

2. November 2006

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes
zur Stärkung des Wettbewerbs in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

**2. Teil: Private Krankenversicherung
- Zu den Artikeln 43 bis 46 -**

Inhalt

	Seite
1. Festlegung des Leistungsumfangs des Basistarifs	3
2. Regelungen zu den möglichen Selbstbehalten des Basistarifs und zur maximalen Beitragshöhe	4
3. Öffnung des Basistarifs für freiwillig Versicherte und versicherungslose Personen	4
4. Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich	5
5. Wettbewerbsverzerrung GKV-PKV	6
6. Wettbewerb PKV-PKV	7
7. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen	8
8. Mögliche Inländerdiskriminierung	8
9. Transparenzprobleme	9
10. Zusammenfassung	9

Der Gesetzentwurf schafft einen „Basistarif“. Der bisherige „Standardtarif“ wird in den „Basistarif“ überführt.¹ Der Basistarif wird **nicht** zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Vertragsabschlusses einer Krankenvollversicherung. Es wird aufgezeigt werden, dass dies überaus misslich ist.

1. Festlegung des Leistungsumfangs des Basistarifs

Die Leistungen des Basistarifs sollen denen der gesetzlichen Krankenversicherung „vergleichbar“ sein.²

Wie der Basistarif genau aussehen wird, ist noch unklar. Art. 43 Nr. 5 lit. b)³ sieht vor, dass der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) auf der Grundlage von § 12 VAG „das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen“ (BAFin) fest legt und dass Privatkrankenversicherer, die dem Verband nicht angehören, diese Regelung übernehmen „können“. ⁴

Dieses beabsichtigte Vorgehen stößt auf erhebliche Bedenken.

Es stellt sich zunächst die Frage, wie verbindlich das festzulegende „Nähere“ sein soll, wenn davon die Rede ist, dass die Privatkrankenversicherer, die nicht dem PKV-Verband angehören, die Regelung übernehmen „können“, aber nicht müssen. § 12 Abs. 1 d VAG-E verstehen wir so, dass als „Basistarif“ nur ein Tarif gelten soll, der von der Regelung, die vom PKV-Verband entwickelt und von der BAFin genehmigt wurde, in keinem Punkt abweicht. Da aber § 12 Abs. 1a VAG-E eine Verpflichtung aller Privatkrankenversicherer mit Sitz im Inland enthält, „einen Basistarif“ anzubieten, wird aus dem Übernehmen-Können der Regelungen für den Basistarif ein Übernehmen-Müssen.

Daher ist es zumindest problematisch, wenn die Versicherer, die dem PKV-Verband nicht angehören, sich bei der Festlegung des Leistungsumfangs nicht einbringen dürfen und noch nicht einmal von der BAFin angehört werden müssen.

Die beabsichtigte Regelung ist auch deshalb bedenklich, weil die BAFin oder das Bundesministerium der Finanzen ermächtigt sein muss, den Umfang des Versicherungsschutzes vorzuschreiben, wenn der PKV-Verband keine akzeptablen, zu stark vom Leistungsniveau der GKV abweichende Regelungen vorschlägt. Es sei darauf hingewiesen, dass der PKV-Verband ein erhebliches Interesse daran hat, den Umfang des Versicherungsschutzes im Basistarif gegenüber dem GKV-Niveau einzuschränken, da die „fiktive Alterungsrückstellung“ dann entsprechend niedriger ausfällt, welche dem Versicherungsnehmer bei einem Versichererwechsel mitgegeben werden muss.

Es wird daher dringend geraten, stattdessen eine Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums der Finanzen mit dem Bundesministerium für Gesundheit als Einverneh-

¹ Art. 1 Nr. 174 lt. c, S. 123 und Art. 44 Nr. 9 (Änderung der Anlage D zum VAG, S. 235)

² Art. 44 Nr. 5 lit. b, Einfügung eines neuen Abs. 1a Satz 1 in § 12 VAG S. 232.

³ (Schaffung einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage durch Einfügung eines neuen Absatzes 1d in § 12 VAG, S. 233)

⁴ Im Referentenentwurf hatte es hierzu noch geheißen, die Bundesregierung könne „im Benehmen“ mit dem PKV-Verband „Rahmenvorgaben“ zum Umfang des Versicherungsschutzes durch Rechtsverordnung festlegen.

mensbehörde zu schaffen und in diesem Zusammenhang nicht nur den PKV-Verband, sondern auch andere Verbände anzuhören.

