

## Stellungnahme des PKV-Verbandes zur IGES-Studie „Wettbewerb in der PKV“

Im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft hat das IGES-Institut zusammen mit Prof. Rürup eine Studie zum Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung (PKV) erarbeitet.

### **Allgemeine Bewertung:**

Der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) begrüßt die Empfehlung der IGES-Studie an das Bundeswirtschaftsministerium, die Rahmenbedingungen für mehr Vertragskompetenzen in der privaten Krankenversicherung zu verbessern. Das IGES-Institut hat ausdrücklich anerkannt, dass die – verglichen mit den gesetzlichen Krankenkassen – relativ geringen Marktanteile der PKV-Unternehmen bessere Möglichkeiten zu Kooperationen und Zusammenschlüssen erfordern. Solche Kooperationen bei Verträgen mit den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen treffen bisher auf enge kartellrechtliche Schranken. Es ist in der Tat nicht einzusehen, dass die PKV mit rund zehn Prozent der Versicherten in Deutschland bei der Frage von Vertragskompetenzen an kartellrechtliche Grenzen stoßen soll, während die GKV mit einem neunmal größeren Marktanteil keinerlei derartigen Beschränkungen unterliegt. Der PKV-Verband fordert seit langem eine andere, angemessene Abgrenzung der kartellrechtlich relevanten Märkte, wie es nun auch die IGES-Studie empfiehlt.

Einige kritische Anmerkungen der IGES-Studie etwa zu den Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV beruhen auf unvollständigen und „halbherzigen“ Hinweisen zu den bereits geltenden Wechsel-Rechten der Versicherten sowie den versicherungstechnischen und kalkulatorischen Grundlagen.

Bei ihrer Kritik an einer „Vergreisung“ von Tarifen durch PKV-Unternehmen zeigt die IGES-Studie darüber hinaus partiell methodische Schwächen. Beispielsweise fehlt es an einer Gewichtung entsprechend der Besetzungsstärke in den Tarifen. Ein Tatbestand, auf den in der IGES-Studie selbst explizit hingewiesen wird. Auch wenn IGES versucht, dies über statistische „Umwege“ zu heilen, droht durch die methodische Schwäche ein verzerrtes Bild: Einige seltene „vergreiste“ Tarife mit nur wenigen betroffenen Versicherten gehen genauso stark in die IGES-Bewertung ein wie die Mehrzahl der „ausgewogenen“ Tarife, die von Millionen von Privatversicherten gewählt worden sind. Damit wird das Problem der „Vergreisung“ in der IGES-Studie statistisch überschätzt.

Bei ihren Anmerkungen zur Reichweite der Alterungsrückstellungen unterschätzt die IGES-Studie die Wirksamkeit des im Jahr 2000 eingeführten 10-Prozent-Zuschlags als gezielte Vorkehrung gegen steigende Kosten durch den medizinisch-technischen Fortschritt in Verbindung mit dem demographischen Wandel. Der Zuschlag wird ab dem Alter von 65 Jahren zur Begrenzung von Beitragsanpassungen oder sogar für Beitragssenkungen eingesetzt. Die volle Wirkung des 10-Prozent-Zuschlags ergibt sich erst durch den Zinseszins-Effekt. Weil für Bestandsversicherte der Zuschlag nur freiwillig eingeführt worden ist und für Neuversicherte

erst seit dem 1.1.2000 verpflichtend gilt, sind Analysen von vergangenen Beitragsverläufen nicht wirklich aussagekräftig.

Wie auch immer man die Reichweite der kapitalgedeckten Alterungsrückstellungen der PKV im Einzelnen bewertet, so ist jedenfalls generell festzustellen: Die Bildung solcher Rückstellungen ist allemal nachhaltiger als der völlige Verzicht auf finanzielle Vorsorge wie bei der Umlagefinanzierung in der GKV, die von der Hand in den Mund lebt und schon heute die laufenden Gesundheitsausgaben nur durch milliardenschwere staatliche Zuschüsse finanzieren kann, wovon mehrere Milliarden Euro überdies zusätzliche Staatsschulden verursachen. Fakt ist, dass die PKV für ihre Versicherten bereits Alterungsrückstellungen von mehr als 130 Milliarden Euro gebildet hat, die zudem zwei Finanzkrisen unbeschadet überstanden haben. Fakt ist auch, dass der Rechnungszins seit 1949 in der PKV immer erwirtschaftet wurde und niemals gesenkt werden musste.

