

Leitsätze

zum Urteil des Ersten Senats vom 10. Juni 2009

- 1 BvR 706/08 -

- 1 BvR 814/08 -

- 1 BvR 819/08 -

- 1 BvR 832/08 -

- 1 BvR 837/08 -

- 1. Die Einführung des Basistarifs durch die Gesundheitsreform 2007 zur Sicherstellung eines lebenslangen, umfassenden Schutzes der Mitglieder der privaten Krankenversicherung ist verfassungsgemäß.**
- 2. Der Gesetzgeber durfte zur Erleichterung des Versicherungswechsels und zur Verbesserung des Wettbewerbs in der privaten Krankenversicherung die teilweise Portabilität der Alterungsrückstellungen vorsehen.**
- 3. Die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenkasse darf auf ein dreijähriges Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze ausgedehnt werden.**
- 4. Den Gesetzgeber trifft eine Beobachtungspflicht im Hinblick auf die Folgen der Reform für die Versicherungsunternehmen und die bei Ihnen Versicherten.**

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

- 1 BVR 706/08 -
- 1 BVR 814/08 -
- 1 BVR 819/08 -
- 1 BVR 832/08 -
- 1 BVR 837/08 -

Verkündet
am 10. Juni 2009
Kehrwecker
Amtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle



Im Namen des Volkes

**In dem Verfahren
über
die Verfassungsbeschwerden**

1. der V... AG,

- Bevollmächtigter: Professor Dr. Helge Sodan,
Van't-Hoff-Straße 8, 14195 Berlin -
- 1 BVR 706/08 -,

2. der A...

- Bevollmächtigter: Professor Dr. Peter M. Huber,
Gistlstraße 141, 82049 Pullach i. Isartal –
- 1 BVR 837/08 -,

3. der A... AG,

- 1 BVR 814/08 -,

4. der S... VaG,

- 1 BVR 832/08 -,

5. der D... aG,

6. der Frau G...,

7. des Herrn H...,

8. des Herrn W...

- 1 BVR 819/08 -

- Bevollmächtigter zu 3. bis 8.: Professor Dr. Gregor Thüsing,
Adenauerallee 8a, 53113 Bonn -

- gegen a) § 6 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), geändert durch Art. 1 Nr. 3 Buchstabe a des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 (BGBl I S. 378),
- b) § 6 Abs. 9 Satz 1 SGB V, eingefügt durch Art. 1 Nr. 3 Buchstabe e GKV-WSG,
- c) § 53 Abs. 1, 2, 4, 5, 6, 7 und 9 SGB V, eingefügt durch Art. 1 Nr. 33 GKV-WSG,
- d) § 221 Abs. 1 SGB V, geändert beziehungsweise eingefügt durch Art. 1 Nr. 153 Buchstaben a, b GKV-WSG,
- e) § 315 SGB V, eingefügt durch Art. 1 Nr. 213 GKV-WSG,
- f) § 193 Abs. 5 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG), eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (VVG-ReformG) vom 23. November 2007 (BGBl I S. 2631),
- g) § 193 Abs. 6 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- h) § 203 Abs. 1 Satz 2 und 3 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- i) § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit Satz 3 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- j) § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 in Verbindung mit Satz 3 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG ,
- k) § 204 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit Satz 3 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- l) § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- m) § 208 VVG, eingefügt durch Art. 11 Abs. 1 VVG-ReformG,
- n) § 12 Abs. 1 Nr. 5 Satz 1 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG), eingefügt durch Art. 44 Nr. 5 Buchstabe a GKV-WSG,

- o) § 12 Abs. 1a, 1c VAG, eingefügt durch Art. 44 Nr. 5 Buchstabe b GKV-WSG,
- p) § 12 Abs. 1b VAG, eingefügt durch Art. 44 Nr. 5 Buchstabe b GKV-WSG, geändert durch Art. 11 Abs. 2 VVG-ReformG,
- q) § 12 Abs. 1d VAG, eingefügt durch Art. 44 Nr. 5 Buchstabe c GKV-WSG,
- r) § 12 Abs. 4b VAG, eingefügt durch Art. 44 Nr. 5 Buchstabe d GKV-WSG,
- s) § 12g VAG, eingefügt durch Art. 44 Nr. 7 GKV-WSG,
- t) § 2 Abs. 1 Nr. 6 der Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung - KalV), eingefügt durch Art. 45 Nr. 1 GKV-WSG,
- u) § 5 Abs. 2 KalV, eingefügt durch Art. 45 Nr. 2 Buchstabe b GKV-WSG,
- v) § 8 Abs. 1 Nr. 6, 7 KalV, geändert beziehungsweise eingefügt durch Art. 45 Nr. 3 GKV-WSG,
- w) § 10 Abs. 1a KalV, eingefügt durch Art. 45 Nr. 4 GKV-WSG,
- x) § 13 Abs. 5 KalV, eingefügt durch Art. 45 Nr. 6 GKV-WSG,
- y) § 13a KalV, eingefügt durch Art. 45 Nr. 7 GKV-WSG

hat das Bundesverfassungsgericht - Erster Senat – unter Mitwirkung der Richterin und Richter

Präsident Papier,
Hohmann-Dennhardt,
Bryde,
Gaier,
Eichberger,
Schluckebier,
Kirchhof,
Masing

aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 10. Dezember 2008 durch

Urteil

für Recht erkannt:

Die Verfassungsbeschwerden werden zurückgewiesen.

Gründe:

A.

Gegenstand der zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Verfahren ist die Frage, ob Vorschriften des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 und des Gesetzes zur Reform des Versicherungsvertragsrechts (im Folgenden: VVG-ReformG) vom 23. November 2007 mit dem Grundgesetz vereinbar sind.

1

I.

In Deutschland sind rund 71 Millionen Menschen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert, davon circa 65 Millionen Menschen als Pflichtversicherte und etwa 6 Millionen als freiwillig Versicherte. Die private Krankenversicherung versichert rund 8,4 Millionen Menschen, davon etwa 4,5 Millionen Beamte mit beihilfekonformen Tarifen. Daneben gibt es in Deutschland einen kleinen Personenkreis von geschätzt 200.000 Menschen, der über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt.

2

1. a) Das System der gesetzlichen Krankenversicherung fußt auf den gesetzlichen Krankenkassen als selbstverwalteten Körperschaften des öffentlichen Rechts. Finanziert wird die gesetzliche Krankenversicherung in erster Linie durch Beiträge ihrer Mitglieder und deren Arbeitgeber. Die Höhe der Beiträge bestimmt sich bis zur Beitragsbemessungsgrenze nach der Höhe des Arbeitsentgelts. Familienangehörige, die kein nennenswertes eigenes Einkommen haben, werden kostenfrei mitversichert. Versicherungsschutz ohne Beitragsleistung besteht auch für Personen, welche auf Sozialleistungen angewiesen sind. Liegen die gesetzlich bestimmten Merkmale der Versicherungspflicht vor, besteht Versicherungsschutz unabhängig davon, ob beim Versicherten Vorerkrankungen bestehen oder Beiträge gezahlt werden. Eine Kündigung oder einen Ausschluss aus der gesetzlichen Krankenversicherung kennt das Gesetz nicht. Für die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherten Personen gelten im Grundsatz die gleichen Bedingungen wie für Pflichtmitglieder.

3

b) Für den überwiegenden Teil der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die abhängig Beschäftigten, besteht kraft Gesetzes Versicherungspflicht. Von dieser werden bestimmte Berufsgruppen ausgenommen, zum Beispiel nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) Beamte, Richter und Soldaten, welche einen Anspruch auf staatliche Beihilfe oder Heilfürsorge besitzen, sowie nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Arbeiter und Angestellte, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt einen bestimmten Betrag übersteigt. Genügte es bei Arbeitern und Angestellten für die Befreiung von der Versicherungspflicht bisher, dass ihr regelmäßiges Arbeitsentgelt in einem Jahr über diesem Betrag lag, so muss es aufgrund der in diesen Verfahren angegriffenen Änderung der Vorschrift durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz seit 2. Februar 2007 nun in drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen.

4

Erst dann tritt Versicherungsfreiheit ein. Die Neuregelung zielt darauf, auch gut verdienende Angestellte für mindestens drei Jahre an die gesetzliche Krankenversicherung zu binden, um hierdurch die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken.

2. In der privaten Krankenversicherung sind demgegenüber Beamte, Selbständige und andere nicht gesetzlich versicherte Personen ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens sowie solche Personen versichert, die aufgrund der Höhe ihres Verdienstes aus der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind und dort nicht als freiwillig Versicherte bleiben, sondern in die private Krankenversicherung wechseln. Die privaten Krankenversicherungsunternehmen bieten Krankheitsvollversicherungen mit unterschiedlichem Leistungsspektrum an, das im Allgemeinen ein höheres und umfassenderes Leistungsniveau als die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aufweist. Daneben bieten sie verschiedene Zusatzversicherungen, auch für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, an. Ihre Versicherungsprämien kalkulieren sie im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung nach dem individuellen Risiko der jeweiligen Versicherten, wobei auch das Alter des Versicherten bei Eintritt in die private Versicherung eine Rolle spielt.

5

a) Nach bisherigem Recht konnten die privaten Versicherungsunternehmen über den Abschluss eines Versicherungsvertrags frei entscheiden und einen Vertragsabschluss ablehnen, wenn ihnen das Krankheitsrisiko eines Interessenten zu hoch erschien, oder aber mit ihm einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss (z.B. für bestimmte Erkrankungen) vereinbaren. War jedoch ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, der ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann (sog. substitutive Krankenversicherung), war schon bisher kraft Gesetzes sowohl eine Prämienhöhung als auch die ordentliche Kündigung durch den Versicherer wegen einer nachträglichen Erhöhung des individuellen Krankheitsrisikos der versicherten Person ausgeschlossen. Nach wie vor ist eine Prämienhöhung nur gestattet bei Umständen, die über den individuellen Versicherten hinausreichen, beispielsweise bei einer Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung oder bei bisher nicht kalkulierten, erheblichen Ausgabensteigerungen innerhalb eines Tarifs. Prämiensteigerungen sind ferner möglich bei nicht nur vorübergehenden Veränderungen der Verhältnisse im Gesundheitswesen. Bei der Prämienkalkulation sind die Versicherungsunternehmen den Regeln der Verordnung über die versicherungsmathematischen Methoden zur Prämienkalkulation und zur Berechnung der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung (Kalkulationsverordnung – KalV) unterworfen, welche Vorgaben für die Berechnung risikogerechter Prämien unter Berücksichtigung ausreichender Sicherheiten enthält.

6

b) Kraft gesetzlicher Bestimmungen haben die privaten Krankenversicherungen in der substitutiven Krankenversicherung Alterungsrückstellungen zu bilden. Hierfür wird die Versicherungsprämie schon bei Beginn des Versicherungsverhältnisses so

7

kalkuliert, dass ein bestimmter Anteil von ihr nicht für die Deckung der gegenwärtigen Krankheitskosten verwandt, sondern in eine Rückstellung eingebracht und verzinst wird, um später die altersbedingten Mehrausgaben in der jeweiligen Versicherungsbiographie abzudecken. Diese Rückstellungen sind nach dem Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) besonderen Sicherungsvorschriften unterworfen, um ihre zweckentsprechende Verwendung zu gewährleisten.

