



DeutscherAnwaltVerein

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Rechtsanwalt Philipp Wendt
Tel. +49 (0)30 726152-123
wendt@anwaltverein.de
Sekretariat Judith Schwarz
Tel. +49 (0)30 726152-133
Fax +49 (0)30 726152-190
schwarz@anwaltverein.de

20. Dezember 2006

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 16/3100)

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersende ich die Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins durch seine Ausschüsse Versicherungsrecht und Sozialrecht zum Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Aus Sicht des DAV ist bereits der Titel des Gesetzentwurfes irreführend. Weder betrifft es nur den Wettbewerb innerhalb des Bereichs der gesetzlichen Krankenversicherung, noch ist es auf die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt. Vielmehr greift der Gesetzesentwurf tief in das Recht der privaten Krankenversicherung ein.

Aber auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung darf der Wettbewerb zwischen Leistungserbringern oder zwischen den Krankenkassen nicht zur Folge haben, dass Menschen trotz gesetzlich angeordneter Pflichtkrankenversicherung nur unzureichend medizinisch versorgt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Wendt
Geschäftsführer

Anlage

Littenstraße 11
D-10179 Berlin
Telefon 0 30/ 72 61 52-0
Telefax 0 30/ 72 61 52-1 90
dav@anwaltverein.de

German Bar Association
1, Avenue de la Joyeuse Entrée
B-1040 Brüssel
Telefon +32/ 2/ 2 80 28 12
Telefax +32/ 2/ 2 80 28 13
bruessel@anwaltverein.de

Postbank
Köln 2300 93-503
BLZ 370 100 50

Dresdner Bank
Bonn 2 160 444
BLZ 370 800 40

Berlin, im Dezember 2006
Stellungnahme Nr. 69/06

**Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins
durch die Ausschüsse
Versicherungsrecht und Sozialrecht
zum Entwurf eines
Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-WettbewerbsstärkungG – GKV-WSG)
BT-Drucks. 16/3100**

<u>Mitglieder des Sozialrechtsausschusses:</u>	<u>Mitglieder des Versicherungsrechtsausschusses:</u>
Rechtsanwalt Prof. Dr. Hermann Plage- mann, Frankfurt am Main (Vorsitzender und Berichterstatter) Rechtsanwalt Matthias Bünger, Tübingen Rechtsanwalt Reinhard Holterman, Mün- chen Rechtsanwalt Michael Klatt, Oldenburg Rechtsanwalt Ronald Richter, Hamburg	Rechtsanwalt Dr. Knut Höra, Frankfurt (Vorsit- zender und Berichterstatter) Rechtsanwalt Dr. Gerhard Heinemann, Berlin Rechtsanwalt Ralf Johannsen, Hamburg Rechtsanwalt Hartmut M. C. L. Lübbert, Freiburg Rechtsanwalt Arno Schubach, Koblenz (Bericht- erstatter) Rechtsanwalt Herrmann Schünemann, Celle Rechtsanwalt Dr. Oliver Sieg, Düsseldorf

Zuständige DAV-Geschäftsführer: Rechtsanwältin Heidemarie Haack-Schmahl,
Rechtsanwalt Philipp Wendt

Verteiler:

- Bundesministerium für Gesundheit
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- Bundesministerium der Justiz

- Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Arbeit und Sozialpolitik des Deutschen Bundestages
- Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Forschung und Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages
- Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz des Deutschen Bundestages

- Bundesverband freier Berufe
- Bundesrechtsanwaltskammer
- Steuerberaterverband

- Vorstand, Landesverbände des DAV
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht des DAV
- Geschäftsführender Ausschuss der Arbeitsgemeinschaft Versicherungsrecht des DAV
- Vorsitzende der Gesetzgebungsausschüsse des DAV
- Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaften des DAV

- NJW
- VersR
- NZS
- Spektrum Versicherungsrecht
- ASR

Der Deutsche Anwaltverein (DAV) ist der freiwillige Zusammenschluss der deutschen Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte. Der DAV mit derzeit ca. 64.000 Mitgliedern vertritt die Interessen der deutschen Anwaltschaft auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

A) Recht der gesetzlichen Krankenversicherung

I. Einleitung

Das Bundesverfassungsgericht hat das „**Grundrecht**“ auf medizinische Versorgung der Menschen, die in der GKV versichert sind, klar herausgearbeitet:

Zwischen der Pflicht, Beiträge zu zahlen, und einem effektiven Gesundheitswesen besteht ein durch Grundrechte abgesichertes Verhältnis der Äquivalenz.

