

31. Oktober 2006

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes

zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Mit der Verpflichtung der privaten Krankenversicherung zum Angebot eines Basistarifs unter vorgegebenen Rahmenbedingungen (gesetzlich definierter Versicherungsumfang, nicht risikodeckende Beiträge, Annahmewang zugunsten von Personen mit bestehenden Vorerkrankungen, Belastung der in Normaltarifen versicherten Personen mit dem Ausgleichsbedarf des Basistarifs), der Mitgabe eines Übertragungswertes, wenn Bestandsversicherte von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung zum anderen wechseln und einer über die Vorgaben der „Eckpunkte“ hinausgehenden Aufnahmepflicht für nichtversicherte Personen greift das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in verfassungswidriger Weise in die Rechte sowohl der Versicherten als auch der Unternehmen der privaten Krankenversicherung ein.

Bestehende Ungleichbehandlungen gegenüber den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung bei den Tätigkeitsbedingungen werden fortgeschrieben, neue Benachteiligungen geschaffen.

Einleitung

Durch den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV werden die echten Herausforderungen für das Gesundheitssystem nicht einmal im Ansatz angegangen. Die gegenwärtige und zukünftige Belastung des Umlagesystems der gesetzlichen Krankenversicherung durch die demographische Entwicklung scheint der Gesetzgeber nicht zu sehen. Stattdessen wird die private Krankenversicherung, deren Versicherte über die Altersrückstellungen für die altersbedingt steigenden Krankheitskosten Vorsorge treffen, dauerhaft geschwächt. Die Zusage aus den „Eckpunkten zu einer Gesundheitsreform 2006“, dass die private Krankheitskostenvollversicherung am Markt erhalten bleibt, wird nicht eingelöst. Die Verpflichtung der privaten Krankenversicherung zum Angebot eines nicht risikogerecht kalkulierten Basistarifs mit Annahmewang zugunsten schlechter Risiken sowie die Mitgabe eines Übertragungswertes, wenn Bestandsversicherte von einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung zum anderen wechseln, ziehen für die Versicherten der privaten Krankenversicherung erhebliche Beitragserhöhungen nach sich. Verständlich werden diese Maßnahmen nur dann, wenn man davon ausgeht, dass der Gesetzgeber bewusst eine Schieflage in der privaten Krankenversicherung bewirken will, die früher oder später den Vorwand dafür liefern wird, die privatversicherten Personen in die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen und damit die Bürgerversicherung zu verwirklichen.

Darüber hinaus fehlt es auch an einer verfassungsrechtlichen Legitimation für die Einführung des Basistarifs, so dass die die private Krankenversicherung betreffenden **Regelungen in den Artikeln 43 bis 45** insgesamt **entfallen müssen**.

Die Bestimmungen im Fünften Buch des Sozialgesetzbuchs sind an vielen Stellen geeignet, die private gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung zu benachteiligen, was eine Verletzung des Gleichbehandlungsgrundsatzes darstellt und fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung verhindert.

Zu den Vorschriften im Einzelnen:

1. Artikel 43 bis 45 (VVG, VAG, KalV)

1.1 Basistarif

Durch die vorgeschlagenen Änderungen bzw. Ergänzungen von § 12 Abs. 1a) bis 1d) und Abs. 4b VAG sowie § 12g VAG werden die Unternehmen der privaten Krankenversicherung verpflichtet, einen Basistarif anzubieten, der in dreifacher Hinsicht reglementiert ist:

- Der Leistungsinhalt muss nach Art und Höhe den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem dritten Kapitel des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch entsprechen.

- Der Beitrag für diesen Basistarif darf nicht risikogerecht kalkuliert werden, sondern wird durch Gesetz festgelegt.
- Für den Zugang zum Basistarif werden die Unternehmen der privaten Krankenversicherung einer Annahmepflicht unterworfen, die sich auf
 - freiwillige Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung,
 - alle nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtigen Personen mit Wohnsitz in Deutschland sowie
 - alle bereits in der privaten Krankheitskostenvollversicherung versicherten Personenerstreckt. Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse sind im Basistarif nicht zulässig.

Mit diesen Vorgaben entfernt sich der Basistarif so weit vom Leitbild eines privatrechtlichen Versicherungsvertrages, dass die **Gesetzgebungskompetenz** aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG **nicht mehr greift**. Der Gesetzgeber kann für den Basistarif aber auch nicht auf Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (Sozialversicherung) zurückgreifen, weil Sozialversicherung eine öffentlich-rechtliche Organisationsform voraussetzt, die geplanten Regelungen sich aber auf privatrechtlich organisierte Unternehmen beziehen und diese auch ausdrücklich nicht als Träger der Sozialversicherung tätig werden sollen. Damit fehlt für den Zwang zum Angebot des Basistarifs die notwendige Ermächtigungsnorm.