Die von den privaten Krankenversicherungsunternehmen in der Vergangenheit abgeschlossenen Krankenversicherungsverträge sahen bei Kündigung eines Versicherungsvertrags durch die versicherte Person keinen Anspruch auf Auszahlung der kalkulierten, individuellen Alterungsrückstellung oder eine Übertragung dieser Rückstellung auf einen neuen Versicherer vor. Schied der Versicherungsnehmer - etwa wegen des Wechsels zu einem anderen Unternehmen oder wegen des Eintritts einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung - aus der privaten Versicherung aus, wuchsen die für ihn gebildeten Alterungsrückstellungen dem Versicherungskollektiv zu (sog. „Vererbung“). Diese „Vererbung“ aufgrund der Abwanderung aus einer Versicherung unter Stehenlassen des angesammelten und rückgestellten Kapitals wird von den Versicherungsunternehmen bereits bei der anfänglichen Prämienberechnung als so genannte „Stornowahrscheinlichkeit“ berücksichtigt und führt zu einer niedrigeren Prämie. Allerdings hat diese „Vererbung“ für die Versicherungsnehmer zur Konsequenz, dass ihnen ab einem gewissen Lebensalter der Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen nur noch mit erheblichen Nachteilen möglich ist. Je höher das Eintrittsalter eines Versicherungsnehmers ist, desto höher ist seine Versicherungsprämie bei dem aufnehmenden Versicherungsunternehmen, weil dieses sein mit dem Alter steigendes Krankheitsrisiko noch nicht durch Alterungsrückstellungen kompensieren konnte. Mit zunehmender Dauer des Versicherungsverhältnisses und steigendem Alter wird der Wechsel des Versicherungsunternehmens daher wirtschaftlich immer unattraktiver und kommt in der Praxis nur noch in Ausnahmefällen vor.

c) Diese Auswirkung wurde in der Vergangenheit wiederholt als Behinderung der Wahlfreiheit der Versicherten und damit des Wettbewerbs zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen kritisiert. Aufgrund dessen bestimmte der Gesetzgeber, dass der Versicherungsnehmer bei fortbestehendem Versicherungsverhältnis von seinem Versicherer verlangen kann, dass dieser Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem Tarif erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Damit ist eine Portabilität der Alterungsrückstellung bei einem Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens geschaffen worden, um vor allem älteren Versicherten einen Umstufungsanspruch zu verschaffen, wenn ihr Tarif für Neuzugänge geschlossen wird und damit zu „vergreisen“ droht.

Zudem wurden mit Wirkung zum 1. Juli 1994 in § 257 Abs. 2a bis 2c SGB V Vorschriften über den sogenannten Standardtarif eingefügt. Nach § 257 Abs. 2 SGB V

8

9

10

haben bestimmte versicherungsfreie oder von der Versicherungspflicht befreite Beschäftigte gegen ihren Arbeitgeber einen Anspruch auf einen Beitragszuschuss zu ihrer privaten Krankenversicherung. Dieser Zuschuss wurde aber nur gezahlt, wenn das private Krankenversicherungsunternehmen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anbot, dessen Leistungsumfang bei Krankheit dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar und dessen Prämie auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt war.

Der Zugang zum Standardtarif musste nur einem beschränkten Personenkreis gewährt werden. Hierbei handelte es sich insbesondere um lange in der privaten Krankenversicherung versicherte ältere Versicherungsnehmer und bestimmte beihilfeberechtigte Personen mit Vorerkrankungen. Große Bedeutung hat der Standardtarif nicht erlangt; 2006 waren nach Mitteilung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. bundesweit nur rund 24.800 Personen im Standardtarif versichert.

11

d) Die Prämien in der privaten Krankenversicherung sind in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Die durchschnittliche, jährliche Prämiensteigerung in den letzten 13 Jahren betrug 5% und lag damit über der Steigerungsrate der gesetzlichen Krankenversicherung. Gründe dafür werden in der allgemein überdurchschnittlichen Kostentwicklung im Gesundheitswesen, aber auch in teilweise unrealistischen Kalkulationsannahmen der Versicherungsunternehmen in der Vergangenheit, zum Beispiel hinsichtlich der zugrunde gelegten Sterbetafeln, gesehen. Um die Kostenlast im Alter zu dämpfen, wurde den Versicherungsunternehmen im Jahr 1994 zur Pflicht gemacht, den Großteil der sogenannten Überzinsen aus der Anlage der Alterungsrückstellungen den Versicherten gutzuschreiben und zur Ermäßigung der Prämie im Alter zu verwenden. Seit dem Jahr 2000 sieht das Gesetz zusätzlich die Erhebung eines zehnpromzentigen Prämienzuschlags vor, welcher der Alterungsrückstellung zuzuführen und zur Prämienermäßigung im Alter zu verwenden ist.

12

II.

1. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 hält das zweigliedrige Krankenversicherungssystem von gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufrecht, hat aber zum 1. Januar 2009 erhebliche Neuerungen eingeführt. Es begründet eine Versicherungspflicht für alle Einwohner Deutschlands in der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung. Neben verschiedenen Neuregelungen, welche den Wettbewerb durch eine größere Vertragsfreiheit der Krankenkassen stärken sollen, zielt das Gesetz auf eine Verbesserung der Wahlrechte und Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung durch Einführung einer teilweisen Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen sowie die Einführung eines Basistarifs. Gesetzliche und private Krankenversicherung sollen als jeweils eigene Säule für die ihnen zugewiesenen Personengruppen einen dauerhaften und ausreichenden Versicherungsschutz gegen das Risiko der Krankheit auch in sozialen Bedarfssituationen sicherstellen. Hierzu werden neben Vorschriften des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch auch zahlreiche Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes und des Ver-

13

sicherungsaufsichtsgesetzes sowie der Kalkulationsverordnung geändert. Die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz geänderten versicherungsvertragsrechtlichen Vorschriften sind durch das Gesetz zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 23. November 2007 inhaltlich unverändert, aber mit neuer gesetzlicher Zählung in das ab dem 1. Januar 2009 geltende Versicherungsvertragsgesetz übernommen worden.

2. Seit dem 1. Januar 2009 gilt für alle Personen, die weder gesetzlich krankenversichert sind noch einem dritten Sicherungssystem angehören, eine Pflicht zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung einer Krankheitskostenversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen (§ 193 Abs. 3 VVG). Jede Kündigung einer Krankheitskostenversicherung, mit der die Pflicht nach § 193 Abs. 3 Satz 1 VVG (also zum Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenversicherung) erfüllt wird, durch den Versicherer ist ausgeschlossen (§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG). 14

3. § 12 Abs. 1a VAG verpflichtet Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, ab dem 1. Januar 2009 zum Angebot eines branchenweit einheitlichen Basistarifs, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten für Kinder und Jugendliche sowie für beihilfeberechtigte Personen und deren berücksichtigungsfähige Angehörige enthalten. Den Versicherten müssen verschiedene Selbstbehaltsstufen eingeräumt werden. 15

Im Basistarif besteht für die privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß § 12 Abs. 1b VAG ein Kontrahierungszwang. Versicherungsvertragsrechtlich spiegelt sich dies in § 193 Abs. 5 VVG wider, der einen privatrechtlichen Anspruch auf Abschluss eines Vertrags im Basistarif einräumt. Die Vorschrift lautet: 16

„Der Versicherer ist verpflichtet, 17

1. allen freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten 18

a) innerhalb von sechs Monaten nach Einführung des Basistarifes, 19

b) innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der im Fünften Buch Sozialgesetzbuch vorgesehenen Wechsellmöglichkeit im Rahmen ihres freiwilligen Versicherungsverhältnisses, 20

2. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig sind, nicht zum Personenkreis nach Nummer 1 oder Absatz 3 Satz 2 Nr. 3 und 4 gehören und die nicht bereits eine private Krankheitskostenversicherung mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben, die der Pflicht nach Absatz 3 genügt, 21

3. Personen, die beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben, soweit sie zur Erfüllung der Pflicht nach Absatz 3 Satz 1 ergänzenden Versicherungsschutz benötigen, 22

4. allen Personen mit Wohnsitz in Deutschland, die eine private Krankheitskostenversicherung im Sinne des Absatzes 3 mit einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen vereinbart haben und deren Vertrag nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen wird,	23
Versicherung im Basistarif nach § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes zu gewähren. ...“	24
Ist der private Krankheitskostenversicherungsvertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen, kann bei Wechsel oder Kündigung des Vertrags der Abschluss eines Vertrags im Basistarif beim eigenen oder einem anderen Versicherungsunternehmen unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gemäß § 204 Abs.1 VVG nur bis zum 30. Juni 2009 verlangt werden (§ 12 Abs. 1b Satz 2 VAG).	25
Beantragt ein Versicherungsnehmer die Aufnahme in den Basistarif, darf der Antrag nur abgelehnt werden, wenn der Antragsteller bereits bei dem Versicherer versichert war und der Versicherer	26
1. den Versicherungsvertrag wegen Drohung oder arglistiger Täuschung angefochten hat oder	27
2. vom Versicherungsvertrag wegen einer vorsätzlichen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht zurückgetreten ist (§ 12 Abs. 1b Satz 4 VAG, § 193 Abs. 5 Satz 4 VVG).	28
Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (§ 12 Abs. 1c Satz 1 VAG). Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen tritt an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht (§ 12 Abs. 1c Satz 3 VAG). Der Höchstbeitrag vermindert sich auf die Hälfte, wenn allein durch die Zahlung des Beitrags Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entsteht (§ 12 Abs. 1c Satz 4 VAG). Besteht auch bei einem verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit, beteiligt sich der zuständige Träger auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird (§ 12 Abs. 1c Satz 5 VAG). Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist (§ 12 Abs. 1c Satz 6 VAG).	29
Der Verband der privaten Krankenversicherung wird damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 1a VAG festzulegen. Die Fachaufsicht übt das Bundesministerium der Finanzen aus (§ 12 Abs. 1d VAG).	30

Die Beiträge für den Basistarif ohne die Kosten für den Versicherungsbetrieb werden auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Unternehmen ermittelt (§ 12 Abs. 4b VAG). 31

Im Basistarif ist die Vereinbarung von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen unzulässig (§ 203 Abs. 1 Satz 2 VVG). 32

Alle Versicherungen, die einen Basistarif anbieten, müssen sich gemäß § 12g Abs. 1 VAG zur dauerhaften Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören. Das Ausgleichssystem muss einen dauerhaften und wirksamen Ausgleich der unterschiedlichen Belastungen gewährleisten. Mehraufwendungen, die im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen entstehen, sind auf alle im Basistarif versicherten Personen gleichmäßig zu verteilen; Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in § 12 Abs. 1c VAG genannten Begrenzungen entstehen, sind auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so zu verteilen, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird. 33

Die Mehraufwendungen für Vorerkrankungen tragen damit nur die im Basistarif Versicherten. Hingegen werden die Mehraufwendungen für Beitragsbegrenzungen im Ergebnis erforderlichenfalls auch auf die Versicherten der anderen substitutiven Tarife der privaten Krankenversicherung umgelegt, da nach § 8 Abs. 1 Nr. 6 KalV in die Kalkulation dieser Tarife die Aufwendungen zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif eingerechnet werden. 34

4. Die Regelungen über den Basistarif werden durch § 315 SGB V ergänzt. Durch diese Vorschrift ist der frühere Standardtarif seit dem 1. Juli 2007 in ähnlicher Weise wie der Basistarif ausgestaltet worden. Personen, die weder in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig waren und auch über keinen anderweitigen Versicherungsschutz verfügten, konnten bis zum 31. Dezember 2008 Versicherungsschutz im Standardtarif verlangen. Diese Verträge sind gemäß § 315 Abs. 4 SGB V zum 1. Januar 2009 auf den Basistarif umgestellt worden. 35

Kommt der Versicherungsnehmer in einer substitutiven Krankheitskostenversicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate in Rückstand, kann sein Versicherer nach § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG den Versicherungsvertrag zwar nicht kündigen, unter den in § 193 Abs. 6 VVG näher bestimmten Voraussetzungen (insbesondere einer vorangegangenen Mahnung) ruht sein Leistungsanspruch dann aber. Das Ruhen endet, wenn die rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer weiter, jedoch ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Sind die rückständigen Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, wird die Versicherung im Basistarif fort- 36

gesetzt.

