

Gesundheitsreform 2007

– Die neue PKV –

pkv-ratgeber

Gesundheitsreform 2007

– Die neue PKV –

Impressum

© 2007 LexisNexis Deutschland GmbH
Feldstiege 100
48161 Münster/Westfalen

Art.-Nr. 9447

Text: Karl-Heinz Weichelt

Redaktion: Christian Krüger

Layout: Nina Schmidt

Rechtsstand: März 2007

Alle Rechte vorbehalten. Abdruck, Nachdruck, datentechnische Vervielfältigung und Wiedergabe (auch auszugsweise) oder Veränderung über den vertragsgemäßen Gebrauch hinaus bedürfen der schriftlichen Zustimmung des Verlages.

Hinweis: Die in der Broschüre enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Für die Richtigkeit der Angaben sowie die Befolgung von Ratschlägen und Empfehlungen kann der Verlag dennoch keine Haftung übernehmen.

ISBN 978-3-89699-339-7

Inhaltsübersicht	Seite		Seite
1. Die neue PKV – ein Modell mit Zukunft?	7	2.5	Wechselregelungen und Weitergabe von Alterungsrückstellungen 15
2. Was kommt auf die PKV zu?	8	2.5.1	Wechsel innerhalb eines PKV-Unternehmens 15
2.1 Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer	8	2.5.2	Wechsel in ein anderes Unternehmen 15
2.2 Zugangsrecht zur PKV für Nichtversicherte im Standardtarif ab 1. Juli 2007	9	2.6	Themen der Reform, die die PKV mittelbar betreffen 17
2.3 Pflicht zur Versicherung in der PKV zum 1. Januar 2009	11	2.6.1	Neue Beitragsfestlegung für Existenzgründer in der GKV 17
2.3.1 Sanktionen bei Nichterfüllen der Pflicht zur Versicherung	11	2.6.2	Neues Gebührenrecht für Ärzte und Zahnärzte 18
2.3.2 Nichtzahlung der Beiträge	11	2.6.3	Einführung des Gesundheitsfonds 18
2.3.3 Kündigungsregelungen bei Verträgen zur Pflicht zur Versicherung	11	2.6.4	GKV-Wahltarife 19
2.4 Einführung eines PKV-Basistarifs	12	3.	Was bleibt von der klassischen PKV? 20
2.4.1 Leistungsumfang im Basistarif	12	4.	Neue Marktchancen der PKV 20
2.4.2 Zugangsberechtigter Personenkreis	13	5.	Zeitplan für die PKV-Änderungen im WSG 21
2.4.3 Aufnahmebedingungen	13		
2.4.4 Beiträge	13		
2.4.5 PKV-Ausgleichsverfahren (Poolausgleich)	13		



1. Die neue PKV – Ein Modell mit Zukunft?

Die Reform des Gesundheitswesens mit der Bezeichnung „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenkasse (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ ist verabschiedet worden und ist zum **1. April 2007** in Kraft getreten. Mehr als ein Jahr lang haben die Beteiligten miteinander verhandelt, gestritten und nach Kompromissen gesucht. Der Regierungskoalition ging es dabei nicht nur um die Reform des Gesundheitswesens, sie wollte auch Entscheidungskompetenz auf einem der wichtigsten politischen Felder zeigen. Ein Scheitern hätte möglicherweise das politische Ende der Großen Koalition bedeutet.

Obwohl die private Krankenversicherung (PKV) im Titel des Gesetzes nicht vorkommt, war durch die unterschiedlichen Vorgaben aus den Parteien – der **Bürgerversicherung** auf der einen Seite und dem **Pauschalssystem** auf der anderen Seite – klar, dass neben dem Gesundheitsfonds der GKV neue Regelungen zur PKV das zentrale Thema der Reform sind.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Ihnen zunächst die wichtigsten Auswirkungen auf die PKV aufzeigen. Darüber hinaus erhalten Sie Antworten auf folgende Fragen:

- Bewähren sich die bisherigen Stärken der PKV auch in dem neuen Markt?
- Welche Folgen ergeben sich aus den neuen Elementen wie dem Basistarif oder den modifizierten Wechselrechten?

Die Reform hat aber auch die Versicherten verunsichert. Sie interessiert vor allem, ob ihr Versicherungsschutz nicht nur bei den Leistungsansprüchen sicher ist, sondern auch, ob die Finanzierung langfristig ausreichend gesichert ist. Deshalb berücksichtigen wir bei den Betrachtungen und Ausführungen auch die Kundenseite.

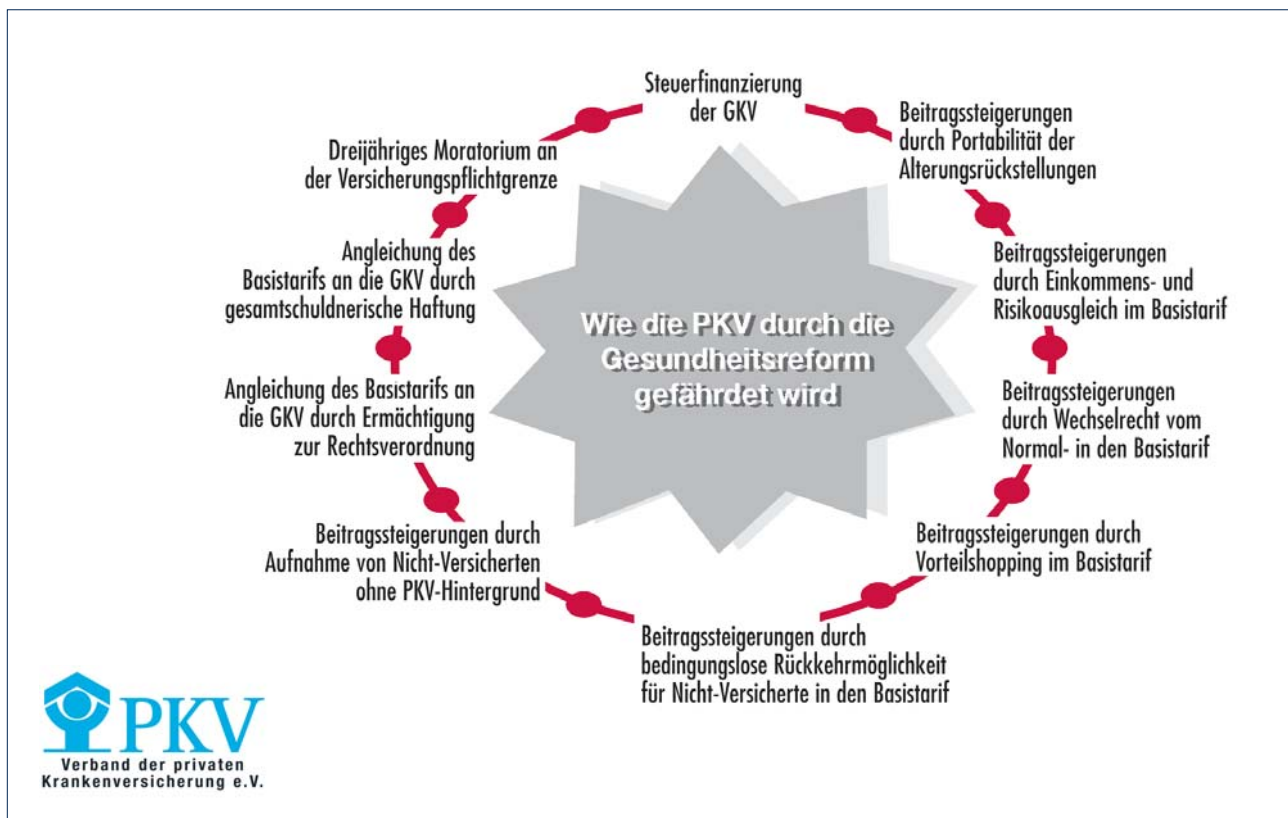
Nach wie vor bestehen gegen das GKV-WSG gerade vonseiten der PKV erhebliche **verfassungsrechtliche Bedenken**, insbesondere gegen einige Regelungen im Basistarif und gegen die Finanzierung der kostenlos mitversicherten Kinder in der GKV. Außerdem wird von der PKV sehr bedauert, dass die Politik die eigentlichen Problemstellungen im

gemeinsamen Gesundheitsmarkt wie demografische Belastungen und die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts in dieser Reform ausgeblendet hat. Im Gegenteil: Mit Sorge wird gesehen, dass der staatliche Einfluss in vielen Schaltstellen im System verstärkt wird und die eigene Vorsorge dahinter zurücktreten soll.

