



Ausgabe 1 | Februar 2009

Interview

Lilo Blunck, Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten, über die Gesundheitsreform

Steuern

Bei der Absetzbarkeit von Beiträgen zur Krankenversicherung steckt der Teufel im Detail

Schulden

Mit Milliardensubventionen beginnt die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Pump

PKV publik

Das Magazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.



Bittere Pille

Die PKV hat am neuen Basistarif schwer zu schlucken

Liebe Leserinnen und Leser,

Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

mit dieser Ausgabe erscheint PKV Publik, das Informationsmagazin des Verbandes der privaten Krankenversicherung, erstmals in neuer Form und mit deutlich vergrößertem Umfang. Wir hoffen, dass Ihnen die neue, übersichtlichere Gestaltung des Hefts gefällt. Sie soll es Ihnen erleichtern, sich aus erster Hand über wichtige und aktuelle Themen aus dem Gesundheitswesen zu informieren.

Das Jahr 2009 bringt für die private Krankenversicherung etliche neue Herausforderungen, an erster Stelle den Start des Basistarifs. Da der Gesetzgeber dafür einen Kontrahierungszwang und eine Beitragsobergrenze vorgeschrieben hat, kann dieser Tarif sich nicht selbst finanzieren, sondern muss quersubventioniert werden. Damit belastet der Basistarif alle Privatversicherten und greift in deren Verträge ein. Das halten wir für verfassungswidrig. Deshalb haben 30 PKV-Unternehmen, die rund 95 Prozent der Privatversicherten repräsentieren, Verfassungsbeschwerde eingelegt. Das Bundesverfassungsgericht hat sich im Dezember 2008 in mündlicher Verhandlung gründlich mit dem Thema befasst, sodass wir nun zuversichtlich auf ein Urteil warten.

Kurz nach dem Start des Gesundheitsfonds hat die Große Koalition beschlossen, den Beitragssatz mit mehr als 9 Milliarden Euro aus der Staatskasse künstlich zu senken. Wir erleben hier den Einstieg in eine schuldenfinanzierte gesetzliche Krankenversicherung. Durch diesen Geldregen auf Pump wird nicht nur die jüngere Generation massiv zusätzlich belastet.

Willkürlich werden zudem die 8,6 Millionen Privatversicherten in Deutschland ausgegrenzt, obwohl sie als Steuerzahler die ganze Sache mitfinanzieren müssen. Auch die Pläne der Bundesregierung zur konkreten Umsetzung des Karlsruher Urteils zum Steuerabzug von Krankenversicherungsbeiträgen lassen Nachteile für Privatversicherte befürchten.

Es gibt aber auch sehr erfreuliche Neuerungen. So hat mit Jahresbeginn die Private Pflegeberatung COMPASS bundesweit ihre Tätigkeit aufgenommen. Rund 200 qualifizierte Mitarbeiter sind bereits im Einsatz, um Betroffenen neutral und unabhängig bei der Suche nach Lösungen zu helfen.

Zu diesen und vielen anderen Themen informieren wir Sie ausführlich über Fakten, Hintergründe und handelnde Personen. Ich wünsche Ihnen viel Vergnügen beim Lesen.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Dr. Volker Leienbach

Impressum

PKVpublik | Ausgabe 1 | Februar 2009

Herausgeber Verband der privaten Krankenversicherung e.V.
Postfach 51 10 40 · 50946 Köln
Bayenthalgürtel 26 · 50968 Köln
Telefon (0221) 99 87-0 · Telefax -39 50
www.pkv.de · presse@pkv.de
Nächste Ausgabe am 15.03.2009

Verantwortlich Dr. Volker Leienbach
Redaktion Stephan Caspary, Stefan Reker, Jens Wegner
Weitere Autoren Univ.-Prof. Dr. Christian Armbrüster, Oliver Bauer, Dr. Timm Gennett
Fotos dpa/picture-alliance
Karikatur Dirk Meissner, Köln

Verlag Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24 · 76137 Karlsruhe
Druckerei ROTA-Druck, Berlin
Erscheinungsweise 10 Ausgaben / Jahr
Abonnementpreis Jährlich 11,00 Euro
inkl. Versand und MwSt.
Nachdruck der Texte nach Absprache.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V.

ISSN 0176-3261

Seit dem 1. Januar dieses Jahres bieten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung den gesetzlich vorgeschriebenen Basistarif an. Für die PKV ist dieser Tarif eine bittere Pille mit unabsehbaren Risiken und Nebenwirkungen.