5. Ein weiterer Schwerpunkt des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ist die Einführung der Portabilität von Alterungsrückstellungen zum 1. Januar 2009. 37

Bei fortbestehendem Versicherungsverhältnis kann der Versicherungsnehmer von seinem Versicherer verlangen, dass dieser Anträge auf Wechsel in den Basistarif unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Das gilt nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a VVG uneingeschränkt für Krankheitskostenversicherungen, die nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen werden (Neuverträge). Bei Altverträgen, welche vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind, ist ein Wechsel möglich, wenn der Versicherungsnehmer das 55. Lebensjahr vollendet hat, renten- oder ruhegehaltsberechtig ist oder wenn Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch besteht. Darüber hinaus wird, befristet auf das erste Halbjahr 2009, Altkunden ein allgemeines Wechselrecht in den Basistarif ihres Unternehmens eröffnet. 38

Alterungsrückstellungen werden darüber hinaus in einem gewissen Umfang auch bei einem Unternehmenswechsel portabel. Gemäß § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 VVG kann der Versicherte den nach § 13 Abs. 1 KalV berechneten Übertragungswert - also einen bestimmten Geldbetrag - zu seinem neuen Versicherer mitnehmen. Dieser Übertragungswert ist begrenzt auf die Alterungsrückstellung, die sich ergeben hätte, wenn der Versicherte von Anfang an im Basistarif versichert gewesen wäre. Diese Vorschrift gilt uneingeschränkt bei Verträgen, die nach dem 1. Januar 2009 neu abgeschlossen werden. Versicherungsnehmern, die ihren Vertrag vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen haben, wird diese Möglichkeit im ersten Halbjahr 2009 eingeräumt. Soweit die Leistungen in dem Tarif, aus dem der Versicherungsnehmer wechseln will, höher oder umfassender sind als im Basistarif, kann der Versicherungsnehmer vom bisherigen Versicherer die Vereinbarung eines Zusatztarifs verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung anzurechnen ist (§ 204 Abs. 1 Satz 2 VVG). 39

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15. Dezember 2008 (BGBl I S. 2426) ist das Bundesministerium der Finanzen ermächtigt worden, durch Rechtsverordnung für die nach Art der Lebensversicherung betriebene Krankenversicherung nähere Bestimmungen zum Wechsel in den Basistarif gemäß § 12 Abs. 1b VAG und zu einem darauffolgenden Wechsel aus dem Basistarif zu erlassen. Mit Wirkung zum 1. Januar 2009 ist auf dieser Grundlage in § 13 Abs. 1a KalV bestimmt worden, dass Altversicherten der privaten Krankenversicherung, die im ersten Halbjahr 2009 gemäß § 204 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG zu einem anderen Versicherungsunternehmen in den Basistarif wechseln, bei einem nachfolgenden Wechsel in einen anderen Krankenvolltarif des neuen Unternehmens die mitgebrachte Alterungsrückstellung nur dann angerechnet wird, wenn eine Wartezeit von 18 Monaten abgelaufen ist. 40

6. Auch im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben sich durch das 41

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 1. Januar 2009 wesentliche Änderungen.

a) § 53 SGB V in der Fassung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht die verstärkte Einführung von Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Gemäß § 53 Abs. 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Nach § 53 Abs. 2 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung für Mitglieder, die im Kalenderjahr länger als drei Monate versichert waren, eine Prämienzahlung vorsehen, wenn sie und ihre mitversicherten Angehörigen in diesem Kalenderjahr keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen haben. Gemäß § 53 Abs. 3 SGB V hat die Krankenkasse in ihrer Satzung zu regeln, dass Versicherten, die an besonderen Versorgungsformen nach § 63, § 73b, § 73c, § 137f oder § 140a SGB V teilnehmen, besondere Tarife angeboten werden; für diese Versicherten kann die Krankenkasse eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen. 42

Weiter kann die Krankenkasse in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder für sich und ihre mitversicherten Angehörigen Tarife für eine Kostenerstattung anstelle der Sachleistung wählen. Sie kann die Höhe der Kostenerstattung variieren und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen (§ 53 Abs. 4 SGB V). Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch die Übernahme der Kosten für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen regeln, die nach § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V von der Versorgung ausgeschlossen sind, und hierfür spezielle Prämienzahlungen durch die Versicherten vorsehen (§ 53 Abs. 5 SGB V). Schließlich hat die Krankenkasse in ihrer Satzung für bestimmte Versichertengruppen Tarife mit erweiterten Krankengeldansprüchen anzubieten; sie hat hierfür entsprechend der Leistungserweiterung Prämienzahlungen des Mitglieds vorzusehen (§ 53 Abs. 6 SGB V). 43

b) Der Bund gewährt seit einigen Jahren der gesetzlichen Krankenversicherung Zuschüsse. Das Gesetz sieht nunmehr für die Jahre 2007 und 2008 jährliche Zahlungen von 2,5 Mrd. Euro vor. In den Folgejahren erhöhen sich diese bis zu einer jährlichen Gesamtsumme von 14 Mrd. Euro. Nach § 221 Abs. 1 SGB V dienen diese Zahlungen der pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. 44

III.

1. a) Die Beschwerdeführerinnen zu 1) bis 3) sind als Aktiengesellschaften, die Beschwerdeführer zu 4) und 5) als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisierte Versicherungsunternehmen. Sie bieten sowohl Voll- als auch Zusatzversicherungen an. Ihren weitaus größten Geschäftsanteil (75% bis 90%) machen allerdings die Krankenvollversicherungen unter Einschluss beihilfeberechtigter Beamter aus. Zusammengefasst versichern die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) über 4 Millionen Versicherungsnehmer in Krankenvollversicherungen. 45

Mit den Verfassungsbeschwerden wenden sich die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) 46

unmittelbar gegen die neuen Regelungen, soweit mit ihnen ein Zwang zum Abschluss von Versicherungen ab dem 1. Juli 2007 im Standardtarif und ab dem 1. Januar 2009 im branchenweit einheitlichen Basistarif sowie für alle substitutiven Krankenvollversicherungen ein absolutes Kündigungsverbot und eine Notversorgungspflicht eingeführt wird. Ferner greifen sie die Vorschriften über die Portabilität von Alterungsrückstellungen und die ergänzenden versicherungsmathematischen Vorschriften in der Kalkulationsverordnung an, soweit diese Regelungen zum Basistarif und zur Berechnung des Übertragungswertes der Alterungsrückstellungen enthalten. Sie rügen eine Verletzung von Art. 2 Abs. 1, Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG. Die als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisierten Beschwerdeführer zu 4) und 5) rügen zugleich eine Verletzung von Art. 9 Abs. 1 GG.

Die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) greifen zusätzlich die Vorschriften von § 6 Abs. 1 Nr. 1, § 53 Abs. 4 bis 6 und § 221 Abs. 1 SGB V an; sie rügen insoweit eine Verletzung von Art. 2 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 und Art. 12 Abs. 1 GG. 47

Die Beschwerdeführerin zu 1) macht ferner § 208 VVG zum Gegenstand der Verfassungsbeschwerde, wonach von den gesetzlichen Vorschriften nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden kann. 48

Schließlich wendet sich die Beschwerdeführerin zu 2) gegen weitere Vorschriften über Wahltarife in § 53 Abs. 1, 2, 5, 7 und 9 SGB V. 49

b) Als Beschwerdeführer zu 6) bis 8) haben ferner drei bei dem Beschwerdeführer zu 5) privat krankenversicherte Personen Verfassungsbeschwerde erhoben. 50

Die 1981 geborene Beschwerdeführerin zu 6) ist selbständige Physiotherapeutin und seit 2003 bei dem Beschwerdeführer zu 5) krankenversichertes Mitglied. Sie leidet an Multipler Sklerose. 51

Der 1949 geborene Beschwerdeführer zu 7), ein beamteter Lehrer, ist seit 1974 Mitglied des Beschwerdeführers zu 5). Bei ihm entstanden im Jahr 2007 hohe Aufwendungen für Zahnersatzleistungen. 52

Beide greifen - mit Ausnahme von § 6 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 9, § 221 Abs. 1 SGB V und den Vorschriften über die Portabilität bei solchen Krankenversicherungsverträgen, die erst nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen werden - sämtliche genannten Vorschriften in gleichem Umfang wie der Beschwerdeführer zu 5) an. Sie sehen Art. 9 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 GG verletzt. 53

Der Beschwerdeführer zu 8) war von 1987 bis 1998 als Angestellter beschäftigt. Ab 1999 war er freiberuflich tätig. Bei dem Beschwerdeführer zu 5) ist er seit 1993 privat versichert. Zum 1. November 2007 hat er eine abhängige Beschäftigung mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze aufgenommen. Aufgrund von § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V neuer Fassung ist er nunmehr wieder gesetzlich krankenversichert. Der Beschwerdeführer zu 8) greift § 6 Abs. 1 Nr. 1 sowie § 6 Abs. 9 Satz 1 SGB V an und rügt eine Verletzung von Art. 2 Abs. 1 und Art. 3 GG durch den Versiche- 54

rungszwang.

2. Zur Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerden gegen die Einführung des Basis-
tarifs und des erweiterten Standardtarifs, das Verbot jeder Kündigung und die Pflicht
zur Notversorgung trotz Nichtzahlung der Beiträge tragen die beschwerdeführenden
Unternehmen vor, effektiver Rechtsschutz stehe ihnen nur mittels der Verfassungs-
beschwerde zur Verfügung. Insbesondere sei es unzumutbar, Verfahren vor den ord-
entlichen Gerichten dadurch zu provozieren, dass eindeutige Gesetzesanweisun-
gen nicht ausgeführt würden, etwa indem Personen die Aufnahme in den Basistarif
verweigert werde. Dies werde ein aufsichtsrechtliches Einschreiten und Maßnahmen
bis hin zum Entzug der Erlaubnis nach sich ziehen. Derartige Verfahren würden au-
ßerdem dazu führen, dass die Klärung der maßgeblichen Rechtsfragen erst weit
nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zu erwarten sei, sodass unter Umständen eine
Fülle nicht mehr rückabzuwickelnder Verträge eintrete.

