die zu zahlende Prämie um die Hälfte. Besteht auch dann noch die Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der Sozialhilfeträger an der Zahlung, jedoch höchstens mit dem Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der GKV zu tragen ist – 2008 sind dies 118 Euro für die Krankenversicherung (§ 12 Absatz 1c VAG).

Die Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung wird von zwei Ausgleichsverfahren flankiert. Der Gesetzgeber unterscheidet zwischen:

- Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen, die aufgrund des Kontrahierungszwanges und des Verzichts auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse im Basistarif entstehen,
- Mehraufwendungen, die aufgrund der Beitragskappung im Basistarif entstehen.

Unter dem ersten Aufzählungspunkt verursachte Ausgaben sind in der Kalkulation des Basistarifs zu berücksichtigen. Die privaten Krankenversicherungen sind angehalten, den Gesundheitszustand der Versicherten im Basistarif zu bewerten, die unterschiedlichen Belastungen in einem Ausgleichssystem zu berücksichtigen und gleichmäßig zu verteilen. Dies führt in der Konsequenz zu einer Belastung der Prämie im

Basistarif. Mehraufwendungen nach dem zweiten Punkt werden auf alle privaten Krankenversicherungsunternehmen gleichmäßig verteilt, was zu höheren Prämien der Vollversicherungstarife führt (§ 12g VAG).

Der Leistungsumfang im Basistarif entspricht den Leistungen gemäß Kapitel 3 des SGB V und damit dem Umfang der GKV. PKV-übliche Selbstbehalte können auch im Basistarif festgelegt werden, sind aber nicht frei wählbar. Der Gesetzgeber hat die Selbstbehaltstufen auf 0, 300, 600, 900 und 1.200 Euro pro Jahr festgelegt. Ausdrücklich erlaubt sind nach dem GKV-WSG Zusatzversicherungen zum Basistarif, die den Versicherten die Möglichkeit geben, den Versicherungsschutz auf den Umfang eines Volltarifs anzuheben.

Portabilität der Alterungsrückstellungen

Die Portabilität von Alterungsrückstellungen stellt mit Abstand die größte Veränderung des Geschäftsmodells der PKV durch das GKV-WSG dar. Der Gesetzgeber begründet diese Maßnahme mit dem Ziel, den Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung forcieren zu wollen. Ab dem 1. Januar 2009 sind sowohl beim Tarifwechsel in den Basistarif innerhalb des Versicherungsunternehmens als auch beim Wechsel in ein anderes Versicherungsunternehmen Altersrückstellungen zu übertragen. Für Versicherte, deren Verträge vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, gilt die Portabilität der Alterungsrückstellungen nur im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009. Die Rückstellungen werden auf den Betrag begrenzt, der sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn seiner PKV-Versicherungszeit an im Basistarif versichert gewesen wäre, und sind damit in der Regel niedriger als die tatsächlich gebildeten Rückstellungen (§ 13a Absatz 1 KalV). Der Versicherte hat jedoch die Möglichkeit, sich den restlichen Anteil seiner Alterungsrückstellungen zu sichern, indem er Zusatztarife bei seinem bisherigen Versicherungsunternehmen zum Basistarif abschließt, auf die die Rückstellungen wiederum angerechnet werden (§ 204 Absatz 1 Nummer 2 VVG).

Wechselmöglichkeit für abhängig Beschäftigte

Der Wechsel von der GKV in die PKV ist für abhängig Beschäftigte bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze möglich. Bis zum 2. Februar 2007 war ein abhängig Beschäftigter erst dann versicherungsfrei in der GKV, wenn das Jahresarbeitsentgelt des Beschäftigten die Jahresarbeitsentgeltgrenze (2007: 47.700 Euro pro Jahr) für das laufende und das Folgejahr überschritt. Mit dem GKV-WSG ist diese Regelung verschärft worden. Danach sind abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat (§ 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V).

Prämieneffekte der Gesundheitsreform in der PKV

Wie wird sich die Gesundheitsreform auf die Prämienentwicklung der PKV auswirken? Hier sind drei Tarifwelten zu unterscheiden: Vollversicherungsverträge, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurden, können als Bestandsverträge bezeichnet werden. Demgegenüber stehen Vollversicherungsverträge ab dem 1. Januar 2009, die als Neuverträge bereits unter Berücksichtigung der Portabilität der Alterungsrückstellungen auf den Markt gebracht werden. Des Weiteren wird der Basistarif mit seiner spezifischen Ausgestaltung hinsichtlich der zu erwartenden Prämienentwicklung untersucht.