4

In dieser Ausgabe

- | | |
|--|-----------------|
| Titel Basistarif | Seite 4 |
| Die PKV hat am neuen Basistarif schwer zu schlucken | |
| Dialog Die Reform ist eine Fehlkonstruktion | Seite 8 |
| Lilo Blunck, Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten, kritisiert den Basistarif | |
| Politik Steuerabzug mit Schattenseiten | Seite 10 |
| Beim Steuerabzug von Krankenversicherungsbeiträgen steckt der Teufel im Detail | |
| GKV Beitragsenkung auf Pump | Seite 12 |
| Privatversicherte werden durch die staatliche Subventionierung der GKV ausgegrenzt | |
| Personen COMPASS bundesweit tätig | Seite 13 |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Elisabeth Beikirch neue Geschäftsführerin ■ Dr. Michael Niebler neuer Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes agv | |
| Meldungen Gesundheitskarte | Seite 14 |
| Außerdem: PKV engagiert sich stark in der Alkoholprävention für Jugendliche | |
| Gastkommentar Gendiagnostikgesetz | Seite 15 |
| Univ.-Prof. Dr. Christian Armbrüster plädiert für eine konsequente Differenzierung von Gentests | |



Steuerabzug mit Schattenseiten



PKV fordert Klarheit über die elektronische Gesundheitskarte



Bittere Pille

Die PKV hat am neuen Basistarif schwer zu schlucken

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GKV-Wechselwillige

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

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

PKV-Bestandskunden

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

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

Die Deckungslücke im Basistarif geht letztlich auf Kosten der Bestandsversicherten.

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

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

Verfassungsbeschwerde gegen Gesundheitsreform

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

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

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

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

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

Dazu gehören unter anderem:

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

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

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

Pflicht zur Versicherung

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

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

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





her dieses Instrumentarium nicht zur Verfügung.

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

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

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

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

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

vom Subventionsgeber zum Subventionsempfänger werden.

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

Ein Zitat - und die Tatsachen

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

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

Die Tatsachen:

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

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



IM GESPRÄCH: LILO BLUNCK, VORSTANDSVORSITZENDE DES BUNDES DER VERSICHERTEN (BDV)

Die Reform ist eine Fehlkonstruktion

Lilo Blunck wurde als Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten in der Verhandlung des Bundesverfassungsgerichts zur Gesundheitsreform als Expertin angehört. Im Gespräch mit PKV Publik kritisiert sie neben dem Basistarif auch andere Neuregelungen.

Frau Blunck, wie beurteilen Sie die Konstruktion des neuen Basistarifs in der privaten Krankenversicherung?

Blunck: Die Konstruktion des Basistarifs ist schlicht indiskutabel. Insgesamt ist die Gesundheitsreform eine völlige Fehlkonstruktion. Dadurch wird der gute sozialstaatliche Grundsatz ausgehebelt, dass alle sozialen Leistungen über Steuern von allen finanziert werden müssen.

Sie kritisieren den Basistarif als „Systembruch“. Warum?

Blunck: Weil man in einem kapitalgedeckten privaten Versicherungssystem nicht plötzlich einen solchen Tarif ohne jegliche Gesundheitsprüfung, ohne irgendwelche Bedingungen anbieten kann. Aus Sicht des BdV entsteht dadurch ein riesenproblem: Im System der gesetzlichen Krankenkassen sind jetzt durch die neuen Wahltarife Elemente aus dem privaten Versicherungssystem eingebaut – und umgekehrt. Das kann einfach nicht funktionieren.

Wir waren als BdV immer dafür, dass auch um die Bestandskunden in der privaten Krankenversicherung (PKV) ein Wettbewerb stattfinden sollte, und dass die Alterungsrückstellungen mitgegeben werden müssen. Doch für eine solche sinnvolle Reform hätte man der PKV den Auftrag geben müssen, mit ihrem Versicherungssachverstand dem Gesetzgeber eine praktikable Möglichkeit vorzuschlagen. So,

wie es nun am grünen Tisch entworfen wurde, ist es einfach nicht praktikabel.

Professor Rürup prognostizierte in Karlsruhe, der Basistarif und die Möglichkeit zur Mitnahme von Alterungsrückstellungen beim Versicherungswechsel werde keine gravierenden Folgen haben. Er sprach von einem „Nullsummenspiel“. Wie beurteilen Sie das?

Blunck: Für die Versicherten ist das auf keinen Fall ein Nullsummenspiel. Wenn viele Leute in den Basistarif hineingehen, bedeutet das, dass der Basistarif durch die Beiträge der anderen Versicherten subventioniert werden muss. Wenn man also mehr Beitrag bezahlen muss – wo ist da das Nullsummenspiel? Die Bundesgesundheitsministerin hat darauf allen Ernstes erwidert, diese Versicherten könnten ja dann auch in den Basistarif wechseln. Diese Bemerkung ist völlig unakzeptabel. Manchen küsst die Muse eben nicht – tut mir leid. Tatsache ist, dass die Kosten für die Subventionierung des Basistarifs natürlich auch die vielen Privatversicherten treffen, die nicht über hohe Gehälter verfügen, etwa die kleinen Beamten.