55

Die Beschwerdeführer zu 6) und 7) machen geltend, sie seien durch den Basistarif
selbst und unmittelbar betroffen, weil die nicht gedeckten Kosten dieses Tarifs auf sie
als Versicherte in Normaltarifen abgewälzt würden. Zwar werde es zur ersten Bei-
tragserhöhung erst 2010 kommen, die Belastung sei aber schon klar absehbar. Die
erzwungene Aufnahme fremder Personen in ihren Versicherungsverein und das Kün-
dungsverbot verletzen sie in eigenen Rechten. Fachgerichtliche Rechtsschutz-
möglichkeiten stünden ihnen dagegen nicht zur Verfügung.

56

3. Die Beschwerdeführer zu 2) bis 7) sind der Auffassung, für den Basistarif habe
der Bund keine Gesetzgebungskompetenz. Zwar behalte das GKV-
Wettbewerbsstärkungsgesetz die Formen des Privatrechts bei, inhaltlich wichen die
Normen aber so weit vom typischen und herkömmlichen Bild des privatrechtlichen
Versicherungsvertrags ab, dass sie in ihrer Gesamtheit nicht mehr als Regelung des
privatrechtlichen Versicherungswesens qualifiziert werden könnten. Die privaten
Krankenversicherer würden verpflichtet, einen Tarif anzubieten, dessen Leistungen
an das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung gekoppelt und damit in vielerlei
Hinsicht fremdbestimmt seien. Die Prämienbegrenzungen führten dauerhaft zu nicht
kostendeckenden Tarifen und zwängen zur Quersubventionierung durch die Versi-
cherungsnehmer der Normaltarife. Der Boden des privaten Vertragsrechts werde
gänzlich durch die Regelung verlassen, dass der Versicherer während des Prämien-
verzugs des Versicherten nicht nur nicht kündigen dürfe, sondern sogar verpflichtet
sei, eine Notfallversorgung des Versicherungsnehmers sicherzustellen und damit
Fürsorgeleistungen zu erbringen. Außer der Tatsache, dass die Prämie nicht einkom-
mensabhängig gestaltet sei und Familienangehörige nicht kostenfrei mitversichert
würden, bleibe beim Basistarif damit vom Charakter einer Privatversicherung nichts
übrig. Letztlich handele es sich um eine Mischform von Privat- und Sozialversiche-
rung, die nicht von Bundeskompetenzen erfasst sei.

57

4. a) Die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) sehen in dem Basistarif eine Verletzung ih-
rer Berufsfreiheit. Sie würden verpflichtet, unter Verstoß gegen grundlegende Regeln

58

des Äquivalenzprinzips und der Privatautonomie neue Personen zu fremdbestimmten Bedingungen zu versichern. Die Kostenunterdeckung werde auf längere Sicht einen erheblichen Umfang erreichen, weil der Basistarif nur für „schlechte Risiken“ interessant sei, die in anderen Tarifen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse hinnehmen müssten oder gar nicht versichert würden. Die langfristig unvermeidliche Häufung schlechter Risiken im Basistarif führe dazu, dass der Tarif schon ab einem Eintrittsalter von etwa 30 Jahren den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung überschreiten werde; für alle Personen, die in höherem Lebensalter einträten, werde also die generelle Prämienbegrenzung greifen. Tragen müssten dies alle in Normaltarifen der privaten Krankenversicherung versicherten Personen. Damit entstehe eine Risikospirale, welche mittel- bis langfristig geeignet sei, das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung zu zerstören. Denn steigende Preise in den Normaltarifen machten diese für Neukunden unattraktiver und steigerten für bereits versicherte Personen den Reiz, in den Basistarif zu wechseln. Da in den Normaltarifen wegen der zunehmenden Alterung des Versichertenbestands und der ohnehin überproportionalen Preissteigerungen der privaten Krankenversicherung auch aus anderen Gründen erhebliche Prämien sprünge drohten, sei damit zu rechnen, dass immer mehr Versicherte in den Basistarif wechselten, insbesondere ältere Versicherte, die bereits jetzt Beiträge in der Nähe des Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung zahlten. Durch weitere Wechsel in den Basistarif würde die Belastung der Normaltarife immer weiter steigen. Das könne im langfristigen Ergebnis zur Folge haben, dass die Normaltarife für die Versicherten nicht mehr finanzierbar seien. Auf die Quersubventionierung durch die Normaltarife sei jedoch auch der Basistarif angewiesen, um lebensfähig zu sein.

Zwar seien im Standardtarif bisher nur wenige Personen versichert worden. Der Basistarif stehe aber einem wesentlich größeren Personenkreis offen, biete einen größeren Leistungsumfang und könne zudem - anders als der Standardtarif - mit Zusatzversicherungen kombiniert werden und werde damit erheblich attraktiver. 59

Durch die Regelungen zum Basistarif, der sie zu Leistungen entsprechend dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtete, komme es zu einer Fremdbestimmung des Leistungsumfangs. Die privaten Versicherungsunternehmen würden faktisch an die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gebunden, der für die gesetzliche Krankenversicherung die maßgeblichen Entscheidungen zur Festlegung der Leistungen treffe. In diesem Gremium seien sie aber gar nicht vertreten und es besitze auch sonst keinerlei Legitimation für Maßnahmen ihnen gegenüber. 60

Unverhältnismäßig sei die Verpflichtung, allen freiwillig Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung innerhalb bestimmter Fristen Versicherung im Basistarif zu gewähren, selbst wenn diese Personen bereits einen ausreichenden Versicherungsschutz hätten. Ebenso unverhältnismäßig sei der Zwang zur Aufnahme sogar solcher Personen, die wegen Täuschung, Drohung oder vorsätzlicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ihren Versicherungsschutz bei einem anderen Versi- 61

cherer verloren hätten. Sofern der Staat den Schutz dieser Personen für angezeigt halte, müsse er ihn durch eigene Einrichtungen sicherstellen und dürfe keine privaten Solidargemeinschaften damit belasten.

Unter den Versicherten der Normaltarife befänden sich viele Personen, vor allem Beamte, die ein relativ geringes Einkommen erzielten. Der Solidargedanke werde pervertiert, wenn diese Versicherten im Normaltarif eine Beitragsbegrenzung für solche Versicherte mittragen müssten, welche sich im Basistarif absicherten, obwohl sie sich die höheren Prämien der Normaltarife ohne weiteres leisten könnten. 62

Die Halbierung der Höchstprämie bei Hilfebedürftigkeit sei eine finanzielle Umverteilungsmaßnahme zugunsten Einkommensschwacher, die dem Äquivalenzprinzip fremd und eine staatliche Aufgabe sei. Sie führe auch zu unangemessenen Ergebnissen, weil ein dergestalt Entlasteter unter Umständen besser dastehe als ein vergleichbarer Versicherter, der nur knapp oberhalb der Grenze der Hilfebedürftigkeit liege. 63

Materiell führe der Basistarif zur Indienstnahme der Versicherungsunternehmen und ihrer Versicherten für eine Sozialleistung, ohne dass die dafür erforderliche Sach- und Verantwortungsnähe der Verpflichteten gegeben sei. Anders als der frühere Standardtarif stehe der Basistarif auch bislang Nichtversicherten, freiwillig gesetzlich Versicherten und Versicherten anderer Unternehmen offen, sei also nicht etwa als Maßnahme zur Unterstützung in Not geratener langjähriger Mitglieder gerechtfertigt. Zu Nichtversicherten oder freiwillig gesetzlich Versicherten stünden die Versicherungsunternehmen in keiner Verantwortungsbeziehung. 64

Einen unzulässigen Eingriff stelle es ferner dar, dass das Vertragsverhältnis selbst bei schwersten, vom Versicherungsnehmer zu vertretenden Gründen aufrechterhalten werden müsse. Bei der häufigsten Störung, dem Prämienverzug, ruhe das Versicherungsverhältnis zwar, das Versicherungsunternehmen hafte aber für Aufwendungen bei akuten Erkrankungen, Schwangerschaft und Mutterschaft. Der Gesetzgeber nehme damit in Kauf, dass der Versicherer Leistungen erbringen müsse, obwohl er in vielen Fällen faktisch keine Möglichkeit haben werde, die geschuldeten Prämien einzutreiben. Für die Versicherten sei der Druck, die Prämien zu zahlen, gering, da sie in jedem Fall eine Notversorgung erhielten. Gerade solche Leistungen der Notversorgung seien jedoch besonders kostenintensiv. Es sei in jedem Fall unangemessen, dass private Versicherungsunternehmen selbst solche Personen unterstützen müssten, die ohne Hilfebedürftigkeit ihren Zahlungspflichten nicht nachkämen. 65

b) Die Beschwerdeführer zu 4) und 5) tragen ergänzend vor, als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit würden sie durch die angegriffenen Vorschriften gleichzeitig in Art. 9 Abs. 1 GG verletzt, denn die Vereinigungsfreiheit schütze die autonome Entscheidung über die Aufnahme und den Ausschluss von Mitgliedern als auch über die Beiträge ihrer Mitglieder. 66

Die Beschwerdeführerin zu 1) sieht in der Einführung des Basistarifs zusätzlich ei- 67

nen Verstoß gegen das rechtsstaatliche Rückwirkungsverbot. Sie sehe sich einer ansteigenden und nicht einkalkulierten Deckungslücke gegenüber, weil die zu erwartenden Ausgaben für die im Basistarif Versicherten nicht durch realistische Risikoprämien kompensiert würden.