Die verschiedenen, in § 12 Abs. 1a VAG vorgesehenen Selbstbehaltsstufen sowie die Möglichkeit, diese nach Ablauf eines vertraglich vereinbarten Zeitraumes zu verändern, bieten Anreiz zur Ausnutzung. Zwar ist anzuerkennen, dass durch die jetzt vorgesehene Mindestbindungsfrist von drei Jahren sowie die Möglichkeit, auch darüber hinausgehende Zeiträume zu vereinbaren, das Problem etwas gemildert worden ist. Durch das Verbot von Risikozuschlägen im Basistarif hat der Versicherte aber immer noch die Möglichkeit, die höchste Selbstbehaltsstufe zu wählen, solange er gesund ist und zur niedrigsten Selbstbehaltsstufe überzuwechseln, sobald Behandlungsbedürftigkeit einsetzt. Normalerweise, d. h. wenn der Wechsel nach dem heutigen § 178f VVG erfolgt, ist mit der Vereinbarung einer niedrigeren Selbstbehaltsstufe eine Vertragserweiterung verbunden, die einer erneuten Risikoprüfung unterliegt und gegebenenfalls einen Risikozuschlag oder Leistungsausschluss auslöst.

Um den Basistarif als privates Versicherungsangebot qualifizieren zu können, sind folgende Änderungen erforderlich:

1. Der vorgegebene **Leistungsinhalt** des Basistarifs wird, vergleichbar dem bereits existierenden Standardtarif, unter Verzicht auf versicherungsfremde Leistungen und sozialpolitische Transferanliegen auf **Leistungen bei Krankheit** zurückgeführt, die Einzelheiten werden zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vereinbart.

Für die Vertragsgestaltung ist weder eine Rechtsverordnung der Bundesregierung noch eine Beleihung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. mit öffentlich-rechtlichen Regelungsbefugnissen erforderlich. Das zeigen die beiden Präzedenzfälle des Standardtarifs (§ 257 Abs. 2a SGB V) sowie insbesondere der privaten Pflegepflichtversicherung, bei denen ebenfalls durch Gesetz bestimmte Regelungen vorgeschrieben worden sind, die diese Regelungen ausfüllenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen jedoch vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. mit bindender Wirkung für seine Mitgliedsunternehmen erarbeitet und mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht abgestimmt worden sind. Dem einzelnen Unternehmen ist weder ein Verzicht auf das Angebot des Basistarifs noch ein Abweichen von dem in Bedingungen und Kalkulation einheitlichen Basistarif möglich, da das Unternehmen sonst gegen eine für seinen Geschäftsbetrieb maßgebliche Rechtsvorschrift verstoßen würde. Gemäß § 81 VAG hat die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht die Einhaltung der maßgeblichen Gesetzesvorschriften zu kontrollieren und notfalls mit aufsichtsrechtlichen Mitteln durchzusetzen, die bis zur Versagung der Erlaubnis zum Geschäftsbetrieb reichen können. Durch die gesetzliche Verankerung des Basistarifs ist also eine ausreichende Bindungswirkung gegeben.

§ 12 Abs. 1a VAG muss deshalb wie folgt formuliert werden:

„(1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bei Krankheit jeweils vergleichbar sind ...“

§ 12 Abs. 1d VAG muss wie folgt formuliert werden:

“(1d) Die Einzelheiten des Basistarifs sind zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu vereinbaren. Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die nicht dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. angehören, können diese Regelung übernehmen.“

2. Der Basistarif muss **risikogerecht kalkuliert** werden. Durch den Kontrahierungszwang, den Verzicht auf Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse sowie die Vorgabe eines Höchstbeitrags und die Differenzierung der Zahlbeiträge nach Bedürftigkeit wird erheblicher Ausgleichsbedarf generiert, der von den Versicherten in den Normaltarifen getragen werden soll. Ausgleichsbedarf ist vor allem deshalb zu erwarten, weil sich von den freiwilligen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem solche für den Basistarif interessieren werden, die wegen bestehender Vorerkrankungen zu den Normaltarifen keinen Zugang haben. Von den Bestandsversicherten der privaten Krankenversicherung ist der Basistarif vor allem für diejenigen interessant, die gegenwärtig einen Risikozuschlag zahlen, da dieser beim Wechsel in den Basistarif entfällt. Auch bei den Nichtversicherten wird es sich überwiegend um gesundheitlich beeinträchtigte Personen handeln, da diese in der Zeit der Nichtversicherung erfahrungsgemäß keinerlei ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen, also entsprechender Nachholbedarf besteht. Eine ungünstige Risikosituation ist auch von Zuwanderern aus dem Ausland zu erwarten, da das Versorgungsniveau im Ausland, z. B. in den jüngsten EU-Beitrittsländern, unter dem in Deutschland liegt.

