

BUND DER VERSICHERTEN e. V.

Postfach 11 53, 24547 Henstedt-Ulzburg

Tel. 04193 - 99040, Fax 04193 - 94221, E-Mail lblunck@bunddersicherten.de



Henstedt-Ulzburg, den 07.11.2006

Stellungnahme des Bundes der Versicherten e.V

zum

**Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 25.10.2006
- Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

Gliederung

1.	Vorwort		3
2.	Änderungen im SGB V		3
2.1.	§ 5 Absatz 5 a SGB V-E:	Arbeitslosengeld II- Empfänger	3
2.2.	§ 6 Absatz 1 Nr.1 und 4 Satz 1 SGB V-E	"drei aufeinanderfolgende Jahre"	4
2.3.	§ 6 Absatz 9 SGB V-E	Stichtagsregelung	4
2.4.	§ 53 Absatz 4 SGB V-E	Wahltarife	5
2.5.	§ 53 Absatz 7 SGB V-E	Dreijährige Bindungsfrist für freiwillig Versicherte	5
2.6.	§ 75 Absatz 3 a SGB V-E	Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	5
3.	Änderungen im VVG		6
3.1.	§ 178 e VVG-E	Beihilfeanspruch	6
3.2.	§ 178 f VVG-E	Zusatztarif und Anwart- schaftsversicherung	6
4.	Änderung im VAG		7
4.1.	§ 12 Absatz 1 Nr. 5 VAG-E	Portabilität der Alterungs- rückstellungen	7
4.2.	§ 12 Absatz 1 a - d und § 12 g VAG-E	Basistarif	8
4.2.1	§ 12 Absatz 1 a VAG-E	Risikozuschlag und Selbstbe- halte	9
4.2.2	§ 12 Absatz 1 b VAG-E	Kontrahierungszwang und Nichtversicherte	9
4.2.3	§ 12 Absatz 1 c VAG-E	Beitragsbegrenzung und -verminderung	11
4.3.	§§ 12 g, 12 Absatz 4 b VAG-E und § 8 Absatz 1 Nr. 6 KalV-E	Risikoausgleich	11
5.	Änderung der Zivilprozessordnung	Pfändungsschutz für Selbst- ständige	12
6.	Mitversicherung von Kindern über Steu- ern		13

1. Vorwort

Der Gesetzentwurf zur Reform der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung muss mit Blick auf die Verbraucherrechte der privat Krankenversicherten einen nutzbringenden Beitrag zur zeitgemäßen „Vertragspartnerschaft auf Augenhöhe“ leisten. Mit konstruktiver Kritik und Verbesserungsvorschlägen möchte der Bund der Versicherten (BdV) in dieser Stellungnahme die Bemühungen der Bundesregierung begleiten. Der BdV hofft, dass die Regelungen durch Erörterung im Bundestag und Bundesrat noch an Deutlichkeit und Klarheit gewinnen werden.

Die Stellungnahme des BdV orientiert sich ausschließlich an Verbraucherinteressen der PKV-Versicherten und potenziellen Neukunden der PKV. Maßstab ist der Wunsch nach Klarheit und Verständlichkeit der Bestimmungen, die es jedem privat Krankenversicherten ermöglichen sollen, seinen Versicherungsschutz selbst zu planen, ohne durch unklare Regelungen übervorteilt zu werden. Der Mindestinhalt des Basistarifes sollte im VVG bzw. VAG festgelegt werden. Der Basistarif kann – unternehmensindividuell – durch Zusatztarife ergänzt werden. Die bisher vorhandene

Nach dem erklärten Willen der Bundesregierung sollen beide Gesundheitssysteme – die GKV und die PKV – nebeneinander bestehen bleiben. Die Einführung einer "Bürgerversicherung" durch die Hintertür sollte unterbleiben.

Die Reform darf daher das duale System nicht gefährden. Der Wechsel und der Verbleib in der privaten Krankenversicherung muss bezahlbar sein.

2. Änderungen im SGB V

2.1 § 5 Absatz 5 a SGB V-E : Arbeitslosengeld II - Empfänger

Eine Versicherungsfreiheit für Arbeitslosengeld II-Empfänger hält der BdV für unangemessen und verfehlt. Durch den neuen § 5 Abs. 5 a SGB V wird denjenigen, die des besonderen Schutzes des Staates bedürfen, die Einbeziehung in die Solidargemeinschaft der GKV versagt. Es ist keinesfalls sicher, dass der künftige Basistarif auch für ALG II – Empfänger bezahlbar ist. Sie werden wie versicherungsfreie Beamte, gut verdienende Angestellte und Selbständige behandelt. Diese Vorschrift ist deshalb zu streichen und die Versicherungspflicht für ALG II-Empfänger beizubehalten.