Der BdV hat Versicherte in einer Umfrage nach ihren Wechsel-Absichten in den Basistarif befragt. Was sind die Ergebnisse?

Blunck: Die Ergebnisse waren erschreckend. Ganz viele Leute gaben an, dass sie

wechseln wollen. Hier finde ich allerdings auch das Verhalten mancher PKV-Unternehmen kritikwürdig: Es kann nicht angehen, dass Versicherungsunternehmen noch im Januar sagen, zum Basistarif könnten sie noch keine genaue Auskunft geben, das wüssten sie nicht. Das geht nicht!

Welche Folgen hätte es, wenn viele Versicherte wechseln würden. Könnte ein Trend zum Basistarif auf Dauer zu einer Gefahr für die älteren und kranken Privatversicherten werden?

Blunck: Es würde für alle privat Krankenversicherten dann dazu kommen, dass die Tarife ganz schnell unbezahlbar werden. Für die Älteren und Kranken würde das natürlich besonders zu Buche schlagen. Sie könnten die Last der Subvention nicht tragen, wenn viele andere in den Basistarif gehen. Vor dem Bundesverfassungsgericht hat die Ministerin augenzwinkernd angedeutet, dann könnten ja alle Privatversicherten in den Basistarif gehen. Aber das hätte brutale Folgen. Wenn alle in einen Tarif gehen, der nicht kostendeckend ist – was dann? Das würde bedeuten, es geht in die Pleite und es würde letztlich keine private Krankenversicherung mehr geben.

Dabei sind wir mit diesem System doch bisher gut gefahren. Da würden wir etwas kaputt machen, um das uns die ganze Welt beneidet: die einmalige Kombination eines gut funktionierenden solidarischen Systems mit einem gut funktionierenden privaten System. Das sorgt dafür, dass wir keine amerikanischen Verhältnisse haben, wo sich eine kleine Elite im Gesundheits-

„Die Konstruktion des Basistarifs ist schlicht indiskutabel.“



Lilo Blunck ist seit 2006 Vorstandsvorsitzende des Bundes der Versicherten. Von 1981 bis 1998 war sie Mitglied des Deutschen Bundestages, Mitglied des SPD-Fraktionsvorstandes und verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Zudem gehörte sie der von Bundesjustizministerin Däubler-Gmelin im Jahr 2000 eingesetzten Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts an.

wesen alles leisten kann und eine große Gruppe sich nichts leisten kann.

Unser System hat bisher sichergestellt, dass der Sozialversicherte von dem gleichen Arzt operiert wird wie der Privatpatient, wenn auch vielleicht um elf Uhr statt um acht Uhr. Ich warte gerne als gesetzlich Versicherte bis elf Uhr, wenn ich die gleiche gute Behandlung bekomme wie ein Privatversicherter. Das war bisher in unserem System so. Deshalb empören mich auch manche Kampagnen aus der Politik und von interessierter Seite nach dem Motto: „In der privaten Krankenversicherung sitzen die Schmarotzer, die das solidarische System aushöhlen.“ Das finde ich nicht nur unangemessen, das ist ziemlich unanständig.

Würden Sie Privatversicherten einen Wechsel in den Basistarif empfeh-

len, und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen?

Blunck: Einen generellen Ratschlag, in den Basistarif zu wechseln, weil man seinen Normaltarif nicht mehr bezahlen kann, würde ich nicht geben. Ich würde immer zuerst versuchen, mit meiner Versicherungsgesellschaft Wege zu finden, dass der Normaltarif bezahlbar bleibt – etwa durch einen Selbstbehalt oder durch Ausklammern bestimmter Leistungen oder durch Wechsel in einen anderen Tarif. Da kommt es auf eine gründliche individuelle Beratung an.

Auch andere Bestandteile der Gesundheitsreform stehen in Karlsruhe auf

dem Prüfstand. Wie beurteilen Sie die neue Drei-Jahres-Frist, die freiwillig Versicherte in den gesetzlichen Krankenkassen nun abwarten müssen, bevor sie ihren Wunsch zum Wechsel in eine Privatversicherung umsetzen dürfen?

Blunck: Das kann ich ebensowenig nachvollziehen wie den Gesundheitsfonds. Ich vermag nicht zu erkennen, welchen Sinn das im Zusammenhang mit einem bezahlbaren Gesundheitssystem für eine immer älter werdende Gesellschaft haben soll. Es ist Blödsinn, was dort passiert. So wie die Behauptung Blödsinn ist, wenn alle PKV-Versicherten in die gesetzlichen Krankenkassen gingen, dann würde das GKV-System bezahlbar. Das ist nicht nachvollziehbar. Damit weicht man nur der Frage aus, wie man unser gutes System angesichts der demografischen Entwicklung langfristig bezahlbar halten kann.