Viele Regelungen sollen erst zum **1. Januar 2009** wirksam werden. Einiges von dem, was im Gesetz steht, wird möglicherweise von den Ereignissen in der Zwischenzeit schon wieder überholt sein. Hier wird es darauf ankommen, wie sich die Änderungen vor diesem Termin bewähren.

Im Hinterkopf bei den Politikern wird sicher sein, dass 2009 die nächste Bundestagswahl ansteht!

2. Was kommt auf die PKV zu?



2.1 Versicherungsfreiheit für Arbeitnehmer

Das GKV-WSG ist zum 1. April 2007 in Kraft getreten. Die neuen Regelungen für einen **Wechsel von Arbeitnehmern aus der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Unternehmen der PKV** gelten hingegen auch schon vor diesem Termin. Wechselwillige Arbeitnehmer mussten sich den 2. Februar 2007 merken. Dies war der Tag der dritten Lesung des Gesetzes. Wichtig ist dieses Datum wegen einer möglichen Rückwirkung des Gesetzes. Nur wer bereits vor dem 2. Februar 2007 seine gesetzliche Krankenkasse mit dem Ziel des Wechsels in die PKV gekündigt hat, erhält sich das alte Wechselrecht, nach dem die Versicherungspflicht lediglich für ein Jahr überschritten werden musste, sofern das Gehalt auch über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) des neuen Jahres liegt.

Um jetzt in die PKV wechseln zu können, müssen Lohn oder Gehalt in drei aufeinanderfolgenden Jahren oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen. Für das Jahr 2007 liegt diese Grenze bei 47.700 EUR.

Die Versicherungspflicht endet mit Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem die JAEG überschritten wird.

Statuswechsel

Bereits mehrjährig freiwillig in der GKV versicherte Personen, wie zum Beispiel Selbstständige oder Beihilfeberechtigte, die in ein Angestelltenverhältnis wechseln, müssen ebenfalls die 3-Jahres-Frist für Arbeitnehmer erfüllen. Diese Frist gilt auch für Berufsanfänger.

Bei Beamten gilt, dass diese – anders als Selbstständige – die 3-Jahres-Frist mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG) bereits während ihrer Tätigkeit als Beamte erfüllen können.

Auswirkungen für Versicherte

Wechselwillige Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen haben Nachteile durch die verordnete Wartezeit. Nicht nur, dass ihnen für mindestens drei Jahre ein günstigerer Versicherungsschutz

verwehrt wird. Der Abschluss des PKV-Vertrages ist abhängig vom Eintrittsalter, Geschlecht und dem Gesundheitszustand und wird deshalb nach Ablauf der Wartezeit teurer. Lediglich die Sonder- tarife (Standardtarif und Basistarif) sind, abhängig vom Eintrittsalter, mit entsprechenden Regelungen unabhängig vom Gesundheitszustand.

Empfehlung: Rechtzeitiger Abschluss eines aus- gestalteten Optionstarifs für den späteren PKV- Wechsel.

Chance und Risiko für die PKV

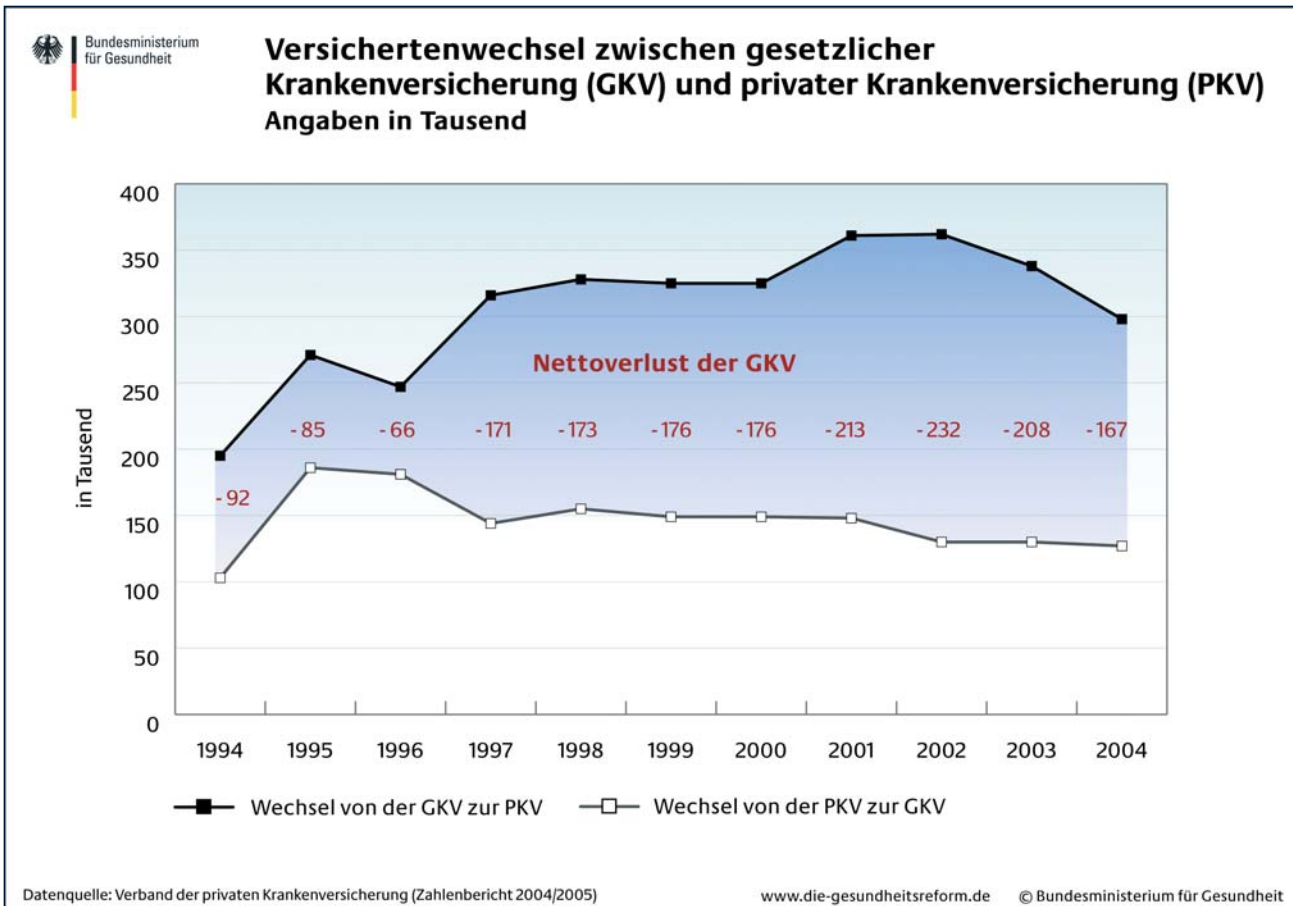
Die neue Regelung ist sehr nachteilig für die PKV. Nicht nur, dass potenzielle Wechsler seltener zu finden sein werden, auch der Beratungsaufwand ist deutlich höher. Nicht jeder potenzielle Neu- kunde wird die Notwendigkeit einer Anwartschaft sehen. Insbesondere in der bis zur Einführung des Basistarifs verbleibenden Zeit wäre es wichtig, einen nennenswerten Neuzugang an Arbeitnehmern zu erhalten, damit dieses Kunden- segment im Fokus bleibt.

Empfehlung: Nutzung von preisgünstigen Optionslösungen, die von den Kunden akzeptiert werden. Außerdem verstärktes Engagement im Zusatzversicherungsbereich. Über diesen Weg werden sich in der Beratung auch Potenziale für Neukunden in der Vollversicherung ergeben.