Die Beschwerdeführerin zu 2) meint ferner, die Verpflichtung der Unternehmen, am Risikoausgleich teilzunehmen, stelle eine unzulässige Sonderabgabe dar. 68

c) Die Beschwerdeführer zu 6) und 7) tragen vor, der Basistarif und seine Ausgestaltung verletze sie in ihrer Vereinigungsfreiheit. Während sie sich zur Versicherung des Krankheitsrisikos freiwillig in einem Verein auf der Grundlage des Äquivalenzprinzips zusammengeschlossen hätten, werde nunmehr anderen Personen auf ganz anderer Grundlage der Beitritt ermöglicht. Sie müssten die dadurch verursachten Aufwendungen aufgrund des nicht kostendeckenden Basistarifs mitfinanzieren, obwohl damit auch Personen begünstigt würden, die wirtschaftlich besser stünden als sie selbst. Die Unterstützung von Personen, die sich Versicherungsprämien nicht leisten könnten, sei aber Aufgabe der Gesamtgesellschaft und obliege nicht speziell den Privatversicherten. Der Ausschluss jeder Kündigungsmöglichkeit mit den dadurch bewirkten finanziellen Belastungen infolge von Prämienausfällen mindere den Überschuss des Versicherungsunternehmens und falle letztlich ihnen zur Last. 69

5. a) Die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) führen aus, die Portabilität der Alterungsrückstellungen führe zu einer Beeinträchtigung unmittelbar durch das Gesetz, da weitere Vollzugsakte nicht erforderlich seien. Rechtsschutzmöglichkeiten außerhalb der Verfassungsbeschwerde gebe es ebenso wenig wie gegen den Basistarif. 70

Die Beschwerdeführer zu 6) und 7) tragen vor, sie seien als Altversicherte des Beschwerdeführers zu 5) durch die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen unmittelbar betroffen, weil es infolge der Einführung einer Portabilität voraussehbar dazu kommen werde, dass sie aufgrund des Abgangs guter Risiken erhebliche Prämien erhöhungen hinzunehmen hätten. 71

Die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) sehen in der Einführung der Portabilität bei Neuverträgen eine Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG. Das Produkt, welches die private Krankenversicherung anbiete, sei die langfristige, stabile Absicherung des Krankheitsrisikos. Ein funktionierender Wettbewerb setze voraus, dass der Anbieter dies realistisch zusagen könne. Ein derartiges Versprechen sei bei den Normaltarifen wegen der Verpflichtung zur Mitgabe der kalkulierten Alterungsrückstellungen nicht mehr möglich, weil jeder Tarif von einer späteren Abwanderung guter Risiken unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen bedroht sei, die unausweichlich zu erheblichen Prämien erhöhungen für die verbleibenden, von einem Wechsel ausgeschlossenen Versicherten führen werde. Eine solche Folge destabilisiere den Markt und könne einzelnen Unternehmen massive Probleme bereiten. Die Entsolidarisierung zu Lasten schlechter Risiken sei mit dem Sozialstaatsprinzip unvereinbar. Zur Verbesserung der Wechselmöglichkeiten sei die Regelung nicht erforderlich, da es dafür ausgereicht hätte, die Versicherungsunternehmen zu verpflichten, Tarife mit porta- 72

blen Alterungsrückstellungen als alternatives Produkt anzubieten.

Die Beschwerdeführerin zu 1) sieht sich zusätzlich in Art. 14 Abs. 1 GG verletzt. Die Alterungsrückstellungen bildeten Eigentumspositionen, welche den Versicherungsunternehmen zustünden. Die Einführung der Portabilität greife in ihre Eigentumsfreiheit ein, weil sie die tarifliche Kalkulationsgrundlage erheblich verändere.

73

Die Einführung der Portabilität im Altkundenbereich für die Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 verstößt nach Auffassung der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) gegen Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG. Zur Erreichung der Verbesserung der Wahl- und Wechselmöglichkeiten sei die Herstellung von Portabilität der Alterungsrückstellungen im Altkundenbereich aus den gleichen Gründen wie bei den Neuverträgen nicht erforderlich. Sie könne auch nicht mit einem Eigentumsrecht der Versicherten an den Alterungsrückstellungen begründet werden. Das Eigentum an den Beiträgen der Versicherten und den daraus erzielten Zuwächsen sei den Versicherungsunternehmen zugeordnet, selbst wenn es als Sicherungsvermögen erheblichen Verfügungsbeschränkungen unterworfen sei. Ein Eigentum der Versicherten an dem der Alterungsrückstellung entsprechenden Vermögen bestehe hingegen nicht, weil die Alterungsrückstellung in den „Altverträgen“ nicht mit dem Charakter einer individuell zugeordneten Vermögensposition angespart worden sei, sondern einen Teil einer auf kollektiver Risikokalkulation beruhenden Versicherung gegen das Risiko einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und erhöhter Krankheitskosten bilde. In das Eigentumsrecht der Unternehmen werde durch die Verpflichtung zur Mitgabe des Übertragungswertes der Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs ohne rechtfertigenden Grund eingegriffen. Zudem stelle die Einführung der Portabilität bei Altverträgen eine verfassungsrechtlich unzulässige echte Rückwirkung dar.

74

b) Die Beschwerdeführer zu 6) und 7) tragen vor, die rückwirkende Einführung der Portabilität bei Altverträgen verletze ihr Eigentumsrecht. Das Vermögen, das aus den Beiträgen der Versicherten geschaffen werde, diene zu einem großen Teil der Ermöglichung altersunabhängiger Beitragsstabilität. Den Staat treffe daher die Pflicht, dieses Vermögen vor Verschleuderung und zweckwidrigen Eingriffen zu schützen. Eine Mitgabe der Alterungsrückstellung entziehe dem Kollektiv die Mittel, die es zur Erfüllung der vertraglichen Ansprüche benötige, und entwerte damit die Eigentumsposition der anderen Versicherten. Der „Ersatz“ für die geänderte Versicherungsleistung, der den Versicherten dafür in Form der Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellung eingeräumt werde, weise demgegenüber nicht den gleichen Wert aus. Denn für Personen, die wie sie selbst zu den „schlechten Risiken“ zählten, sei die gesicherte Aussicht, dass die künftigen Krankheitskosten vom Kollektiv getragen würden, wesentlich werthaltiger als die kalkulierte Alterungsrückstellung.

75

Eigentumsfähige Position sei zum anderen die gesicherte Aussicht auf Beitragsrückerstattung beziehungsweise die Milderung von künftigen Beitragserhöhungen. Durch die Mitgabe eines Übertragungswertes an Altkunden, welche im ersten Halbjahr 2009 zu einem anderen Unternehmen wechselten, würden mittelbar die Rück-

76

stellungen ihrer Versicherung für Beitragserstattungen verringert.

6. Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V wird von dem Beschwerdeführer zu 8) mit der Begründung angegriffen, das Erfordernis des dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze verletze ihn in seiner allgemeinen Handlungsfreiheit. Der Gesetzgeber gebe keine Erklärung dafür, warum Personen, deren Einkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze für die nächsten Jahre überschreiten werde, erst nach drei Jahren die soziale Schutzbedürftigkeit als legitimierenden Anknüpfungspunkt für die Pflichtmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung verlieren würden. Der Gesetzgeber unterwerfe vor allem Personen der Versicherungspflicht, die - wie zahlreiche akademische Berufsanfänger - niemals zuvor gesetzlich versichert gewesen seien und somit auch nie die Solidarität der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hätten. Allein die Tatsache, dass die Neuregelung zu Mehreinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung führe, sei kein ausreichender Rechtfertigungsgrund.

77

Die Übergangsregelung des § 6 Abs. 9 SGB V sehe vor, dass Arbeitnehmer, welche am 2. Februar 2007 nach altem Recht versicherungsfrei und deshalb privat versichert gewesen seien, in ihrem Vertrauen auf den Bestand der privaten Versicherung geschützt würden. Er sei am Stichtag 2. Februar 2007 nicht versicherungspflichtig und daher privat versichert gewesen. Von der Übergangsregelung werde er nur deshalb nicht erfasst, weil er sein hohes Einkommen nicht als Arbeitnehmer, sondern als Selbständiger erzielt habe. Das sei gleichheitswidrig.

78

Auch die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) sehen sich durch die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in eigenen Rechten verletzt. Sie würden durch die Neuregelung in ihrer Berufsfreiheit unverhältnismäßig eingeschränkt. Ihnen werde ein potentieller Kundenkreis für mindestens drei Jahre entzogen, obwohl es aus den von dem Beschwerdeführer zu 8) dargelegten Gründen an einem rechtfertigenden Grund hierfür fehle. Zudem seien die Unternehmen der privaten Krankenversicherung aufgrund der zahlreichen Eingriffe durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in besonderer Weise auf ein Nachwachsen jüngerer Versicherter angewiesen, was durch die Neuregelung erheblich erschwert werde. So hätten sie seit der Einführung der Regelung signifikant niedrigere Neuzugangszahlen.

79

Zu den Bundeszuschüssen an die gesetzlichen Krankenkassen nach § 221 SGB V sind die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) der Meinung, die Auszahlung verschlechtere die Situation der privaten Krankenversicherungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen, welche im Wettbewerb um freiwillig Versicherte in Konkurrenz stünden, in gleichheitswidriger Weise. Ziel der Regelung sei ausweislich der Gesetzgebungsmaterialien eine Subventionierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern. Obwohl es sich hierbei nicht um eine Sonderlast der gesetzlichen Krankenversicherung handle, komme der privaten Krankenversicherung keine entsprechende Leistung zugute.

80

7. Zu den Wahltarifen tragen die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) vor, deren Zulas-

81

sung verändere den Wettbewerb irreparabel. Deshalb sei es nicht zumutbar, solche Tarife einzeln anzufechten oder die Genehmigung entsprechender Tarifangebote der gesetzlichen Krankenkassen durch das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen abzuwarten. Die Zulässigkeit solcher Tarife betreffe im Kern ausschließlich die verfassungsrechtliche Frage, ob gesetzliche Krankenkassen auf einem Markt, der bisher den privaten Krankenversicherungen vorbehalten gewesen sei, tätig werden dürften. Dies sei kompetenzwidrig und verstoße gegen die Berufsfreiheit. Wahltarife in der gesetzlich vorgesehenen Form böten keine Sozialversicherungsleistungen, sondern optionale Zusatzleistungen, die mit dem elementaren Lebensrisiko der Krankheit nichts zu tun hätten. Den Wahlтарifen fehlten zentrale Abgrenzungsmerkmale zur Privatversicherung. Besonders deutlich werde dies beim Wahlтариф Kosten-erstattung, bei dem es darum gehe, einzelne gesetzlich Versicherte von den normalen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung in der Weise abzuheben, dass sie als „gesetzlicher Privatpatient“ über höhere Vergütungen in den Genuss besserer ärztlicher Leistungen kämen. Die Wahlтарife der gesetzlichen Krankenkassen böten im Grunde das gleiche Leistungsangebot wie die auf dem Markt befindlichen Zusatzversicherungen der privaten Krankenversicherungen. Sie dienten weder dem Schutz sozial Bedürftiger noch der Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft. Chancengleichheit im Wettbewerb zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung sei hier wegen der unterschiedlichen Finanzierungsmethoden nicht gegeben.

Die Beschwerdeführerin zu 2) sieht diese Wettbewerbsverzerrung ebenfalls in Tarifen der gesetzlichen Krankenkassen, welche Selbstbehalte, Prämienzahlungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen sowie bei Leistungsbeschränkungen ermöglichen.

82

8. Die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) tragen weiter vor, wenn nicht bereits die Einzelregelungen, so würden die Normen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes in ihrer Gesamtheit ihre Grundrechte verletzen. Durch die Ausgestaltung des Basisstarifs und des Standardtarifs verhindere der Gesetzgeber eine risikoorientierte Kalkulation zugunsten der Einführung sozialer Elemente in die Prämien-gestaltung mit der Folge, dass die Prämien ab einem gewissen Alter die Krankheitskosten der jeweiligen Alterskohorten nicht mehr decken würden. Damit werde das System der privaten Krankenversicherung vom Eintritt junger und gesunder Versicherter abhängig; das System breche zusammen, wenn zunehmend älteren und kranken Versicherten immer weniger junge, gesunde Versicherte gegenüberstünden, weil nur durch die kommenden Versicherten die Begrenzungen im Basis- und Standardtarif finanziert werden könnten. Den Wechsel in die private Krankenversicherung erschwere der Gesetzgeber durch das Erfordernis eines dreimaligen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze. Gleichzeitig bürde er den privaten Krankenversicherungsunternehmen zusätzliche finanzielle Belastungen durch das Kündigungsverbot und die Verpflichtung zur Notversorgung auf. Weiter hinzu kämen erhebliche finanzielle Belastungen durch die Einführung der Portabilität der Alterungsrückstellungen. Unternehmen, die

83

von einer negativen Risikoselektion betroffen seien, werde es zusehends schwerer fallen, ihre Aufgabe der dauerhaften Absicherung des Krankheitsrisikos wahrzunehmen und dabei die vom Gesetzgeber vorgeschriebenen „sozialen“ Anforderungen zu erfüllen. In der Summe der Maßnahmen berge das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ein Potential, das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung zu zerstören. Hierin liege ein unzulässiger „additiver“ Grundrechtseingriff.