Prämienentwicklung in den Vollkostentarifen

Korrektur Stornokalkulation in den Vollkostentarifen

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen hat zur Folge, dass die Versicherungsunternehmen ab 2009 die Kalkulation der Bestandsverträge bei Stornierung von Versicherungsverträgen korrigieren müssen. Stornierungen entstehen durch Kündigungen oder durch den Tod der Versicherungsnehmer. Die Stornowahrscheinlichkeit wird in der Prämienkalkulation berücksichtigt, um die tatsächliche durchschnittliche Verweildauer in einem Vertrag zu bemessen (Sacher 2004). Da ein persönlicher Anspruch auf die angesparten Alterungsrückstellungen bis

zum 1. Januar 2009 nicht besteht, werden die Alterungsrückstellungen aus Stornierungen dem Versicherungskollektiv gutgeschrieben (Nell und Rosenbrock 2007). Diese so genannte Vererbung von Alterungsrückstellungen wirkt daher prämienmindernd (Wasem 1996).

Mit der Einführung der Portabilität von Alterungsrückstellungen ab dem 1. Januar 2009 ist die Vererbung von Alterungsrückstellungen aus Kündigungen in Bestandstarifen im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 nicht möglich. Ausscheidende Versicherte erhalten in diesem Zeitfenster den Teil der Alterungsrückstellung, der entstanden wäre, wenn sie von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wären. Insbesondere gesunde Versicherte könnten von einem Wechsel in einen Neuvertrag eines günstigeren Versicherers profitieren, da sie individuell überhöhte Alterungsrückstellungen erhalten und zugleich keine Nachteile aus der erneuten Gesundheitsprüfung zu erwarten haben.

Die kalkulatorisch bislang nicht für Bestandstarife berücksichtigte Mitgabe der Alterungsrückstellungen geht in voller Höhe zulasten der Geschäftsergebnisse und damit des verbleibenden Versicherungskollektivs (Aktuar aktuell 2007a). Die Portabilität von Alterungsrückstellungen führt in den Bestandstarifen somit zu einer direkten Erhöhung der Prämien, sofern die Abwanderungen die Zugewinne an Bestandsversicherten im jeweiligen Kollektiv überschreiten.

In der öffentlichen Diskussion werden in diesem Zusammenhang je nach intendierter Aussage sehr unterschiedliche Prämiensteigerungen durch die Stornoverluste vorausgesagt. Prämiensteigerungen von bis zu 28 Prozent werden vom PKV-Verband erwartet (Protokoll-Nummer 16/32 2006). Versicherungsunternehmen, die sich von der Portabilität einen Versichertenzuwachs versprechen, warnen hingegen davor, die Prämiensteigerungen aufgrund der Reduzierung des Stornogewinns in den Bestandstarifen zu dramatisieren. Dort werden Prämiensteigerungen von zwei bis fünf Prozent erwartet (Hofer 2008).

Meder (2008) hat festgestellt, dass die Prämiensteigerungen in Abhängigkeit vom Rückgang des bisher beitragsmindernd wirkenden Stornogewinns und des Eintrittsalters unterschiedlich wirken. Die nachstehende Tabelle zeigt beispielhaft anhand eines Standardversicherungsvertrags (ambulante Leistungen inklusive 323 Euro Selbstbeteiligung, 100 Prozent stationäre Leistungen, 100 Prozent Zahnbehandlung sowie 75 Prozent Zahnersatz), dass bei Männern je nach Eintrittsalter Beitragserhöhungen zwischen 0,14 und 19,77 Prozent möglich sind.

Tabelle 1: Beitragserhöhung in Prozent des Tarifbeitrags abhängig vom Stornogewinnrückgang (Männer)

Eintrittsalter	Männer Stornogewinnrückgang in Prozent						
	10	20	30	40	50	60	70
20	2,37	4,89	7,59	10,43	13,42	16,54	19,77
25	2,04	4,16	6,35	8,60	10,92	13,29	15,72
30	1,64	3,31	5,01	6,73	8,48	10,27	12,06
35	1,25	2,51	3,77	5,05	6,43	7,64	8,94
40	0,87	1,75	2,63	3,51	4,39	5,28	6,16
45	0,55	1,10	1,65	2,26	2,75	3,31	3,85
50	0,30	0,61	0,92	1,22	1,53	1,84	2,14
55	0,14	0,29	0,44	0,58	0,72	0,87	1,01