2. Regelungen zu den möglichen Selbstbehalten des Basistarifs und zur maximalen Beitragshöhe

Die im künftigen Basistarif Versicherten sollen das Recht haben, **Selbstbehalte** von 300, 600, 900 oder 1.200 € p.a. (Beihilfeberechtigte: entsprechend dem Beihilfesatz reduzierte Selbstbeteiligungen) zu vereinbaren. Ein einmal gewählter Selbstbehalt gilt mindestens für 3 Jahre. Danach kann eine Änderung des Selbstbehalts verlangt werden.⁵

Nach § 12 Abs. 1c VAG-E darf der Beitrag „ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.....nicht übersteigen“. Bleibt die Regelung unverändert, so wird es unattraktiver sein, Selbstbehalte zu vereinbaren, als auf sie zu verzichten, da der Höchstbeitrag - gleichgültig ob ein Selbstbehalt zu zahlen ist oder nicht – stets in unveränderter Höhe gelten würde.

Daher sollte § 12 Abs. 1c VAG-E ⁶ wie folgt gefasst werden:

„Die **Summe aus Beitrag und Selbstbehalt** für den Basistarif darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.“

Zudem sollten Vorkehrungen getroffen werden, damit Familien mit Kindern im Basistarif bezahlbare Beiträge vorfinden. Hierzu sollten Kinder in der Weise berücksichtigt werden, dass sie künftig im Basistarif – wie in der gesetzlichen Versicherung – beitragsfrei versichert sind. Die Begrenzungen von 100% bzw. 150% des durchschnittlichen Höchstbeitrags enthalten ausreichend „Luft“, die Leistungsausgaben für unter 18-jährige Kinder (knapp 15% der Leistungsausgaben für männliche Erwachsene) mitzufinanzieren. Notfalls könnte auch noch eine Passage über die Gesamtkosten der Familie in die obige Regelung integriert und hierfür ein anderer Prozentsatz als 150% eingesetzt werden.

3. Öffnung des Basistarifs für freiwillig Versicherte und versicherungslose Personen

Nach dem Gesetzentwurf haben folgende Personengruppen Anspruch auf Gewährung von Versicherungsschutz im Basistarif. Der Versicherer darf im Basistarif keine Gesundheitsprüfung vornehmen⁷: Es besteht ein grundsätzlich geltender Kontrahierungszwang.

- a) Versicherungslose Personen mit Wohnsitz in Deutschland
- b) Privat Krankenvollversicherte mit Wohnsitz in Deutschland.
- c) freiwillig Krankenversicherte binnen der ersten 6 Monate nach Einführung des Basistarifs sowie innerhalb der ersten 6 Monate ab Bestehen der erstmaligen Wechselmöglichkeit zur PKV (sie müssen 3 Jahre oberhalb der Pflichtgrenze verdient haben).

⁵ Art. 44 Nr. 5 lit. b), S. 232, § 12 Abs. 1a VAG-E

⁶ (Art. 44 Nr. 5 lit. b) S. 233)

⁷ Art. 44 Nr. 5. lit. b), S. 232, Einfügung eines neuen Abs. 1b in § 12 VAG

Der Basistarif wird wegen der Vorschriften zum Risikoausgleich⁸ deutlich teurer werden als ein vergleichbarer normaler Vollversicherungstarif im Neugeschäft. Dies bedeutet, dass wechselberechtigte freiwillig Versicherte nach wie vor in „normale“ Neugeschäftstarife wechseln werden. Daher ist es für diese Personengruppe letztlich gleichgültig, ob die Öffnung des Basistarifs für freiwillig gesetzlich Versicherte befristet wird oder nicht, da sie auch ohne Befristung nicht in den Basistarif wechseln würden.

Versicherungslose Personen, die in der GKV keine Aufnahme finden, können dagegen jederzeit Aufnahme im Basistarif finden. Eine Befristung ihres Beitrittsrechts ist nicht vorgesehen. Dies wird dazu führen, dass sie mit dem Abschluss der Versicherung so lange warten, bis sie krank genug sind, dass es sich „lohnt“, einen Versicherungsantrag zu stellen. Dadurch wird eine erhebliche Antiselektion zu Lasten aller im Basistarif Versicherten stattfinden. Das wird den Basistarif zusätzlich erheblich verteuern und ihn für Wechsler noch unattraktiver machen. Diesem Problem kann unseres Erachtens nur dadurch abgeholfen werden, dass für die Versicherungslosen eine Versicherungspflicht geschaffen wird.

4. Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich

Alle Versicherer, die einen Basistarif anbieten, müssen sich an einem System zum Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen.⁹ Der Ausgleich soll unternehmensübergreifend geschehen.¹⁰ Nach Art. 44 Nr. 5. lit. c¹¹ müssen die Beiträge für den Basistarif auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Versicherer ermittelt werden.

Der Beitrag des Basistarifs darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen, bei Ehegatten oder Lebenspartnern darf er nicht höher sein als 150% des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung.¹² Bei Bestehen von Hilfsbedürftigkeit im Sinne der SGB II oder XII werden diese Sätze (100% / 150%) auf die Hälfte reduziert.

Nach Art. 44 Nr. 7¹³ findet ein unternehmensübergreifender Ausgleich der Mehraufwendungen aufgrund von **Vorerkrankungen** durch deren gleichmäßige **Verteilung auf alle Basistarif-Versicherten** statt.

Mehraufwendungen **zur Begrenzung des im Basistarif zu zahlenden Beitrags** werden gleichmäßig auf **die beteiligten Versicherer** verteilt.¹⁴

Der Plan, den Ausgleich für „schlechte Risiken“ lediglich innerhalb der Basistarife aller Privatkrankenversicherer vorzunehmen, wird vom vzbv mit Nachdruck abgelehnt.¹⁵

Zum einen deshalb, weil dadurch der jeweilige Neugeschäfts-Vollversicherungstarif des Versicherers vom Risikoausgleich verschont bleibt. Dies ist ungerecht und nicht zu rechtfertigen. Dies auch deshalb, weil die Beschränkung des Ausgleichs auf alle Basistarif-Versicherten ein-

⁸ vgl. unten 4. „Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich“

⁹ Art. 44 Nr. 7., S. 234 f, neuer § 12g VAG Abs. 1 S. 1

¹⁰ Art. 44 Nr. 7, S. 234 - § 12g Abs. 1 Satz 1 VAG-E.

¹¹ Einfügung eines neuen Abs. 4b in § 12 VAG, S. 234

¹² Art. 44 Nr. 5. lit. b), S. 218, Änderung von § 12 VAG: neuer Abs. 1c, Satz 1, S. 233

¹³ § 12g Abs. 1 VAG-E

¹⁴ § 12 g Abs. 1 S. 2 VAG-E

¹⁵ vgl. oben „4. Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich“

zig und allein dem Zweck dient, dass PKV-Unternehmen im Wettbewerb um wechselberechtigte GKV-Versicherte in ihren Neugeschäftstarifen für die Vollversicherung (zu) niedrige Prämien anbieten können und sich so Wettbewerbsvorteile gegenüber der GKV verschaffen.

Wenn schon für den Basistarif der Gedanke eines Solidarausgleichs in die PKV eingeführt wird, dann ist nicht einzusehen, warum nicht alle privat Krankenversicherten, also auch die außerhalb des Basistarifs, für den entsprechenden Risikoausgleich herangezogen werden. Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf und seine Begründung die Antwort auf die Frage schuldig bleibt, warum die Mittel für die Beitragsbegrenzung im Basistarif von allen Privatkrankenversicherten, die Mittel für den Ausgleich der Mehrkosten aufgrund von Vorerkrankungen jedoch nur von den im Basistarif Versicherten aufgebracht werden sollen.

Nach unserer Ansicht wäre es besser, alle privat Krankenversicherten am Risikoausgleich für die Mehrkosten von Vorerkrankungen zu beteiligen und auf diese Weise für gegenüber der GKV gerechtere PKV-Neugeschäftsbeiträge zu sorgen, anstatt die GKV dadurch zu unterstützen, dass freiwillig gesetzlich Krankenversicherte erst in die PKV wechseln können, wenn sie drei Jahre hintereinander oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdient haben.

5. Wettbewerbsverzerrung GKV-PKV

Das aus der Gesundheitsprüfung resultierende „**Rosinenpicken**“ der PKV im Neugeschäft und damit einer der beiden bisherigen Faktoren für den zu Lasten der GKV bestehenden Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV wird nicht beseitigt.