Insbesondere BVerfG v. 6.12.2005

„Wettbewerb“ zwischen Leistungserbringern oder auch zwischen Krankenkassen darf nicht zur Folge haben, dass es auf Seiten der Versicherten „Verlierer“ gibt, also Menschen, die trotz gesetzlich angeordneter (Pflicht-)Krankenversicherung nur unzureichend medizinisch versorgt werden.

„Wettbewerb“ um Qualität kann sich also nur auf einem Niveau abspielen, welches **oberhalb** des allgemein anerkannten Standard (§ 76 Abs. 4 SGB IV) anzusiedeln ist. Der Beschluss des BVerfG vom 6.12.2005 signalisiert sehr deutlich, dass es zu den Aufgaben der GKV gehört, den medizinischen Fortschritt (mit-)voranzutreiben.

Im Einzelnen:

II.

Das GKV-WSG initiiert einen **Strukturwandel**:

- Die Krankenkasse wird degradiert vom „Träger der Sozialversicherung“ (§ 29 Abs. 1 SGB IV) zum Empfänger und Treuhänder von Geldbeträgen, die der Gesundheitsfonds, vertreten durch das BVA ihr hoheitlich zubilligt. Die Möglichkeit so genannter „Zusatzbeiträge“ (§ 242) ändert an diesem Paradigmenwechsel nichts sondern führt dem Mitglied um so deutlicher vor Augen, dass entweder das Versichertenkollektiv „zu teuer“ ist oder externe Faktoren (z.B. betriebliche Altersversorgung, trotz RSA „unglückliche Mitgliederzusammensetzung“ oder Leistungsmissbrauch, gegen den sich die Kasse jedenfalls im vorhinein nicht wehren konnte) seine Kasse „teurer“ machen?.
- Die „Chance“ der Insolvenz stärkt weder den Wettbewerb noch den körperschaftlichen Gedanken der einzelnen Kasse, sondern signalisiert lediglich, dass Leistungserbringer und Versicherte mit Ausfällen rechnen müssen, für die sie keinerlei Verantwortung tragen.
- Die mittelbare Einflussnahme auf den Gemeinsamen Bundesausschuss durch die Besetzung mit hauptamtlichen Mitgliedern einerseits und die verstärkte Möglichkeit der „Ersatzvornahme“ durch das Ministerium andererseits begrenzen oder beenden das Projekt einer „gemeinsamen Selbstverwaltung“.

Gerade der Gemeinsame Bundesausschuss hat in den letzten Jahren an Bedeutung enorm gewonnen und durch eine völlig neue Verfahrensweise und Entscheidungspraxis einen Fortschritt auch in Sachen Transparenz im Gesundheitswesen gebracht.

Dieser Strukturwandel gewährleistet nur dann mehr Effizienz und Wirtschaftlichkeit, wenn man davon ausgeht, dass der künftig sowohl die „Kosten-Nutzen-Bewertung“ als auch die Einnahmeseite dominierende Staat den medizinischen Fortschritt besser fördert als dies bisher durch die dezentralen „Träger der Sozialversicherung“ geschehen ist. Ein Staat, der alljährlich über den Bundeszuschuss als Haushaltsposten diskutiert, kann nicht zugleich dauerhafter Garant für mehr Effizienz und „gesundheitlichen Wohlstand“ der Versicherten sein.

III.