Die **Belastung** des Bestandes **mit dem Ausgleichsbedarf** stellt für diese Personen einen nachträglichen Eingriff in den geschlossenen Vertrag dar, dessen Zulässigkeit **an Artikel 2 GG** zu messen ist. Insoweit kommt es insbesondere auf die Notwendigkeit sowie die Verhältnismäßigkeit der geplanten Regelungen an. Beide Kriterien sind uneingeschränkt zu verneinen: Die freiwilligen Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen über in jeder Hinsicht ausreichenden Versicherungsschutz, so dass keinerlei Notwendigkeit besteht, diesen einen Wechsel in die private Krankenversicherung zu subventionierten Beiträgen zu ermöglichen. Dies gilt umso mehr, als der gesetzlich vorgegebene Höchstbeitrag im Basistarif auch solchen Personen zugute kommt, die von ihrer finanziellen Situation her in der Lage sind, auch einen risikogerecht kalkulierten Beitrag zu bezahlen. Die heute bereits in der privaten Krankenversicherung Versicherten haben sich bewusst und in Kenntnis der vertraglichen und kalkulatorischen Unterschiede für die private Krankenversicherung entschieden und, sofern sie bereits Vorerkrankungen mitbrachten, auch die dafür erforderlichen Risikozuschläge akzeptiert. Warum diesen Personen nunmehr zu Lasten anderer Mitglieder derselben Solidargemeinschaft eine Vergünstigung gewährt werden soll, ist nicht begründbar. Schließlich schießt auch die für nichtversicherte Personen vorgesehene Lösung weit über das Ziel hinaus. Diesem Personenkreis muss nicht der umfassende Schutz entweder der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zugute kommen, vielmehr genügt hier eine Absicherung auf dem Niveau eines Grundschutzes, die dann auch deutlich niedrigere Beiträge erfordert.

Soweit im Einzelfall der Versicherte mit risikogerecht kalkulierten Beiträgen überfordert ist, muss – ebenso wie bei den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung – zunächst einmal die Sozialhilfe für die nötige Unterstützung sorgen. Durch die

Inpflichtnahme des Bestandes der privatversicherten Personen wird eine staatliche Aufgabe auf eine private Versichertengemeinschaft verlagert, wofür es keine Legitimation gibt.

Zu unbegründbaren Verwerfungen führt schließlich auch die Möglichkeit, neben dem auf Kosten anderer Versicherter subventionierten Basistarif eine Zusatzversicherung abzuschließen, die den Versicherungsschutz auf Privatpatientenniveau aufstockt.

§ 12 Abs. 1c) VAG ist deshalb ersatzlos zu streichen.

3. Die Beauftragung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit der **Sicherstellung der ärztlichen Behandlung** für Versicherte des Basistarifs ist mit den unterschiedlichen Vertragsgestaltungen in gesetzlicher und privater Krankenversicherung nicht vereinbar. Die gesetzliche Krankenversicherung erbringt die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten als Sachleistung und muss deshalb deren Gewährung mit den Organisationen der Ärzteschaft vereinbaren. In der privaten Krankenversicherung hingegen ist der Versicherte selbst Vertragspartner des Arztes und erhält die dafür entstandenen Kosten im tariflichen Umfang von seinem Krankenversicherer erstattet. An dieser Vertragsgestaltung wird auch durch den Basistarif nichts geändert.

§ 75 Abs. 3a SGB V ist deshalb wie folgt zu formulieren:

„(3a) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen können mit den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in deren Vertretung über die ärztliche Behandlung der Versicherten und die dafür zu zahlende Vergütung Verträge abschließen. Diesen können Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren beitreten.“

Der neue **§ 77a Abs. 2 SGB V** wird um folgende Nr. 6 ergänzt:

„6. Abschluss von Verträgen mit Unternehmen der privaten Krankenversicherung und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten, die einen Tarif nach § 12 Abs. 1a VAG abgeschlossen haben. Diesen können Ärzte, Psychotherapeuten und medizinische Versorgungszentren beitreten. Das Gleiche gilt für Verträge mit Kostenträgern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften.“

Vergleichbare Vorschriften sind für die zahnärztliche Behandlung zu schaffen.

1.2 Nichtversicherte Personen

Die Regelung für unversicherte Personen geht weit über das hinaus, was gesetzgeberisch notwendig wäre. Die Eckpunkte sehen vor, dass den Betroffenen die Rückkehr zu dem System ermöglicht werden soll, aus dem sie ausgeschieden sind. Verbindung zum System der privaten Krankenversicherung haben jedoch nur solche Personen, deren Versicherungsvertrag wegen Beitragsverzug oder verschwiegener Vorerkrankung beendet worden ist, nicht jedoch sämtliche Personen, die nicht unter die Pflichtversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fallen.