2.2. § 6 Absatz 1 Nr.1 und 4 Satz 1 SGB V-E: " Drei aufeinanderfolgende Jahre "

Zukünftig soll ein Wechsel in die PKV erst möglich sein, wenn das Jahres-Brutto-Einkommen in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegt. Die Versicherungspflicht endet mit dem Ablauf des dritten Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird (§ 6 Absatz 1 Nr.1 und 4 Satz 1 SGB V-E).

Durch die geplante Regelung wird der Zugang zur privaten Krankenversicherung weiter erschwert. Schon die Aufspaltung von Beitragsbemessungsgrenze und Jahresarbeitsentgeltgrenze, führte zu einer abnehmenden Zahl von Wechslern aus der GKV in die PKV. In 2005 gab es keinen Nettozuwachs mehr bei den PKV-Vollversicherten, aber Ausgabensteigerungen in Höhe von ungefähr 5 Prozent. Dieser Trend dürfte anhalten und durch die Umsetzung der geplanten Gesundheitsreform weiter verstärkt werden. So erfreulich die Verbreiterung der Zahl der GKV-Versicherten auch ist, darf dies nicht auf Kosten der PKV-Versicherten „erkauft werden“.

Wenn ein duales System zwischen GKV und PKV gewollt ist, dürfte die jetzige Regelung die bessere Lösung sein.

2.3. § 6 Absatz 9 SGB V-E: " Stichtagsregelung "

Der neue § 6 Absatz 9 SGB V-E sieht vor, dass Arbeitnehmer, die nicht in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten haben und am 27.10.2006 in der PKV versichert waren; oder vor diesem Datum ihre GKV gekündigt haben, um in die PKV zu kommen, versicherungsfrei bleiben.

Diese Stichtagsregelung könnte auf verfassungsrechtlichen Bedenken stossen.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts entfällt das schutzwürdige Vertrauen in den Bestand der bisherigen Rechtsfolgenlage schon zum Zeitpunkt des endgültigen Gesetzesbeschlusses über die Neuregelung. Mit dem Tag des Gesetzesbeschlusses müssen die Betroffenen mit der Verkündung und dem Inkrafttreten der Neuregelung rechnen. Von da an ist es ihnen zuzumuten, ihr Verhalten auf die beschlossene Gesetzeslage einzurichten. Der Gesetzgeber ist deshalb berechtigt, den zeitlichen Anwendungsbereich einer Regelung auch auf den Zeitpunkt von dem Gesetzesbeschluss bis zur Verkündung zu erstrecken (vgl. BVerfGE 13, 261, 272 f.; 31, 222, 227; 95, 64, 87). Das rechtsstaatliche Rückwirkungsverbot darf nur aus zwingenden Gründen des "gemeinen Wohls" oder wegen eines nicht oder nicht mehr vorhandenen schutzbedürftigen Vertrauens des Einzelnen durchbrochen werden (vgl. BVerfGE 72, 200, 258). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sieht solche Rechtfertigungsgründe für bestimmte Falltypen vor, die aber nicht abschließend sind (vgl. BVerfGE 72, 200, 258 f.). Nach der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts wurde eine echte Rückwirkung nur bei Gesetzen zur Streichung von Steuersubventionen als zulässig erachtet (vgl. BVerfGE 97, 67, 82). Ob das Bundesverfassungsgericht bei der Gesundheitsreform auch zu diesem Ergebnis kommen würde, erscheint fraglich, weil der 27.10.2006 lediglich der Tag der 1. Lesung des Gesetzes im Bundestag und nicht der Verabschiedung ist. Zur Vermeidung möglicher verfassungsrechtlicher Angreifbarkeit schlagen wir vor, den Stichtag auf das Datum des Gesetzesbeschlusses zu legen.

2.4. § 53 Absatz 4 SGB V-E: Wahltarife

Der BdV merkt an, dass die Krankenkassen mit Wahltarifen, die entsprechend nach der GOÄ oder GOZ entstandene Kosten übernehmen, nach § 53 Abs. 4 SGB V-E privates Versicherungsgeschäft betreiben würden. Für solche Wahltarife hätte der GKV-Versicherte für die Mehrleistungen gegenüber dem Sachleistungsprinzip eine entsprechend kalkulierte Prämie zu entrichten. Werden solche Wahltarife Wirklichkeit, müssten die für die private Krankenversicherung geltenden Gesetze und Rechtsvorschriften sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene angewendet werden. Eine Überprüfung derartiger Angebote der Krankenkassen hätte von den zuständigen Behörden zu erfolgen. Nach Ansicht des BdV ist das Angebot der Kostenerstattung auf die von der GKV zu tragenden Leistungen zu beschränken. Zusatztarife sollten allein den PKV-Unternehmen vorbehalten bleiben. Deshalb ist Satz 2 des Absatzes 4 zu streichen.