Die Gesundheitsreform enthält auch jährliche Milliarden-Zuschüsse aus der Staatskasse an die GKV, die schrittweise auf 14 Milliarden Euro pro Jahr ansteigen sollen. Dient das nicht faktisch vor allem der beitragsfreien

Versicherung von Kindern – und dürfen privat versicherte Familien dann davon ausgeschlossen bleiben?

Blunck: Es ist sehr ungerecht, dass Kinder von Privatversicherten dem Staat offensichtlich weniger wert sind als Kinder von gesetzlich Krankenversicherten.

„Wenn alle in einen Tarif gehen, der nicht kostendeckend ist, würde es letztlich keine PKV mehr geben.“

Steuerabzug mit Schattenseiten

Absetzbarkeit von Beiträgen zur Krankenversicherung



■ Krankenversicherte dürfen sich auf eine spürbare steuerliche Entlastung freuen. Ab 2010 sollen ihre Beiträge weitgehend von der Besteuerung verschont bleiben. Dies sieht ein Gesetzentwurf des Bundesfinanzministeriums vor, der eine entsprechende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 13. Februar 2008 umsetzt. Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung sind demnach existenznotwendig und von der Einkommensteuer zu verschonen. Für Privatversicherte ist erfreulich, dass das Gericht ausdrücklich auch die PKV-Beiträge für Familienangehörige zu diesen Aufwendungen zählt.

Ideal wäre, wenn der Gesetzgeber die volle Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge – auch für Zusatzversicherungen zum Schutz in der gesetzlichen Krankenversicherung – ermöglichen und so das Vorsorgeprinzip in einer alternden Gesellschaft stärken würde. Dies wäre mit der Vorgabe aus Karlsruhe vereinbar, wonach die Krankenversicherungsbeiträge

mindestens in Höhe eines sozialhilfgleichen Leistungsspektrums abzugsfähig sein müssen.

Jährliche Bürokratiekosten in dreistelliger Millionenhöhe

Das Bundesfinanzministerium (BMF) verfolgt hingegen das Ziel, die Bürgerinnen und Bürger nur bei den Aufwendungen für einen sozialhilfgleichen, also weitgehend den in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) üblichen Versicherungsschutz zu entlasten. Das hat im Bereich der GKV eine relativ einfache Lösung zur Folge: Der GKV-Versicherte kann aufgrund des einheitlichen gesetzlichen Versicherungsschutzes in seiner Steuererklärung immer den tatsächlichen Zahlbetrag – minus einer Pauschale von 4 Prozent für das Krankentagegeld – geltend machen. Im Bereich der PKV verlangt das BMF

Die tatsächlichen Kosten dürften wesentlich höher sein als vom Finanzministerium veranschlagt.

dagegen ein penibles Beitragssplitting: Für jeden Vertrag soll der Beitragsanteil für den GKV-analogen Leistungsumfang berechnet und ausgewiesen werden. Orientierungsmarke soll der Basistarif sein. Wegen der Tarifvielfalt und Wahlfreiheit in der PKV mit entsprechenden Leistungsunterschieden je nach abgeschlossenem Tarif ist der bürokratische Aufwand für die Unternehmen entsprechend hoch. Ein Referentenentwurf des BMF vom November 2008 hat die Kosten der Umsetzung des Gesetzes auf über 200 Millionen Euro geschätzt. Wohl aus kosmetischen Gründen hat dasselbe Ministerium im Januar 2009 seine Prognose um 106 Millionen Euro nach unten korrigiert. Diese Kosten für die „einzelvertragliche Aufteilung der Beiträge“ sind allerdings nicht einfach verschwunden, sondern werden spätestens in der Rechtsverordnung wieder auftauchen. Tatsächlich ist sogar mit weit höheren Kosten zu

den hat dasselbe Ministerium im Januar 2009 seine Prognose um 106 Millionen Euro nach unten korrigiert. Diese Kosten für die „einzelvertragliche Aufteilung der Beiträge“ sind

allerdings nicht einfach verschwunden, sondern werden spätestens in der Rechtsverordnung wieder auftauchen. Tatsächlich ist sogar mit weit höheren Kosten zu

Ein privat versicherter Familienvater hat vor dem Bundesverfassungsgericht ein wichtiges Urteil erstritten: Ab 2010 sollen auch die Beiträge von Privatversicherten weitgehend von der Steuer verschont bleiben. Durch die gesetzliche Umsetzung drohen allerdings hohe Bürokratiekosten und eine Weichenstellung in Richtung Bürgerversicherung.

rechnen, da die veranschlagte Arbeitszeit für die Neukalkulation der Tarife mit nur zehn Stunden unrealistisch ist. Außerdem dürften die meisten der als einmalig titulierte Kosten infolge der jährlichen Neuberechnung der Beitragsanteile Jahr für Jahr neu anfallen.

