

Private Krankenversicherung – quo vadis?
Veranstaltung versicherungswissenschaftliches Netzwerk Berlin
26.02.2007

1. Im Folgenden werden einige Grundfragen gestellt, die sich im Rahmen der Reform der PKV stellen – sind wir möglicherweise auf dem Weg zur *sozialen Privatversicherung*? Diese Frage stellt sich deshalb, weil eine Reihe von Neuregelungen soziale Elemente zu enthalten scheinen, die die Trennung zwischen der privaten Versicherung einerseits und der Sozialversicherung andererseits aufheben oder zumindest modifizieren könnten. Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen – exemplarisch war der Kohlepfennigbeschluss – klargestellt, dass die Finanzierung sozialer Aufgaben über private Verträge verfassungsrechtlich nicht zulässig ist. Grund: Zur Finanzierung von sozialen Aufgaben sind *alle* Bürgerinnen und Bürger verpflichtet – die Verlagerung auf Einzelne oder auf einzelne Gruppen (z.B. die Gruppe der Stromverbraucher oder die Gruppe der privat Krankenversicherten) wäre mit dem Prinzip der gleichmäßigen Lastenverteilung sozialer Aufgaben auf alle nicht mehr zu vereinbaren. Die hieraus resultierende Frage ist, ob die Reform, die zur Zeit angestrebt wird, die Private Krankenversicherung mit Sozialelementen überfrachtet und damit möglicherweise von vornherein in Teilen nicht mehr verfassungsgemäß ist.
2. Ein grundlegendes Element der Reform ist auf der einen Seite die Versicherungspflicht aller derer, die in den Bereich der Privaten Krankenversicherung fallen, bisher aber nicht versichert sind (Selbständige/Beamte/Auslandsrückkehrer), verbunden mit dem Kontrahierungszwang der Versicherer. Eine solche Versicherungspflicht ist für das Privatrecht ungewöhnlich, aber nicht völlig ausgeschlossen. Vergleichbare Versicherungspflichten gibt es in einer Vielzahl bestehender Pflichtversicherungen, z.B. der KfZ-Haftpflichtversicherung oder der Pflichtversicherung für Rechtsanwälte und andere Berufsgruppen. Auch ein Kontrahierungszwang ist in diesen Fällen nicht untypisch, sodass man mit Blick auf diese beiden neuartigen Elemente der Reform sagen kann, dass sie die Grenzlinie zwischen dem Privat- und dem Sozialrecht nicht überschreiten.
3. Problematischer erscheint der Ausschluss des Kündigungsrechts durch den Versicherer, auch dann, wenn der Versicherungsnehmer seine Beiträge dauerhaft nicht zahlt. In diesem Fall verpflichtet das Gesetz den Versicherer, den Versicherungsnehmer zu mahnen. Zahlt er nach zwei Monaten nicht, so wird das Ruhen der Versicherung angeordnet. Allerdings muss der Versicherer auch in dieser Phase zumindest für akute Erkrankungen, Schmerzbehandlungen, Schwangerschaft und Mutterschaft zahlen. Anders als bei „normalen“ Versicherungsverträgen des Privatrechts ist die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug (§§ 38, 39 VVG) nicht ausgeschlossen. Das deutet zunächst auf eine Grenzüberschreitung zwischen Privatversicherung und Sozialversicherung hin. Dieser Eindruck wird abgemildert durch die Möglichkeit des Krankenversicherers, gegen den Versicherungsnehmer im Wege der Zwangsvollstreckung vorzugehen. Ist die Zwangsvollstreckung erfolgreich, so gelangt der Privatversicherer auf diese Weise den Gegenwert der geschuldeten Prämie. Ist sie nicht erfolgreich, so stellt sich heraus, dass der Versicherungsnehmer hilfsbedürftig ist – nunmehr bezahlt der Staat die geschuldete Prämie über das ALG II (SGB II) oder über die Sozialhilfe (SGB XII).