2.5. § 53 Absatz 7 SGB V-E: Dreijährige Bindungsfrist für freiwillig Versicherte

Die Bindungsfrist von drei Jahren nach § 53 Abs. 7 SGB V-E darf nicht uneingeschränkt für die Kündigung der GKV-Versicherten gelten, wenn sie eine Kostenerstattung durch Wahltarife vereinbart haben. Diese Beschränkung sollte nur für GKV-Versicherte abweichend von dem Kündigungsrecht nach § 175 Abs. 4 SGB V nach 18 Monaten gelten, wenn innerhalb der GKV die Krankenkasse gewechselt wird. Eine Kündigung zum Wechsel in die private Krankenversicherung sollte für freiwillig Versicherte ohne Einhaltung dieser Bindungsfrist möglich sein, wenn sie die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit des geltenden § 6 SGB V erfüllen (siehe auch oben 2.2). Ansonsten würde nicht nur für Angestellte, sondern auch für alle anderen Personengruppen, wie zum Beispiel Selbstständige, ein Wechsel in die private Krankenversicherung erschwert. Weil die geplante Regelung missverständlich ist, bitten wir den Gesetzgeber um Klarstellung.

2.6 § 75 Absatz 3 a SGB V-E: Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Der Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung für im Basistarif Versicherte zu gewährleisten, ist nicht vereinbar mit den unterschiedlichen vertraglichen Systemen von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Die in der privaten Krankenversicherung Versicherten schließen mit dem Arzt selber einen Behandlungsvertrag. „Lediglich“ die Kosten des Arztbesuches werden von der privaten Krankenversicherung abhängig vom tariflichen Umfang erstattet. Durch die Schaffung eines Basistarifes erfolgt an dieser vertraglichen Ausgestaltung keine Änderung. Die ärztliche Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird dagegen in weit überwiegendem Maße nach dem Sachleistungsprinzip erbracht. Aus diesem Grund muss die gesetzliche Krankenversicherung zur Gewährleistung dieser Aufgabe Vereinbarungen mit der kassenärztlichen Vereinigungen treffen.

In dem bisherigen brancheneinheitlichen Standardtarif ist die Höhe des ärztlichen und zahnärztlichen Honorars in der GOÄ und GOZ auf bestimmte Gebührensätze begrenzt. Hiermit wird eine im Durchschnitt mit den vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen vergleichbare Vergütungshöhe erreicht. Auch wenn im Standardtarif

versicherte Personen erleben mussten, dass einige Ärzte wegen der Begrenzung der Gebühren im Standardtarif keine Behandlung vornahmen oder nur gegen ein vom Versicherten zu tragendes höheres Honorar, ist dies zwar bedauerlich, aber hinnehmbar. Dies gilt ebenfalls für den neuen brancheneinheitlichen Basistarif. Der Versicherte muss gegebenenfalls auf andere Ärzte ausweichen. Dies ist ihm zumutbar. Es liegt im Wesen der privaten Krankenversicherung, dass eine Kostenerstattung immer nur im tariflich vereinbarten Umfang erfolgt. Dies gilt ebenfalls für einen brancheneinheitlichen Standard- und Basistarif. Auch verhindert die Neuregelung nicht, dass im Basistarif Versicherte von Ärzten abgewiesen werden, wie es GKV-Versicherten in zunehmender Weise – trotz allgemeiner Behandlungspflicht - passiert. Die bisherigen Vergütungsregeln des Standardtarifes sind auch auf den Basistarif anzuwenden.

Zusätzlich sollte aber die Möglichkeit aufgenommen werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den privaten Krankenversicherungen und dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in deren Vertretung über ärztliche und zahnärztliche Behandlung der Versicherten und die dafür zu zahlende Vergütung Verträge abschließen können. Diesen Verträgen können Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und andere Behandler beitreten.

3. Änderungen im VVG

3.1. § 178 e VVG-E: Beihilfeanspruch

Eine Anpassung des Basistarifes bei Änderung des Beihilfeanspruches ohne erneute Gesundheitsprüfung ist nicht vorgesehen. Die Gesetzesbegründung führt aus, dass für Beihilfeberechtigte eigene Varianten des Basistarifes mit unterschiedlichen prozentualen Erstattungen geschaffen werden und eine spiegelbildliche Nachbildung von Beihilfeänderungen daher nicht vorzunehmen ist. Es sollte vom Gesetzgeber klar gestellt werden, dass der Wechsel zwischen den prozentualen Basistarifstufen ohne Risikoprüfung zu erfolgen hat.