Die in den §§ 155, 164 und 171 enthaltenen Verweise auf die **Insolvenzordnung** (InsO) „entlasten“ die Solidargemeinschaft aller Kassen dieser Kassenart. Anwendung findet die InsO aber erst dann, wenn eine Kasse geschlossen ist, also die gleiche Behörde, nämlich das BVA tätig wurde, die zuvor als Verwalterin des Gesundheitsfonds die Grundpauschale sowie die entsprechenden Zu- und Abschläge gem. §§ 266, 270 gezahlt hat. Die InsO findet nur insoweit Anwendung als es um die Rechtsfolgen einer Schließung geht, nicht aber soweit es um die so genannte Eröffnungsgründe gem. §§ 16 ff. InsO geht. Die einzelne Kasse muss also „weiter wirtschaften“, auch dann, wenn bereits eine Überschuldung eingetreten ist, eine Schließung aber noch nicht erfolgte – die Risiken für Versicherte und Leistungserbringer werden immer größer. Dies um so mehr als zu den Rechtsfolgen der Anwendung der InsO auch gehört, dass der Insolvenzverwalter von den Rechten der Insolvenzanfechtung gem. §§ 130 ff. InsO Gebrauch machen muss. Je länger das Schließungsverfahren durch das BVA dauert, desto größer ist das Risiko, dass Leistungserbringer und Versicherte in dieser Phase erhaltene Geldbeträge dem Insolvenzverwalter herausgeben müssen. Das hat mit dem System einer gesetzlichen Krankenversicherung und deren Verantwortung gegenüber den Versicherten nichts mehr zu tun.

IV.

Wer bei **chronisch Kranken** die **Zuzahlung** der Höhe nach auch danach bemisst, ob der Betroffene lange zuvor medizinische Vorsorge in Anspruch genommen hat oder nicht, belastet typischerweise Rentner, deren finanzielle Situation sich tendenziell eher verschlechtert. Diese Einschränkung des Lebensstandards im Alter trifft solche Personen, die während der Erwerbsphase eher niedrig entlohnt wurden. Dieser Personenkreis lässt es aber – dies bestätigen sozialwissenschaftliche Untersuchungen – in der Regel an der für erforderlich gehaltenen Vorsorge fehlen.

Ein solches besonders Rentner mit niedrigem Einkommen treffendes „Sonderopfer“ im Stadium der schweren Erkrankung ist nicht geeignet, die vom Gesetzgeber gewünschte „generalpräventive Wirkung“ zu entfalten: Die Androhung einer höheren Zuzahlung im Falle der chronischen Erkrankung wird keinen einzigen Versicherten wirklich dazu „anhalten“, die vom Gesetzgeber befürwortete Vorsorge in Anspruch zu nehmen.

V.

Die anwaltliche Praxis hat immer wieder mit Personen ohne **Krankenversicherungsschutz** zu tun. Typisches Beispiel sind „kleine Selbständige“, die sich außerstande sehen, den Beitrag zur privaten (oder gesetzlichen) Krankenversicherung weiter zu zahlen, weil sich ihre finanzielle Situation auf dem Markt kontinuierlich verschlechtert hat. Diese Personen werden nun nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V versicherungspflichtig. Unklar bleibt, zu welchem Zeitpunkt die Versicherungspflicht eintritt. Der fehlende Krankenversicherungsschutz fällt regelmäßig erst auf, wenn umfangreichere medizinische Behandlungen erforderlich werden. Der „kleine Selbständige“ wird sich auch zuvor bei der Kasse nicht melden, um die Beitragspflichten, denen er ja zuvor bewusst durch Kündigung gem. § 175 Abs. 4 i.V.m. § 191 Satz 1 Nr. 4 SGB V entflohen ist, zu vermeiden.

VI.