Hinzu kommt: Vermittler geben wegen ihres Provisionsinteresses sehr häufig verharmlosende Erklärungen über die Konsequenzen falsch oder unvollständig beantworteter Gesundheitsfragen im Versicherungsantrag ab – bei Nichtzustandekommen des PKV-Vertrags erhalten sie nämlich keine Provisionen. Der vzbv schätzt, dass ca. 30% der Versicherungsanträge in der Vollversicherung in den ersten drei Jahren vom Rücktritt des Versicherers bedroht sind und dass dies hauptsächlich auf den Einfluss von Vermittlern zurückzuführen ist.

Beide beschriebenen Probleme – die Wettbewerbsverzerrung durch das „Rosinenpicken“ der Privatkrankenversicherer ebenso wie die Rücktrittsproblematik – ließen sich dadurch lösen, dass der Basistarif künftig zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Vollversicherungs-Neugeschäftsabschlusses gemacht wird, da im Basistarif keine Gesundheitsprüfung erfolgen und ein Kontrahierungszwang gelten soll.

Ein zweiter wettbewerbsverzerrender Faktor, dessen sich die PKV im Kampf mit der GKV um Neukunden bedient, ist die beitragsmindernde Anrechnung der aus Storni resultierenden frei werdenden Alterungsrückstellungen bei der Kalkulation der Neugeschäftsbeiträge. Dadurch sind die Einstiegsbeiträge heute ca. 30% zu niedrig und lassen die PKV für freiwillig GKV-Versicherte (zu) beitragsgünstig erscheinen.

Die angestrebten Neuregelungen führen nach der fünfjährigen Übergangsfrist ¹⁶ zu einem geringfügigen Abbau des Wettbewerbsvorteils der PKV aus Stornogewinnen. Dieser Effekt resultiert einerseits aus der vorgesehenen Verpflichtung der Versicherer, die Alterungsrückstellung aus dem 10%-Zuschlag bei einem Wechsel des Versicherers mitzugeben, andererseits aus

¹⁶ Art. 44 Nr. 8 S. 235, § 161 VAG-E

dem Zwang, die „fiktive Alterungsrückstellung“ zu übertragen. In der entsprechenden, mit der Wechselwahrscheinlichkeit gewichteten Höhe können die dafür benötigten Mittel bei der Neugeschäftsbeitragskalkulation nicht mehr beitragsmindernd berücksichtigt werden.

Hinzu kommt, dass mit dem Regierungsentwurf die Versicherten das Recht erhalten sollen, den Teil der Alterungsrückstellung, der die „fiktive Alterungsrückstellung“ übersteigt, auf eine vom bisherigen Versicherer anzubietende Zusatzversicherung anrechnen zu lassen. Bezüglich dieses Rechts ist allerdings davon auszugehen, dass die Versicherer den Wechsler nahe legen werden, auf den Zusatztarif zu verzichten. Dann verfällt die entsprechende Alterungsrückstellung und der Versicherer kann sie zur Beitragssenkung der Vollversicherungstarife im Neugeschäft verwenden.¹⁷

Die geplanten Neuregelungen zur Mitgabe und zur Anrechnung von Teilen der Alterungsrückstellungen werden die zu Lasten der GKV bestehenden Wettbewerbsverzerrungen lediglich leicht abschwächen. Dies gilt allerdings erst nach einer fünfjährigen Übergangsfrist, innerhalb derer die Wechsler lediglich die 10%-Rückstellung und allenfalls einen kleinen Teil der „fiktiven Alterungsrückstellung“ mitnehmen können.

Es bleibt festzuhalten, dass die Wettbewerbsbenachteiligung zu Lasten der GKV weitgehend bestehen bleibt und lediglich abgeschwächt wird.

6. Wettbewerb PKV-PKV

Da die wechselnden Versicherten bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer nur die „fiktive Alterungsrückstellung“ und die Alterungsrückstellung aus dem 10%-Zuschlag mitnehmen können, müssen sie beim Wechsel zu einer anderen PKV eine Gesundheitsprüfung hinnehmen, es sei denn, sie wechselten in den Basistarif des anderen Versicherers.

Das werden sie jedoch im Regelfall nicht tun, da der Basistarif wegen der Gesundheitsprüfung im Normaltarif und wegen des Risikoausgleichs zwischen den Privatversicherern viel teurer ist als ein „Normaltarif“.