#### **Vorbemerkung:**

Die IGES-Studie beschäftigt sich nur mit dem Wettbewerb innerhalb der privaten Krankenversicherung (PKV), ausdrücklich nicht mit der Wettbewerbsbeziehung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der PKV. Mit dieser Einschränkung werden jedoch alle Wettbewerbsverzerrungen zu Lasten der PKV verschwiegen. Dazu gehören unter anderem:

##### (a) Steuer- und Schuldenfinanzierung der GKV:

Allein im Jahr 2010 erhält die GKV insgesamt rund 15,7 Milliarden Euro aus der Staatskasse, davon rund 6,3 Milliarden Euro aus dem schuldenfinanzierten Konjunkturpaket zur künstlichen Senkung des Beitragssatzes von 15,5 auf 14,9 Prozent. Die PKV-Versicherten müssen dies aus ihren Steuergeldern mitfinanzieren, ohne von der Beitragssenkung zu profitieren. Überdies verzerren diese Subventionen die Arbeitgeberzuschüsse zur Krankenversicherung: Weil der Zuschuss zum PKV-Beitrag auf den Höchstbeitrag der GKV begrenzt ist, sinkt durch den künstlich reduzierten GKV-Beitrag der Arbeitgeberzuschuss für Privatversicherte entsprechend.

##### (b) Vertriebs- und Abrechnungsvorteile in der GKV:

Die GKV profitiert davon, dass eine weit gespannte gesetzliche Versicherungspflicht ihr die Kunden quasi automatisch zutreibt. Demgegenüber müssen sich die Unternehmen der privaten Krankenversicherung täglich im Wettbewerb um Neukunden behaupten, wobei ein starker Angebots- und Produktwettbewerb herrscht. Zugleich können die gesetzlichen Krankenkassen anders als die PKV einen großen Teil ihrer Verwaltungskosten an die kassenärztlichen Vereinigungen (für die Leistungsabrechnung) und an die Arbeitgeber (für den Beitragseinzug) auslagern.

(c) Vertragskompetenzen in der GKV:

Die Krankenkassen können mit den Anbietern von Gesundheitsleistungen ungehindert Verträge über Qualitätsstandards sowie Mengen und Preise abschließen. Demgegenüber sind der PKV enge kartellrechtliche Grenzen gesetzt, obwohl dies angesichts eines Anteils der Privatversicherten an der Gesamtbevölkerung von etwa 10 Prozent unangemessen ist. Die gesetzliche Krankenversicherung hat hier trotz ihres neunmal größeren Marktanteils wesentlich mehr Verhandlungsmöglichkeiten. Um Qualitätsstandards und die sich daraus ergebenden Mengen und Preise auch für Privatversicherte vereinbaren zu können, ist daher in vielen Bereichen eine ausdrückliche gesetzliche Handlungsgrundlage für die PKV notwendig.

(d) Segmentierung der Märkte (Versicherungspflichtgrenze):

Die soeben erst wieder angehobene Versicherungspflichtgrenze (2010: 49.950 Euro Jahresbrutto) behindert den Wettbewerb um Arbeitnehmer zu Lasten der PKV. Dies umso mehr, als noch immer die mit der Gesundheitsreform 2007 eingeführte Drei-Jahres-Wartefrist oberhalb dieser Einkommensgrenze gilt.

(e) Steuer- und Rechtsprivileg (Steuerfreiheit der GKV):

Die GKV gilt rechtlich nicht als Wirtschaftsunternehmen (obwohl Sie beim Angebot von Wahl- und Zusatztarifen Produkte aus dem klassischen Bereich der PKV anbietet und damit faktisch wie ein Wirtschaftsunternehmen handelt). Damit ist sie sowohl von kartellrechtlichen Beschränkungen wie auch von der Steuerpflicht befreit, wohingegen die PKV-Unternehmen regelmäßig Steuern zahlen, Eigenkapital hinterlegen müssen usw. usw..