Um Ausnutzungen in der Form zu verhindern, dass Versicherte sich, solange sie gesund sind, aus der Beitragszahlung verabschieden und bei Behandlungsbedürftigkeit unter Nutzung des Kontrahierungszwanges in die Krankenversicherung zurückkehren, ist ein Minimalchutz ausreichend und erforderlich. Die in dem vorgeschlagenen § 12 Abs. 1b VAG vorgesehenen Ablehnungsmöglichkeiten greifen praktisch nicht: Fälle, in denen das Versicherungsunternehmen den Versicherungsvertrag wegen Drohung angefochten hätte, sind gar nicht bekannt, Anfechtungen wegen arglistiger Täuschung extrem selten. Auch der Rücktritt vom Versicherungsvertrag wegen vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erlegt dem Versicherer eine schwierige Beweisführung auf. Entsprechend den heutigen § 16 ff. VVG muss zur Vertragslösung bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht *Vorsatz oder Fahrlässigkeit* ausreichen. Im Übrigen ist zu beachten, dass nach dem Gesetzesvorschlag nur derjenige Versicherer ablehnen darf, bei dem der Unversicherte aus den genannten Gründen ausgeschieden ist; andere Versicherer bleiben zur Annahme verpflichtet.

Ein Gesetzesvorschlag für eine die private Krankenversicherung weniger belastende und dennoch ausreichende Regelung ist als **Anlage** beigefügt.

1.3 Portabilität

Die in § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehene Mitgabe eines Übertragungswertes, wenn bereits versicherte Personen aus einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung in ein anderes wechseln, stellt ebenfalls einen Eingriff in die geschlossenen Verträge dar, der verfassungsrechtlicher Rechtfertigung bedarf. Die heute abgeschlossenen ca. 8,5 Millionen Vollversicherungsverträge sehen keine solche Leistung bei Vertragsbeendigung vor. Die Altersrückstellung ist nur für das jeweilige Versichertenkollektiv kalkuliert, die Mitgabe des auf den einzelnen Versicherten kalkulatorisch entfallenden Anteils an dieser kollektiven Altersrückstellung setzt eine Neukalkulation voraus, die zwingend mit Beitragserhöhungen verbunden ist. In einer früheren Fassung des Gesetzentwurfs sind diese Belastungen vom Gesetzgeber selbst mit bis zu rd. 37 % Mehrbeitrag angegeben worden. Hinzu kommen die Umlagen aus dem Risikoausgleich im Basistarif, so dass in der Mehrzahl der Verträge die Belastungen nicht mehr verhältnismäßig und damit verfassungswidrig sein werden.

Darüber hinaus führt ein derart ausgestaltetes Wechselrecht auch zu einer Verschlechterung der Bestandszusammensetzung, die weitere Beitragserhöhungen nach sich ziehen wird. Vom Wechsel ohne Kontrahierungszwang können nur solche Versicherten Gebrauch machen, die gesund sind. In den abgebenden Tarifen verschlechtert sich deshalb die Risikosituation unter Umständen soweit, dass auch keine neuen und gesunden Versicherten mehr in solche Tarife einsteigen wollen. Auch hier muss vermutet werden, dass der Gesetzgeber einen Vorwand sucht, die belasteten Privatversicherten in die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen.

1.4 Inkrafttreten

Das Inkrafttreten der die private Krankenversicherung betreffenden Regelungen ist zum 1. Januar 2008 vorgesehen, also zu einem Zeitpunkt, der vor dem Wirksamwerden des Gesundheitsfonds und damit der zentralen Regelung für die gesetzliche Krankenversicherung liegt. Es ist nicht akzeptabel, dass im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die lediglich akzessorischen Regelungen für die private Krankenversicherung vor denjenigen für die gesetzliche Krankenversicherung in Kraft treten. Ein zeitlicher Gleichlauf ist unabdingbar.

2. Artikel 1 (SGB V)

2.1 Versicherungsfreiheit für Angestellte

Die private Krankenversicherung lehnt die Regelung des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, nach der Arbeitnehmer erst dann versicherungsfrei werden, wenn sie drei aufeinander folgende Jahre mit ihrem Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze liegen, ab.

Das Beitragssatzsicherungsgesetz hat bereits gezeigt, dass die außerordentliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze die Finanzen der GKV nicht stabilisiert. Die Verlängerung der Versicherungspflicht für Personen, deren Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt, wird ebenso wenig geeignet sein, diesen Zweck zu erfüllen.

Außerdem ist die Vorschrift unter folgenden Aspekten verfassungswidrig: Freiwillig in der GKV Versicherte, die noch keine drei aufeinander folgenden Jahre mit ihrem Gehalt über der Versicherungspflichtgrenze liegen, verlieren ihren Status und damit ihr Kündigungsrecht. Sie genießen Bestandsschutz, so dass sie zumindest zum Inkrafttreten des Gesetzes am 1. April 2007 ein einmaliges Befreiungsrecht erhalten müssen:

In **§ 6 Abs. 9 SGB V** wird folgender Satz angefügt:

„Personen, die am [einen Tag vor Inkrafttreten des Gesetzes] nach § 9 Abs. 1 Nr. 1 freiwillig versichert sind, können sich von der Versicherungspflicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 4 befreien lassen. § 8 Abs. 2 gilt entsprechend.“