Die Einrichtung des **Gesundheitsfonds** hat zur Folge,

- dass jede einzelne Krankenkasse einer zusätzlichen Überprüfung durch den Bundesrechnungshof unterliegt. Dies bestätigt erneut, dass die Krankenkasse nicht mehr „Träger der Sozialversicherung“ ist, sondern nachgeordnete Behörde.
- dass das Risiko des Beitragseinzugs von der Kasse auf den Fonds übergehen muss.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG gibt es auch für Körperschaften des öffentlichen Rechts keinen „Grundrechtsschutz“ bzw. „Bestandsschutz“. Der Gesetzgeber ist befugt, aufgrund einer Neubewertung vorhandene Verwaltungsstrukturen nicht nur abzuändern sondern auch völlig neu zu gestalten. Die Neuschaffung von Verwaltungsstrukturen muss aber wenigstens Sinn machen; andernfalls müsste man von einem „Rechtsformmissbrauch“ sprechen. Die Schaffung des Gesundheitsfonds macht nur dann Sinn, wenn man zugleich die von den großen Parteien diskutierten Modelle der „Kopfpauschale“ oder der „Bürgerversicherung“ mit in den Blick nimmt. Ob man die Neuschaffung einer Verwaltungsstruktur mit einem solchen in die Zukunft verschobenen Diskussionsprojekt rechtfertigen kann, ist im Hinblick auf den bürokratischen Aufwand sehr zweifelhaft. Im Ergebnis zementiert der Gesundheitsfonds den staatlichen Einfluss, insbesondere den Einfluss des Haushaltsgesetzgebers und stellt diesen über die Interessen an einer effektiven und modernden Gesundheitsversorgung: Der Haushaltsgesetzgeber muss bei der jährlichen Ermittlung des Bundeszuschusses auch die gesamtwirtschaftliche Lage mit in den Blick nehmen – die derzeitige Diskussion um eine befristete Erhöhung des Bundeszuschusses gibt dafür einen „Vorgeschmack“! Genau dieses „Ausgeliefertsein“ an die „gesamtwirtschaftliche Lage“ widerspricht dem grundrechtlichen Auftrag der gesetzlichen Krankenversicherung, wie ihn erst jüngst wieder das BVerfG im Beschluss vom 6.12.2005 hervorgehoben hat.

VII.

Die Möglichkeit, ständig zwischen Sachleistung und **Kostenerstattung gem. § 13 Abs. 2** wählen zu können, schafft nicht mehr Wettbewerb oder gar Verbraucherschutz sondern begünstigt einige wenige und erhöht erheblich das Risiko, von einem Vertragsarzt in die – teurere! – Kostenerstattung verwiesen bzw. gelockt zu werden. Der Verwaltungsaufwand steht außer Verhältnis zu dem „Gewinn“ für die Versicherten. Das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten wird nicht verbessert sondern labiler bzw. und kann stärker von Misstrauen geprägt sein.

VIII.

Im **Hilfsmittelbereich** sieht der Gesetzentwurf (§ 33, 127) nun ein neues Modell der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse vor. Dies beruht auf einer Ausschreibung, was schlussendlich zur Folge hat, dass dem Versicherten gegenüber nur noch wenige oder möglicherweise nur noch ein einziger Hilfsmittellieferant gegenübersteht. Aus Sicht des Versicherten können sich hier also Strukturen entwickeln, die ihm gegenüber monopolartigen Charakter haben und er zudem Gefahr läuft, nicht mehr eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Dieser Umbau hin zu einem „**Einkaufsmodell**“ gefährdet die Erfüllung des individuellen Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung einerseits und begrenzt die Berufsfreiheit gemäß Art. 12 GG der Hilfsmittelerbringer andererseits, ohne dass dafür überzeugende Allgemeininteressen ersichtlich sind. Das Einkaufsmodell unterbindet jeglichen Wettbewerb um Qualität und versagt vollends, soweit es um nicht standardisierte Hilfsmittel geht, für die es auch keine Leitlinien gibt.

IX.

Die den Kassen in **§ 52 eröffnete Ermächtigung**, bestimmte Patienten nach Tätowierungen usw. an den daraus sich ergebenden Kosten „angemessen“ zu beteiligen, ist so offen und unklar, dass hier schon Zweifel an der Rechtsstaatlichkeit bestehen.

Vor allem aber verfehlt eine solche Regelung das Ziel: Weder die Leistungserbringer noch die Krankenkasse können eine Heilbehandlung, etwa soweit es um Entzündungen nach dem Piercing geht, verweigern. Sie würden sich strafbar machen. Der Arzt ist also zur „Vorleistung“ verpflichtet. Die Kasse wird sich im Nachhinein Gedanken über die „angemessene Beteiligung“ machen. Die Folge ist, dass der Arzt auch noch das Zahlungsrisiko trägt, obwohl er die Sachleistung ohne Wenn und Aber und sofort erbringen muss. Eine Leistungsausgrenzung, die mit dem Ziel der GKV nicht vereinbar ist. Die geplante Regelung kommt auch nicht als „Modell“ für weitergehende Diskussionen um Leistungseinschränkungen in Betracht.