### **Bewertung der IGES-Thesen im Einzelnen**

Die IGES-Studie äußert Zweifel, ob die PKV ihren Ansprüchen gerecht werden kann, einen besseren Schutz gegen Beitragssteigerungen im Alter zu bieten. Das Konzept „alterskonstanter“ Prämien greife angesichts einer steigenden Lebenserwartung und eines die Ausgaben treibenden medizinischen Fortschritts zu kurz. Dazu ist anzumerken:

- Grundsätzliches: Wie auch immer man die Reichweite der kapitalgedeckten Alterungsrückstellungen der PKV im Einzelnen bewertet, so ist jedenfalls generell festzustellen: Die Bildung solcher Rückstellungen ist allemal nachhaltiger als der völlige Verzicht auf finanzielle Vorsorge wie bei der Umlagefinanzierung in der GKV, die von der Hand in den Mund lebt und schon heute die laufenden Gesundheitsausgaben nur durch milliardenschwere staatliche Zuschüsse finanzieren kann, wovon mehrere Milliarden Euro überdies zusätzliche Staatsschulden verursachen. Fakt ist, dass die PKV für ihre Versicherten bereits Alterungsrückstellungen von mehr als 130 Milliarden Euro gebildet hat, die zudem zwei Finanzkrisen unbeschadet überstanden haben.
- Problemlage: Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage zwischen Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber können sich die Leistungen des Versicherers unter anderem wegen steigender Heilbehandlungskosten aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Das entspricht versicherungstechnisch und kalkulatorisch einer Ausweitung des Versiche-

rungsschutzes. Daher sind in solchen Fällen Beitragsanpassungen erforderlich. Diese fallen in der Regel für ältere Versicherte höher aus, weil älteren Menschen weniger Zeit bleibt, mit ihren Beiträgen jene Alterungsrückstellungen aufzubauen, die für zusätzliche Leistungen zusätzlich nachkalkuliert werden müssen.

- Gegenmaßnahmen: Die PKV ist mit verschiedenen Maßnahmen in der Lage, im Rahmen der gegebenen Kalkulationsvorschriften die Beitragssteigerungen insbesondere im Alter stark einzugrenzen. Zu diesen Maßnahmen gehören unter anderem:
  - (a) Die Bildung von Alterungsrückstellungen. Sie gewährleisten, dass Beitragssteigerungen allein durch das Älterwerden nicht notwendig werden. Anders in der GKV. Dort müssen immer weniger junge Menschen die im Alter ansteigenden Krankheitskosten von immer mehr Älteren mit immer höherer Lebenserwartung finanzieren. Mit der Kalkulation von Alterungsrückstellungen sind Privatversicherte vor dem demographischen Wandel damit besser geschützt.
  - (b) 10-Prozent-Zuschlag: Weil neben dem demographischen Wandel auch steigende Kosten durch den medizinisch-technischen Fortschritt zu erwarten sind, begegnet die PKV dieser Herausforderung maßgeblich mit dem 10-Prozent-Zuschlag (seit dem 1.1.2000). Der Zuschlag wird analog zu den Alterungsrückstellungen verzinst und ab dem Alter von 65 Jahren ohne Abzug etwaiger Kosten gezielt zur Begrenzung von Beitragsanpassungen eingesetzt. Ab einem Alter von 80 Jahren können die Mittel aus dem Zuschlag beitragsmindernd eingesetzt werden.

Die volle Wirkung des 10-Prozent-Zuschlags ergibt sich erst durch den Zinseszins-Effekt. Weil für Bestandsversicherte der Zuschlag nur freiwillig eingeführt worden ist und für Neuversicherte erst seit dem 1.1.2000 verpflichtend gilt, sind Analysen von vergangenen Beitragsverläufen nicht aussagekräftig genug, um Aussagen zu demographischen Effekten in der PKV zu machen.