Neben dem unverhältnismäßigen bürokratischen und finanziellen Aufwand ist dieses Beitragssplitting den Privatversicherten auch sachlich nicht zu vermitteln: Der Art nach sind die Leistungen in der PKV denen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich gleich. Wichtigstes Kriterium jeglicher Kostenübernahme in der PKV ist stets die medizinische Notwendigkeit.

„Wohlfühlangebote“ wie Fitnesskurse oder Wellnessurlaub sind in der PKV nicht versicherbar. Nur dem Umfang nach gibt es Unterschiede, die von Tarif zu Tarif mal höher, mal niedriger ausfallen. So enthalten viele Tarife der PKV die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, die Chefarztbehandlung im Krankenhaus oder höhere Erstattungssätze bei Zahnersatz. Die PKV unterscheidet sich gegenüber der GKV aber nicht nur durch ein „Mehr“ an Wahlleistungen, sondern auch durch das Fehlen vieler GKV-üblicher Leistungen. So gewährt die GKV flächendeckend Leistungen, die es in der PKV nicht gibt: Haushaltshilfe, Psychotherapie, ergänzen-

de Leistungen zur Rehabilitation, Eltern-Kind-Kuren und Mutterschaftsgeld. Die Beitragsanteile für diese Mehrleistungen in der GKV sollen laut Entwurf indes steuerlich voll abzugsfähig sein.

Steilvorlage für Bürgerversicherung

Die Pläne des Bundesfinanzministeriums sind nicht zuletzt auch ordnungspolitisch höchst bedenklich. Die Verpflichtung der Unternehmen zur Berechnung und Meldung eines virtuellen GKV-Beitrages beim

Finanzamt wäre eine Steilvorlage für die Einführung der Bürgerversicherung in der kommenden Gesundheitsreform. Denn damit würde

die Steuerpolitik ein Projekt der letzten Gesundheitsreform zu neuem Leben erwecken: die in den ersten Arbeitsentwürfen zum GKV-WSG im August und September 2006 geplante Umstellung aller PKV-Verträge auf den Basisarif durch ihre Aufspaltung in Basis- und Zusatzschutz. Das Projekt scheiterte seinerzeit am Widerstand der Union.

Sollte die Politik das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes im oben skizzierten Sinne umsetzen, wären die Voraussetzungen für eine Aufspaltung der gesamten Tarifwelt der PKV 2010 weitaus günstiger, als sie das 2006 waren. Die Zusammen-

führung von PKV und GKV in eine staatliche Einheitsversicherung nach Maßgabe der gesetzlichen Krankenversicherung mit allen bekannten Finanzierungsproblemen wäre die drohende Folge. Noch gibt es Alternativen: Der PKV-Verband setzt sich dafür ein, die vom Bundesverfassungsgericht geforderte Entlastung ohne unnötige Bürokratiekosten umzusetzen.

Entlastung ohne neue Bürokratiekosten

Sollte die einfachste Lösung – die volle Abzugsfähigkeit der Krankenversicherungsbeiträge – keine politische Mehrheit finden, dann sind pauschale und branchenweit einheitliche Abschläge für die oberhalb des GKV-Schutzes liegenden Leistungskomponenten die beste Lösung. Das Bundesverfassungsgericht lässt hierfür Spielraum. So ließe sich ein Abschlag auf den Versicherungsbeitrag für die Krankenhauswahlleistungen von 8,5 Prozent und für den Zahnersatz von 6 Prozent begründen. Nach Abzug wäre der verbleibende Krankenversicherungsbeitrag steuerfrei - bei Angestellten freilich in Verrechnung mit dem ohnehin schon steuerfreien Arbeitgeberzuschuss.

Auf diesem Weg ließe sich die steuerliche Entlastung kostengünstig umsetzen. Zudem würde vermieden, dass der defizitäre Basisarif, den die PKV bekanntlich nicht freiwillig anbietet, zur Norm ihrer gesamten Tarifwelt wird.

Beitragsenkung auf Pump

Privatversicherte werden durch eine steuerfinanzierte Beitragsenkung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegrenzt.

Die Absicht der Großen Koalition, im Rahmen ihres „Konjunkturpakets“ den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen mit schuldenfinanzierten Milliardenzuschüssen zu senken, stößt bei der privaten Krankenversicherung (PKV) auf deutliche Kritik. Der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Reinhold Schulte, sprach von einem „ordnungspolitischen Sündenfall“.