3.2. § 178 f VVG-E: Zusatztarif und Anwartschaftsversicherung

Der BdV befürwortet, dass bei einem Wechsel in den Basistarif eines anderen PKV-Unternehmens ein Zusatztarif beim alten Unternehmen abgeschlossen werden kann (§ 178 f Absatz 1 Satz 2 VVG-E) und die über den Basistarif hinaus gehende Alterungsrückstellung angerechnet wird. Dadurch wird eine negative Risikoselektion vermieden. Denn bei Mitgabe der Rest-Alterungsrückstellungen zu einem anderen Unternehmen würden nur gute Risiken Aufnahme finden. Das abgebende Unternehmen würde durch die Verschlechterung des Bestandes geschädigt. Weil das abgebende Unternehmen verpflichtet ist, Zusatztarife anzubieten, in welche die Einbringung der Rest-Alterungsrückstellungen erfolgen kann, können diese dem Versicherungsnehmer nicht verloren gehen. Dies hat aber im Ergebnis zur Folge, dass der neue Versicherungsschutz, der aus Basisschutz beim alten Versicherer und Zusatzschutz beim neuen Versicherer bestehen kann, nicht immer identisch mit dem bisherigen Umfang ist. Deshalb hält der BdV es für sinnvoll, auch die Zusatztarife, die von PKV-Unternehmen für gesetzlich Krankenversicherte angeboten werden, dem Basistarif zugänglich zu machen.

Die Begründung eines Rechtsanspruches auf eine Anwartschaftsversicherung in § 178 f Absatz 3 VVG-E ist positiv zu bewerten, auch wenn in den meisten Fällen vertraglich schon ein solcher Anspruch besteht. Diesen Anspruch auf bereits gekündigte Verträge auszudehnen, geht jedoch zu weit. Jeder PKV-Versicherte kann bei Vorliegen eines Anwartschaftsgrundes seine bestehende private Krankenvollversicherung in eine Anwartschaftsversicherung umwandeln. Nimmt er diese Möglichkeit nicht in Anspruch und kündigt den Vertrag, darf er nicht belohnt werden. Die PKV-Unternehmen sind zu verpflichten, den Versicherten über die Umstellungsmöglichkeit auf eine Anwartschaftsversicherung bei Vertragabschluss und zusätzlich bei Erhalt einer Kündigung zu informieren. Die Möglichkeit, eine Anwartschaftsversicherung auch rückwirkend abzuschließen, wie die Gesetzesbegründung vorsieht, darf höchstens befristet -und zwar innerhalb von 12 Monaten nach Kündigung des Vertrages - möglich sein.

4. Änderungen im VAG

4.1 § 12 Absatz 1 Nr. 5 VAG-E: Portabilität der Alterungsrückstellungen

Die in § 12 Absatz 1 Nummer 5 VAG-E vorgesehene Mitgabe der Alterungsrückstellungen sowohl für bestehende Verträge als auch für Neuverträge befürwortet der BdV im Grundsatz

Schwierig ist die Umsetzung der Portabilität der Alterungsrückstellungen. Ob das von der Bundesregierung angedachte Modell die richtige Lösung darstellt, ist fraglich. Demnach muss der Übertragungswert gemäß § 13 a KalV dem Teil der Versicherung entsprechen, dessen Leistungen mit dem Basistarif übereinstimmen. Gegenwärtig ist noch nicht zu erkennen, wie die konkrete Ermittlung des Übertragungswertes geschehen soll, weil es den Basistarif noch nicht gibt. Diese fiktive Ermittlung der Alterungsrückstellung kann daher noch nicht beurteilt werden. Die Portabilität wird erst dann verwirklicht werden können, wenn der Umfang des Basistarifes festgelegt sein wird und wenn unter anderem feststeht, welche Kosten die einzelnen Tarifleistungen verursachen. Ein schwierig einzuschätzendes Problem zur Ermittlung des Übertragungswertes ist die fiktive Berechnung einer Alterungsrückstellung im Basistarif für die Zeiten vor seiner Einführung, die bis zum Beginn der jeweiligen Vollversicherung erforderlich ist. Nach der Gesetzesbegründung sollen die PKV-Unternehmen möglichst einheitliche Rechnungsgrundlagen verwenden. Dies ist aber für die Rechnungsgrundlage Sterblichkeit kaum möglich, weil für den Zeitraum vor Einführung der Sterbetafel 2000, die PKV-Unternehmen verschiedene Tafeln verwendet haben. Eine Einheitlichkeit kann daher in diesem Punkt nicht erzielt werden. § 13 a in Absatz 2 Satz 1 KalV-E sieht zwar vor, dass die PKV-Unternehmen die Sterbetafel anzusetzen haben, welche sie in dem betreffenden Jahr für neue Tarife und den Neubestand bei Neukalkulation bestehender Tarife verwendet haben. Das Ergebnis dürfte aber uneinheitlich ausfallen. Es birgt das Risiko der Bevorteilung zu Gunsten PKV-Versicherter einiger Unternehmen und der Benachteiligung anderer. Ob dies möglicherweise hinnehmbar ist, hängt entscheidend von der Höhe des Unterschiedsbetrages ab. Wäre er zu hoch, ist dieser durch ein noch zu erarbeitendes Regulativ auszugleichen.