4. Auch im Privatrecht ist es möglich, Verträge letztlich aufrecht zu erhalten, wenn die geschuldete Leistung erst im Wege der Zwangsvollstreckung eingetrieben werden kann. In solchen Fällen zahlt der Schuldner zwar Schadensersatz (so ist das auch hier in Form von Säumniszuschlägen geregelt), aber die Leistung als solche – z.B. den gekauften Fernsehapparat oder das Auto – kann der Schuldner behalten. Daraus folgt, dass der prinzipielle Kündigungsausschluss für Versicherer wohl noch dem Privatrecht zuordenbar ist – allerdings ist die Grenzlinie zum Sozialrecht sicher berührt.
5. Die Grenzlinie zum Sozialrecht ist beim Risikoausgleich im Basistarif (§ 12g VAG-neu) wohl überschritten. Im Basistarif werden nämlich Risiken vergemeinschaftet und quersubventioniert. Zunächst einmal subventionieren die Versicherten im Basistarif selbst die Prämie von solchen Versicherten, die aufgrund ihrer Erkrankungen oder Vorerkrankungen eigentlich eine höhere Risikoprämie bezahlen müssten. Wird die vom Gesetz gewollte *Kappungsgrenze* – also der Äquivalenzbeitrag zum Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung im Basistarif erreicht und überschritten, so zahlen nunmehr die Bestandsversicherten in den Basistarif einen Ausgleich. Die Quersubventionierung innerhalb des Basistarifes und die Quersubventionierung durch die Bestandskunden bedeutet, dass privat Krankenversicherte, die gesund sind, andere privat Krankenversicherte, die krank sind, mit ihren Beiträgen subventionieren. Dieser soziale Ausgleich ist nicht Aufgabe von Privatpatienten, sondern Staatsaufgabe, weil es ein Interesse aller Menschen in Deutschland ist, dafür zu sorgen, dass jeder Versicherte – auch derjenige im Basistarif – über eine hinreichende, angemessene und nachhaltige medizinische Versorgung verfügen kann.
6. Fraglich ist, ob auch die Stornogewinne aus der Mitgabe der rechnerischen Alterungsrückstellung die Grenze zwischen Privatversicherungs- und Sozialrecht überschreitet. Stornogewinne fallen hier deshalb an, weil derjenige, der vom Basistarif bei Unternehmen A in Basistarif bei Unternehmen B wechselt, „nur“ die rechnerischen Alterungsrückstellungen mitnehmen kann. Die ihm „in Wirklichkeit zustehenden“ (individuell-prospektiven) Alterungsrückstellungen, das sind diejenigen, die seinem tatsächlichen Krankheitsverlauf im Zeitpunkt des Wechsels entsprechen, verbleiben dem Kollektiv, aus dem er wechselt. Das können viele 10.000, manchmal sogar mehrere 100.000 € sein. Damit subventioniert der wechselwillige Privatversicherte die Versicherten im Basistarif, den er verlassen will. Auf diese Weise werden vor allen Dingen diejenigen im Basistarif unterstützt, deren Prämien angesichts ihres eigenen Krankheitsverlaufes nicht genügen, um den Risikoausgleich im Basistarif vollständig abzudecken. Das bedeutet, dass der Wechselwillige PKV-Versicherte durch seinen Wechsel einen Teil der im Basistarif verbleibenden Versicherten quersubventioniert und damit Leistungen erbringt, die eigentlich der Staat zu erbringen hätte. Auch insoweit sind die verfassungsrechtlichen Grenzen verletzt.
7. Das gilt schließlich auch mit Blick auf die Zuschläge, die im Basistarif *nicht* erhoben werden dürfen. Damit erfüllt der Basistarif eine soziale Aufgabe – es wird nicht an das wirkliche Krankheitsrisiko des einzelnen Kunden angeknüpft, sondern prinzipiell eine Quersubventionierung gesunder Versicherter im Basistarif zugunsten kranker Versicherter im Basistarif angeordnet. Erneut ist darauf hinzuweisen, dass diese Quersubventionierung der Gesunden zugunsten der Kranken nicht nur den Versicherten im Basistarif, sondern allen Menschen in der Bundesrepublik

Deutschland obliegt, nämlich Staatsaufgabe ist. Subventionierungen dieser Art sind durch Steuern zu finanzieren. Es gibt keinen Sachgrund, den Kostenbedarf im Basistarif ausgerechnet denjenigen aufzubürden, die gesund, aber im Basistarif versichert sind.