2.2 Kündigung von freiwillig in der GKV Versicherten

Durch die **Bindungsfrist** nach § 53 Abs. 7 SGB V darf nur dann das Kündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 SGB V ausgeschaltet werden, wenn innerhalb des GKV-Systems die Krankenkasse gewechselt wird. Es muss aber trotzdem eine Kündigung zum Wechsel in die private Krankenversicherung ohne Einhaltung der Bindungsfrist möglich sein. Sonst würde neben § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht nur für Angestellte, sondern für alle anderen Personengruppen eine zusätzliche Hürde für den Wechsel in die private Krankenversicherung aufgestellt werden. Deshalb muss der Gesetzgeber hier für eine Klarstellung sorgen:

§ 53 SGB V ist wie folgt zu ändern:

*Abs. 7 wird wie folgt geändert: Nach Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:
„§ 175 Abs. 4 Satz 6 bleibt unberührt.“*

Außerdem wird durch die Änderung in § 175 Abs. 4 Satz 6 SGB V (Artikel 1 Nr. 135b)dd) eine Versicherungspflicht für freiwillig Versicherte eingeführt: Diese kommen nur aus einer Krankenkasse heraus, wenn sie entweder in eine andere Krankenkasse oder zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen wechseln. Versicherungsfreiheit besteht für diesen Personenkreis nicht mehr.

2.3 Versicherungsfreiheit für Arbeitslosengeld II-Empfänger

Die private Krankenversicherung weist auf die rein ideologische Motivation bei der Schaffung des § 5 Abs. 5a SGB V hin. Durch die Neuregelung des § 5 Abs. 5a SGB V wird denjenigen in der Gesellschaft, die am meisten schutzbedürftig sind, die Einbeziehung in die Solidargemeinschaft der GKV versagt. Stattdessen werden sie wie versicherungsfreie Selbständige und Beamte behandelt. Gleichzeitig werden aber – wie oben beschrieben – die gutverdienenden Angestellten in die Pflichtversicherung einbezogen mit dem Argument, dass diese u. a. die Beiträge der Schutzbedürftigen mit tragen müssen. Nur wenn der Grundsatz „Einmal PKV – Immer PKV“ für alle Personengruppen gilt, kann die private Krankenversicherung selbst für die Versicherten Sorge tragen. Die Regelung muss ersatzlos gestrichen werden.

Zu beachten ist ferner ein redaktioneller Fehler, denn die Vorschrift des § 26 Abs. 2 SGB II wurde nicht angepasst. Die betroffenen Personen, die nicht mehr versicherungspflichtig werden (und die sich nicht von der Versicherungspflicht haben befreien lassen) erhalten noch nicht einmal einen Zuschuss von der Bundesagentur für Arbeit, wenn nicht der Wortlaut geändert wird.

2.4 Wahltarife – Angebot durch die GKV

Die private Krankenversicherung weist darauf hin, dass die Krankenkassen mit kalkulierten Tarifen für Kostenerstattung für nach der GOÄ oder GOZ entstandene Aufwendungen nach § 53 Abs. 4 SGB V privates Versicherungsgeschäft betreiben, so dass auf sie die für die private Krankenversicherung geltenden Gesetze und Rechtsvorschriften sowohl auf nationaler als auch europäischer Ebene anwendbar sind. Die private Krankenversicherung wird sich dafür stark machen, dass ein solches Angebot durch die Krankenkassen von den zuständigen Behörden auf nationaler und internationaler Ebene überprüft wird. Deshalb ist Satz 2 zu streichen, so dass sich das Angebot der Kostenerstattung auf die von der GKV zu tragenden Leistungen beschränkt.

§ 53 SGB V ist wie folgt zu ändern:

Abs. 4 wird wie folgt geändert: Satz 2 wird gestrichen.

2.5 Beteiligung des Bundes an Aufwendungen

Die private Krankenversicherung erinnert den Gesetzgeber ausdrücklich an seine Pflicht, nach Art. 3 GG gleiche Sachverhalte gleich zu behandeln. Der Bundeszuschuss aus Steuermitteln (§ 221 SGB V Art. 1, Art. 2) soll nach der Gesetzesbegründung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben, insbesondere die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern verwendet werden. PKV-Versicherte, die ebenfalls Steuern zahlen, müssen auch bei der Finanzierung der Beiträge für die Kinder berücksichtigt werden. Sonst liegt ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz vor.

2.6 Elektronische Gesundheitskarte

Die private Krankenversicherung begrüßt die gesetzliche Flankierung der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für ihre Versicherten. Allerdings weist sie auf folgendes Problem hin:

Hinsichtlich der Zugriffsrechte auf die E-Rezept-Daten trägt der Verweis auf die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 291a Abs. 4 SGB V) den Unterschieden zwischen beiden Versicherungssystemen nicht hinreichend Rechnung.