2.2 Zugangsrecht zur PKV für Nichtversicherte im Standardtarif ab 1. Juli 2007

Schätzungen zufolge leben etwa 300.000 Menschen in Deutschland, die weder den Krankenversiche- rungsschutz in einer gesetzlichen Krankenkasse, noch einer privaten Krankenversicherung haben. Wie hoch die Zahl allein für die PKV ist, lässt sich nicht belegen. Zu vermuten ist aber eine sechsstellige Anzahl von Personen mit Versicherungsbedarf.

Gründe für den nicht vorhandenen Schutz sind vielfältig. Häufig handelt es sich um nicht ver- sicherungspflichtige Personen, beispielsweise um Selbstständige, die privat versichert waren, aber wegen einer Insolvenz die Beiträge nicht mehr auf-



2. Was kommt auf die PKV zu?

bringen konnten und deshalb von ihrem PKV-Unternehmen gekündigt worden sind. Oder es handelt sich um Personen, die ihren Schutz wegen falscher Antragsangaben in der PKV verloren haben. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen solche Personen wegen dort fehlender Vorversicherungszeiten nicht aufnehmen, sodass tatsächlich kein Versicherungsschutz vorhanden ist.

Ab **1. Juli 2007** sind deshalb die privaten Krankenversicherer per Gesetz **verpflichtet**, Nichtversicherte, die der PKV zuzuordnen sind, bis zum 31. Dezember 2008 wieder aufzunehmen. Die Aufnahme erfolgt in einem sogenannten „**Standardtarif**“, der weitgehend dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkasse entspricht.

Die PKV-Unternehmen dürfen Anträge auf Versicherungsschutz im Standardtarif nicht ablehnen, es besteht eine **Aufnahmeverpflichtung**. Entgegen anderer Antragsverfahren dürfen auch keine Beitragszuschläge wegen eines erhöhten Krankheitsrisikos verlangt werden. Gleiches gilt für Leistungsauschlüsse.

Erhöhte Risiken für die PKV-Unternehmen sollen zwischen den Gesellschaften durch einen **Pool-Ausgleich** nivelliert werden. Damit das Ausgleichsverfahren in Gang gesetzt werden kann, ist es den Unternehmen erlaubt, bei Antragstellung die Krankheitsdaten der Antragsteller abzufragen und zu speichern. Die Daten sind auch notwendig für eine eventuelle Tarifumstellung mit Mehrleistungen. Im Rahmen dieser Umstellung dürfen die Unternehmen dann auch Beitragszuschläge oder Leistungsauschlüsse mit den Kunden vereinbaren.

Die PKV ist verpflichtet, im Standardtarif eine **Beitragsgarantie** abzugeben. Der Beitrag darf danach den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten. Es handelt sich hierbei um den allgemeinen Beitragssatz plus Sonderbeitrag von 0,9 % (aktueller Wert 2007: 505,88 EUR).

Im Gegensatz zu den Standardtarif-Versicherten, die aus dem Bestand umtarifieren, gibt es für die bisher Nichtversicherten keinen Ehegattennachlass.

Wenn ein Versicherter durch die Zahlung dieses Beitrages finanziell hilfebedürftig wird, kann er den um 50 % verminderten Beitrag für „Einkommensschwache“ bekommen. Reicht auch dies noch nicht, beteiligt sich der Sozialhilfeträger.

Zum 1. Januar 2009 werden die ehemals Nichtversicherten im Standardtarif automatisch in den dann neu geschaffenen Basistarif überführt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben darauf zu achten, dass die ihnen angeschlossenen Ärzte sich verpflichten, die Personen im Standardtarif zu behandeln, obwohl die Vergütung, die sie dafür erhalten, geringer ist als bei anderen PKV-Versicherten.

Auswirkungen für Versicherte

Die Chance für Nichtversicherte, erneut Versicherungsschutz zu bekommen, sogar ohne Risikozuschläge oder Leistungsauschlüsse, wird sicherlich sehr begrüßt und auch genutzt werden. Positiv für sie ist auch die Sicherstellung der Ärzte und Zahnärzte, zum Standardtarif zu behandeln.

Chance und Risiko für die PKV

Angenommen, die vermutete Zahl der Nichtversicherten liegt bei etwa 300.000 Personen und die Hälfte davon wäre der PKV zuzuordnen, könnten sich die Auswirkungen für die einzelnen Gesellschaften in Grenzen halten.

Unschön aus Sicht der PKV ist, dass der Standardtarif im Gegensatz zum späteren Basistarif auch eine erneute Annahme von Personen erlaubt, die zuvor ihren Vertrag wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung verloren haben.

Die Chance für die PKV liegt darin, potenziellen Kunden in der Anwerbung dadurch neue Sicherheit geben zu können, dass auch die PKV ein soziales Auffangnetz für den Ernstfall gespannt hat.

Empfehlung: Sicherlich wird es nicht zu umfangreichen Werbeaktivitäten im Zusammenhang mit dem Zugangsrecht ab 1. Juli 2007 kommen. Dennoch gibt es auch unter den Nichtversicherten einzelne attraktive Kunden. Diese gilt es zu akquirieren.

2.3 Pflicht zur Versicherung in der PKV zum 1. Januar 2009

Ab dem 1. Januar 2009 ist jede Person mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, eine **Krankheitskostenversicherung** abzuschließen und aufrecht zu erhalten. Ausgenommen von dieser Pflicht sind

- GKV-Versicherte,
- GKV-Versicherungspflichtige und
- Personen, die anderweitig abgesichert sind, zum Beispiel für den Anteil durch Beihilfen, Heilfürsorge, als Asylbewerber oder Sozialhilfebezieher.

Erforderlich ist mindestens eine Absicherung für ambulante und stationäre Behandlungskosten. Der **Versicherungsschutz** darf eine **Selbstbeteiligung** prozentual und absolut pro Person und Kalenderjahr von maximal 5.000 EUR enthalten. Diskutiert wird noch, wie dies im Detail zu interpretieren ist.

PKV-Versicherte, die ihren Vertrag bereits vor dem 1. April 2007 abgeschlossen haben, erfüllen bereits die Voraussetzungen.

2.3.1 Sanktionen bei Nichterfüllen der Pflicht zur Versicherung

Das Gesetz sieht Sanktionen vor, wenn die Pflicht zur Versicherung nicht rechtzeitig zum 1. Januar 2009 erfüllt wird. Für jeden angefangenen Monat, in dem der Abschluss eines Vertrages verspätet erfolgt, ist ein Prämienzuschlag in Höhe eines Monatsbeitrages zu zahlen. Ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung reduziert sich der Zuschlag auf ein Sechstel des Monatsbeitrages. Der Prämienzuschlag ist einmalig zusätzlich zur normalen Beitragszahlung zu entrichten.

Kann die Dauer der Nichtzahlung nicht genau festgestellt werden, wird von einer Nichtversicherungszeit von 5 Jahren ausgegangen.

Unter festgelegten Voraussetzungen kann dem Versicherungsnehmer ein Fehlbetrag gestundet werden. Der gestundete Betrag ist zu verzinsen.

2.3.2 Nichtzahlung der Beiträge

Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Rückstand, der zwei Monatsbeiträgen entspricht, muss ihn der Versicherer mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach der Mahnung noch höher als ein Monatsbeitrag, stellt der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber das Ruhen des Leistungsanspruches fest.

Während der Ruhezeit besteht nur ein **eingeschränkter Leistungsanspruch** für akute Behandlungen und bei Schmerzzuständen. Außerdem wegen Schwangerschaft und Mutterschaft.

Für jeden angefangenen Monat des Rückstandes kann der Versicherer einen **Säumniszuschlag** von 1 % des Rückstandes verlangen. Gelingt es dem Versicherungsnehmer nicht, die rückständigen Beiträge innerhalb von einem Jahr nach dem Beginn des Ruhens zu zahlen, wird das Ruhen der Versicherung im Basistarif weitergeführt.

Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen Beiträge – auch für die Ruhezeit – gezahlt sind oder Hilfebedürftigkeit im Sinne des Grundsicherungsgesetzes eintritt.

2.3.3 Kündigungsregelungen bei Verträgen zur Pflicht zur Versicherung

Verträge zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung können vom Versicherungsnehmer nur dann gekündigt werden, wenn er dem Versicherer einen **neuen gleichartigen Versicherungsschutz** nachweist.

Das PKV-Unternehmen darf eine derartige Versicherung **weder ordentlich noch außerordentlich kündigen**.

Auswirkungen für Versicherte

Der Grundsatz, krankenversichert sein zu müssen, wird sich etablieren. Spätestens beim Arzt, wenn die Chipkarte verlangt wird, ist das Thema präsent. Die Möglichkeit der Versicherung ist durch die entsprechenden Tarife gegeben. Für die Kunden besteht die große Erleichterung, dass der Vertrag nicht durch die Gesellschaft auf-

gehoben werden kann. Bei Zahlungsrückständen ist der Kunde dennoch auf der sicheren Seite.

Chance und Risiko für die PKV

Positiv für die PKV ist sicherlich die Tatsache, als ein Träger der sozialen Sicherung in Deutschland gestärkt worden zu sein. Die Mischung der Versicherten war noch nie so groß wie mit der Einführung der Pflicht zur Versicherung.

Das Risiko des gewachsenen Personenkreises ist andersherum ein Risikofaktor für die Beitragsstabilität der Kollektive. Für die PKV stellt sich die Gesetzgebung so dar, dass sich der Staat zum Teil aus seiner sozialen Verantwortung heraus nimmt und der PKV einen Teil der Aufgabe überträgt, die sie aus Beitragseinnahmen aller Mitglieder finanzieren muss. Ob diese Quersubventionierung Bestand haben wird, muss abgewartet werden. Langfristig werden wohl die Gerichte entscheiden müssen.

Dazu kommt ein enorm gestiegener Verwaltungsaufwand durch ein neues, allerdings zahnloses Mahnwesen und die Einrichtung eines neuen Verfahrens im Leistungsfall zur Sicherung der Behandlungen in Notfällen trotz Beitragsrückstand.

Empfehlung: Da die Leistungen des Basistarifs verringert werden können, ist es günstiger, normale Tarife mit garantieren Leistungen abzuschließen.

2.4 Einführung eines PKV-Basistarifs

Die Versicherten im Standardtarif der PKV, die als Nichtversicherte in den Standardtarif gekommen sind, werden zum 1. Januar 2009 in den ab diesem Zeitpunkt eingeführten **Basistarif** überführt. Der Standardtarif bleibt lediglich für die Versicherten erhalten, die als Bestandskunden aus „Normaltarifen“ in den Standardtarif gewechselt sind. Auch sie erhalten aber das Recht, in den Basistarif zu wechseln.

2.4.1 Leistungsumfang im Basistarif

Der Basistarif entspricht ebenso wie der Standardtarif dem **Leistungsumfang in der gesetzlichen Krankenversicherung**. Die Vertragsleistungen müssen in Art, Umfang und Höhe mit diesen Leistungen vergleichbar sein. Der konkrete Leistungsumfang wird vom Verband der privaten Krankenversicherung ausgestaltet und mit dem Bundesministerium für Finanzen abgestimmt. In diesem Zusammenhang ist auch ein beihilfekonformer, also prozentual abgestufter Basistarif abzustimmen.

In den Basistarifen fehlt ein wichtiges Qualitätsmerkmal der privaten Krankenversicherung. Anders als in anderen PKV-Tarifen kann hier der Leistungsumfang durch den Gesetzgeber gekürzt oder sogar ganz aufgehoben werden – ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenkasse.

Die Versicherten im Basistarif haben die Wahl zwischen unterschiedlichen **Selbstbeteiligungen**. Neben der Version ohne Selbstbehalt sind dies 300,-, 600,-, 900,- oder 1.200,- EUR. Die Selbstbehaltstufen können von den Versicherten mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende einer Mindestbindungsfrist von 3 Jahren geändert werden. Die Selbstbehaltstufen gelten auch in den beihilfekonformen Versionen, dort allerdings prozentual abgestaffelt.

Der dem Basistarif zugrunde liegende Vergütungsrahmen soll gegenüber dem bisherigen Standardtarif etwas erhöht werden. Für **ärztliche Leistungen** soll er beim 1,8fachen Satz der GOÄ, für **zahnärztliche Leistungen** beim 2,0fachen Satz der GOZ liegen.

Eine absolute Neuerung ist im Basistarif die **gesamtschuldnerische Haftung** des Versicherungsnehmers und der PKV-Unternehmen gegenüber den Leistungserbringern. Dadurch wird die bisherige Ausnahmeregelung der direkten Bezahlung eventuell die Regel werden.

Damit Versicherte im Basistarif vom Arzt oder Zahnarzt als Patienten akzeptiert werden, gilt eine Sicherstellung der Versorgung durch die Kassen- und kassenzahnärztlichen Vereinigungen für die ihnen angeschlossenen Ärzte und Zahnärzte. Ausschließlich privatärztlich tätige Ärzte/Zahnärzte sind nicht an diese Verpflichtung gebunden und können frei innerhalb der Gebührenordnungen liquidieren.

2.4.2 Zugangsberechtigter Personenkreis

Aufgenommen werden müssen:

- Freiwillig in der GKV versicherte Personen für den Zeitraum vom 1. Januar 2009 bis zum 30. Juni 2009 oder innerhalb von 6 Monaten nach dem Beginn ihrer freiwilligen GKV-Mitgliedschaft;
- Nichtversicherte Personen, die weder in der GKV versicherungspflichtig sind noch in der PKV eine Krankheitskostenvollversicherung haben;
- Beihilfeberechtigte Personen, die noch ergänzenden Restkostenschutz benötigen;
- PKV-Neukunden, die nach dem 31. Dezember 2008 eine private Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen haben;
- Bereits privat Versicherte, auch Standardtarif-Versicherte, mit Vertragsbeginn vor dem 31. Dezember 2008; diese müssen bis zum 30. Juni 2009 in den Basistarif des eigenen oder eines anderen PKV-Unternehmens aufgenommen werden.

2.4.3 Aufnahmebedingungen

Für die Aufnahme im Basistarif besteht **Kontrahierungszwang ohne Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse**. Ausgenommen sind zuvor Versicherte, deren Versicherungsverträge wegen arglistiger Täuschung oder vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherer aufgehoben worden sind.

Ebenso wie im Standardtarif darf auch im Basistarif eine Risikoprüfung durchgeführt werden. Die Gründe sind auch hier der durchzuführende Poolausgleich und die Möglichkeit einer späteren Tarifumstellung.

Im Basistarif darf im Gegensatz zum bisherigen Standardtarif eine Zusatzversicherung vereinbart werden. Das Aufnahmeverfahren dafür läuft konventionell mit Risikoprüfung mit entsprechenden Auswirkungen, also ggf. Beitragszuschläge oder Leistungsausschlüsse.

2.4.4 Beiträge

Der Beitrag im Basistarif in allen seinen Selbstbehalt-Versionen darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV (aktueller Wert 2007: 505,88 EUR) nicht übersteigen. Für beihilfeberechtigte Personen reduziert sich der Höchstbeitrag entsprechend dem Beihilfebemessungssatz.

Wenn soziale Hilfebedürftigkeit entsteht, reduziert sich der zu zahlende Beitrag auf die Hälfte.

Entsteht dann immer noch nur durch Zahlung des Beitrages Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der Sozialhilfeträger. Dieser zahlt dann für den Versicherten einen Betrag in Höhe von maximal 125,- EUR. Die Hilfebedürftigkeit wird auf Antrag durch die zuständigen Behörden geprüft, die darüber eine Bescheinigung ausstellen.

Sofern neben dem Basistarif eine Zusatzversicherung besteht, kann der Versicherer verlangen, dass diese für den Zeitraum der Hilfebedürftigkeit ruht.