Hauptkritikpunkte der PKV

Eine Beitrags-Subvention nur für die gesetzlichen Krankenkassen grenzt willkürlich die 8,6 Millionen Privatversicherten in Deutschland aus. Sie sind als Steuerzahler an den Kosten beteiligt, doch von der damit finanzierten Beitragsenkung werden sie ausgeschlossen. Das hält die PKV nicht nur für ungerecht, sondern auch verfassungsrechtlich für fragwürdig. Die Ungleichbehandlung der privat

Krankenversicherten, die bereits vom Bundeszuschuss zur Finanzierung der Beitragsfreiheit von Kindern ausgeschlossen werden, steht derzeit ohnehin auf dem Prüfstand des Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe.

Überdies führen solche Beitragssubventionen zu einer weiteren Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der privaten Krankenversicherung – die ohnehin schon stark darunter leidet, dass der Gesetzgeber die Hürden für neue PKV-Kunden durch eine Drei-Jahres-Wartefrist massiv erhöht hat.

Dieser Geldregen auf Pump wird zudem die nächste Generation massiv zusätzlich belasten. Wer heute 10 Milliarden Euro Subvention beschließt, erhöht die Schuldenlast in 20 Jahren mit Zins und Zinseszins um mehr als 20 Milliarden Euro.

Wenn die Große Koalition auf Pump den Konsum ankurbeln möchte, dann sollte sie dies wenigstens auf ordnungspolitisch saubere Weise tun. Daher empfiehlt die PKV: Der Bund sollte endlich kostengerechte Krankenversicherungsbeiträge für die Empfänger von Arbeitsgeld II zahlen. Durch die viel zu niedrig angesetzten Beiträge entgehen den Krankenkassen insgesamt rund 4,7 Milliarden Euro pro Jahr. Durch eine korrekte Beitragsleistung des Bundes könnten die Versicherungsbeiträge in diesem Umfang gesenkt werden.

Zudem könnte eine Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 Prozent auf den ermäßigten Satz von 7 Prozent rund 3 Milliarden Euro Einsparung mobilisieren. Dadurch könnten alle Krankenkassen zusätzlich entlastet und die Beiträge gesenkt werden. Dies alles wäre besser als eine willkürliche Beitrags-Subventionierung nur für die gesetzlichen Krankenkassen.



Schwungvoller Start für COMPASS

Seit Januar ist die Private Pflegeberatung COMPASS nach erfolgreichen regionalen Testphasen im gesamten Bundesgebiet tätig und für die rund 9,3 Millionen privat Pflegeversicherten zuständig.

Elisabeth Beikirch leitet das Projekt seit seinem Start und hat nun auch die Geschäftsführung von COMPASS übernommen. Unter Beikirchs schwungvoller Leitung hat das vom Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) gegründete unabhängige Unternehmen einen rasanten Start hingelegt. Am 17. Juni 2008 gegründet, begann COMPASS bereits im September mit der Einstellung und Schulung von Fachpersonal. In nur fünf Monaten sind seither annähernd 200 Pflegeberater ausgewählt und qualifiziert

worden. Bis zu 800 sollen es insgesamt werden.

Beikirchs Begeisterung für den Aufbau dieses rundum neuen Beratungs-Konzepts wirkt ansteckend. Sie genießt es sichtlich, „dass man mal an einem Stück denken darf - über Ländergrenzen hinweg“, wie sie im Gespräch mit PKV Publik berichtet. „Das ist ein tolles Alleinstellungsmerkmal. Mit diesem ganzheitlichen Konzept können wir viel konsequenter und schneller handeln als die in den traditionellen Systemen verhafteten Kollegen.“

Die gelernte Kinderkrankenschwester sammelte nach einem Pflegemanagement-Studium an der Fachhochschule Osnabrück vielfältige Erfahrungen als Referentin für Pflegeberufe in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin. Von 2001 bis 2007 leitete sie das Modellvorhaben „Qualitäts-



entwicklung in der Pflege und Betreuung“ im Auftrag der Bundeskonferenz für Qualitätsentwicklung im Gesundheits- und Pflegewesen und des Bundesfamilienministeriums. Bis Ende 2007 war sie ehrenamtliche Beauftragte des Deutschen Pflegerats für die Beteiligung der Pflegeorganisationen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses.

www.compass-pflegeberatung.de

„Vernünftige Tarifpolitik fortsetzen“

Dr. Michael Niebler ist neuer Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes der Versicherungsunternehmen in Deutschland.



Dr. Michael Niebler, seit Anfang des Jahres Hauptgeschäftsführer des Arbeitgeberverbandes der Versicherungsunternehmen in Deutschland (agv), plädiert zum Amtsantritt für die Fortsetzung einer „Tarifpolitik mit Augenmaß.“ Die Tarifverträge der letzten Jahre hätten dazu beigetragen, dass der Personalabbau im Versicherungssektor geringer ausgefallen sei als in anderen Bereichen der Wirtschaft, so Dr. Niebler gegenüber PKV Publik: „Die von den Gewerkschaften mitgetragene Lohnentwicklung hat dazu geführt, dass sich die Beschäftigung bei

uns erfreulicher entwickelt hat als etwa bei den Banken.“ Die nächste Tarifrunde für die Branche steht im September an.