Alternativ könnte die Mitgabe der individuellen prospektiven Alterungsrückstellungen in Betracht kommen. Auch wenn verschiedene Expertenkommissionen - zuletzt die

VVG-Kommission - diese Form der Mitgabe zwar für möglich hielten, aber wegen der ungeklärten Restrisiken nicht empfehlen konnten, ist diese jedoch nach Meinung einiger Experten geeignet und praktikabel. Auch der BdV hält diese Variante für umsetzbar.

Die unterschiedliche Ansätze zur Übertragung der Alterungsrückstellungen werden seit Jahren kontrovers diskutiert werden und ob der Vorschlag im Gesetzentwurf geeignet ist, kann in Zweifel gezogen werden.

Der PKV-Verband sollte aufgefordert werden, innerhalb einer Frist von 12 Monaten einen Vorschlag zur Übertragung der Alterungsrückstellungen vorzulegen.

Die Portabilität der Alterungsrückstellungen muss sowohl für Bestandskunden als auch für Neukunden gelten. Weil eine Übertragung der Alterungsrückstellungen Auswirkungen auf die Prämien im Bestand der bisher PKV-Vollversicherten haben wird, sollte die Lösung dieser Frage dem Verband der privaten Krankenversicherung in Abstimmung mit der BaFin übertragen werden. Es ist unbedingt darauf zu achten, die Prämiensteigerungen so gering wie möglich zu halten. Die zukünftige Portabilitätslösung hat die Übertragung des gesetzlichen Beitragszuschlag nach § 12 Absatz 4 VAG in vollem Umfang vorzusehen!

§ 12 Absatz 1 a – d und § 12 g VAG-E: Basistarif

Die geplanten Änderungen des § 12 VAG durch Ergänzung der Absätze 1a) bis 1d) und den § 12 g VAG-E verpflichten die PKV-Unternehmen einen Basistarif ihren Versicherten anzubieten, der bestimmte Regularien zu erfüllen hat. Die Einführung eines Basistarif ist erfreulich, bedarf jedoch aus Sicht des BdV einiger Änderungen, um nicht die PKV-Bestandsversicherten zu belasten und einen "schleichenden Tod" der PKV zu verhindern.

Der Basistarif tritt neben die bisherigen bestehenden Tarife, wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist. Diese Feststellung ist aber auch „mit Leben zu füllen“, so dass es weiter hin attraktiv bleiben muss, andere Tarife außer dem Basistarif zu wählen.

Der vorgegebene Leistungsinhalt des Basistarifes sollte dem bereits existierenden Standardtarif entsprechen und ausschließlich Leistungen bei Krankheit vorsehen. Dessen Vertragsleistungen sind mit den Leistungen des 3. Kapitel des SGB V nur vergleichbar. Zu verzichten ist auf die detailgetreue Übernahme aller Bestimmungen der GKV von Arzneimittelrichtlinien über Haushaltshilfe bis hin zur häuslichen Krankenhilfe in den PKV-Basistarif. Der PKV-Basistarif soll lediglich einen Grundschutz abdecken. Hierin liegt auch eine Chance für die GKV, ihr erweitertes Leistungsspektrum als Wettbewerbsvorteil zu nutzen und die Wechselwilligen von einem Wechsel in den PKV-Basistarif abzuhalten. Die Vergütung der Ärzte ist ebenfalls entsprechend dem Standardtarif zu regeln.

Die Einzelheiten des Basistarifes sind zwischen dem Verband der privaten Krankenversicherung und der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen zu vereinbaren, wie es der Entwurf in § 12 Absatz 1 d VAG-E vorsieht. Eine Rechtsverordnung der Bundesregierung erscheint dem BdV nicht notwendig. Das folgt aus den sich bereits bewährten Musterfällen des Standardtarifes und ebenso der Pflegepflichtversicherung,

bei denen durch Gesetz bestimmte Regularien festgelegt worden sind. Die dort vorgeschriebenen Regelungen wurden durch die allgemeinen Versicherungsbedingungen vom Verband der privaten Krankenversicherer mit bindender Wirkung für seine Mitgliedsunternehmen erstellt. Eine Abstimmung mit der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht erfolgte ebenfalls. Den jeweiligen PKV-Unternehmen ist weder ein Verzicht auf einen Basistarif nicht möglich, noch Abweichungen von dessen einheitlichen Bedingungen und Kalkulationen, weil die PKV-Unternehmen sonst gegen eine für ihren Geschäftsbetrieb zwingende Rechtsvorschrift verstoßen würden. Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht hat nach § 81 VAG im Rahmen ihrer Rechts- und Finanzaufsicht die Einhaltung der maßgeblichen gesetzlichen Normen zu kontrollieren. Im Notfall hat sie mit ihren aufsichtsrechtlichen Mitteln diese durchzusetzen. Ihre Mittel können bis zur Versagung der Erlaubnis des Geschäftsbetriebes gehen. Durch die gesetzliche Regelung des Basistarifes wird daher nach Ansicht des BdV eine ausreichende Bindungswirkung gewährleistet.