Der Basistarif ist eine **substitutive Krankenversicherung**. Deshalb gilt auch bei dieser Absicherung der gesetzliche 10 %-Zuschlag. Er ist auch bei der Höchstbeitragsgrenze zu berücksichtigen.

2.4.5 PKV-Ausgleichsverfahren (Poolausgleich)

Die Aufgabe des **Ausgleichsverfahrens** besteht darin, die sich ergebenden Differenzen zwischen den Beitragseinnahmen und den abgerechneten Kosten aus dem Basistarif **gleichmäßig auf alle PKV-Unternehmen** zu verteilen.

Dabei tragen die Versicherten in den vorhandenen Tarifen die Beitragskappungen im Basistarif mit.

Die erhöhten Aufwendungen im Basistarif für mitzuversichernde Vorerkrankungen, die nicht über individuelle Beitragszuschläge aufgefangen werden dürfen, werden kollektiv von allen Versicherten im Basistarif getragen.

Auswirkungen für Versicherte

Positiv für Versicherte ist die Möglichkeit einer garantierten Aufnahme in eine private Krankheitskostenversicherung. Die Leistungen sind dem Kunden aus der GKV vertraut. Der Höchstbeitrag der GKV darf nicht überschritten werden. Bei finanzieller Überforderung der Versicherten gibt es weitere Reduzierungsmöglichkeiten. Wer als PKV-Versicherter in den Basistarif der eigenen Gesellschaft wechselt, bekommt die erworbenen Alterungsrückstellungen vollständig angerechnet.

Der Versicherte ist kein „Privatpatient zweiter Klasse“, denn er hat die Zusicherung einer Behandlungssicherheit durch Kassenärzte und Kassenzahnärzte.

Negativ für den Versicherten ist die nicht vorhandene Wahlmöglichkeit des individuellen Versicherungsschutzes. Außerdem muss er mit einer Verschlechterung seiner Leistungen rechnen, wenn dies auch in der GKV geschieht. Auch eine Zusatzversicherung, die zusammen mit dem Basistarif besteht, kann ruhend gestellt werden, wenn nur ein ermäßigter Beitrag wegen finanzieller Hilfebedürftigkeit gezahlt wird.

Wer als PKV-Versicherter aus einem normalen Tarif in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens wechselt, muss auf einen erheblichen Teil seiner Alterungsrückstellungen verzichten, insbesondere dann, wenn er aus leistungsstarken Tarifen wechselt.

Empfehlung: Wer nicht chronisch krank ist oder keine anderen schwerwiegenden gesundheitlichen Einschränkungen hat, sollte sich neben dem Basistarif alternativ andere, konventionelle Tarife des Versicherers vorstellen und rechnen lassen.

Der Vorteil garantierter Leistungen ist sicherlich höher zu bewerten als ein niedriger Beitrag. Wer aus einer privaten Krankenversicherung in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens wechselt, sollte die ggf. verbliebene Alterungsrückstellung in einer Zusatzversicherung beim alten Versicherer in Anspruch nehmen.

Wer freiwilliges Mitglied der GKV ist, sollte aus reinen Beitragsgründen nicht in den PKV-Basistarif wechseln. Der ggf. bestehende aktuelle Beitragsvorteil in diesem Tarif wird voraussichtlich nicht von langer Dauer sein. Ein Wechsel zurück in die GKV ist nicht vorgesehen.

Chance und Risiko für die PKV

Positiv ist der Basistarif, um Kunden zeigen zu können, dass die PKV auch eine ausgeprägte soziale Komponente in ihrem Angebot zur Verfügung hat.

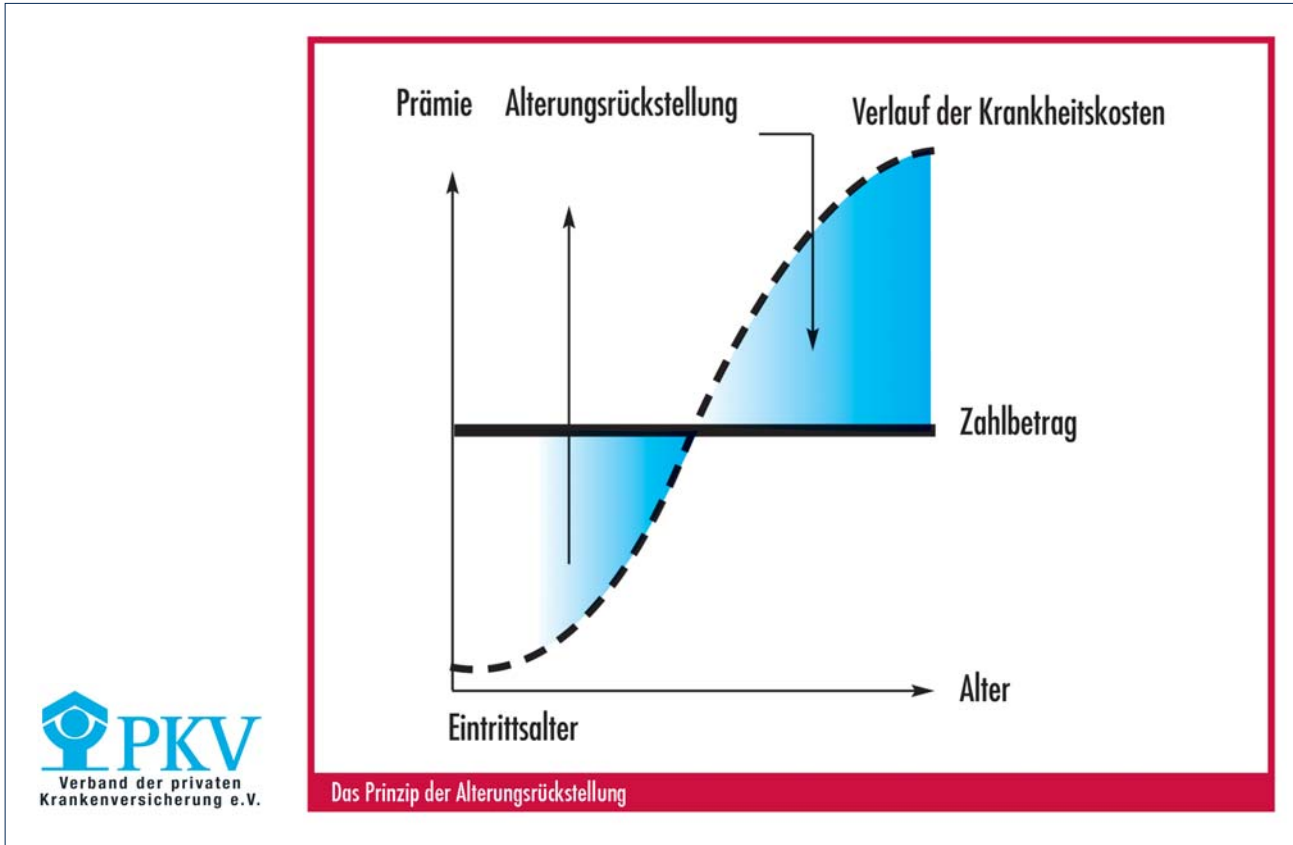
Negativ ist die zu erwartende Quersubventionierung des Basistarifes durch die übrigen Versicherten in den konventionellen Tarifen. Sicher ist, dass der Basistarif durch die fehlenden individuellen Vertragsgestaltungen bei Vorerkrankungen und die Beitragskappung auf den GKV-Höchstbeitrag Not leidend wird und gestützt werden muss.

Auch die neuen Verfahrensweisen in der Verwaltung der Verträge, die mit großem technischen Aufwand eingerichtet werden müssen, verschärfen die Kostensituation des Basistarifes.

Durch die Belastungen des Basistarifes wird das normale Geschäft der PKV entscheidend gestört. Die Subventionierung des Basistarifes erfordert Ausgleichsleistungen trotz des Poolausgleiches, die aus den Beiträgen der konventionellen Tarife gezahlt werden müssen. In welchem Umfang sich dadurch Beitragserhöhungen in den Krankheitskostenvollversicherungen ergeben, ist derzeit noch nicht vorhersehbar.