9. Die Beschwerdeführerin zu 1) trägt ferner vor, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verletze den Parlamentsvorbehalt. Die Beschlussempfehlung des Bundestagsausschusses für Gesundheit zum Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes sei mit Änderungsanträgen verabschiedet worden, welche den Ausschussmitgliedern erst am Abend vorher übermittelt wurden. Der Bericht des Gesundheitsausschusses zum Entwurf habe den Ausschussmitgliedern in schriftlicher Form zum Zeitpunkt der Zustimmung überhaupt nicht vorgelegen. Das Plenum des Deutschen Bundestages habe auf dieser Grundlage zwei Tage nach der Sitzung des Gesundheitsausschusses den Gesetzentwurf beschlossen. Es sei den Abgeordneten damit praktisch unmöglich gewesen, sich mit dem Gesetzentwurf in einer seiner Komplexität angemessenen Weise zu beschäftigen. Der Gesetzgeber müsse die mit seinen Vorschriften verbundenen Grundrechtseinschränkungen deutlich vor Augen haben. Hierzu sei es erforderlich, dass die Abgeordneten vor einer Abstimmung das Regelungsvorhaben inhaltlich vollständig überblicken könnten. Das sei nach dem Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens nicht der Fall gewesen.

84

IV.

Zu den Verfassungsbeschwerden haben die Bundesregierung, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Bund der Versicherten e.V. sowie Professor Dr. Ulrich Meyer und Professor Dr. Bert Rürup Stellung genommen.

85

1. Die Bundesregierung hält die Verfassungsbeschwerden in weiten Teilen für unzulässig. Die Beschwerdeführer argumentierten mit Prognosen über die von den Neuregelungen ausgehende Beschwer, die derzeit nicht valide geprüft werden könnten und vielfach spekulativ seien. Für eine solche Überprüfung sei das Verfahren der Rechtssatzverfassungsbeschwerde nicht geeignet.

86

Die Neuregelungen seien verfassungsgemäß. Die angegriffenen Vorschriften des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes seien Teil eines mit großer Mehrheit verabschiedeten Reformwerkes, welches die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenversicherung als duales System aufrechterhalte, jedoch die Versichertenkreise beider Systeme klarer voneinander abgrenze. Durch die Regelungen über die Portabilität der Alterungsrückstellungen ziele das Gesetz auf eine Verbesserung der Wechselmöglichkeiten der Versicherungsnehmer und damit auf eine Stärkung des Wettbewerbs, sichere aber gleichzeitig durch Basistarif, Kontrahierungszwang, Kündigungsausschluss und Notversorgung den notwendigen Schutz der sozialen

87

Belange in der neuen Wettbewerbsordnung. Die Änderungen seien für die Unternehmen zumutbar und die Darstellung angeblich existenzbedrohender Wirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes schon angesichts allgemein positiver, aktueller Geschäftsberichte der Unternehmen wenig plausibel.

Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur privaten Pflegeversicherung ergebe sich, dass der Bund für die Einführung eines Basistarifs die Gesetzgebungskompetenz habe; denn die dort genannten Typusmerkmale spiegeln sich im Basistarif. 88

Die Wartefrist für einen Wechsel in die private Krankenversicherung werde für diejenigen Arbeitnehmer auf drei Jahre verlängert, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liege, um insbesondere akademische Berufsanfänger nicht von vornherein faktisch der privaten Krankenversicherung zuzuordnen. Die Neuzugänge in der privaten Krankenversicherung stammten zum ganz überwiegenden Teil aus Übertritten zuvor gesetzlich Versicherter und führten zu einem Verlust an Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Grundrechtseingriff zu Lasten der Versicherer liege hierin nicht, weil das Gesetz keine berufsregelnde Tendenz habe, sondern allein eine Stärkung der gesetzlichen Krankenversicherung bezwecke. 89

Die Angriffe der Unternehmen gegen den Bundeszuschuss zur gesetzlichen Krankenversicherung seien unberechtigt, weil im Nebeneinander der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung keine wirkliche Konkurrenz bestehe. Die Zuschüsse seien wegen der gesamtgesellschaftlichen, sozialpolitischen Aufgaben gerechtfertigt, welche der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen seien, insbesondere wegen ihrer zahlreichen familienpolitischen Leistungen. 90

Der Basistarif verwirkliche ein wesentliches Ziel des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, beide Säulen der Krankenversicherung so auszugestalten, dass jede Säule für die gesamte Lebensbiographie ihrer Versicherten einen hinreichenden und bezahlbaren Versicherungsschutz bereitstelle. Deshalb solle in beiden Säulen in Notsituationen der Rückgriff auf staatliche Fürsorgesysteme entbehrlich und zugleich der Schutz für alle Versicherten finanzierbar sein. Der die Unternehmen im Basistarif treffende Kontrahierungszwang mit bisher Nichtversicherten sei erforderlich, um denjenigen Personen, die bei der gesetzlichen Marktabgrenzung der privaten Krankenversicherung zugewiesen worden seien, tatsächlich Versicherungsschutz zu garantieren; anderenfalls bestehe die Gefahr, dass deren Unternehmen sie abweisen würden. Die Risikoselektion, welche die Unternehmen im Wettbewerb mit der gesetzlichen Krankenversicherung betrieben, sei nicht schützenswert. 91

Das Hauptanliegen des Basistarifs seien die Begrenzung der Prämien auf einen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbaren Höchstbeitrag und die Prämienreduzierung bei sozialer Hilfebedürftigkeit, um sicherzustellen, dass die dort Versicherten auch dann, wenn sie Versicherungsprämien wegen ihrer persönlichen Einkommens- oder Vermögenssituation vorübergehend nicht mehr zahlen könnten, weiter Versicherungsschutz genießen würden. Hieraus ergebe sich auch die Notwendigkeit 92

des Kündigungsausschlusses bei Zahlungsverzug, weil sonst die Funktion der Versicherungspflicht leer liefe. Das für den Fall des Prämienverzugs vorgesehene Verfahren stelle sicher, dass seitens der Unternehmen in dieser Situation nur eine Notversorgung erbracht werden müsse, die aus sozialetischen Gesichtspunkten als unverzichtbar angesehen werde.

Die Befürchtungen zu den Auswirkungen des Basistarifs auf das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung seien unrealistisch. Die Zahl der Versicherungsnehmer im Basistarif werde sich voraussichtlich kaum von der Gesamtzahl der Versicherungsnehmer im Standardtarif unterscheiden. Die dadurch verursachte Beitragserhöhung in den Normaltarifen werde gering ausfallen.

93

Soweit sich die als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisierten Unternehmen auf Art. 9 GG beriefen, führe dies nicht zu anderen Ergebnissen. Die angegriffenen Regelungen machten nur versicherungsrechtliche, nicht aber mitgliedschaftsrechtliche Vorgaben. Es bleibe die autonome Entscheidung des Vereins, ob er das Versicherungsgeschäft als Mitgliedergeschäft betreibe oder auch Nichtmitglieder versichere.

94

Ein bedeutsames Ziel des Gesetzes sei die Verbesserung der Wettbewerbsbedingungen in der privaten Krankenversicherung durch Einführung der teilweisen Portabilität von Alterungsrückstellungen. Wegen der fehlenden Möglichkeit einer Mitnahme der Alterungsrückstellungen finde ein Wettbewerb um Bestandskunden gegenwärtig praktisch nicht statt mit der Folge, dass kaum Anreize zur kostenbewussten Leistungsgestaltung für die Unternehmen bestünden. Die Beschwerdeführer verteidigten mit ihrer Argumentation den faktischen Zwang zum Verbleib im Kollektiv und damit eine freien Marktbedingungen widersprechende Situation. Zwar seien die von den Beschwerdeführern beschworenen Gefahren für den Krankenversicherungsmarkt infolge der Wirkungen einseitiger Risikoselektion abstrakt zutreffend beschrieben, diesen Gefahren werde jedoch durch den Kontrahierungszwang entgegengewirkt, der sicherstelle, dass die Versicherungsnehmer - und damit auch die guten Risiken - im Markt blieben. Durch den Basistarif werde zudem erreicht, dass eine etwaige Verteuerung der Tarife auf einem bestimmten, brancheneinheitlichen Niveau sein Ende finde. Unterschiede in der Risikostruktur von Versicherungsunternehmen, die aus Sicht der Unternehmen zufällig seien, würden durch das Risikoausgleichssystem des Basistarifs branchenweit ausgeglichen. Für Versicherungsverträge, die ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen würden, führe die Einführung von Portabilität lediglich dazu, dass Tarife teurer, nämlich unter Berücksichtigung der eventuellen Übertragung der Alterungsrückstellung bei Wechsel eines Versicherungsnehmers zu einem anderen Unternehmen kalkuliert werden müssten. Dies treffe aber alle Unternehmen gleich. Die Verteuerung der Tarife werde voraussichtlich nur 2% bis allenfalls 8% ausmachen. Aber auch diese Prämienenerhöhung wirke sich auf die Gesamtlaufzeit des Vertrages nicht beitrags erhöhend aus, weil dieser Betrag den kalkulierten Alterungsrückstellungen zugute komme.