4.2.1 § 12 Absatz 1 a VAG-E: Risikozuschlag und Selbstbehalte

Die Gesetzesbegründung zu § 12 Absatz 1 a VAG-E „preist an“, dass der Basistarif für bereits PKV-Versicherte besonders interessant ist, die bisher einen Risikozuschlag bezahlen müssen. Die Bundesregierung räumt aber ein, dass es hierdurch möglicherweise zu negativer Risikoselektion und trotz des geplanten Risikoausgleiches in § 12 g VAG-E zu negativen Folgen für das Prämienniveau kommen kann. Bei Verbot eines Risikozuschlages im Basistarif müsste dieses zusätzliche Risiko also vom gesamten PKV-Kollektiv über höhere Beiträge getragen werden. Das ist nicht akzeptabel. Bisher PKV-Versicherte haben in Kenntnis ihres Risikozuschlages ihren PKV-Vertrag abgeschlossen. Nach geltender Rechtslage entfällt bei einem Tarifwechsel nach § 178 f VVG auch nicht der bisherige Risikozuschlag, sondern nur die Höhe des zu zahlenden maximalen Beitrages im Standardtarif wird nach oben begrenzt. In grundsätzlicher Anlehnung an die geschaffenen Regelungen der PKV-Unternehmen für Beamte, der sich viele private Krankenversicherer angeschlossen haben, schlägt der BdV eine Begrenzung des Risikozuschlages für den Basistarif vor. Diese Begrenzung soll sowohl bei einem Wechsel von Bestands-Versicherten, die bereits einen PKV-Vertrag mit Risikozuschlag besitzen, als auch für Neu-Versicherte im Basistarif zur Anwendung gelangen vor. Ein Annahmepflicht für den Basistarif mit einem Risikozuschlag von maximal 30 Prozent erscheint angemessen.

Die Möglichkeit im Basistarif Selbstbehalte zu wählen und diese nach einer vertraglichen Mindestfrist von drei Jahren wechseln zu können, ist der richtige Schritt. Diese Wahlmöglichkeit sollte auf alle anderen Tarife ausgeweitet werden. Nach Ansicht des BdV stellt die Selbstbeteiligung kein Leistungs-, sondern lediglich ein Beitragskriterium dar.

4.2.2. § 12 Absatz 1 b VAG-E: Kontrahierungszwang und Nichtversicherte

Nach § 12 Absatz 1 b VAG-E wird nach der Gesetzesbegründung ein Kontrahierungszwang zugunsten bestimmter Personen begründet, die sonst keinen oder keinen zumutbaren Versicherungsschutz erhalten. Dies ist aber nur zum Teil richtig. Freiwillig gesetzlich Krankenversicherte haben bereits zumutbaren Versicherungsschutz und müssen nicht in die PKV wechseln. Vielmehr sollte die GKV aktiver als bisher versuchen, ihre Vorteile gegenüber Wechselwilligen herauszustellen, damit

diese in der GKV verbleiben. Die Gesetzesbegründung ist in diesem Punkt klarzustellen.

Der Entwurf sieht in § 12 Absatz 1 b VAG-E vor, dass die private Krankenversicherung bei der Aufnahme von Nichtversicherten jeden aufnehmen muss, der nicht unter die Pflichtversicherung in der GKV fällt. Hiermit wird der Personenkreis, zu dessen Aufnahme die PKV in Zukunft verpflichtet würde, weit über die Gruppen der ehemals PKV-Versicherten ausgeweitet. Eine Anbindung zum System der privaten Krankenversicherung haben aber nur solche Personen, deren Versicherungsvertrag wegen Beitragsverzugs oder verschwiegener Vorerkrankungen beendet worden ist. Nicht dazu gehören jedoch sämtliche Personen, die nicht unter die Pflichtversicherung in der GKV fallen.

Deshalb schlägt der BdV vor, die Regelung zu ändern, dass alle nicht versicherten Personengruppen ohne gesetzliche Versicherungspflicht wieder in die PKV aufgenommen werden müssen. Für einige Personengruppen ist diese Möglichkeit gänzlich zu streichen. Dies gilt zum Beispiel für Ausländer, die nach Deutschland kommen und nicht in der GKV versicherungspflichtig werden. Wenn die Versicherung dieser Personen sozialpolitisch gewollt ist, dann müssen entsprechende Regelungen für eine Aufnahme in die GKV geschaffen werden. Dies gilt ebenso für Rückkehrer aus dem Ausland, sofern sie irgendwann früher in der PKV versichert waren. Jeder PKV-Versicherte hat die Möglichkeit für die Dauer eines Auslandsaufenthaltes eine Anwartschaftsversicherung abzuschließen. Unterlässt er dies, weil er nicht weiß, ob und wann er zurückkehrt, hat er zunächst Beiträge gespart und darf bei einer Rückkehr die Versichertengemeinschaft des Basistarifes nicht belasten. Denn sonst würde der Umlagebedarf im Basistarif zusätzlich steigen. Die Belastung der heute Vollversicherten durch mögliche Subventionierung des Basistarifs wäre über Beitragssteigerungen entsprechend noch umfangreicher.