Quelle: eigene Darstellung, in Anlehnung an Meder 2008

In den Neuverträgen ab 2009 ist eine deutlich niedrigere Stornowahrscheinlichkeit in der Kalkulation anzusetzen als dies in der Vergangenheit der Fall war. Verträge, die nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen werden, enthalten beim Wechsel des Versicherungsunternehmens das Recht auf den Übertragungswert in der Höhe des Basistarifs. Damit kann die PKV die Vererbung von Rückstellungen nur noch bei Stornierungen aus Todesfällen in die Kalkulation einbeziehen. Die privaten Krankenversicherungen stehen hierbei vor der Problematik, dass keine Erfahrungswerte existieren, die eine Prognose der Abgangswerte auf Basis

der neuen Rechtsgrundlagen zulassen. Vor diesem Hintergrund bleibt den Unternehmen nur die Möglichkeit, entweder mit einer vorsichtigen Annahme den kalkulatorischen Stornogewinn (Vererbung) deutlich zu reduzieren oder einen niedrigen Stornorückgang abzuschätzen, um damit die Prämiensteigerungen in Grenzen zu halten. Eine spätere Anpassung des Stornorückgangs könnte jedoch an der Zustimmung des unabhängigen Treuhänders scheitern, die bei dauerhaften Prämienänderungen einzuholen ist. Vor diesem Hintergrund könnte sich der vom PKV-Verband vorzugebende Stornosatz aus dem Basistarif als Orientierungswert anbieten. Dieser ist jedoch bislang nicht bekannt und die Kalkulationsbestimmungen können noch bis zum 1. Januar 2009 Änderungen erfahren (Meder 2008).

Die Kalkulation der Neuverträge stellt somit eine besondere Herausforderung dar, in der die meisten Versicherer eine konservative Schätzung des zukünftigen Stornogewinns vornehmen werden. In der Konsequenz ist in den Neuverträgen eine höhere Prämie zu erwarten als in vergleichbaren Bestandsverträgen, die derzeit noch mit Vererbung aus Stornierungen kalkuliert sind. Schätzungen zufolge ist mit einer Beitragserhöhung von 10 bis 20 Prozent in diesem Bereich zu rechnen, wobei jüngere Versicherte höher belastet werden als ältere (Beenken 2007, Schmidt-Kasperek 2008).

Sinkendes Neukundengeschäft bereits im Jahr 2007 zu verzeichnen

Bereits zum 1. Januar 2003 war durch eine außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze um monatlich 450 Euro der Wechsel von abhängig Beschäftigten in die PKV erschwert worden. Diese Regelung hat den Neuzugang in die PKV deutlich reduziert. Von 2001 bis 2006 sank der Nettoneuzugang in der PKV-Vollversicherung von 216.400 auf 116.100 Personen (Wegner 2007). Mit dem GKV-WSG wurde der Wechsel in die PKV erneut verschärft. Im Jahr 2007 sank daher der Nettoneuzugang auf 59.900 Personen (PKV-Verband 2008). Der Gesetzgeber begründet die Verschärfung des Wechselrechts mit der notwendigen finanziellen Stärkung des Solidarprinzips in der GKV. Auch weiterhin ist zu erwarten,

dass sich das Neukundengeschäft rückläufig gestaltet. Fitch Ratings geht in diesem Zusammenhang in den nächsten drei Jahren von einem Bestandswachstum von weniger als einem Prozent aus und erst ab 2010, wenn der erste Jahrgang die Dreijahresfrist erreicht hat, ist wieder mit einem Anstieg zu rechnen (Ockenga, Großpietsch und Stavrianidis 2007).

Zukünftige Neukunden werden darüber hinaus ein höheres Eintrittsalter aufweisen und in der Tendenz damit auch ein höheres Risiko mitbringen. In der Konsequenz verringert sich die Attraktivität der PKV für potenzielle Wechsler, da die Preisdifferenz aufgrund des höheren Eintrittsalters und eines möglicherweise schlechteren Gesundheitszustands zwischen den Versicherungssystemen sinkt. Das höhere Lebensalter hat zudem zur Folge, dass die potenziellen Wechsler bereits die Familienphase erreichen. Auch dies mindert die Attraktivität der privaten Krankenversicherung. Aufgrund der kostenlosen Familienversicherung in der GKV ist ein Übertritt für angehende Familien nicht immer automatisch lohnenswert (von der Schulenburg 2005, Stiftung Finanztest 2006).