95

Hinsichtlich der Altversicherten sei festzustellen, dass die Alterungsrückstellungen zwar sachenrechtlich im Eigentum der Unternehmen stünden, wirtschaftlich aber allein den Versicherungsnehmern zuzuordnen seien, weil sie deren Ansprüche aus Versicherungsverträgen abdeckten. In der Portabilitätsregelung liege allenfalls eine Umgestaltung der bisherigen Vermögensposition im Rahmen der Sozialbindung des Eigentums, die zur Verwirklichung einer größeren Freiheit der Bestandskunden gerechtfertigt sei. Denn die Alterungsrückstellungen seien durch die Versicherer zur Reduzierung der Prämienbelastung des Kollektivs im Alter zu verwenden. Auch die Erwartung der Unternehmen auf Stornogewinne könne nicht verfassungsrechtlich geschützt werden. Die Stornogewinne aus Versichererwechseln beruhten gerade nicht auf Investitionen oder Leistungen der Versicherer. Jedenfalls sei die Schmälerung einer solchen Gewinnerwartung gerechtfertigt, weil das Gesetz dem Ziel diene, die Versicherten an der Wettbewerbsstärkung durch das neue Vertragsrecht zu beteiligen. 96

Die von den Beschwerdeführern zu 6) und 7) angegriffene Belastung durch die Umlage der im Basistarif nicht gedeckten Kosten sei bei einem geschätzten Prämienhöhungspotential von maximal ein Prozent zur Erreichung eines umfassenden Versicherungsschutzes für die gesamte Wohnbevölkerung verhältnismäßig, insbesondere weil die Möglichkeit zum Wechsel in den Basistarif auch den Beschwerdeführern zu 6) und 7) zugute komme. Die Kosten der Notversorgung seien über die Prämien bereits finanziert. Zusätzliche Belastungen brächten allein Beitragsausfälle, die aber auch heute bereits bestünden. 97

Die Rüge der Beschwerdeführer zu 6) und 7), eine Einführung von Portabilität für Altkunden ändere nachträglich ihren Versicherungsvertrag, sei unsubstantiiert, weil sich bei ihnen weder die Kalkulation der Prämie noch die Verwendung der aus ihrem Vertrag kalkulierten Alterungsrückstellungen ändere. 98

2. Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. befürchtet, die politische Diskussion ziele auf eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung. Hierzu werde ohne nachvollziehbare Gründe die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung verlängert und den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, die Versicherten über Wahltarife, die teilweise das klassische Zusatzversicherungsgeschäft der privaten Krankenkassen bildeten, für mehrere Jahre an sich zu binden. Mit dem Basistarif erhielten Personen einen Zugang zur privaten Krankenversicherung, die nie einen Bezug zu ihr gehabt hätten. Damit würden typische Aufgaben der Sozialfürsorge auf die private Versichertengemeinschaft verlagert. Anders als die gesetzliche Krankenversicherung erhalte die private Krankenversicherung dafür keinen finanziellen Ausgleich und verfüge nicht über deren ökonomische Steuermöglichkeiten, mit denen die Beitragshöhe gemäßigt werden könne. Schließlich führe die den Bestandsversicherten eingeräumte Wechselmöglichkeit unter Mitnahme ihrer kalkulierten Alterungsrückstellung in Höhe einer fiktiven Versicherung im Basistarif im ersten Halbjahr 2009 dazu, dass die Beiträge angehoben werden müssten. Die Kosten des Wechsels würden damit vom Einzelnen auf die Gesamtheit 99

der Versicherten verlagert.

3. Der Spitzenverband der Krankenkassen hält die Neuregelungen für verfassungsgemäß. Zwischen beiden Krankenversicherungssystemen finde eine systematische und permanente Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung statt, was sich unter anderem daran zeige, dass die Versicherten der privaten Krankenversicherung eine geringere Morbidität als die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufwiesen. Die gesetzgeberischen Maßnahmen seien lediglich als Versuch zu werten, diese Schieflage zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu korrigieren. Der Basistarif sei nötig, um Versicherte der privaten Krankenversicherung vor einer finanziellen Überforderung im Alter zu bewahren. Die Einführung einer Übertragbarkeit von Alterungsrückstellungen diene der Herstellung eines derzeit nicht funktionierenden Wettbewerbs um Bestandskunden in der privaten Krankenversicherung. Die Gefahr einer Risikoselektion werde eher mittel- bis langfristig auftreten und lasse genügend Zeit für korrigierende gesetzgeberische Maßnahmen. 100

4. Der Bund der Versicherten e.V. ist der Auffassung, das Gesetz höhle das bisherige Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung aus. Der Basistarif sei nicht kostendeckend und müsse durch die im Normaltarif Versicherten subventioniert werden, was die Gefahr einer Wanderungsbewegung in den Basistarif begründe. Die Portabilität des kalkulierten Werts der Alterungsrückstellung führe zu einer Risikoselektion und zur Entmischung des jeweiligen Tarifkollektivs bei zahlreichen Versicherten; das schaffe die Gefahr der Bildung eines Oligopols auf dem Versicherungsmarkt. Die privaten Krankenversicherungen würden im Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen erheblich benachteiligt. 101

5. Professor Dr. Bert Rürup führt aus, genaue Aussagen zu den Belastungswirkungen des Basistarifs seien nicht möglich, weil repräsentative Datensätze mit Angaben zur Versichertenstruktur in der privaten Krankenversicherung nicht öffentlich verfügbar seien. Aufgrund der Ausgestaltung des Basistarifs, der nur Leistungen auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung anbiete, aber bereits für relativ junge Personen den gesetzlichen Höchstbeitrag kosten werde, sei dieser Tarif unattraktiv. Die hiervon ausgehenden Belastungswirkungen für andere seien daher voraussichtlich gering. Die Branche selbst rechne mit 90.000 Versicherten in diesem Tarif. Auf dieser Grundlage würden sich die Normaltarife der übrigen Versicherten um 1,2% verteuern. 102

Von den neuen Möglichkeiten zur Übertragung von Teilen der Alterungsrückstellungen seien zumindest kurz- bis mittelfristig kaum substanzielle Auswirkungen auf die Prämien der privaten Krankenversicherung zu erwarten. Die Einführung der Portabilität entziehe der privaten Krankenversicherung keine Beitragsmittel, denn bei einem Wechsel eines Versicherten in die gesetzliche Krankenversicherung verblieben die Alterungsrückstellungen wie bisher im Unternehmen. Von den Unternehmen der privaten Krankenversicherung werde die Größenordnung von Prämien erhöhungen in- 103

folge der Einführung von Portabilität sehr unterschiedlich eingeschätzt, die Spanne reiche von 2% bis 10%.

Die Einführung einer Portabilität der Alterungsrückstellungen im Umfang einer fiktiven Versicherung im Basistarif sei ordnungspolitisch verfehlt, weil dadurch Risikoselektion provoziert werde; denn damit würden Wechsel um so attraktiver, je geringer das individuelle Krankheitsrisiko sei. Für Bestandsversicherte bestehe lediglich eine Übertragungsmöglichkeit im ersten Halbjahr 2009 und nur für einen Wechsel in den Basistarif. Ein Wechsel in den Basistarif sei jedoch für ein gutes Risiko keine attraktive Option. Die durch Änderung der Kalkulationsverordnung durchgesetzte Mindestverweildauer von 18 Monaten im Basistarif verhindere, dass solche Personen den Basistarif als „Sprungbrett“ in den Normaltarif gebrauchten; das entwerte ihr Wechselrecht stark. Für Neukunden stelle sich die Situation etwas anders dar, da sie auch in Normaltarife anderer Unternehmen wechseln könnten. Generell bleibe die Übertragbarkeit aber auch für diese Personen auf einen den Basistarifleistungen entsprechenden Teil begrenzt, sodass der Wechsel in den Normaltarif eines anderen Anbieters für die Versicherten in der Regel weiterhin mit finanziellen Einbußen verbunden sei. Angesichts der vorhersehbar nur sehr niedrigen Alterungsrückstellungen, die im Basistarif gebildet werden könnten, müssten vor allem ältere Versicherte mit hohen Alterungsrückstellungen mit erheblichen Verlusten bei einem Wechsel des Versicherers rechnen. Von der teilweisen Portabilität seien daher weder gravierende Prämien-erhöhungen noch erhebliche Risikoselektionen zu erwarten.

104

Die finanziellen Auswirkungen aller zum 1. Januar 2009 wirksam werdenden Maßnahmen ließen sich nicht exakt beziffern. Neben den durch den Basistarif und den durch die Einführung einer teilweisen Portabilität ausgelösten Belastungen seien auch mögliche Beitragsausfälle zu berücksichtigen, die durch nicht zahlungswillige oder zahlungsunfähige Kunden entstünden; diese finanzielle Belastung sei jedoch gering zu veranschlagen.

105

6. Professor Dr. M. führt aus, die Ausführungen der Unternehmen zu der zu erwartenden Verdrängung der Normaltarife durch den Basistarif könnten nicht überzeugen. Eine seriöse Abschätzung der zu erwartenden Belastung der Normaltarife durch den Subventionsbedarf der Basistarif-Versicherten setze nicht nur fundierte Schätzungen über den zu erwartenden Zugang von Versicherten in den Basistarif voraus, sondern auch über denjenigen Anteil der in den Basistarif wechselnden Versicherten, deren Prämie die tatsächlichen Krankheitskosten nicht decke, und der Höhe des danach zu finanzierenden Kappungsbedarfs. Eine in dieser Hinsicht vollständige und in sich konsistente Analyse des Wechsels in den Basistarif zeige keine der Verfassungsbeschwerden auf.

106

Ohne Portabilität der Alterungsrückstellungen werde der Wettbewerb massiv behindert. Zwar würde die Einführung einer Portabilität der vollen rechnungsmäßigen Alterungsrückstellung die erhebliche Gefahr einer Risikoselektion schaffen, die den Krankenversicherungsmarkt gefährden könne. Das Gesetz führe aber nur eine begrenzte

107

Portabilität ein. Sie lasse die Gefahr einer Risikoselektion zwar nicht völlig entfallen, verringere jedoch ihren Umfang und öffne den Wettbewerb, welcher derzeit ausschließlich auf das Neukundengeschäft gerichtet sei. Der Vortrag der beschwerdeführenden Unternehmen, welche für die meisten Tarife sehr hohe Übertragungswerte angäben, sei unplausibel und von dem erkennbaren Bestreben motiviert, die durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz bewirkte Rechtslage möglichst dramatisch darzustellen.

V.

In der mündlichen Verhandlung vom 10. Dezember 2008 haben sich die Beschwerdeführer, die Bundesministerin für Gesundheit für die Bundesregierung und die jeweiligen Bevollmächtigten geäußert. Für die Beschwerdeführer hat ferner Professor Dr. Bernd Raffelhüschen Stellung genommen. Das Bundesverfassungsgericht hat außerdem den Verband der privaten Krankenversicherung e.V., den Spitzenverband der Krankenkassen, den Bund der Versicherten e.V. sowie die Professoren Dr. Ulrich Meyer und Dr. Bert Rürup zu den voraussichtlichen Wirkungen der gesetzlichen Maßnahmen gehört. 108

B.

Die Verfassungsbeschwerden sind nur zum Teil zulässig. 109

I.