Dr. Michael Niebler hat die agv-Hauptgeschäftsführung von seinem langjährigen Vorgänger Dr. Jörg Müller-Stein übernommen, der Ende 2008 in den Ruhestand getreten ist (PKV Publik 9/2008). Dr. Nieblers Laufbahn beim agv begann 1991 als Referent in der Rechtsabteilung, die der promovierte Jurist dann zwischen 1999 und 2008 leitete. Parallel wurde er 1996 zunächst Geschäftsführer und 1999 stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Verbandes. Der gebürtige Münchener und ehrenamtliche Richter am Bundesarbeitsgericht ist mit der CSU-Europaabgeordneten Dr. Angelika Niebler verheiratet, die beiden haben zwei Söhne.



Muster der elektronischen Gesundheitskarte aus der Testregion Trier

PKV will Klarheit für Gesundheitskarte

Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte verspricht einen Modernisierungsschub für das Gesundheitswesen, etwa mit ihrer Funktion als elektronisches Rezept und mit der Möglichkeit, Unverträglichkeiten bei verordneten Arzneimitteln rechtzeitig zu erkennen; bis hin zu einer Nutzung als elektronische Patientenakte.

Die privaten Krankenversicherungen (PKV) wollen an der Gesundheitskarte mitwirken und unterstützen deren Einführung von Beginn an. Aber sie brauchen jetzt endlich eine klare gesetzliche Grundlage für ihre Beteiligung, damit sichergestellt ist, dass die Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser diese Chipkarten auch akzeptieren müssen. Ohne diese Sicherheit können die PKV-Unternehmen keine Investitionen vornehmen.

Eine Regelung nur auf freiwilliger Basis könnte die private Krankenversicherung mit Blick auf diese hohen Investitionskosten nicht akzeptieren. Zudem wäre kaum vermittelbar, warum die Anwendung der Karte für gesetzlich Versicherte verpflichtend erfolgen soll, für Privatversicherte aber nur auf freiwilliger Basis.

**Millionenkosten
brauchen eine gesetzliche
Grundlage.**

Über die Gesamtkosten der Gesundheitskarte kursieren unterschiedliche Schätzungen. Das Bundesgesundheitsministerium spricht von 1,6 Milliarden Euro, ein Gutachten der Unternehmensberatung Booz-Allen-Hamilton beziffert sie auf rund 5,4 Milliarden Euro. Der Kostenanteil der PKV soll 7 Prozent betragen. Unter dem Strich bedeutet das einen PKV-Anteil von 110 bis 380 Millionen Euro. Somit hätte ein Rückzug der PKV große finanzielle Folgen für das Projekt.

Das Ministerium wollte die gesetzliche Einbeziehung der PKV ursprünglich in Verbindung mit der 15. Novelle des Arzneimittelgesetzes regeln, die gegenwärtig im Bundestag beraten wird. Doch dagegen gibt es offenbar Widerstände in der Großen Koalition. Die Entscheidung ist eilbedürftig, denn der Aufbau der Infrastruktur für die Gesundheitskarte verursacht schon in diesem Jahr Kosten in zweistelliger Millionenhöhe allein im Bereich der PKV. Dies ist ohne gesetzliche Grundlage kaum verantwortbar.

www.private-gesundheitskarte.de

Einsatz gegen Alkoholmissbrauch

Die private Krankenversicherung (PKV) engagiert sich freiwillig in einem breit angelegten Präventionsprojekt zur Bekämpfung von Alkoholmissbrauch durch Kinder und Jugendliche. Eine entsprechende Vereinbarung wird aktuell mit dem Bundesgesundheitsministerium und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erarbeitet.

Mit dieser Initiative stellen die PKV-Unternehmen erneut ihre gesellschaftliche Verantwortung unter Beweis, wie schon in ihrem starken Engagement für die AIDS-Prävention. Die Branche wird im Startjahr der Kampagne 10 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Ziel ist es, Jugendliche vor den Gefahren des Alkoholmissbrauchs zu warnen. Sie richtet sich gleichermaßen an Jugendliche mit privater wie mit gesetzlicher Krankenversicherung. In beiden Versicherungszweigen steigt schon seit Jahren die Zahl der Jugendlichen, die wegen Alkoholvergiftung behandelt werden mussten.

Die so genannte Primärprävention ist aus Sicht der PKV eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Deswegen kritisiert die PKV die Pläne der Bundesregierung für ein Präventionsgesetz, mit dem die PKV zur Finanzierung allgemeiner öffentlicher Aufgaben verpflichtet werden soll. Die PKV setzt vielmehr auf eine freiwillige Lösung für eine Stärkung der Primärprävention in Deutschland. Mit dem Projekt gegen Alkoholmissbrauch übernimmt sie dafür erneut Verantwortung.