Der PKV-Basistarif soll nach Maßgabe des § 12 Absatz 1 b Satz 1 Nr. 3 VAG-E für in Not geratene Nichtversicherte, die von ihrer Vorversicherungszeit der privaten Krankenversicherung zugeordnet werden können, geöffnet werden. Das hält der BdV im Grundsatz für richtig. Dabei soll auch für die rückkehrenden Nichtversicherten ein Anspruch auf das Entfallen von Risikozuschlägen bestehen. Dies könnte zu Beitragssteigerungen für die Privatversicherten im heutigen Bestand führen. Deshalb sollten die PKV-Unternehmen zwar zur Annahme verpflichtet werden, aber mit der Möglichkeit, einen maximalen Risikozuschlag von 30 Prozent erheben zu dürfen. Die unbefristete Rückkehrmöglichkeit ist aber zu weitgehend. Die Wiederversicherungsmöglichkeit ist zeitlich befristet werden. Eine Frist von 12 Monaten nach Beendigung des PKV-Vertrages entsprechend der Regelung des § 5 Absatz 10 SGB V kommt in Betracht. Ferner ist die Wiederversicherungsmöglichkeit auf eine bestimmte Anzahl, maximal zwei, zu beschränken, um eventuell denkbaren Ausnutzungen dieser Regelung vorzubeugen.

Für die ehemals PKV-Versicherten, die sich trotzdem nicht in dem PKV-Basistarif versichern können, müsste der Gesetzgeber eine Lösung überdenken, die eine Versicherbarkeit in der GKV ermöglicht, wenn es weiter hin sein Ziel ist, dass alle Personen Krankenversicherungsschutz besitzen sollen. Dies ist ferner wichtig, weil nach der geplanten und vom BdV für richtige gehaltenen Regelung in Absatz 1 b Satz 2 Nr. 1 und 2 VAG-E ehemals PKV-Versicherte dann nicht mehr von ihrer privaten

Krankenversicherung aufgenommen werden müssen, wenn das private Krankenversicherungsunternehmen:

- den Krankenversicherungsvertrag wegen Androhung oder arglistiger Täuschung angefochten hat

oder

- von diesem wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist.

Insofern könnte der Gesetzgeber überprüfen, ob diese Personen zumindest die Möglichkeit der Versicherbarkeit in der GKV erhalten oder ihr rechtswidriges Verhalten nicht noch belohnt werden soll.

Der Gesetzgeber sollte ergänzen bzw. klarstellen, dass Personen, die wegen ihres rechtswidrigen Verhaltens nicht mehr in den Basistarif ihres ehemaligen PKV-Unternehmens gelangen, selbstverständlich auch keinen Basistarif bei einem anderen PKV-Unternehmen abschließen können.

4.2.3 § 12 Absatz 1 c VAG-E: Beitragsbegrenzung und -verminderung

Die Erweiterung der Beitragsbegrenzung des §12 Absatz 1 c VAG-E gegenüber der bisher für den Standardtarif geltenden Begrenzung der Prämie ist nicht sachgerecht. Zur Gewährleistung der Bezahlbarkeit des Basistarifes ist die Einführung einer Beitragsobergrenze in Höhe des durchschnittlichen GKV-Höchstbeitrages eine geeignete Lösung. Eine grundsätzliche Begrenzung des Höchstbeitrages auf maximal 150 Prozent des durchschnittlichen Höchstbeitrages für Ehegatten oder Lebenspartner ist aber abzulehnen, weil dieser nicht risikogerecht kalkuliert werden kann und starke Beitragssteigerungen zur Folge hätte. Nur entsprechend dem Standardtarif ist die 150-Prozent-Begrenzung in den Basistarif aufzunehmen, also für Personen ab dem 55. Lebensjahr, die unter der Jahresarbeitsentgeltgrenze verdienen, oder ab dem 65. Lebensjahr ohne Einkommensbegrenzung, wenn sie mindestens zehn Jahre in der PKV versichert waren.

Die Verminderung des Beitrages um die Hälfte, wenn Personen durch die Zahlung des Beitrages hilfsbedürftig i.S.d. SGB II oder SGB XII werden, ist allerdings abzulehnen. Sozialpolitisch mag dies sicherlich gewünscht sein, ist aber mit der Kalkulation eines PKV-Tarifes unvereinbar. Wenn eine Unterstützung dieser Personen politisch gewünscht wird, könnte dies zum Beispiel über höhere Zuschüsse zum ALG-II oder zur Sozialhilfe gelöst werden.

