

Die PKV verbrauchergerechter gestalten

Positionspapier des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) zur Reform der Privaten Krankenversicherung

29.03.2012

Kurzfristiger Anpassungsbedarf

In einer bundesweiten Aktion haben die Verbraucherzentralen Beschwerden von Privatversicherten zur aktuellen Preiserhöhungswelle gesammelt. Zwar sind die Zahlen Ergebnisse einer nicht repräsentativen Stichprobe, aber die vorliegenden Beschwerden belegen, dass einige Anbieter ihren Kunden Beiträge zumuten, die diese nach eigenen Aussagen im Ruhestand auf keinen Fall mehr zahlen könnten. Die Erhebung zeigt aber auch, dass der Wechsel in einen kostengünstigeren Tarif nicht problemlos durchgeführt werden kann. Es besteht akuter politischer Handlungsbedarf. Das Bundesministerium der Justiz muss die nachstehenden Forderungen in den Gesetzesentwurf zur Änderung versicherungsrechtlicher Vorschriften einfließen lassen:

1. Das Recht auf einen Tarifwechsel ist verbrauchergerechter zu gestalten:
 - Bei allen Beitragserhöhungen ist der Versicherungsnehmer auf Tarife hinzuweisen, die einen gleichartigen Versicherungsschutz wie die bisher vereinbarten Tarife bieten, die nicht geschlossen sind und bei denen eine Umstufung zu einer Prämienreduzierung führen würde.
 - Über den Antrag auf Tarifwechsel hat der Versicherer spätestens nach zwei Wochen zu entscheiden. Die Frist beginnt mit Eingang des Antrags beim Versicherer. Ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich, verlängert sich die Frist auf acht Wochen.
 - Neue Tarife müssen so gestaltet sein, dass ein Tarifwechsel aus den geschlossenen Tarifen ohne Gesundheitsprüfung möglich ist.
 - Für den Tarifwechsel dürfen keine Gebühren erhoben oder Prämien erhöhungen begründet werden.
2. Eine Beitragserhöhung ist auch dann unzulässig, wenn das Versicherungsunternehmen wesentlich von den ursprünglichen Kalkulationsgrundlagen abweicht.
3. Die für die nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen Verträge eingeführte Möglichkeit, seinen Anbieter zu wechseln, wird auf alle PKV-Versicherte erweitert, sodass bei einer Kündigung eines Vertrags und dem gleichzeitigen Abschluss eines neuen Vertrags ein Teil der Alterungsrückstellungen erhalten bleibt und an den neuen Versicherer übergeht.

Grundsätzlicher Reformbedarf in der PKV

Auch die Studie der IGES Institut GmbH „Die Bedeutung von Wettbewerb im Bereich der privaten Krankenversicherung vor dem Hintergrund der erwarteten demografischen Entwicklung“ stellte schon 2010 die Frage, ob die PKV ihre versicherungsökonomische Kernfunktion erfüllt, größere Prämienschwankungen zu vermeiden und die Beitragsentwicklung für die Versicherten möglichst voraussehbar und planbar zu gestalten. Gerade die Politik der Risikoseparierung ermögliche es der PKV, durch neue Tarife mit relativ niedrigen Prämien Zugänge zu gewinnen, führe aber zu überdurchschnittlichen Prämienzuwächsen in der Folgezeit. Ältere Tarife würden dementsprechend auf einem überdurchschnittlichen Prämienniveau angeboten.

Die Kalkulationsgrundlagen führen aber auch dazu, dass die sogenannten guten Risiken (Junge, gut Verdienende, allein Lebende, Gesunde) in die PKV wechseln. Mit dem Wechsel in die Privatversicherung sind diese Gruppen am Solidarausgleich zwischen Generationen und Einkommensgruppen nicht mehr beteiligt. Kehren sich die anfänglichen, positiven finanziellen Anreize im Alter vielfach um, stellt sich die Frage, wer die Folgen einer finanziellen Überforderung zu tragen hat. Diese zusätzlichen Kosten dürfen nicht sozialisiert werden:

1. Der vzbv fordert die Einführung einer Einkommenskomponente bei der Prämienkalkulation: Die Beiträge sollen nicht ausschließlich anhand des Risikos berechnet werden. Zusätzlich soll ähnlich wie beim Basistarif eine Kostendeckelung greifen, wenn die Beiträge die finanzielle Leistungsfähigkeit der Verbraucher übersteigen. Solche sozialen Härten müssen dann über einen „Härtefall“-Fonds ausgeglichen werden, der innerhalb des PKV-Systems etabliert und durch PKV-Versicherte finanziert wird.

Zugleich führt das Nebeneinander GKV und PKV zu Verzerrungen in der Versorgung, denn die Leistungserbringer orientieren sich in ihrem Angebot und Service am Versichertenstatus ihrer Patienten, anstatt am medizinischen Bedarf. Nach der IGES-Studie würden im Wesentlichen für aus medizinischer Sicht vergleichbare Leistungen in der PKV höhere Preise gezahlt, weil in der GKV und der PKV unterschiedliche Vergütungssysteme gelten. Dies betrifft vor allem den Bereich der ambulanten Versorgung, wo hingegen die allgemeinen Krankenhausleistungen vielfach wie bei der GKV vergütet werden. Eine weitgehende Angleichung der Vergütungsstrukturen würde allen einen vergleichbar guten Zugang zur medizinischen Versorgung gewähren und eine Kostendämpfung in der PKV ermöglichen.

2. Für Leistungen, die dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen, dürfen die Leistungserbringer auch nur Geldleistungen auf dem Niveau der GKV erstattet bekommen.

Zusätzlich muss die bestehende PKV ihre Potentiale unter dem Blickwinkel einer höheren Effizienz besser nutzen. Zurzeit wird dies dem Verbraucher aufgebürdet. Nach geltendem Recht muss der Versicherer Kosten dann nicht erstatten, wenn sie in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.

Nach dem Tätigkeitsbericht des PKV-Ombudsmanns für das Jahr 2010 entfielen allein 13,9 Prozent der Beschwerden auf die Streitigkeiten über die Ärzterechnungen. Der Verbraucher ist hier in einer Sandwich-Position zwischen Versicherer und Leistungserbringer. Schlimmstenfalls bleibt er auf den Kosten sitzen. Gleichzeitig führt das bestehende Erstattungsprinzip dazu, dass die Versicherer nicht direkt gegen Ineffizienzen und Wettbewerbsmängel auf den Märkten der Leistungserbringer im Sinne einer Qualitätssicherung vorgehen und somit auch nicht die Ausgabenentwicklung besser kontrollieren können.

3. In der PKV muss das Sachleistungsprinzip eingeführt werden. Der Verbraucher darf nicht mehr in Vorkasse gehen. Die Abrechnung erfolgt dann nur noch zwischen Leistungserbringer und Versicherungsunternehmen. Der Verbraucher erhält eine Kopie von der Abrechnung seines Leistungserbringers. Selbstbehalte werden vom Versicherer gegenüber dem Verbraucher geltend gemacht. Zum Erhalt der Beitragsrückerstattung kann der Verbraucher dem Versicherer die Kosten des Leistungserbringers ausgleichen.

Das Bundesministerium für Gesundheit muss initiativ werden, um für gleiche Chancen und fairen Wettbewerb im Gesundheitswesen zu sorgen.