Die Wirkung des 10-Prozent-Zuschlags kommt auch dann voll zum Tragen, wenn ein niedriges Zinsniveau vorherrscht. Entscheidend nämlich ist nicht die Zinshöhe, sondern die Differenz zwischen dem nominalen Zins und der jährlichen Preissteigerung. Und diese Differenz ist auch dann positiv, wenn bei einem sehr niedrigen Zinsniveau von zum Beispiel 1 bis 2 Prozent gleichzeitig die Teuerungsrate bei null oder darunter liegt (Preisstabilität/Deflation).

- (c) Überzinsen: Die steigende Lebenserwartung führt nach den geltenden Kalkulationsvorschriften zur Anpassung der Sterbetafeln. Das stellt versicherungstechnisch und kalkulatorisch eine Ausweitung des Versicherungsschutzes dar. Jede Berücksichtigung einer neuen Sterbetafel führt allerdings erfahrungsgemäß nur zu geringfügigen Beitragssteigerungen. Das ist auch deshalb so, weil die PKV maßgeblich mit der Verwendung von Überzinsen der demographischen Herausforderung durch steigende Lebenserwartung vorbeugt. In § 12a VAG ist festgelegt, dass für die Krankenversicherung jährlich 90 Prozent des Überzinses (also des über den festgelegten Rechnungszins hinausgehenden Kapitalertrags auf die vorhandenen Alterungsrückstellungen) den Versicherten gutgeschrieben werden müssen.

- (d) Beitragslimitierung im Standardtarif: Eine weitere Möglichkeit, Beitragssteigerungen im Alter zu begegnen, bietet der PKV-Standardtarif. Mit Einführung des Standardtarifs im Jahr 1993 können insbesondere ältere Versicherte, die aufgrund ihrer Einkommenslage einen preiswerten Tarif benötigen, unter voller Anrechnung der Alterungsrückstellungen in den Standardtarif wechseln. Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden. Im Sozialgesetzbuch ist festgelegt, dass der Standardtarif weitgehend den Leistungen in der GKV entspricht. Der Beitrag im Standardtarif darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen, für langjährig Versicherte liegt er sogar deutlich darunter. Der Standardtarif bietet damit einen effektiven Schutz vor Beitragssteigerungen im Alter.

### **Thema: Risikoselektion und „Vergreisung“**

Die IGES-Studie problematisiert, dass PKV-Unternehmen über Spielräume verfügten, mit ihrer Tarifangebotspolitik Versichertengruppen mit – im Querschnittsvergleich – unterschiedlicher Risikostruktur wirksam voneinander zu trennen und so den Wettbewerb ganz auf Neukunden zu konzentrieren. Dies verstärkte das Problem größerer Prämien erhöhungen für ältere Bestandsversicherte in dann „vergreisten“ Tarifen. Dazu ist anzumerken:

Grundsätzliches: Billigtarife für „Junge“ gibt es in der PKV nicht. Es kann sie auch nicht geben, weil die Kalkulationsvorschriften für „Alte“ und „Junge“ gleichermaßen gelten. Etwas anderes lässt die Kalkulationsverordnung nicht zu.

Vorwurf der „Vergreisung“ ist statistisch überschätzt: Die IGES-Studie hat partiell methodische Schwächen. Die darin ausgewerteten Tarife werden in der Analyse hinsichtlich der Besetzungstärke allesamt gleich gewichtet. Das heißt, es wird angenommen, dass jeder der ausgewerteten Tarife in der PKV von gleich vielen Versicherten gewählt worden ist. Auf diese Schwäche weist selbst die IGES-Studie hin.

In der Studie heißt es: *„Allerdings sind wesentliche, für eine wissenschaftliche Analyse des Wettbewerbs relevante Größen in der Datenbasis nicht enthalten. Hierzu zählen die abgesetzten Mengen, also die Anzahl der Verträge, die in jedem Jahr des Betrachtungszeitraums in einem Tarif abgeschlossen wurde, sowie die Höhe der Prämien, die in den Tarifen von Bestandsversicherten erhoben wurden.“*

IGES versucht zwar, die Schwäche der „Gleichgewichtung“ über statistische „Umwege“ zu heilen. Dennoch droht durch diese methodische Schwäche ein verzerrtes Bild: Einige seltene „vergreiste“ Tarife mit nur wenigen betroffenen Versicherten gehen genauso stark in die IGES-Bewertung ein wie die Mehrzahl der „ausgewogenen“ Tarife, die von Millionen von Privatversicherten gewählt worden sind. Damit wird das Problem der „Vergreisung“ in der IGES-Studie statistisch überschätzt.