Empfehlung: Es ist sicherlich nicht zu empfehlen, den Basistarif aktiv mit vertrieblicher Unterstützung anzubieten. Das Ziel kann nur sein, Interessenten für den Basistarif möglichst andere Tarife vorzustellen. Niemand weiß, ob der vorgesehene Poolausgleich wirklich ausgleicht.

2.5 Wechselregelungen und Weitergabe von Alterungsrückstellungen



2.5.1 Wechsel innerhalb eines PKV-Unternehmens

Beim Wechsel von Tarifen innerhalb eines Unternehmens gibt es keine Änderungen gegenüber den bisherigen Regelungen. Es werden jeweils die erworbenen **Alterungsrückstellungen** in vollem Umfang auf die neuen Tarife angerechnet.

Wird aus dem Basistarif in andere Unternehmens-tarife gewechselt, kann der Versicherer die bei Vertragsabschluss fiktiv festgelegten Risikozuschläge verlangen.

Aus bestehenden Tarifen kann in den Basistarif gewechselt werden, wenn

- die Krankheitskostenvollversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde (Neugeschäft),

- der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat oder vor dem 55. Lebensjahr Rentenansprüche hat, bzw. als Beamter ein Ruhegehalt bezieht (Bestand),
- die bestehende Krankheitskostenvollversicherung bereits vor dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurde und der Wechsel in den Basistarif innerhalb von 6 Monaten ab dem 1. Januar 2009 beantragt wird (Bestand).

Die **Alterungsrückstellung aus dem Normaltarif** wird bei einem Wechsel in den Basistarif desselben Unternehmens vollständig angerechnet.

2.5.2 Wechsel in ein anderes Unternehmen

Sofern der bestehende Vertrag einer Krankheitskostenvollversicherung nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, kann ein Versicherungsnehmer unter Mitgabe der Alterungsrückstellungen

2. Was kommt auf die PKV zu?

das Unternehmen wechseln, sofern ein Vertrag als sogenannte substitutive Krankenversicherung vereinbart wird, also als ein Vertrag, der geeignet ist, die gesetzliche Krankenversicherung ganz oder teilweise zu ersetzen.

Versicherte, deren Vertrag bereits vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen wurde, können in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln. Voraussetzung ist, dass die Kündigung des alten Vertrages vor dem 1. Juli 2009 erfolgt. Der eigentliche Wechseltermin (meistens der 1. Januar des folgenden Jahres) spielt dabei keine Rolle.

Die Weitergabe der Alterungsrückstellungen – die sogenannte „**Portabilität**“ – wird im Rahmen eines zu definierenden Übertragungswertes erfolgen. Der Übertragungswert errechnet sich aus der Summe der Alterungsrückstellungen und aus dem 10 %-Zuschlag mit der Maßgabe, dass es maximal die Höhe einer Alterungsrückstellung sein darf, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Beginn an im Basistarif versichert gewesen wäre.

Wenn Leistungen in vorherigen Tarifen höher oder umfassender als im Basistarif sind, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifes verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist.

Auswirkungen für Versicherte

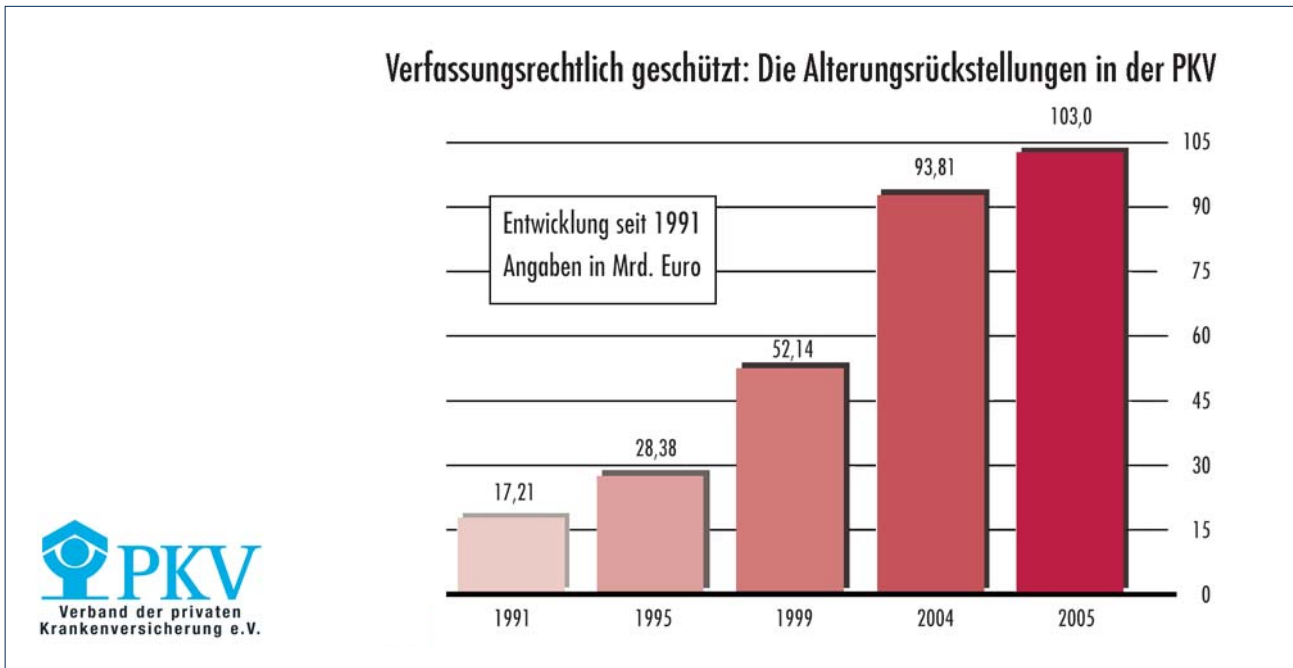
Versicherten ist häufig nicht bewusst, was es mit der Alterungsrückstellung auf sich hat. Die Übertragbarkeit (Portabilität) wird von Kunden manchmal als individuelles Sparguthaben verstanden, was es aber nicht ist, da die Rückstellungen kollektiv kalkuliert werden. Andererseits sind die Ansprüche grundrechtlich geschütztes Eigentum der Versicherten.

Der übertragene Wert sorgt bei einem Wechsel für eine günstigere Beitragseinstufung als dies bei einem Neubeginn zum erreichten Alter der Fall wäre.

Chance und Risiko für die PKV

Ob und ggf. welche PKV-Unternehmen von den vermeintlichen Anreizen einer Portabilität von Alterungsrückstellungen profitieren werden, lässt sich noch nicht absehen. Die Unbekannte dabei ist zum Beispiel die Anzahl der wechselbereiten Kunden, die dann auch den Poolausgleich beeinflusst. Auch sind noch nicht alle faktischen Auswirkungen des Poolausgleichs für eine strategisch eindeutige Positionierung der Unternehmen völlig klar. Darüber hinaus ist noch nicht eindeutig festgelegt, ob ein Wechsel in den Basistarif einer anderen Gesellschaft nach dem 1. Januar 2009 den Versicherten das Privileg der dauerhaften Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen einräumt. Reicht dazu vielleicht ein Wechsel in den Basistarif des eigenen Unternehmens?

Empfehlung: Wer bisher das Geschäft solide betrieben und seine Kunden umfassend beraten hat, wird mit einer konservativen Strategie bisher und auch weiterhin Erfolg haben.



2.6 Themen der Reform, die die PKV mittelbar betreffen

2.6.1 Neue Beitragsfestlegung für Existenzgründer in der GKV

Hauptberuflich Selbstständige, die noch keine Steuererklärung abgegeben haben, erhalten ab 1. April 2007 in der GKV eine günstigere Möglichkeit, sich dort zu versichern. Anstelle eines unterstellten beitragspflichtigen Einkommens von 1.837,50 EUR monatlich (gemäß § 240 SGBV), werden nur noch 1.225,00 EUR angerechnet und von der jeweiligen GKV mit dem individuellen Beitragssatz berechnet. Voraussetzung dafür ist, dass der Selbstständige nachweislich ein entsprechend geringes Einkommen hat. Diese beitragsrechtliche Regelung entspricht der für Bezieher von Existenzgründerzuschüssen aus dem Zweiten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsplatz.