X.

Die Regelungen über **neue Versorgungsstrukturen** in der ambulanten Versorgung in den §§ 73b bis 73d werden erheblich ausgebaut mit der Folge, dass der Versorgungsauftrag gem. § 75 Abs. 1 SGB V „insoweit“ begrenzt ist. So einleuchtend eine solche „Verlagerung“ des Sicherstellungsauftrages von der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Kassen bzw. deren Vertragspartner klingt, so wenig überzeugen die Regelungen: Der Sicherstellungsauftrag ist umfassend. Er betrifft z.B. die Sicherstellung in unterversorgten Gebieten. Diese Aufgabe kann durch besondere Versorgungsformen nicht „eingeschränkt“ werden. Schlussendlich besagen diese „Korrekturen“ des § 75 Abs. 1 also nicht mehr und nicht weniger, als dass an der Kassenärztlichen Vereinigung vorbei bestimmte Versorgungsformen vereinbart und realisiert werden können. § 20 Ärzte-ZV ergänzt diesen Widerspruch noch dadurch, dass der Vertragsarzt, der solche besonderen Versorgungsformen durchführt, gleichwohl der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung steht. Wozu diese Regelung? Sie kaschiert lediglich einen Mischmasch und ermöglicht dem Vertragsarzt eine „Flucht“ aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung in die Konzentration auf neue Versorgungsformen mit der Folge, dass Probleme der Unterversorgung möglicherweise noch verschärft werden.

Die **Qualitätsanforderungen** insbesondere für die hausarztzentrierte Versorgung entsprechen den Standards, die **alle** Hausärzte anwenden sollten (und müssen!). Im Kern geht es bei dieser Versorgungsform allein darum, die Versicherten in ein Netzwerk einzubinden, aufgrund dessen sie fachärztliche Behandlung wirklich nur dann in Anspruch nehmen, wenn dies ärztlich gerechtfertigt ist. Der Versicherte wird für diese Einschränkung der freien Arztwahl mit einem Bonus „belohnt“. Das ist **widersprüchlich**, wird doch die beliebige Inanspruchnahme von Fachärzten zugleich als unwirtschaftlich angesehen. Wer als Patient also qualitätsbewusst einerseits und wirtschaftlich andererseits denkt, verhält sich exakt so wie es das SGB V allgemein verlangt. Wer Fachärzte ohne Grund sofort in Anspruch nimmt, zahlt dafür eine Praxisgebühr, die gegebenenfalls erhöht werden könnte, ohne dass es eines bürokratischen Monstrums bedarf, welches beschönigend als „hausarztzentrierte Versorgung“ bezeichnet wird.

B) Recht der privaten Krankenversicherung

I. Einleitung

Der Titel des im Entwurf vorliegenden Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG) ist irreführend. Es betrifft weder nur den Wettbewerb zwischen den Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung, noch ist es auf die gesetzliche Krankenversicherung beschränkt. In seinen Artikeln 35 bis 37 greift der Gesetzentwurf tief in das Recht der privaten Krankenversicherung (PKV) ein.

Der Gesetzentwurf verpflichtet die PKV-Versicherer, einen **Basistarif** anzubieten. Für den Basistarif sieht das Gesetz einen dem Privatversicherungsrecht fremden Kontrahierungszwang und die den Kalkulationsgrundsätzen einer privaten Krankenversicherung wesensfremde Begrenzung des Versicherungsbeitrags auf den (durchschnittlichen) Höchstbeitrag in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor.

Nur die private Krankenversicherung kennt **Alterungsrückstellungen**. Sie erhebt von jungen Versicherten gegenüber deren individuellem Krankheitskostenrisiko höhere Beiträge, um aufgrund des weitaus höheren Krankheitskostenrisikos im Alter Beitragssteigerungen auszuschließen. Diese Alterungsrückstellungen sind bislang bei einem Versichererwechsel nicht portabel. Dadurch ist ein Versichererwechsel für ältere Versicherte mit so erheblichen finanziellen Nachteilen (Beitragshöhe) verbunden, dass er nahezu immer ausscheidet. Der Gesetzentwurf ändert dies. Die Portabilität der Alterungsrückstellungen ist aber auf den Anteil beschränkt, der dem Basistarif entspricht und nicht durchgängig verwirklicht.