Tarifwechselrecht: Sollte es dennoch in einzelnen Fällen zu dem von IGES behaupteten Problem kommen, so gibt es für die Versicherten eine ganz einfache Lösung: Sie können diesen Tarif verlassen und in einen anderen, günstigeren Tarif wechseln. Seit dem Jahr 1994 besteht

für alle Versicherten in der PKV das Recht, innerhalb desselben Unternehmens unter Anrechnung ihrer Alterungsrückstellungen in einen anderen, preiswerteren Tarif umzusteigen (§ 204 VVG).

Informationspflicht: Nach § 6 Abs. 2 VVG hat der Versicherer den Versicherungsnehmer bei jeder Prämienerrhöhung auf sein Tarifwechselrecht aufmerksam zu machen. Allen Versicherten, die das 60. Lebensjahr vollendet haben, muss der Versicherer darüber hinaus bis zu zehn Umstufungsangebote machen. Dies ermöglicht es gerade älteren Versicherten, aufgrund einer ungünstigen Bestandszusammensetzung teuer gewordene Tarife zu verlassen und auf einen günstigeren Tarif umzustellen. Sollte es in diesem Zusammenhang trotz Informationspflicht zu einer relativ passiven Informationspolitik seitens einzelner Unternehmen kommen, stellt das in der Tat ein Problem dar, sollte aber nicht benutzt werden, um das Sicherungsmodell der PKV als Ganzes zu diskreditieren.

Wechsel in den Standardtarif: Mit Einführung des Standardtarifs durch das Gesundheitsstruktur-Gesetz GSG 1993 können insbesondere ältere Versicherte, die aufgrund ihrer Einkommenslage einen preiswerten Tarif benötigen, unter Anrechnung aller Alterungsrückstellungen in den Standardtarif der PKV wechseln. Der Standardtarif ist mit einer Beitragsgarantie verbunden. Im Sozialgesetzbuch ist festgelegt, dass der Standardtarif weitgehend den Leistungen in der GKV entspricht. Der Beitrag im Standardtarif darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht übersteigen, für langjährig Versicherte liegt er sogar deutlich darunter. Der Standardtarif bietet damit einen effektiven Schutz vor Beitragssteigerungen im Alter.

### **Thema: Wettbewerb und Portabilität der Alterungsrückstellungen**

Die IGES-Studie problematisiert, durch erneute Risikoprüfungen und den drohenden Verlust von Alterungsrückstellungen gebe es für Bestandsversicherte faktisch keine Möglichkeit zum Wechsel des Unternehmens. Dies unterbinde den Fortschritt und sei ineffizient. Dazu ist anzumerken:

Wettbewerb: Der Wettbewerb um neue Versicherte innerhalb der PKV ist zwischen den unterschiedlichen Unternehmen hinsichtlich Beitrag, Leistung und Service sehr intensiv. Es gibt in der PKV einen echten Leistungswettbewerb, bei dem die Kunden aus einem breiten Angebot mit vielfältigen Tarifen nach ihren individuellen Bedürfnissen auswählen können.

Bindung des Altbestandes für lebenslangen Kündigungsschutz: Lediglich bei langjährig Versicherten sind durch die Kalkulationsvorschriften für die Alterungsrückstellungen die Wechselmöglichkeiten eingeschränkt. Unabhängig von der politischen Bewertung dieses Umstandes ist dies allerdings ein systembedingtes und konstitutives Merkmal der risikoäquivalenten Kalkulationsprinzipien der PKV und gesetzlich so vorgegeben. Diesem Nachteil – der lebenslangen Bindung der Alterungsrückstellungen für den Altbestand an ein Versicherungsunternehmen – steht aber auch der sozialpolitisch und ethisch gewollte lebenslange Schutz vor Kündigung durch den privaten Versicherungsgeber gegenüber.