Eine Verringerung des Versicherungsbestands führt in der Tendenz zu einer Erhöhung der zu erwartenden relativen Schwankungen im Versicherungsverlauf, sodass damit auch höhere Sicherheitsreserven in der Kalkulation notwendig werden, die das Prämienniveau für Neuverträge belasten (Meder 2008). Eine Quantifizierung der Prämienbelastung ist jedoch in diesem Bereich nicht möglich.

Eine weitere Herausforderung für die PKV stellt der fehlende Neuzugang in Bestandsverträge nach dem Ende der Wechselfrist zum 30. Juni 2009 dar. Sofern die Tarife nicht an die neuen Kalkulationsbedingungen angepasst werden, drohen diese Tarife zu vergreisen. Eine dauerhafte Prämienbelastung durch die notwendige Anpassung an eine steigende Lebenserwartung und den medizinisch-technischen Fortschritt ist kalkulatorisch zusätzlich zu berücksichtigen. Der kontrollierte Wechsel von

Bestandsstarifen in die Neutarife oder in den Basistarif sollte daher für die PKV-Unternehmen von hohem Interesse sein, um einen Imageverlust durch stark steigende Beiträge zu vermeiden (Meder 2008).

Umlage für die Höchstbeitragskappung im Basistarif

Die Höchstbeitragskappung wird durch eine Umlage über alle substitutiven Krankenversicherungstarife, das bedeutet sowohl Bestandsverträge als auch Neuverträge, finanziert. Noch ist der hierzu notwendige Umlagebedarf kaum feststellbar, da der Zugang zum Basistarif sich nicht abschätzen lässt (Aktuar aktuell 2007a), weil er strategisch beeinflussbar ist. Ob ein kostendeckender Beitrag im Basistarif erzielt werden kann, um die Leistungsausgaben des Tarifs zu finanzieren, ist derzeit noch nicht absehbar. Es ist jedoch mit einem hohen Zulauf in den Basistarif zu rechnen, denn je höher die Prämie im Basistarif ist, desto attraktiver ist der Tarif für Personen, die – wegen Hilfebedürftigkeit – von einer Beitragsermäßigung profitieren. Vor diesem Hintergrund ist eine Unterdeckung im Basistarif abzusehen.

Die Finanzierung von Mehraufwendungen im Basistarif wird von allen PKV-Unternehmen gemeinsam getragen und führt zu einer Belastung der Prämienentwicklung in der Vollversicherung. „Die Beiträge der Versicherten mit Vollkostentarifen oder anderer Tarife aller PKV-Unternehmen [werden] zum Teil verwendet, den Basistarif zu finanzieren“ (Rüdiger und Beenken 2008: 366). Diese Risiken gilt es sowohl in den Bestandsverträgen als auch in den Neuverträgen einzukalkulieren und sie erhöhen das Prämienniveau der Vollkostentarife. Auch in diesem Bereich ist die Quantifizierung der Belastung noch nicht möglich.

Verdrängung schlechter Risiken in den Basistarif

Beitragsmindernd auf die Vollkostentarife kann gleichwohl die Verdrängung schlechter Risiken in den Basistarif wirken. Die Umlage der Mehraufwendungen eröffnet den PKV-Unternehmen gar die strategische Option, durch entsprechendes Kalkül Kostenvorteile zu erzielen. Finanziell vorteilhaft ist dieses Verhalten für das Versicherungsunternehmen,

weil die Gesamtheit der Basistarif-Versicherten die Kosten des in den Basistarif verdrängten schlechten Risikos mitträgt. Der Versicherer entlastet seine Versicherungskollektive um schlechte Risiken und belastet das Gesamtversicherungskollektiv des Basistarifs (Ockenga, Großpietsch und Stavrianidis 2007). Diese strategische Option ist so lange lohnenswert, bis alle Versicherer ihre schlechten Risiken dazu drängen, in den Basistarif zu wechseln. Die Prämie des Basistarifs kann durch ein solches Verhalten nicht mehr kostendeckend kalkuliert werden. Überschreitet die Prämie schließlich den Höchstbeitrag der GKV, ist eine massive Subventionierung durch die verbleibenden Vollkostentarife nicht zu vermeiden (Rüdiger und Beenken 2008).