Im einzelnen:

II. Basistarif

Durch den Gesetzentwurf werden die PKV-Versicherer mit Sitz im Inland verpflichtet, einen Basistarif anzubieten. Ein entsprechender Versicherungsantrag muss unabhängig von dem konkreten Gesundheitszustand des zu versichernden von den Unternehmen angenommen werden (Kontrahierungszwang). Personenbezogene Risikozuschläge und/oder Risikoausschlüsse sind untersagt. Die Prämie darf den (durchschnittlichen) maximalen Beitrag einer entsprechenden Krankenversicherung in der GKV nicht übersteigen.

1. Ein Kontrahierungszwang ohne Risikoprüfung ist mit grundlegenden Prinzipien des privaten Versicherungsvertragsrecht unvereinbar. Es baut darauf auf, dass diejenigen, die sich einer Gefahrgemeinschaft anschließen, einen ihrem individuellen Risiko entsprechenden Beitrag zu leisten haben.
2. Anders als in der nach dem Umlageprinzip (Verteilung aller Kosten eines Jahres auf alle Versicherten) organisierten GKV muss ein privater Versicherer, um die dauerhafte Erfüllbarkeit seiner Leistungsversprechen zu gewährleisten, eine dem Risiko angemessene Prämie kalkulieren. Durch den im Gesetzentwurf zwingend vorgeschriebenen Höchstsatz des Beitrags bei gleichzeitig bestehendem Annahmewang (ohne konkrete Risikoprüfung) werden die PKV-Versicherer zu einer Prämie verpflichtet, die für das bestehende Ausgabe-kostenrisiko ggf. nicht ausreicht. Denn die bloße Umlage entstandener Kosten deckt nur einen Teil der in eine versicherungsmathematisch aus gutem Grunde einzubeziehenden Risikofaktoren (etwa Alterung, demoskopische Prognose der Bevölkerungsentwicklung etc.) ab.
3. Die aufsichtsrechtlich geforderte „dauernde Erfüllbarkeit“ des Leistungsversprechens ist ohne Rückgriff auf Vermögenswerte außerhalb der Beitragseinnahmen aus der Basisversicherung damit nicht gewährleistet. Um Solvabilitätsschwierigkeiten zu vermeiden, wird der PKV-Versicherer gezwungen, auf Eigenkapital und Mittel zurückzugreifen, die ihm von anderen privat Krankenversicherten zugeflossen sind. Damit ist unvereinbar, dass nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 26.07.2005 (zur Lebensversicherung) die aus Beiträgen der Versicherten geschaffenen Vermögenspositionen dem Schutz der Eigentums-garantie gemäß Art. 14 GG unterstehen.

Es ist zwar richtig, dass für jeden Bürger eine bestmögliche medizinische Versorgung gewährleistet sein muss. Dies folgt aus dem im Grundgesetz verankerten Sozialstaatsprinzip. Die danach bestehende „Schicksalsgemeinschaft aller Bürger“ schließt aber aus, dass einzelnen Bevölkerungskreisen – konkret den außerhalb der GKV und den in dem Basistarif versicherten Personen - ein Sonderopfer abverlangt wird.

Damit ist auch die Verpflichtung unvereinbar, dass privatrechtliche Versichertengemeinschaften die Rechtspflicht (Kontrahierungszwang) zur Aufnahme solcher Personen übernehmen sollen, die aufgrund gesetzlicher Zugangsbeschränkungen in der GKV nicht versicherungsfähig sind.