Alterungsrückstellungen mit kollektivem Charakter: Versicherungsmathematisch kann nur der durchschnittlich in einer größeren Gruppe zu erwartende Krankheitskostenverlauf kalkuliert werden. Individuelle Krankheitskostenverläufe sind dagegen bis heute nicht ermittelbar. Alterungsrückstellungen haben daher in der privaten Krankenversicherung einen kollektiven Charakter. Mit anderen Worten: Das zurückgestellte Deckungskapital bildet das kollektive Risiko der Versicherten ab, nicht das individuelle Risiko jedes Einzelnen. Das entspricht dem Versicherungsprinzip. Eine individuelle kapitalgedeckte Vorsorge wäre gar nicht zu realisieren, da im Ergebnis jeder seine eigenen Krankheitskosten vorhersehen können und aufbringen müsste.

Gefahr der Risikoselektion: Wegen des kollektiven Charakters der Alterungsrückstellungen in der PKV würde es zu einer problematischen Risikoentmischung führen, wenn die durchschnittlich zurechenbaren Alterungsrückstellungen bei einem Wechsel zwischen zwei Unternehmen jeweils dem Versicherten mitgegeben würden. „Relativ gesunden“ Versicherten würden zu viele, „relativ kranken“ Versicherten jedoch zu wenige Alterungsrückstellungen mitgegeben. Ein Tatbestand, der von der IGES-Studie ausdrücklich bestätigt wird. Eine hinreichend umsetzbare und sichere Alternative gibt es – so die vorherrschende Meinung von Versicherungsmathematikern – bis heute nicht. Das kommt auch im Text der IGES-Studie zum Ausdruck, in dem es sehr vorsichtig im Konjunktiv formuliert heißt *„Gelänge es, entsprechende Wechsellmöglichkeiten unter Vermeidung von Risikoselektion durch individualisiert bemessene Alterungsrückstellungen zu schaffen...“*

Wissenschaft bestätigt PKV: Bei der Portabilität der Alterungsrückstellungen ist ein gangbarer Weg bisher noch nicht aufgezeigt worden (Sachverständigenrat, 2001). Und: Ausreichend Zweifel an der hinreichend sicheren Berechnung einer individuellen Alterungsrückstellung sind auch heute noch berechtigt (Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG, 2004).

Wechsellmöglichkeit für Neukunden: Seit 2009 gibt es infolge der Gesundheitsreform (GKV-WSG) ein lebenslanges Wechselrecht aller neuen Privatversicherten unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen ist kalkulatorisch eine zu finanzierende Versicherungsleistung. Im Bestand führt sie deshalb zu erheblichen Beitragserhöhungen und überdies zur Gefahr einer Risikoselektion. Daher konnte die gesetzlich eingeführte Portabilität nur für Neukunden der PKV gelten.

Dementsprechend regelt das GKV-WSG: Bei Neukunden werden seit dem 1.1.2009 die kalkulierten Alterungsrückstellungen in Höhe des Teils der Versicherung, dessen Leistungen einem Basisschutz (Basistarif) entsprechen, an den neuen Versicherer übertragen. Es werden also Alterungsrückstellungen in der Höhe übertragen, wie sie sich ergeben hätten, wenn der Versicherte von Beginn an im Basisschutz (Basistarif) versichert gewesen wäre; jedoch nicht mehr, als nach dem alten Tarif zu übertragen gewesen wären.

Wechsellmöglichkeit für den Altbestand: Auch im Altbestand ist – trotz vieler Bedenken und erheblicher Gefahren von Risikoselektionen – im GKV-WSG eine (nachträglich zu kalkulierende) Portabilität der Alterungsrückstellungen ermöglicht worden.

In die Beiträge von Versicherten, deren privater Krankenversicherungsschutz vor dem 1. Ja-

nuar 2009 begründet wurde, ist die Übertragungsmöglichkeit von Alterungsrückstellungen nicht einkalkuliert. Gleichwohl erhielten sie einmalig die Gelegenheit, unter Übertragung von Alterungsrückstellungen in vorgenannter Höhe in den Basistarif eines anderen Unternehmens zu wechseln, wenn die Kündigung des Versicherungsvertrags zwischen dem 1. Januar und dem 30. Juni 2009 erfolgte.