Wechsel guter Risiken in Neutarife über den Basistarif

Die derzeitige Ausgestaltung der gesetzlichen Neuregelung sieht die Möglichkeit vor, dass Versicherte aus dem Bestandstarif vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 unter Mitnahme der begrenzten Altersrückstellungen in den Basistarif eines anderen Versicherungsunternehmens wechseln dürfen. Die zeitlich begrenzte Portabilität von Alterungsrückstellungen bietet vor allem gesunden Privatversicherten einen hohen Wechselanreiz in eine andere Vollversicherung. Durch den Verlust überwiegend guter Versicherungsrisiken mit individuell überhöhten Alterungsrückstellungen sind die restlichen Rückstellungen für das verbleibende Versicherungskollektiv insgesamt zu niedrig.

Im Tarif verbleiben eher schlechte Risiken, da sie bei einem Tarifwechsel individuell zu niedrige Alterungsrückstellungen mitbringen würden, um ein finanziell attraktives neues Angebot zu erlangen. Der durch den Wechsel günstiger Risiken verursachte Fehlbetrag an Alterungsrückstellungen sowie die Verschlechterung der Schadenssituation muss durch Beitragsanpassungen der bestandstreuen Kunden aufgebracht werden (Bürger 2007, Thüsing 2008). Die Höhe der zur Mitgabe vorgesehenen Alterungsrückstellungen liegt im Schnitt zwischen 50 und 66 Prozent der heutigen Alterungsrückstellungen eines Vollkostentarifs (Surminski 2007, Schmidt-Kasperek 2008).

Vielfach diskutiert wird, ob die gesetzliche Neuregelung Bestandsversicherte in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 in die Lage versetzen kann, aus ihrem bestehenden Vollversicherungstarif in den Vollversicherungstarif eines anderen Versicherungsunternehmens zu wechseln. Dabei wechselt der Bestandsversicherte zunächst für eine „logische Sekunde“ in den Basistarif und unmittelbar im Anschluss in den Vollkostentarif des neuen Versicherers (Schmidt-Kasperek 2008). Der Basistarif wird als Sprungbrett in den höherwertigen Vollkostentarif der Neugesellschaft unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen genutzt (Schlingensiepen 2008).

Über die möglichen Wechselbewegungen dieser Wechseloptionen lassen sich bislang keine validen quantitativen Aussagen treffen. Geht man von ähnlichen Entwicklungen wie bei der Gesundheitsreform in den Niederlanden aus, würden rund 1,6 Millionen Versicherte ihr Unternehmen wechseln (Schmidt-Kasperek 2008). Die Sprungbrettoption könnte damit zu starkem Wettbewerb auf dem PKV-Markt führen, der mit langfristig erheblichen Folgen für die Bestandsentwicklung bei den Wettbewerbsverlierern – bis hin zum Marktaustritt – behaftet sein könnte (Surminski 2008). Bereits heute bieten einige Versicherungsunternehmen so genannte Optionstarife für Wechsler an. Versicherer führen dabei sofort eine Gesundheitsprüfung bei den Antragstellern durch und konservieren damit versicherungsmathematisch den Gesundheitsstatus für den Sprung aus dem Basistarif in die Vollversicherung der neuen Gesellschaft im ersten Halbjahr 2009 (Schmidt-Kasperek 2008).

Auf politischer Ebene wird derzeit um eine eindeutige rechtliche Ausgestaltung gerungen. Der PKV-Verband und potenzielle Verlierer eines solchen Wettbewerbs versuchen, den Sprungbrettcharakter des Basisstarifs zu verhindern. Der Basistarif ist demnach als Zieltarif definiert und es hat nie den politischen Willen gegeben, den Basistarif als Vehikel zu nutzen, Bestandsversicherten den Weg in einen Vollkostentarif unter Mitnahme von Alterungsrückstellungen zu ermöglichen (PKV-Verband 2008). Versicherungen, die sich vom Wechselrecht im ersten Halbjahr

2009 Bestandsgewinne erhoffen, befürworten eine Auslegung des Basistarifs als Sprungbrett in die Vollversicherung (Schmitt und Thelen 2008). Dabei können Unternehmen, die sich vom Wechselgeschäft einen Vorteil versprechen, ihren neu gewonnenen Kunden die Alterungsrückstellungen aus dem Basistarif sogar freiwillig mitgeben, da es dafür keine rechtliche Einschränkung gibt (Schmidt-Kasperek 2008).