§ 291a Abs. 4 SGB V regelt abschließend, welcher Personenkreis auf welche Daten Zugriff nehmen darf. Auf die E-Rezept-Daten dürfen im Wesentlichen die Leistungserbringer, Apotheker sowie deren berufsmäßigen Gehilfen und Assistenten zugreifen, nicht aber die Krankenkassen (§ 291a Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Dies ist auch nicht notwendig, da hinsichtlich der Abrechnung von Medikamenten und ambulanten ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen die Kassenärztlichen Vereinigungen zwischengeschaltet sind. Diese dürfen nach § 285 Abs. 2 SGB V (besondere) personenbezogene Daten insbesondere zur Sicherstellung

der vertragsärztlichen Versorgung verwenden. Die Krankenkassen müssen also nicht zu Abrechnungszwecken auf die Daten des E-Rezeptes zugreifen. Daher ist es auch nicht notwendig, ihnen ein Zugriffsrecht auf die Daten des E-Rezeptes zu gewähren.

In der privaten Krankenversicherung ist der Zugriff der Versicherer auf die Daten des E-Rezeptes im Rahmen der Kostenerstattung zwingend notwendig. Wird den Versicherungsunternehmen dieser Zugriff verwehrt, kommt eine Abrechnung nur auf Grundlage einer Einwilligung des Versicherten in Frage. Insoweit ist aber § 291a Abs. 8 SGB V problematisch, der ebenfalls für die PKV-Unternehmen Anwendung finden soll. Nach dessen Satz 2 dürfen Versicherte weder bevorzugt oder benachteiligt werden, weil sie einen Zugriff bewirkt oder verweigert haben. Lehnt ein Versicherter den Zugriff jedoch ab, indem er keine Einwilligung erklärt, droht ihm der Nachteil, dass die Arzneimittelkosten nicht erstattet werden. Ungeachtet dessen darf mit Versicherten nach § 291a Abs. 8 Satz 1 SGB V auch nicht vereinbart werden, dass anderen außer den nach § 291a Abs. 4 SGB V Berechtigten der Zugriff gewährt wird.

Gleiches gilt analog für die in Zukunft geplante Abrechnung ärztlicher Leistungen mittels der auf der elektronischen Gesundheitskarte vorhandenen Daten, da auch auf diese nach § 291a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Krankenkassen und somit bei entsprechender Anwendung auch die privaten Krankenversicherer nicht zugreifen dürfen.

Die private Krankenversicherung schlägt vor:

§ 291 Abs. 1a Satz 1 und 2 SGB V werden wie folgt formuliert:

„(1a) Werden von Unternehmen der privaten Krankenversicherung elektronische Gesundheitskarten für die Verarbeitung und Nutzung von Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Absatz 3 Satz 1 an ihre Versicherten ausgegeben, gelten Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 und Satz 2 sowie Absatz 3, 5 und 6 entsprechend. Die Absätze 4 und 8 gelten mit der Maßgabe, dass die einzelnen Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit Zustimmung des Versicherten auf Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1, Absatz 3 Satz 1 Nr. 2, 4, 5 und 6 zugreifen dürfen, sofern dies für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist.“

2.7 Höchstbeitrag zum Standardtarif

Die private Krankenversicherung fordert eine Klarstellung im geltenden § 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V. Der Höchstbeitrag im Standardtarif wird u. a. mit dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen des Vorjahres ermittelt. Dieser beträgt zum Jahr 2006 13,3 Prozent. Würde dieser Beitragssatz zur Berechnung des Höchstbeitrags herangezogen, würden die im Standardtarif Versicherten die einzigen sein, die durch den Zusatzbeitrag von

0,9 Prozent entlastet werden. Dies kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein. Daher schlägt die private Krankenversicherung folgende Formulierung vor:

§ 257 Abs. 2a Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert:

Nach den Worten „nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz des der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§245)“ werden die Worte „zuzüglich 0,9 Prozent und der Beitragsbemessungsgrenze zu errechnen“ eingefügt.

3. Sonstige Vorschriften (Art. 8, 19, 20, 32)

3.1 Pflegeversicherung

Die private Krankenversicherung stimmt der Regelung des § 43 Abs. 2 und Abs. 3 SGB XI zu. Darüber hinaus sollte in Absatz 3 den neuen Härtefallrichtlinien (dort unter Nr. 5) Rechnung getragen werden. Danach kann als Härtefall nur anerkannt werden, wer höhere Kosten als Bewohner von Pflegeeinrichtungen zu tragen hat, die in Stufe III keinen außergewöhnlichen und besonders intensiven Pflegeaufwand aufweisen. Die Pflegekassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen können zwar heute schon im Rahmen des ihnen zustehenden Ermessens so verfahren. Im Interesse der Rechtssicherheit und der Transparenz sollte der Sachverhalt aber gesetzlich geregelt werden.

3.2 Krankenhausentgeltgesetz, Bundespflegesatzverordnung

§ 8 Abs. 9 KHEntgG enthält eine für die private Krankenversicherung völlig inakzeptable Regelung, die § 17 Abs. 1 KHG widerspricht, der die Einheitlichkeit der Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen vorschreibt: Die 0,7 %-ige Rechenkürzung hat ausschließlich Wirkung für GKV-Patienten, obwohl weder in den Eckpunkten noch in späteren politischen Konsenspapieren vorgesehen ist, dass die Privatpatienten auch im Krankenhausbereich durch die Zahlung höherer Rechnungen benachteiligt werden sollen. Die private Krankenversicherung fordert daher folgende Klarstellung ein:

In § 8 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG wird „gesetzlich krankenversicherten“ gestrichen.