4.3 §§ 12 g, 12 Absatz 4 b VAG-E und § 8 Absatz 1 Nr. 6 KalV-E: Risikoausgleich

Der geplante § 12 g VAG-E sieht einen Risikoausgleich der PKV-Unternehmen vor, die einen Basistarif anbieten. Die Prämienkalkulation hat auf Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle PKV-Unternehmen zu erfolgen (§ 12 Abs. 4 b VAG-E).

Das Element eines Risikoausgleichs findet sich in Form des Risikostrukturausgleiches im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem privaten Krankenversicherungssystem ist so etwas grundsätzlich fremd. Allerdings existieren entsprechende Risikoausgleichssysteme bereits für den PKV-Standard-Tarif und die private Pflege-Pflichtversicherung. Weil die sinnvolle Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen zur Gefahr einer Risikoentmischung des Bestandes eines privaten Krankenversicherers führen könnte, ist ein Risikoausgleich nur bezogen auf alle im Basistarif Versicherten unternehmensübergreifend ein sinnvolles Instrument. Damit kann vermieden werden, dass ein Unternehmen beim Wechsel vieler „guten Risiken“ und dem Verbleiben vieler „schlechten Risiken“ in Gefahr gerät. Auch könnten dadurch unzumutbare Prämien erhöhungen für die verbleibenden Versicherten in Grenzen gehalten werden. Die Mehraufwendungen, die im Basistarif wegen Vorerkrankungen entstehen können, sind insoweit auf alle im Basistarife Versicherten zu verteilen (§ 12 g Absatz 1 Satz 3 VAG-E). Dies spiegelt sich in der Tarifikalkulation gemäß § 8 Absatz 1 Nr. 6 KalV-E wieder.

Da jedoch bisher nicht genügend Erfahrungswerte vorliegen, könnte diese „Muss-Vorschrift“ nach einem bestimmten Zeitraum, z.B. 5 Jahre, vom Gesetzgeber in Abstimmung mit dem PKV-Verband und der BaFin überprüft werden. Eine eventuelle Änderung in eine „Kann-Vorschrift“ wäre dann zu prüfen, wenn gesicherte Kenntnisse darüber vorliegen sollten, ob die PKV-Unternehmen selber innerhalb ihres Basis tarifes einen Risikoausgleich bewältigen können. Ob dies allerdings überhaupt erreichbar ist, muss die Zukunft zeigen. Im Rahmen des Risikoausgleiches zwischen allen Basisversicherten ist dafür Sorge zu tragen, dass die anderen PKV-Voll-Versicherten durch dieses System nicht belastet werden und es mitfinanzieren müssen.

Zur Vermeidung der Belastung der übrigen PKV-Vollversicherten dürfte der Vorschlag des BdV beitragen, der im Gegensatz zu dem Regierungsentwurf einen maximalen Risikozuschlag von 30 % im Basistarif für gerechtfertigt hält und eine Halbierung der Beiträge im Fall der Hilfsbedürftigkeit durch die Versichertengemeinschaft der PKV für verfehlt hält.

5. Änderung der Zivilprozessordnung: Pfändungsschutz für Selbstständige

Im Gegensatz zu Arbeitnehmern genießen Freiberufler und Selbstständige keinen Pfändungsschutz nach § 850 e ZPO. Im Rahmen des § 850 i ZPO können sie einen solchen Pfändungsschutz erhalten, jedoch ohne feste Pfändungsgrenzen. Zwar ist einem Schuldner das Notwendige zum Lebenserhalt zu belassen, aber dieser Betrag ist maximal auf die Pfändungsfreigrenzen gemäß § 850 c ZPO beschränkt. Hierbei erfolgt eine freie Würdigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Schuldners. Der Beitrag zur Krankenversicherung wird jedoch bei Freiberuflern und Selbstständigen nicht explizit von der Berechnung des pfändungsfreien Einkommens ausgenommen. Wie Arbeitnehmern soll auch Freiberuflern und Selbstständigen die Möglichkeit eröffnet werden, durch analoge Anwendung des § 850 e Nr. 1 b ZPO die Krankenversicherung im Fall einer Pfändung von Einkünften weiter führen zu können. Die Beiträge zur privaten Krankenversicherung sollten dabei ohne Bindung an die Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung Berücksichtigung finden.

6. Mitversicherung von Kindern über Steuern

Die geplante Gesundheitsreform sieht die schrittweise Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Steuern von der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder vor. Dieses Steuermodell sollte auf PKV-versicherte-Kinder ausgeweitet werden, für die ihre Eltern bisher einen eigenen Beitrag zu entrichten haben. Nur hierdurch kann eine Gleichbehandlung erreicht werden. Denn ansonsten hätten die Eltern privat versicherter Kinder sich als Steuerzahler an den Kosten fremder Kinder in der GKV beteiligt, erhielten aber für ihren eigenen Nachwuchs keinerlei Entlastung bei den PKV-Beiträgen.