Die geplanten Neuregelungen werden den **Wettbewerb um gesunde Versicherte** intensivieren. Positiv ist, dass sich die negativen Folgen der so genannten „Umdeckungen“ zwischen verschiedenen Privatkrankenversicherern, von denen bisher wegen des bislang vollständigen Verlusts der Alterungsrückstellung mehr die Vermittler als die Versicherten profitierten, für die Wechsler abschwächen werden.

Gleichwohl wird das Ziel eines verbesserten Wettbewerbs der privaten Krankenversicherer untereinander weitgehend verfehlt, da die kranken Versicherten nach wie vor nicht wechseln können bzw. wechseln werden.

¹⁷ Wir halten es angesichts der auf der Seite des Versicherers vorhandenen wirtschaftlichen Anreizlage für nahezu unmöglich, hiergegen Vorkehrungen zu treffen, es sei denn, man macht den Basistarif, wie wir es befürworten, zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Krankenvollversicherungsvertrags.

7. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

In der Vergangenheit war zu beobachten, dass Heilbehandler sich weigerten, im Standardtarif Versicherte zu herabgesetzten Steigerungssätzen der Gebührenordnung zu behandeln.

Offenbar um die Fortschreibung dieses unbefriedigenden Zustandes zu beseitigen, der letztlich auf eine verdeckte Selbstbeteiligung der im Standardtarif Versicherten hinausläuft, soll nun § 75 Abs. 3a SGB V-E¹⁸ die kassenärztlichen Vereinigungen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen veranlassen, die ärztliche Versorgung der im Standard- oder Basistarif Versicherten sicher zu stellen.

Positiv zu bewerten ist, dass die ärztlichen Leistungen mindestens so zu vergüten sind, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten.

Allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie die Einhaltung des gesetzlichen Auftrags der kassenärztlichen Vereinigungen in der Praxis überwacht und erzwungen werden kann und wird. Hinzu kommt, dass die Entwurfsvorschrift es privaten Krankenversicherern, die nicht dem PKV-Verband angehören, frei stellen möchte, ob sie den Vereinbarungen beitreten.

Schließlich bleibt anzumerken, dass von dieser Regelung Privatärzte nicht betroffen sein werden.

8. Mögliche Inländerdiskriminierung

Die Verpflichtung zum Angebot des Basistarifs soll nach *Art. 44 Nr. 5 lit. b)*¹⁹ lediglich für Versicherer „mit Sitz in Deutschland“ bestehen, die hier „die substitutive Krankenversicherung betreiben“. Dies könnte dazu führen, dass deutsche Versicherer ihren Geschäftssitz in das europäische Ausland verlagern und von dort aus ihre Produkte im Dienstleistungsverkehr vertreiben, um so den Verpflichtungen im Zusammenhang mit dem Basistarif zu entgehen. Dies gilt jedenfalls in Bezug auf Produkte für Selbständige, die keinen Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss oder Beihilfe haben, da unseres Erachtens hier nicht sichergestellt ist, dass der Versicherer seinen Sitz im Inland haben muss.

Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Ausweichmöglichkeit nicht eröffnet wird: Im Zusammenhang mit dem zweiten Halbsatz des § 125 des Investmentgesetzes, der Anbieter aus dem europäischen Ausland von der Anwendung des die Produktgestaltungsfreiheit einschränkenden Zillmerverbots für Fondssparpläne im ersten Halbsatz von § 125 InvG ausnimmt, mussten wir leider beobachten, dass deutsche Anbieter sich in Luxemburg niederließen und anschließend unter Berufung auf die Sonderregelung des zweiten Halbsatzes ihre in Deutschland aus Verbraucherschutzgründen eigentlich verbotenen Produkte durch so genannte Strukturvertriebe verkaufen ließen.

¹⁸ Art. 1 Nr. 48, Seite 39

¹⁹ (neuer § 12 Abs. 1a S. 1 VAG)

Daher warnen wir vor Regelungen, die eine „Inländerdiskriminierung“ zur Folge haben können.²⁰

9. Transparenzprobleme

Auf eigentlich nahe liegende Transparenzfragen geht der Gesetzentwurf mit keinem Wort ein. Dies gilt zum Beispiel für die Frage, wie der Versicherungsnehmer, der zu einem anderen Versicherer wechseln will, die Richtigkeit der Berechnung der mitzugebenden „fiktiven Alterungsrückstellung“ und des 10%-Zuschlags überprüfen (lassen) kann. Das gleiche Problem entsteht für den Versicherungsnehmer, wenn er nach dem Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen beim alten Versicherer eine Zusatzversicherung behalten und nun überprüfen lassen möchte, ob die über die „fiktive Alterungsrückstellung“ hinaus gebildete zusätzliche Alterungsrückstellung korrekt auf die Zusatzversicherung angerechnet wurde.