Gleichwohl scheint eine Einigung zwischen dem Bundesministerium für Finanzen, dem Bundesministerium für Gesundheit, der Bundesaufsicht für Finanzdienstleistungen und dem PKV-Verband hinsichtlich der Begrenzung des Wechselrechts für Bestandsversicherte in den Basistarif erzielt worden zu sein. Versicherte, die in den Basistarif einer anderen Versicherung wechseln, werden verpflichtet, 18 Monate im Basistarif zu bleiben (Bundesministerium für Finanzen 2008). Ein unmittelbarer Wechsel vom Basistarif über die so genannte „logische Sekunde“ soll nach dem derzeitigen Sachstand nicht mehr möglich sein (Schmitt und Thelen 2008). Damit würde eine große Chance für mehr Wettbewerb in der PKV vertan.

Prämienentwicklung im Basistarif

Der Basistarif stellt eine erhebliche Herausforderung für die private Krankenversicherung dar, da die Rahmenbedingungen ihn besonders für so genannte schlechte Risiken attraktiv machen. Personen, die bislang durch die Gesundheitsprüfung von einer Versicherung in der PKV ausgeschlossen waren oder sich keinen risikoäquivalenten Versicherungsschutz leisten konnten, müssen von der PKV ab 1. Januar 2009 im Basistarif versichert werden. Bestandsversicherte, die die Prämie ihrer Vollversicherung nicht mehr zahlen können oder wollen, können ihre Prämienbelastung im Basistarif reduzieren (Bürger 2007, Beenken 2007). Zugleich ist es den Versicherungen untersagt, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse im Basistarif zu erheben. Die Mehraufwendungen, die aufgrund der Vorerkrankungen entstehen und im Prinzip über die Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse finanziert würden, sind nun im Basistarif gleichmäßig auf alle Versicherten

zu verteilen und belasten die Versicherungsprämie, die ihrerseits auf den GKV-Höchstbeitrag begrenzt ist.

Es ist somit noch nicht absehbar, ob der Risikoausgleich über die Versicherten im Basistarif funktionieren wird (Schepp 2007). Der Beitrag des Basistarifs könnte vor den skizzierten Rahmenbedingungen bereits von Beginn an im Bereich des Höchstbeitrags der GKV liegen (Beenken 2007).

Die Möglichkeit, die Prämienbelastung durch einen Tarifwechsel zu reduzieren, besteht bereits im Status quo in Form eines Wechsels in den Standardtarif. Allerdings hat der Standardtarif bei Leistungserbringern aufgrund der niedrigeren Vergütung einen schlechten Ruf und bringt für den Versicherten die Gefahr mit sich, nicht behandelt zu werden: „Der Bundesregierung ist bekannt, dass es in Einzelfällen bei Versicherten des Standardtarifes zur Ablehnung einer Behandlung durch Ärzte oder Zahnärzte gekommen ist“ (Bundestagsdrucksache 16/615 vom 10. Februar 2006: 3). Vor diesem Hintergrund wurde Privatversicherten in der Vergangenheit statt eines Wechsels in den Standardtarif eine Leitungsreduzierung oder Selbstbehaltserhöhung im Vollkostentarif empfohlen (Henrich 2006). Die Inanspruchnahme des Standardtarifs lag zum 31. Dezember 2006 mit 24.819 versicherten Personen bei lediglich 0,3 Prozent der Vollversicherten zu diesem Zeitpunkt. Davon nahmen wiederum nur 1.129 (4,6 Prozent) die Beitragskappung auf den Höchstbeitrag der GKV in Anspruch (PKV-Zahlenbericht 2006/2007).

Die PKV ist zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen durch das GKV-WSG zur Sicherstellung der Leistung und Vergütung im Basistarif sowie im Standardtarif ab dem 1. Juli 2007 verpflichtet. Dabei soll sich die Vergütung der Ärzte an der Ersatzkassenvergütung für Ärzte orientieren. Der Versicherte und die PKV haften gesamtschuldnerisch für die Vergütung, sodass auch direkte Abrechnungsverfahren zwischen den Leistungserbringern und der PKV denkbar sind (§ 75 Absatz 3a SGB V, § 192 VVG). Der Basistarif gewinnt damit im Vergleich zum bisherigen

Standardtarif an Attraktivität, auch für Ärzte, die höhere Abrechnungssätze als in der GKV vereinbaren können (Surminski 2007).