§ 8 Abs. 9 Satz 2 KHEntG wird wie folgt formuliert:

„Haben Kostenträger Rechnungen nach Satz 1 ohne Abschlag bezahlt, ist der Krankenhausträger verpflichtet, jeweils einen Betrag in Höhe von 0,7 Prozent des Rechnungsbetrags an den jeweiligen Zahlungsempfänger zu erstatten.“

In § 14 Abs. 7 Satz 1 BPfIV wird „gesetzlichen krankenversicherten“ gestrichen.

In § 14 Abs. 7 Satz 2 BPfIV wird „Krankenkassen“ durch „Kostenträger“ und „an die jeweilige Krankenkasse“ durch „an den jeweiligen Kostenträger“ ersetzt.

3.3 Arzneimittelpreisverordnung

Die private Krankenversicherung verlangt Gleichbehandlung bei Apothekenzuschlägen für die Zubereitung aus Stoffen nach § 5 AMPreisV. Hier ist geregelt, dass bei der Abgabe einer Zubereitung aus einem Stoff oder mehreren Stoffen, die in Apotheken angefertigt wird, ein Zuschlag von 90 % auf den Apothekeneinkaufspreis zu erheben ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen können aber mit dem Apothekerverband durch Vereinbarung hiervon abweichende Regelungen treffen (§ 5 Abs. 4 und 5 AMPreisV) und haben dies auch schon mit der Folge getan, dass entsprechende Zubereitungen für gesetzlich Versicherte deutlich billiger abgegeben werden als für Privatpatienten. Die sich hieraus ergebende Ungleichbehandlung von Privatversicherten gegenüber Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen ist nicht begründbar, und zwar weder aus preis- noch aus kartellrechtlicher Sicht. Aus Sicht der privaten Krankenversicherung müsste daher § 5 Abs. 1 der AMPreisV dahingehend geändert werden, dass der Festzuschlag reduziert, mindestens aber ein Euro-Betrag als Höchstzuschlag festgelegt wird. Denkbar ist dabei natürlich auch die Einführung eines Mindestzuschlags. Vorstellbar ist schließlich auch, dass Vereinbarungen auf der Grundlage des § 5 Abs. 5 der AMPreisV nicht nur für GKV-Versicherte Wirkung entfalten, sondern auch für privatversicherte Patienten gelten bzw. der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in die Regelung des § 5 Abs. 5 einbezogen wird, also den Status einer Vertragspartei erhält (zumal ihr in § 1 Abs. 3 Satz 2 AMPreisV und § 78 Abs. 3 AMG entsprechende Vertragskompetenzen eingeräumt werden).

Das Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie hat dem PKV-Verband gegenüber erklärt, dass es bei der Regelung zum Apothekenzuschlag für Zubereitungen aus Stoffen im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung von einheitlichen Preisen für GKV- und PKV-Versicherte ausgegangen sei. Dies zeige auch die Begründung zur Ersten Verordnung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung (Bundesrats-Drucksache 1054/97, S. 7).

Anlage (zu 2.2 nichtversicherte Personen)

Änderung des SGB V

§ 5 Absatz 10 wird nach Satz 6 um folgende Sätze 7 bis 12 ergänzt:

„Wird eine private Krankenversicherung nach den Sätzen 1 bis 6 nicht begründet, ist das private Krankenversicherungsunternehmen auf Antrag zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages verpflichtet, dessen Tarifbedingungen einen Grundschutz vorsehen. Der Abschluss erfolgt ohne Risikoprüfung, die Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse des beendeten Versicherungsvertrags bestehen so weiter wie sie bestanden hätten, wenn der Versicherungsvertrag nicht beendet worden wäre. Die Verpflichtung nach Satz 7 endet 6 Monate nach Beendigung des vorherigen Versicherungsvertrags. Eine Verpflichtung zur wiederholten Aufnahme nach Satz 7 oder zur Aufnahme nach einer Beendigung des vorherigen Versicherungsvertrags aus wichtigem Grund besteht nicht. Für Personen, die bisher nicht gesetzlich oder privat krankenversichert waren und die zu dem in Abs. 5 oder § 6 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 genannten Personenkreis gehören, gelten die Sätze 7 und 10 entsprechend. Der Antragsteller ist verpflichtet, die zum Annahmewang führenden Umstände nachzuweisen.“

Änderung des SGB XII

§ 32 Absatz 2 in der geltenden Fassung wird wie folgt geändert:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Beiträge zum Grundschutz nach § 5 Absatz 10 Sätze 7 bis 12 des Fünften Buches gelten als angemessen.“

Änderung der Zivilprozessordnung

§ 850i Abs. 1 wird wie folgt geändert:

Nach Satz 3 wird folgender Satz 4 eingefügt:

„§ 850e Nr. 1b gilt entsprechend.“

Übergangsvorschrift

„Das Versicherungsunternehmen, bei dem für die nichtversicherte Person zuletzt eine substitutive Krankenversicherung (§ 12 Versicherungsaufsichtsgesetz) bestand, ist bis zum XX.XX.XXXX [Datum ist noch einzufügen – 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] auf Antrag zum Abschluss eines neuen Versicherungsvertrages nach § 5 Abs. 10 Sätze 7 bis 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch verpflichtet, sofern zwischenzeitlich kein anderweitiger Versicherungsschutz gegen das Risiko Krankheit bestanden hat. Der Antragsteller ist verpflichtet, die zum Annahmewang führenden Umstände nachzuweisen.“

Erläuterung

Änderung des Sozialgesetzbuch V

Die neu eingefügten Sätze 7 bis 12 sind die Auffangregelung für diejenigen ehemaligen Versicherten der privaten Krankenversicherung ohne Krankenversicherungsschutz, die ihn zum Beispiel durch Kündigung oder Rücktritt vom Vertrag verloren haben oder die die Fristen oder Vorversicherungszeiten nach den Sätzen 1 bis 6 nicht erfüllen. Anzubieten ist ein Grundschutz, der nicht mit dem Basistarif identisch ist. Bei einer Kündigung des Versicherungsschutzes ist das kündigende Versicherungsunternehmen zuständig. Wurde der Versicherungsvertrag durch Rücktritt beendet, muss der private Krankenversicherer den Grundschutz anbieten, bei dem davor die Vollversicherung bestand. Wenn vorher kein privater Versicherungsschutz bestand, z. B. weil die betroffene Person bei einer Krankenkasse versichert war, ist das Versicherungsunternehmen zur Aufnahme verpflichtet, das den Rücktritt erklärt hat. Um zu vermeiden, dass der Grundschutz nur für eine bestimmte Behandlung abgeschlossen wird, besteht die Verpflichtung zur Aufnahme nur einmal. Es besteht ebenfalls keine Verpflichtung zur Aufnahme, wenn das Versicherungsverhältnis aus wichtigem Grund (z. B. wegen Betrugs) beendet wurde. Eine Risikoprüfung für den Grundschutz findet nicht statt, es werden aber die im vorherigen Vertragsverhältnis bestehenden Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse so beibehalten, als wenn der Vertrag nicht beendet worden wäre. Das bedeutet, dass Risikozuschläge mit zwischenzeitlichen Erhöhungen weitergeführt werden, weil sonst der Rückkehrer besser da stehen würde als ein Versicherter, dessen Vertrag ohne Unterbrechung weiter bestanden hat. Nach Satz 11 werden auch diejenigen in den Grundschutz aufgenommen, die weder in der privaten Krankenversicherung noch in der GKV versichert waren, die aber nach dem SGB V der privaten Krankenversicherung zuzuordnen sind (z. B. Selbständige, Beamte). Dabei sind Risikozuschläge möglich.

Änderung des Sozialgesetzbuch XII

Es muss sichergestellt werden, dass der Sozialhilfeträger bei den im Sozialtarif Versicherten nicht von seinem Recht Gebrauch macht, die tatsächlichen Krankheitskosten anstatt der Beiträge zu übernehmen. Sonst würde beim Wegfall der Sozialhilfe keine Krankenversicherung mehr bestehen und die betroffene Person stünde wieder ohne Versicherungsschutz da.

Änderung der Zivilprozessordnung

Auch im Bereich des Pfändungsschutzes müssen die erforderlichen Regelungen erfolgen, dass allen die Fortführung des Versicherungsschutzes ermöglicht wird.

Selbständige genießen keinen Pfändungsschutz wie Arbeitnehmer nach §850e ZPO. Sie können Pfändungsschutz im Rahmen des § 850i ZPO erlangen, wo es keine festen Pfändungsfreigrenzen gibt. Vielmehr ist dem Schuldner das Notwendige zur Lebensführung zu belassen, maximal jedoch ein Betrag im Rahmen der Pfändungsfreigrenze nach § 850c ZPO, wenn überwiegende Belange des Gläubigers nicht entgegenstehen. Dabei sind die wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners frei zu würdigen. Im Gesetz ist – anders als bei den Angestellten – der Beitrag zur Krankenversicherung nicht ausdrücklich von der Berechnung des pfändungsfreien Einkommens ausgenommen. Die entsprechende Anwendung des § 850e Nr. 1b ermöglicht Selbständigen wie Arbeitnehmern die Weiterführung des Krankenversicherungsschutzes im Falle der Pfändung der Einkünfte.

Übergangsregelung für bereits Nichtversicherte

Ehemalige Versicherte in einer Vollversicherung der privaten Krankenversicherung, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen, werden innerhalb eines Zeitraumes von X [Datum ist noch einzufügen (6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes)] in den Grundschutz nach den in § 5 Abs. 10 Sätze 7 bis 9 genannten Bedingungen aufgenommen.