GASTKOMMENTAR

Gentests: Gesetzgeber muss differenzieren

Anfang März stimmt der Bundesrat über das Gendiagnostik-Gesetz ab. Die Differenzierung zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests sollte im Gesetzeswortlaut klar zum Ausdruck kommen. Von Univ.-Prof. Dr. Christian Armbrüster.

Der Regierungsentwurf eines Gendiagnostik-Gesetzes untersagt es in § 18 dem Versicherer, genetische Informationen zu erheben oder zu verwerten. Was ist hiervon zu halten? Von einem versicherungswissenschaftlichen Standpunkt aus ist jede Beschränkung der Erhebung oder Verwertung von Informationen, die für die Einschätzung des Risikos aussagekräftig sind, kritisch zu sehen. Der Versicherer bildet Kollektive, in denen die Träger gleichartiger Risiken zusammengefasst und für die risikoadäquate Prämien errechnet werden. Optimal ist hierfür eine Ermittlung und Verwertung aller verfügbaren risikobezogenen Informationen. Zudem ist ein gleicher Informationsstand beider Vertragsparteien in Bezug auf diese Risiken wichtig, weil anderenfalls die Nachfrage durch Antragsteller erhöht wäre, die aufgrund ihres Sonderwissens zu günstigeren Konditionen Versicherungsschutz erlangen als alle anderen (Gefahr der Antiselektion).

Das Erhebungsverbot schneidet eine für die Risikobewertung verfügbare Informationsmöglichkeit ab; die Informationssymmetrie wird aber nicht berührt.

Zugleich ist das Recht des Einzelnen auf Nichtwissen seiner genetischen Disposition anzuerkennen. Insgesamt sind die mit dem Verbot verbundenen Nachteile hinnehmbar.

Bei dem Verwertungsverbot ist hingegen auch die Informationssymmetrie betroffen. Dem trägt der Gesetzesentwurf Rechnung, indem er die vorvertragliche Anzeigepflicht auf Vorerkrankungen und Erkrankungen für anwendbar erklärt.



**Univ.-Prof.
Dr. Christian Armbrüster**

lehrt Bürgerliches Recht, Handels- und Gesellschaftsrecht, Privatversicherungsrecht und Internationales Privatrecht an der Freien Universität Berlin.

Dies soll auch gelten, wenn ein diagnostischer Gentest eingesetzt wurde, da das Recht auf Nichtwissen bei bereits bestehenden Krankheiten nicht berührt ist. In der Tat muss vermieden werden, dass allein aufgrund unterschiedlicher Methoden zur Informationsgewinnung über Vorerkrankungen und Erkrankungen solche Versicherungsnehmer, bei denen ein Verwertungsverbot nicht besteht, gegenüber denjenigen benachteiligt werden, bei denen die Risiken wegen der Art ihrer Ermittlung durch Gentests nicht berücksichtigt werden dürfen.

Der Gesetzesentwurf differenziert mithin zwischen prädiktiven Gentests, deren Verwertung dem Versicherer untersagt sein soll, und diagnostischen Tests, deren für eine Vorerkrankung oder Erkrankung bedeutsames Ergebnis verwertbar ist. Damit wird hinsichtlich prädiktiver Gentests eine Informationsasymmetrie zwischen Versicherungsnehmer und Versicherer hingenommen.

Dies ist von einem versicherungswissenschaftlichen Standpunkt aus nicht unbedenklich. Es ist aber akzeptabel, da die Aussagekraft prädiktiver Gentests noch sehr begrenzt ist und die ungleich größeren Risiken für die Vertragsgerechtigkeit aus einer Informationsasymmetrie bezüglich der durch diagnostische Gentests erlangten Kenntnisse erwachsen würden. Die Differenzierung zwischen prädiktiven und diagnostischen Gentests sollte im Gesetzeswortlaut klar zum Ausdruck kommen, indem das Verwertungsverbot ausdrücklich auf prädiktive Tests bezogen wird.

Gut für sie. Gut für alle.
Die privaten Krankenversicherungen.



Privatversicherte zahlen für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Dafür erhalten sie eine sehr gute medizinische Versorgung und sie stärken damit das gesamte Gesundheitssystem. Denn mit einem Teil ihrer finanziellen Aufwendungen können Ärzte und Krankenhäuser in moderne Geräte und fortschrittliche Behandlungsmethoden investieren. Davon profitieren alle: privat und gesetzlich Versicherte. Mehr Infos: www.pkv-gut-fuer-alle.de

Gut für alle.

 **PKV**
Die privaten Kranken-
versicherungen