Verfassungsrechtliche Auseinandersetzungen

Am 31. März 2008 legten 30 PKV-Unternehmen beim Bundesverfassungsgericht Beschwerde gegen die Gesamtheit der Neuregelungen des GKV-WSG für die PKV ein (Thüsing 2008). Hinsichtlich dieser Maßnahme ist die PKV uneinig. 18 Versicherer, die ebenfalls dem PKV-Verband angehören, haben sich der Beschwerde nicht angeschlossen. Ein Teil dieser Versicherer sieht in den neuen gesetzlichen Regelungen Chancen für ihr Neugeschäft und plant den Angriff auf die Bestände der Konkurrenten (Surminski 2008a).

Die Beschwerdeführer betonen, dass die Maßnahmen in der Summe zu einer erheblichen Belastung der PKV führen, die die Grenze des grundrechtlich Zulässigen überschreitet. Der additive Grundrechtseingriff durch die Vielzahl der Regelungen stelle dabei die Zukunftsfähigkeit der privaten Krankenversicherung in Frage (Thüsing 2008). Die Beschwerdeführer rechnen mit einer Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Eingabe von 50 Prozent (Zeitschrift für Versicherungswesen 2008). Demgegenüber kommt Musil in seiner verfassungsrechtlichen Bewertung der Reformmaßnahmen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitsreform im Hinblick auf die Maßnahmen, die die PKV betreffen, als verfassungskonform anzusehen ist (Musil 2008). Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts darf insoweit mit Spannung erwartet werden.

Fazit und Ausblick

Die PKV steht vor großen Herausforderungen. Die gesetzlichen Neuregelungen in Form des sinkenden Neugeschäfts, der Portabilität der Alterungsrückstellungen und der Einführung des Basistarifs werden Auswirkungen auf die finanzielle Attraktivität der PKV haben. Nach dem derzeitigen Sachstand sind Beitragssteigerungen in den Bestandsverträgen, die vor dem 1. Januar 2009 geschlossen wurden, nicht zu vermeiden. Diese können sich je nach Ausprägung des Wechselgeschehens

im Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 als erträglich oder verheerend erweisen und eine Marktbereinigung hervorrufen.

Die Prämien für Neuverträge ab dem 1. Januar 2009 werden aufgrund der geänderten Kalkulationsbedingungen, das bedeutet aufgrund des reduzierten Stornogewinns, auf einem höheren Preisniveau liegen, als dies gegenwärtig der Fall ist. Damit verringert sich für bestimmte Berufseinsteiger mit überdurchschnittlichem Einkommen die Preisdifferenz zwischen der PKV und der GKV. Für junge, gut verdienende Personengruppen verliert die PKV damit erheblich an Attraktivität. Sowohl Bestands- als auch Neuverträgen sind mittelfristig prämienerhöhende Mechanismen gemein, die durch den finanziellen Ausgleich des Basistarifs und die Portabilität der Alterungsrückstellungen entstehen.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die vom PKV-Verband befürchtete Beitragsspirale, die von den geänderten Rahmenbedingungen erzeugt wird, von den privaten Versicherungsunternehmen verhindert werden kann. Die Strategie der Mehrheit der PKV-Unternehmen ist dabei, den Basistarif unattraktiv zu gestalten und damit faktisch bedeutungslos zu machen. Zugleich wird der Wettbewerb, der vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 für Bestandsversicherte möglich wird, verhindert. Es wird deutlich, dass die PKV an ihrem bewährten Geschäftsmodell festhalten will und jegliche Reformbereitschaft im Sinne ihrer Versicherten vermissen lässt.

Literaturverzeichnis

Aktuar aktuell, Mitteilungen der deutschen Aktuarvereinigung e.V. (2007): Der neue Basistarif in der PKV – Wichtige aktuarielle Grundsätze werden außer Kraft gesetzt. Nummer 5. S. 3-4.

Aktuar aktuell, Mitteilungen der deutschen Aktuarvereinigung e.V. (2007a): Portabilität der Alterungsrückstellungen in der PKV auch für den Bestand: „Wechsler“ profitieren zu Lasten der „Nichtwechsler“. Nummer 5. S. 7.

- Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Dr. Heinrich L. Kolb, Heinz Lanfermann, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP. Drucksache 16/486. Mögliche Mängel beim Krankenversicherungsschutz, Bundestagsdrucksache 16/615, 2006.
- Beenken, M. (2007): Die Änderungen in letzter Sekunde werfen viele Probleme auf. In: Versicherungswirtschaft. Nummer 7. S. 495-489.
- Bürger, M. (2007): Sind die Einstiegstarife in ihrer Existenz bedroht? In: Zeitschrift für Versicherungswesen. Nummer 20. S. 669-672.
- Bundesministerium für Finanzen (2008): Weiterer Erfolg bei der Umsetzung der Gesundheitsreform. Pressemitteilung des Bundesministeriums für Finanzen vom 11.07.2008.
- Graf von der Schulenburg, J.-M. (2005): Versicherungsökonomik. Ein Leitfaden für Studium und Praxis. Karlsruhe.
- Henrich, A. (2006): Wichtig ist ein guter Krankenschutz. In: www.handelsblatt.com, 18.11.2006 (29.05.2008).
- Hofer, C. (2008): Versicherer warnt vor Panikmache. In: Financial Times Deutschland. 16.05.2008. S. 21.
- Meder, A. (2008): Gesundheitsreform: Bei vielen Hausaufgaben wird es für die PKV höchste Zeit. In: Versicherungswirtschaft. Nummer 3. S. 187-192.
- Musil, A. (2008): Viel Lärm um nichts? – Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Grundrechte der privaten Krankenversicherungsunternehmen. In: Neue Zeitschrift für Sozialrecht. Nummer 3. S. 113-118.
- Nell, M., und S. Rosenbrock (2007): Zur Diskussion über die Portabilität von Alterungsrückstellungen in der PKV. In: Zeitschrift für Versicherungswesen. Nummer 9. S. 280-283.
- Ockenga, T., A. Großpietsch und C. Stavrianidis (2007): Deutsche Private Krankenversicherer – viel Lärm um nichts? In: Fitch Ratings. Spezial Report Deutschland. April 2007. S. 1-16.
- PKV-Verband (2008): Nettoneuzugang in der Vollversicherung infolge der Gesundheitsreform stark rückläufig. Pressemitteilung des PKV-Verbands. Pressemitteilung vom 27.03.2008.

- PKV-Verband (2008a): Basistarif darf nicht zu Lasten von Versicherten missbraucht werden. Pressemitteilung des PKV-Verbands. Pressemitteilung vom 26.05.2008.
- PKV-Zahlenbericht (2006/2007): Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2006/2007. S. 30.
- Rüdiger, D., und M. Beenken (2008): Das GKV-WSG: Chance oder Risiko für die PKV? In: Versicherungswirtschaft. Nummer 5. S. 364-369.
- Sacher, P. (2004): Private Kranken- und Pflegeversicherung, Produktorientierte Qualifikationen. Karlsruhe.
- Schepp, I. (2007): Gesundheitsreform 2007 – Wie sich die Tarif- und Produktlandschaft ändert. In: Gen Re Assets & Liabilities. Nummer 2. S. 5-9.
- Schlingensiepen, I. (2008): Dossier Privatversicherer auf Kundenfang. In: Financial Times Deutschland. 31.03.2008.
- Schmidt-Kasperek, U. (2008): Private Krankenversicherung, Mächtig unter Druck. In: Versicherungsmagazin. Nummer 8. S. 18-23.
- Schmitt, T., und P. Thelen (2008): Komplott gegen Privatversicherte. In: Handelsblatt. 26.05.2008.
- Stiftung Finanztest (2006): Männlich, ledig, jung. Nummer 12. S. 61-63.
- Surminski, M. (2007): Verfassungsrechtlich akzeptabel, ökonomisch verkehrt, praktisch gefährlich. In: Zeitschrift für Versicherungswesen. Nummer 11. S. 350-351.
- Surminski, M. (2008): Wechselfieber mit Risiken und Nebenwirkungen. In: Zeitschrift für Versicherungswesen. Nummer 9. S. 279.
- Surminski, M. (2008a): Die Spaltung der PKV. In: Zeitschrift für Versicherungswesen. Nummer 8. S. 245.
- Thüsing, G. (2008): Die Belastungen des GKV-WSG überschreiten die Schwelle des Zumutbaren. In: PKV Publik, Informationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Nummer 3. S. 28-31.
- Wasem, J. (1996): Gutachten der unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Versicherten im Alter, Bundestagsdrucksache 13/4945.

Wegner, J. (2007): PKV-Geschäftszahlen 2006: Erneuter Rückgang bei der Vollversicherung. In: PKV Publik, Informationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Nummer 5. S. 52-53.

Wortprotokoll der 32. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit vom 08.11.2006. Protokoll-Nummer 16/32.

Zeitschrift für Versicherungswesen (2008): Politische Herausforderungen der PKV. Nummer 5. S. 140.