Bei der beschriebenen Regelung ist zu beachten, dass die Einkünfte der Personen, die mit dem Selbstständigen in einer Bedarfsgemeinschaft zusammen leben, berücksichtigt werden, um sachlich ungerechtfertigte Privilegierungen zu vermeiden.

Auswirkungen für Versicherte

Existenzgründer können durch die Neuregelung einiges an Beitragsbelastung sparen. Andererseits muss zum Nachweis des geringen Gesamteinkommens ein finanzieller Striptease durchgeführt werden.

Empfehlung: Mit Unterstützung eines versierten Steuerberaters wird es ihnen gelingen, entsprechend niedrige Einkünfte nachzuweisen.

Gleichwohl sollte erwogen werden, sich den Einstieg in die PKV durch eine Anwartschaft zu sichern oder noch besser – gleich mit günstigen PKV-Tarifen in die Selbstständigkeit zu starten. Bereits zu hoch eingestufte Selbstständige sollten bei ihrer Krankenkasse eine Neueinstufung verlangen und sich parallel ein Angebot der PKV unterbreiten lassen.

Chance und Risiko für die PKV

Neben der schwieriger gewordenen Anwerbung von Arbeitnehmern ist auch das Segment der Selbstständigen durch die neue Beitragseinstufung für die PKV schwieriger zu erreichen. Tariflich wird die PKV wahrscheinlich verstärkt auf preisgünstigen Versicherungsschutz setzen. In der Beratung der Kunden sollte aber auch die Möglichkeit diskutiert werden, dass vielleicht in

2. Was kommt auf die PKV zu?

absehbarer Zeit ein kompletterer Versicherungsschutz notwendig werden kann, den nur die PKV bietet.

Empfehlung: Die Beratung sollte auf Aspekte Preiswürdigkeit und Zukunft ausgerichtet sein. Wenn der Kunde zunächst das „Dumping-Angebot“ der GKV annehmen möchte, sollte aus strategischen Gründen bereits die Situation nach der Zeit einer endgültigen Beitragsfestlegung in der GKV mit höheren Beiträgen diskutiert werden. Der Abschluss von Ergänzungsversicherungen mit einer passenden Option bietet sich in dem Zusammenhang an.

2.6.2 Neues Gebührenrecht für Ärzte und Zahnärzte

Das Erfordernis moderner und aktueller Gebührenordnungen beschäftigt die PKV ebenso wie die GKV seit vielen Jahren. Der medizinisch-technische Fortschritt in der Behandlung von Patienten ist erheblich schneller als Regelungen in den Gebührenordnungen. Die Folge in der Abrechnung sind Versuche der Behandelnden, mit **Analog-Ziffern** die fehlende neue Medizin gebührenrechtlich nachzuvollziehen.

Unterschiedliche Höhen in der Vergütung fördern eine Ungleichbehandlung in den Praxen, denn die Ärzte und Zahnärzte verfahren häufig nach dem Grundsatz, dass derjenige, der für seine Praxis mehr einbringt, auch eher behandelt wird. Fakt ist, dass die Vergütung durch die privaten Gebührenordnungen GOÄ und GOZ höher sind als die Erlöse aus dem von Budgets und schwankenden Punktwerten geprägten **Honorarsystem** der GKV.

Deshalb entspricht eine Änderung der Gebührenrahmen beider Systeme auch dem Wunsch der Ärzteschaft. Die Änderungsvorstellungen der Bundesregierung haben einige positive Ansätze. Hervorzuheben ist die **Abschaffung der Punktbewertungen** zugunsten einer Euro-Gebührenordnung mit **Pauschalvergütungen** sowie **Einzelvergütungen** für besonders förderungswürdige Leistungen (z. B. Hausbesuche).

Kritisch wird von der Ärzteschaft gesehen, dass zwar anders abgerechnet werden soll, jedoch letztlich der gleiche Ertrag wie zuvor herauskommt. Positiv wird aber vermerkt, dass das Morbiditätsrisiko auf die

Krankenkassen übertragen wird. Dies bedeutet, dass die Kassen für einen erhöhten Behandlungsbedarf der einzelnen Praxis mehr Honorar zur Verfügung stellen. Andererseits drohen bei Mengenüberschreitungen eingeschränkte Honorare.

Die Vergütungssysteme zwischen GKV und PKV sollen weitgehend vereinheitlicht werden. Unterschiede werden bei den zulässigen Steigerungssätzen bleiben.

Das geänderte Honorierungssystem soll zum 1. Januar 2009 eingeführt werden.

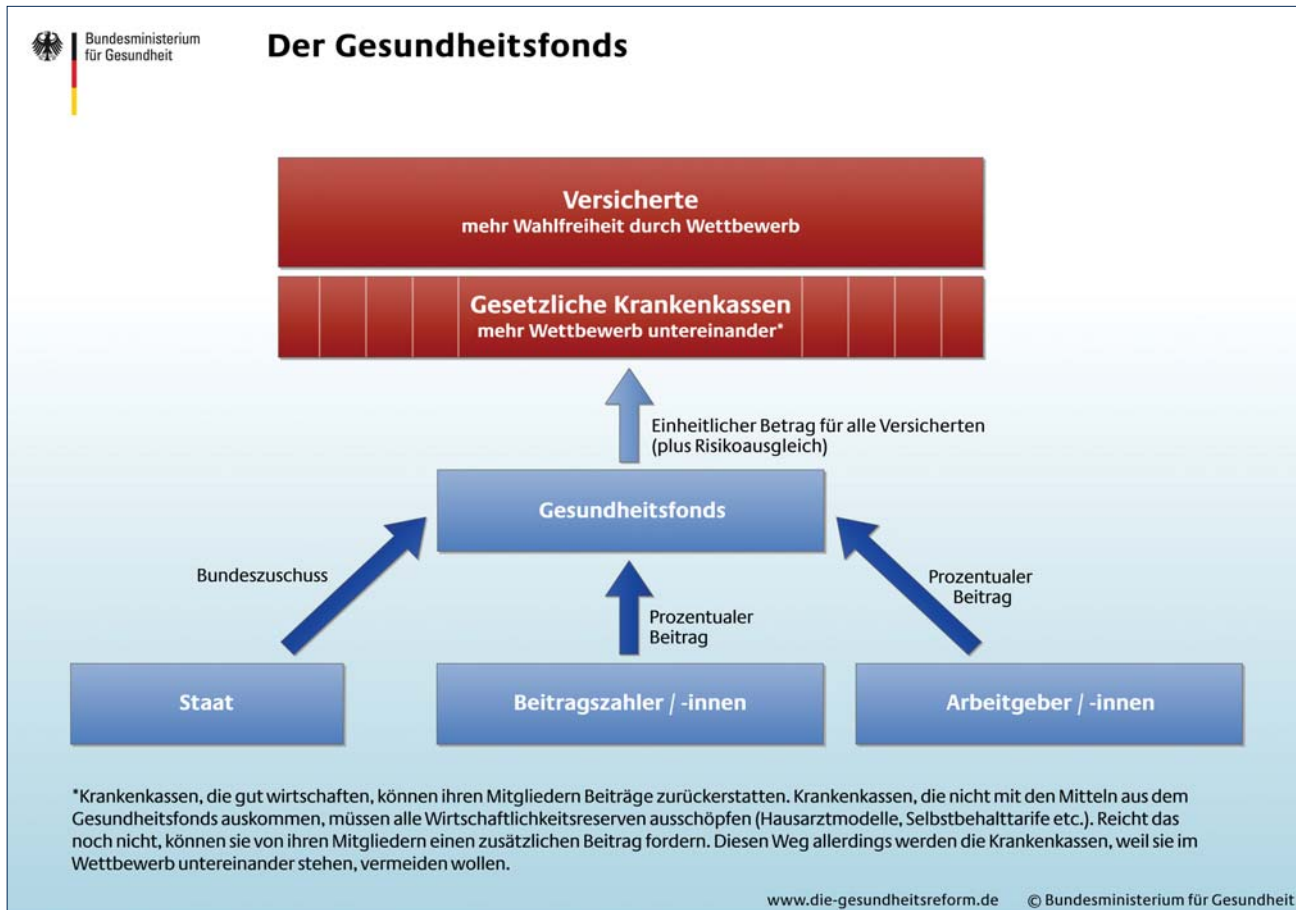
2.6.3 Einführung des Gesundheitsfonds

Die Einführung des **Gesundheitsfonds** ist neben den Regelungen für die PKV eine der herausragenden Änderungen. Geplant ist, den Fonds zum 1. Januar 2009, also zeitgleich mit der Einführung des Basisstarifes zu starten.