4. Der in § 12g VAG des Entwurfs vorgesehene Risikoausgleich deckt nur das konkrete Risiko ab, dass sich in dem Versichertenbestand eines einzelnen PKV-Versicherers überproportional Krankheitsfälle häufen. Auf alle weiteren Risiken, wie sie bei der Kalkulation einer Krankheitskostenversicherung „nach den Grundsätzen der Lebensversicherung“ zu berücksichtigen sind (d.h. nach den Kalkulationsgrundsätzen der in Deutschland bestehenden privaten Krankenversicherung), bleiben unberücksichtigt. Der Risikoausgleich kann damit nicht das erforderliche Äquivalent schaffen

Der Risikoausgleich beinhaltet zudem einen erheblichen Verwaltungsaufwand, der Mittel verschlingt, die nicht als Leistung für die Versicherten zur Verfügung stehen. Denn nur für ihn müssen nach dem Entwurf individuelle Gesundheitsrisiken erfasst werden, die ansonsten für den Basistarif ohne Bedeutung sind.

5. Gemäß dem neu einzufügenden § 12 Abs. 1a VAG soll die Verpflichtung, einen Basistarif anzubieten, nur Versicherer mit Sitz im Inland treffen. Dies stellt eine nicht hinnehmbare Benachteiligung dieser Unternehmen gegenüber Versicherern dar, die ihren Sitz in der EU außerhalb Deutschlands haben.
6. Bedenken bestehen, dem PKV-Verband nach § 12 Abs. 1d VAG des Entwurfs Festlegungsbefugnisse zu übertragen. Ihm ist zwar die Mehrzahl aller in der Bundesrepublik tätigen Krankenversicherer angeschlossen. Er repräsentiert aber nicht die Gesamtheit.

Nicht verbandsangehörige Versicherer bleiben von der Mitgestaltung ausgeschlossen, sie dürfen lediglich die Verbandsregelungen übernehmen.

7. Gemäß § 257 Abs. 2a SGB V des Entwurfs wird ein Beitragszuschuss nur gewährt für Krankheitskostenversicherungen bei Versicherern, die einen Basistarif anbieten. Ein faktischer Ausschluss von Versicherungsnehmern ausländischer Versicherer von der Möglichkeit des Beitragszuschusses erscheint europarechtlich zweifelhaft.
8. Ungeregelt sind Auswirkungen von Änderungen des durchschnittlichen Höchstbeitrags in der GKV auf den Basistarif. Ungeklärt ist außerdem, weshalb der Ehepartner in dem Basistarif prämiengünstig ist, während eine entsprechende Begünstigung in der GKV fehlt. Eine Anpassung der Regelungen über die kostenfreie Mitversicherung von minderjährigen Kindern und die insoweit vorgesehenen Zuschüsse aus dem allgemeinen Staatshaushalt ist nicht vorgesehen.

III. Altersrückstellungen

1. Die Forderung des DAV, dass die Übertragbarkeit der Altersrückstellungen hergestellt wird, um auch älteren Versicherten einen Versichererwechsel zu ermöglichen, erfüllt der Gesetzentwurf nur ungenügend.
2. Gesetzlich verankert wird lediglich die Übertragung von Altersrückstellungen in Höhe des Basistarifs. Das ist eine Teillösung, die dem Anliegen, auch noch in fortgeschrittenem Alter den Versicherer wechseln zu können, nicht gerecht wird. Einen Wettbewerb zwischen den PKV-Versicherern um privat Versicherte aufgrund besserer Prämien- und/oder Leistungsgestaltung, wie er europarechtlich angestrebt wird, kann es damit nicht geben.
3. Die privat Krankheitskostenversicherten entrichten aufgrund gesetzlicher Vorgabe seit 2000 zusätzlich zu der ohnehin in ihren Tarif einkalkulierten Alterungsbeitrag einen zusätzlichen Beitragszuschlag zur Bildung einer dem Kostenrisiko angemessenen Altersrückstellung. Eine Begründung dafür, weshalb nicht zumindest dieser, aufgrund gesetzlicher Vorgabe gesondert zu entrichtende Teil der Alterungsrückstellung außerhalb des Basistarifs portabel sein soll, lässt der Gesetzentwurf vermissen. Nach den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts in den Urteilen vom 26.07.2005 ist eine Zuordnung zu dem grundgesetzlich geschützten Vermögen des Versicherten zwingend geboten.