Ist nach dem ersten Wechsel ein weiterer Unternehmenswechsel angestrebt, können von dem zweiten auf den dritten Versicherer nur die Alterungsrückstellungen übertragen werden, die beim zweiten Unternehmen aufgebaut wurden.

Beabsichtigt der Versicherte, nach dem Wechsel in den Basistarif eines neuen Unternehmens in einen anderen Tarif dieses Unternehmens weiter zu wechseln, ist dies unter Anrechnung seiner mitgebrachten Alterungsrückstellungen nach einer Mindestverweildauer im Basistarif von 18 Monaten möglich. Eine Anrechnung der mitgebrachten Alterungsrückstellungen bei einem erneuten Unternehmenswechsel ist ebenfalls nach 18 Monaten möglich, wenn der Versicherte in den Basistarif des dritten Unternehmens wechselt.

### **Thema: Vertragskompetenzen in der PKV**

Die in der IGES-Studie erhobenen Forderungen nach Vertragskompetenzen für die PKV auch abweichend von der GOÄ/GOZ sind ausdrücklich zu unterstützen. Dafür gibt es gute Gründe, die bei weitem nicht nur mit dem Vergütungsniveau zu tun haben, sondern vor allem im Interesse der Qualitätssicherung liegen. Es ist in der Tat nicht einzusehen, dass die PKV mit rund zehn Prozent der Versicherten in Deutschland bei der Frage von Vertragskompetenzen an kartellrechtliche Grenzen stoßen soll, während die GKV mit einem neunmal größeren Marktanteil keinerlei derartigen Beschränkungen unterliegt.

1. Vergütungsniveau: Richtig ist, dass nicht nur die GKV ein Kostenproblem hat, sondern dass auch die Leistungsausgaben der PKV in den letzten Jahren im Schnitt um jeweils etwa 6 Prozent gestiegen sind – und damit deutlich stärker als in der GKV. Dies geht vor allem auf die stark steigenden Kosten für Arzthonorare zurück. Die PKV selbst hat mehrfach öffentlich auf diese Tatsache hingewiesen. Sie zeigt, dass die PKV endlich die Möglichkeit zu Verhandlungen und Verträgen mit den Ärzten und anderen Anbietern von Gesundheitsleistungen über Qualitätsstandards und die sich daraus ergebenden Mengen und Preise erhalten muss, wie sie die gesetzlichen Kassen längst haben. Das erfordert Klarstellungen im Versicherungsvertragsgesetz ebenso wie in den Gebührenordnungen, etwa durch eine Öffnungsklausel zur möglichen Abweichung von der GÖÄ/GOZ.)

2. Qualitätsanreize: Argumente für Vertragskompetenzen beziehen sich nicht nur auf das Vergütungsniveau. Mit Vertragskompetenzen lassen sich auch Qualitätsanreize vereinbaren (z.B. höherwertiger Service; optimiertes Arzneimittelmanagement) oder alternative Vergütungsformen erproben (z.B. erfolgsabhängige oder zeitbezogene Vergütung). Stets gilt dabei das Prinzip der Freiwilligkeit: Die freie Arztwahl bleibt für die Versicherten dabei immer erhalten.

3. Kartellrechtliche Rahmenbedingungen: Wenn durch mehr Vertragswettbewerb auch in der privaten Krankenversicherung Vereinbarungen über bessere Qualitätsstandards und die sich daraus ergebenden Mengen und Preise erreicht werden sollen, sind für die PKV (wegen der verglichen mit der GKV relativ geringen Marktanteile der PKV-Unternehmen) Kooperationen und Zusammenschlüsse notwendig. Diese Zusammenschlüsse von Versicherern müssen (ähnlich der Praxis in der GKV) wirtschaftspolitisch als wettbewerbskonform eingestuft werden. Auch in diesem Punkt kann deshalb die Forderung der IGES-Studie ausdrücklich unterstützt werden, in der es heißt: *„Hierbei sollte zukünftig insbesondere die Frage nach der adäquaten Abgrenzung relevanter Märkte einen Schwerpunkt der wettbewerbspolitischen Diskussion bilden.“*