Zu kritisieren ist auch, dass der Versicherungsnehmer den Übertragungswert bis zum Jahr 2012 erst auf *Anfrage* erfährt.²¹

Mit diesen Transparenzproblemen wird der Versicherungsnehmer völlig allein gelassen. Um den Versicherten zumindest ein Mindestmaß an Vertrauen in die mitgeteilten Werte zu geben, sollte die BAFin verpflichtet werden, die Korrektheit der Berechnungen regelmäßig zu überprüfen und für Verbraucher Hilfen zur Beurteilung der Plausibilität mitgeteilter Werte zu veröffentlichen.

Zusammenfassung

Nur wenn künftig im Neugeschäft für Krankheitskostenvollversicherungen der privaten Krankenversicherung **der Basistarif zwingender Bestandteil jedes neuen Vollversicherungsabschlusses sein müsste, könnten** das „Rosinenpicken“ und der ungerechte Wettbewerbsvorteil der privaten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung aus der beitragsenkenden Einrechnung von Stornogewinnen in die Neugeschäftsbeiträge vollständig beendet werden. Dann käme es auch nicht zu den bereits jetzt absehbaren Versuchen, die Versicherten zu einem Verzicht auf einen Zusatztarif zu überreden, wenn sie zu einem anderen Versicherer wechseln. Hinzu käme, dass der Basistarif als zwingender Neugeschäftsbestandteil weitaus gerechter wäre, da auf diese Weise auch die gesunden PKV-Versicherten am Risikoausgleich für die Mehrkosten im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen beteiligt würden.

Der **Wettbewerb unter den privaten Krankenversicherern** wird durch die Ausgestaltung der Reform nur in Bezug auf Gesunde intensiviert. Vorerkrankte werden von einem Wechsel zu einem anderen Versicherer nicht profitieren, da sie in aller Regel allenfalls in dessen Basistarif aufgenommen würden. Der ist aber wegen der negativen Risikoselektion und der Beschränkung des Risikoausgleichs für die Mehrkosten von Vorerkrankungen auf die Basistarif-Versicherten deutlich teurer als ein vergleichbarer Normaltarif beim bisherigen Versicherer.

²⁰ Vgl. „Anmerkungen zur europarechtlichen Beurteilung von nationalen Normen über eine Mindestrückvergütung bei Fondssparplänen und bei Kapitalversicherungen,
http://www.vzbv.de/mediapics/europarechtliche_beurteilung_zillmerverbot_05_2005.pdf

²¹ Art. 44, Nr. 8, Seite 235, Einfügung eines geänderten Satzes 6 in Anlage D Abschnitt II Nr. 4

Auch in Bezug auf den **Wettbewerb zwischen GKV und PKV** ist der gewählte Gestaltungsansatz zu kritisieren. Der Basistarif ist gegenüber vergleichbaren Neugeschäfts-Normaltarifen unattraktiv. Bei letzteren dürfen dort nach wie vor erhebliche Stornogewinne bei der Kalkulation der Neugeschäftsbeiträge zur Beitragsminderung eingesetzt werden. Auch der aus der Risikoprüfung resultierende Beitragsvorteil gegenüber der GKV wird bestehen bleiben, zumal die normalen Neugeschäftstarife nicht am Risikoausgleich teilnehmen. **Damit bleibt es bei einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten der PKV und zu Lasten der GKV.**

Die geplanten Neuregelungen stellen gleichwohl eine erhebliche Verbesserung des Status quo dar. Der gewählte ordnungspolitisch suboptimale Gestaltungsansatz sorgt jedoch dafür, dass das Ziel, einen fairen Wettbewerb sowohl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als auch der privaten Krankenversicherer untereinander zu erreichen, weitgehend verfehlt wird. Das Tarifchaos in der privaten Krankenversicherung wird noch erhöht, die Intransparenz wird nicht beseitigt, sondern erheblich gesteigert.

../..