Für die PKV ergibt sich damit im Wettbewerb zur GKV eine völlig neue Situation. Man steht im Beitragsvergleich nicht mehr mit vielen unterschiedlichen Beitragssätzen der jeweiligen Kassen im Wettbewerb, sondern man orientiert sich an dem von der Bundesregierung durch **Rechtsverordnung** festgelegten einheitlichen Beitragssatz aller GKVen. Der eigentliche Wettbewerb (auch unter den gesetzlichen Krankenkassen) findet beim möglichen **Zusatzbeitrag** statt, also innerhalb eines sehr viel kleineren Rahmens.

Für den Ausgang der Konkurrenzsituation ist sicherlich die Festlegung des ersten Einheitsbeitrages ein wichtiger Indikator.

Auf einem Feld wird der Wettbewerb wohl ausschließlich über den Preis entschieden, nämlich zwischen dem **einheitlichen Beitragssatz** der GKV und dem PKV-Basistarif. Da es auch für diesen noch keinen Beitrag gibt, bleibt das Ergebnis des Wettbewerbs spannend.



2.6.4 GKV-Wahltarife

Da es innerhalb der GKV und auch gegenüber der PKV nur eine eingeschränkte Marktdifferenzierung über den Beitrag gibt, wird den gesetzlichen Krankenkassen über die Einrichtung von Wahltarifen für die Versicherten eine andere Differenzierung erlaubt.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfüllt an dieser Stelle den ihm gegebenen Namen. Die Krankenkassen können verschiedene Tarife wie **Hausarzttarife**, **Selbstbehalttarife** und auch **Kostenersatztarife** anbieten. Sie bewegen sich dabei auf dem Terrain der privaten Krankenversicherung, können jedoch diese Tarife nicht nach den Regeln der PKV kalkulieren.

Das Bundesversicherungsamt achtet darauf, dass zwischen den Kollektiven der Wahltarife und der anderen Solidargemeinschaft keine Quersubventionierung entsteht. Versicherte, die einen Wahltarif abschließen möchten, müssen sich drei Jahre an diesen Tarif und den GKV-Versicherer binden.

Wahltarife bieten den gesetzlichen Krankenkassen Chancen und Risiken. Die Chancen beziehen sich in erster Linie auf den kasseninternen Wettbewerb. Dabei erhalten erstmals auch versicherungspflichtige Personen das Tarifwahlrecht.

Die Risiken liegen in der **Finanzierung der Wahltarife**. Durch die Ungewissheit der möglichen Besetzungszahlen und die Auflagen der Aufsichtsbehörde besteht die Gefahr, dass Tarife sich nicht rechnen und dadurch ggf. die gesamte Krankenkasse in finanzielle Not gerät. Außerdem sind möglicherweise die Interessen der PKV-Unternehmen betroffen, die Kooperationen auf dem Feld von Zusatzversicherungen mit den gesetzlichen Krankenkassen unterhalten.

Weiterhin stellt sich die Grundsatzfrage, ob eine GKV als öffentlich rechtliche Institution vergleichbare Geschäfte einer PKV betreiben darf und im Gegensatz zu dieser gewisse Privilegien wie Steuererleichterungen in Anspruch nehmen darf.

3. Was bleibt von der klassischen PKV?

Zweifellos ist die PKV in sehr starkem Umfang von den Auswirkungen des GKV-WSG betroffen. Die neue Gesetzgebung zeigt einmal mehr die ausgeprägte **Abhängigkeit der PKV von politischen Entscheidungen**. Dabei hilft ihr noch nicht einmal, dass ihr System völlig intakt ist und sie staatliche Regulierungen absolut nicht nötig hat. Im Gegenteil: Die PKV ist in Deutschland ein wichtiger Wirtschaftsfaktor und Steuerzahler.

Die PKV kritisiert den aktuellen Einfluss der Politik vor allem deshalb, weil dabei die nach wie vor vorhandenen Vorteile des PKV-Geschäftsmodells nicht gewürdigt werden. Bewährte und zukunftsichere Maßnahmen – wie die Kapitaldeckung für Stabilität des Systems im Alter der Versicherten und die vorhandene Tarifvielfalt mit individueller Wahlmöglichkeit – bietet nur die private Krankenversicherung.

Eine der wichtigsten Errungenschaften der PKV wird in der nächsten Zeit verstärkt in den Fokus der Öffentlichkeit treten. PKV-Versicherte erleben eine spontane Teilnahme am medizinisch-technischen Fortschritt. Einmal durch die Tarifwahl erworbene Rechte bleiben **lebenslang garantiert**. Dies sind Vorteile, die nur die PKV bietet.

4. Neue Marktchancen der PKV

Bereits im Vorfeld des Gesetzgebungsverfahrens hat sich der Markt der PKV verändert. Es gibt einen deutlichen Trend von der Vollversicherung hin zur Zusatzversicherung zur GKV.

Dies liegt daran, dass Versicherte vielfach durch die mehr als einjährige Ankündigungen der Politik sehr verunsichert sind, ob sie ihre bisherige Krankenversicherung wechseln sollen. In diesen Tagen etwas so Grundlegendes neu zu ordnen wie die Krankenvorsorge, wagen zurzeit nicht sehr viele Bürger.

Das kann sich jetzt wieder ändern. Die absolute Mehrheit der Bevölkerung hat sich in Umfragen gegen die Reform des Gesundheitswesens in dieser Form ausgesprochen.

Was die Versicherten nun benötigen ist die fachgerechte Beratung im Hinblick die bestmögliche Versorgung.

Dies muss nicht immer die private Vollversicherung sein; immer häufiger entscheiden sich GKV-Versicherte auch für ein Verbleiben im System, die besseren Leistungen kaufen sie sich zusätzlich in der Privatversicherung. Dies gilt in letzter Zeit besonders für ergänzende Zahnersatz-Tarife der PKV.

Die nächste Zeit wird auch darüber entscheiden, welche weiteren, vielleicht völlig neuen Leistungen am Markt nachgefragt werden. Die PKV ist mit ihren Unternehmen bereit, sehr schnell auf die Bedürfnisse des Marktes einzugehen.

5. Zeitplan für die PKV-Änderungen im WSG

2. Februar 2007

- Stichtag Wechsel von freiwillig GKV-Versicherten Arbeitnehmern in die PKV mit dreijähriger Wartezeit

1. April 2007

- Stichtag, ab dem neu abgeschlossene PKV-Verträge Mindestvoraussetzungen erfüllen müssen, um der Pflicht zur Versicherung ab 1. Januar 2009 zu genügen

1. Juli 2007

- Zugangsrecht für Nichtversicherte im modifizierten Standardtarif der PKV

1. Januar 2009

- Pflicht zur Versicherung
- Einführung eines Basistarifs in der PKV
- Wechselmöglichkeit in den Basistarif jedes PKV-Unternehmens (für Bestandsversicherte nur bis zum 30. Juni 2009)
- Überführung des Standardtarifs der bisher Nichtversicherten in den neuen Basistarif

**Continentale
Krankenversicherung a.G.
pkv-ratgeber**

Ruhrallee 92
44139 Dortmund
info@pkv-ratgeber.de
www.pkv-ratgeber.de