Die Verfassungsbeschwerden der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) sind, soweit sie sich gegen die versicherungsvertrags- und versicherungsaufsichtsrechtlichen Vorschriften zum Basistarif und der Portabilität wenden, im Wesentlichen zulässig. 110

1. Die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung wird von den Beschwerdeführern zu 1) bis 5) allerdings entgegen § 23 Abs. 1 Satz 2, § 92 BVerfGG nicht in jeder Beziehung ausreichend dargelegt. 111

a) Hinsichtlich der zum 1. Januar 2009 in Kraft getretenen Vorschriften über den Basistarif in § 193 Abs. 5 VVG, § 12 Abs. 1a bis 1c, 4b VAG und § 12g VAG rügen die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) substantiiert eine Verletzung des Art. 12 Abs. 1 GG, weil die Normen einen kompetenzwidrigen und übermäßigen Eingriff in ihre berufsbezogene Vertragsfreiheit verursachen würden. 112

b) Soweit sich die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) gegen § 193 Abs. 6 VVG wenden, wird die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung ausreichend dargelegt. Die für sämtliche substitutiven Krankheitskostenversicherungen geltende Pflicht zur Notversorgung trotz Nichtzahlung der Beiträge wird von ihnen substantiiert als Verletzung ihrer Berufsfreiheit mit dem Vortrag angegriffen, privaten Unternehmen werde hiermit grund- und entschädigungslos eine Sozialleistungspflicht auferlegt. 113

c) In Bezug auf das absolute Kündigungsverbot in § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG rügen die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) hinreichend substantiiert eine Verletzung von 114

Art. 12 Abs. 1 GG und die Beschwerdeführer zu 4) und 5) zusätzlich von Art. 9 Abs. 1 GG.

d) Zulässig sind die Verfassungsbeschwerden ferner gegen § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a VVG, also gegen die Einführung einer Portabilität der Alterungsrückstellung im Falle eines Unternehmenswechsels bei Verträgen, die nach dem 1. Januar 2009 geschlossen werden. Die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) rügen substantiiert eine Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG mit der Begründung, die Portabilität von Alterungsrückstellungen beschwöre die Gefahr negativer Risikoselektion im Versichertenbestand eines Unternehmens und damit die Gefährdung der Erfüllung der Pflichten aus ihren anderen Versicherungsverträgen herauf. 115

e) Das für Altkunden der privaten Krankenversicherung durch § 204 Abs.1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG geschaffene Recht, innerhalb des ersten Halbjahres 2009 in den Basistarif eines anderen Unternehmens unter Mitnahme der beim bisherigen Versicherer aufgebauten Alterungsrückstellung im kalkulierten Umfang des Basistarifs zu wechseln, wird von den Beschwerdeführern zu 1) bis 5) als eine Verletzung von Art. 14 Abs. 1 GG gerügt. Weil das Gesetz in laufende Verträge und somit unmittelbar in die Berufstätigkeit der Beschwerdeführer eingreift, stellt sich der Vortrag der Beschwerdeführer aber der Sache nach als eine hinreichend substantiierte Rüge der Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG dar. Das gilt auch für das in § 204 Abs. 1 Satz 2 VVG enthaltene Recht des Versicherungsnehmers, vom bisherigen Versicherer den Abschluss eines Zusatztarifs zu verlangen, in dem die über den Basistarif hinausgehende Alterungsrückstellung angerechnet wird. Hingegen berühren die Vorschriften über die Portabilität den Schutzbereich der Vereinigungsfreiheit aus den oben dargelegten Gründen nicht. 116

f) Unzulässig sind die Verfassungsbeschwerden, soweit § 12 Abs. 1d VAG angegriffen wird. Durch diese Vorschrift wird der Verband der privaten Krankenversicherung damit beliehen, Art, Umfang und Höhe der Leistungen im Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG festzulegen. Die Beschwerdeführer zu 1), 3) bis 5) legen nicht dar, weshalb dies ihre eigenen Grundrechte verletzen kann. Ihre Beschwer liegt in der Einführung und in den gesetzlichen Konditionen des Basistarifs, nicht in der Beleiung des Verbands der privaten Krankenversicherung, der letztlich nur die Vertragsbedingungen des Basistarifs nach gesetzlichen Vorgaben konkretisiert. 117

g) Hinsichtlich der Vorschriften der Kalkulationsverordnung, welche mit den Verfassungsbeschwerden angegriffen werden, fehlt jeglicher Vortrag der Beschwerdeführer zu 1) bis 5), welche verfassungsmäßigen Rechte der Unternehmen durch diese technischen Berechnungsregeln verletzt sein könnten. 118

h) Soweit die Beschwerdeführerin zu 1) zusätzlich eine Verletzung von Art. 14 Abs. 1 GG durch die Einführung von Portabilität bei Neuverträgen rügt, ist die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung nicht dargetan. Die Beschwerdeführerin zu 1) trägt nicht vor, welche bestehenden Eigentumspositionen durch die Einführung von Portabilität bei Verträgen, die erst ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen werden können, be- 119

troffen sein sollen.

i) Ebenfalls unzulässig ist die Verfassungsbeschwerde der Beschwerdeführerin zu 1) gegen § 208 VVG, wonach von den Vorschriften der §§ 194 bis 199 und 201 bis 207 VVG nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person abgewichen werden darf. Es fehlt jede Darlegung, welche eigenständige Beschwer mit dieser Vorschrift verbunden sein könnte. 120

j) Unzulässig ist ferner die von der Beschwerdeführerin zu 2) erhobene Rüge, es handele sich bei der Pflicht zur Teilnahme am Risikoausgleich gemäß § 12g VAG um eine verfassungswidrige Sonderabgabe. Insoweit fehlt es schon an der Darlegung einer Beschwer. Zwar werden gemäß § 12g Abs. 1 Satz 3 VAG die Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der Beitragsbegrenzungen im Basistarif entstehen, auf alle beteiligten Versicherungsunternehmen so verteilt, dass eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt wird. Die Unternehmen der privaten Krankenversicherung tragen diese Belastung aber nicht, da gemäß § 12c Abs. 1 Nr. 1 VAG in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Nr. 5, § 8 Abs. 1 Nr. 6 KalV diese Mehraufwendungen der Unternehmen als sonstiger Zuschlag auf die Tarife der substitutiven Krankenversicherungen umgelegt werden, also im Ergebnis ausschließlich die Versicherungsnehmer belasten. 121

k) Die Beschwerdeführer zu 4) und 5), welche als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisiert sind, rügen zusätzlich eine Verletzung von Art. 9 Abs. 1 GG durch die Vorschriften über den Basistarif. Insoweit kommt eine Verletzung dieses Grundrechts jedoch nur durch den Kontrahierungszwang im Basistarif in Betracht. Hingegen ist ein Eingriff in das Grundrecht der Vereinigungsfreiheit durch die übrigen Vorschriften über den Basistarif ausgeschlossen. Eingriffe in die Vertrags- und Kalkulationsfreiheit eines Versicherungsunternehmens bei der Gestaltung eines Tarifs berühren nicht den speziellen, auf das Prinzip freier sozialer Gruppenbildung bezogenen Schutzbereich der Vereinigungsfreiheit (vgl. BVerfGE 50, 290 <353>). Weder die Organisation noch die Willensbildung oder die Führung der Vereinsgeschäfte des Versicherungsvereins wird durch Vorschriften berührt, welche einem Versicherungsunternehmen vorschreiben, einen in bestimmter Weise ausgestalteten Tarif anzubieten. Gleiches gilt für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1c VAG. Sie betreffen den Verein nicht anders als die das gleiche Versicherungsgeschäft betreibende Aktiengesellschaft; sie weisen keinen besonderen Bezug zu der Vereinsstruktur auf. 122

l) Auch die gegen § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a VVG erhobene Rüge einer zusätzlichen Verletzung von Art. 9 Abs. 1 GG durch die Beschwerdeführer zu 4) und 5) ist unzulässig, denn sie sind insoweit nicht betroffen. Die Einführung einer Portabilität von Alterungsrückstellungen berührt weder die Organisation noch die Willensbildung eines Versicherungsvereins. Ebenso wenig wird durch Vorschriften, welche die Mitgabe von Alterungsrückstellungen regeln, in die Freiheit eingegriffen, der Vereinigung beizutreten oder sie wieder zu verlassen. Verändert werden lediglich die vers- 123

cherungsrechtlichen Rahmenbedingungen, welche für das einzelne Mitglied bei seiner Entscheidung über den Verbleib im Verein von wirtschaftlicher Bedeutung sind, nicht aber die Regeln über Eintritt oder Austritt selbst.

m) Unsubstantiiert ist die Rüge des Beschwerdeführers zu 5), es verstoße gegen Art. 3 Abs. 1 GG, dass der Gesetzgeber bei der Einführung der Portabilität von Alterungsrückstellungen nicht berücksichtigt habe, dass Unternehmen, welche die unmittelbaren Abschlusskosten eines Versicherungsvertrags nicht aus Alterungsrückstellungen, sondern anders finanzierten, ihren wechselwilligen Altversicherten höhere Alterungsrückstellungen mitgeben müssten als ein „zillmerndes“ Unternehmen, welches die Aufwendungen für die Versicherungsvermittlung bei Vertragsabschluss sofort den Alterungsrückstellungen entnimmt. Der Schutzbereich von Art. 3 Abs. 1 GG ist eröffnet, wenn unterschiedliche Sachverhalte gleich behandelt werden, obwohl die tatsächliche Ungleichheit von Gewicht ist (vgl. BVerfGE 110, 141 <167>; stRspr). Art. 3 Abs. 1 GG ist nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber Differenzierungen, die ihm gestattet sind, nicht vornimmt, sondern erst dann, wenn ein vernünftiger Grund für diese Gleichbehandlung ungleicher Sachverhalte fehlt (vgl. BVerfGE 90, 226 <239>). Der Beschwerdeführer zu 5) legt schon nicht ausreichend dar, inwieweit er im Vergleich zu „zillmernden“ Unternehmen in erheblicher Weise ungleich behandelt wird. Konkrete Zahlen und Rechenbeispiele, welche tatsächlichen Unterschiede infolge der unterschiedlichen Höhe von Alterungsrückstellungen in den verschiedenen Unternehmen auftreten, werden nicht genannt. Der Beschwerdeführer setzt sich ferner nicht mit dem nahe liegenden Gedanken auseinander, dass die gerügte Gleichbehandlung aus Gründen der Typisierung und Generalisierung gerechtfertigt sein kann (vgl. BVerfGE 112, 268 <280>).

124

2. Soweit nach den vorangegangenen Ausführungen die Möglichkeit von Grundrechtsverletzungen hinreichend substantiiert dargelegt ist, sind die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) durch die angegriffenen Vorschriften selbst, unmittelbar und gegenwärtig betroffen (vgl. BVerfGE 87, 181 <195>; 97, 157 <164>).

125

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden durch § 193 Abs. 5 Satz 1 VVG, § 12 Abs. 1b Satz 1 VAG verpflichtet, dem genannten Personenkreis Versicherungsschutz im branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten. Die angegriffenen Vorschriften sind in ihrem Regelungsgehalt und in ihren Konsequenzen für die betroffenen Unternehmen eindeutig. Daher ist es den Krankenversicherungsunternehmen nicht zuzumuten, durch die Ablehnung von Anträgen auf Versicherung im Basistarif zivilrechtliche Streitigkeiten zu provozieren. Damit würde nicht nur die Gefahr entstehen, dass in einer Vielzahl von Fällen auf den Krankenversicherungsschutz angewiesene Personen zunächst ohne Leistungen blieben, vielmehr müssten die Versicherungsunternehmen angesichts ihres nach Maßgabe des einfachen Rechts erkennbar rechtswidrigen Verhaltens mit Maßnahmen der Versicherungsaufsicht gemäß § 81 Abs. 2 VAG rechnen, die bis zum Widerruf der Geschäftserlaubnis gehen könnten.

126

Gleiches gilt für die Notversorgungspflicht nach § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG und das

127

absolute Kündigungsverbot gemäß § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG. Diese Vorschriften sind zudem unmittelbar mit der Versicherungspflicht in der privaten Krankenkostenversicherung und dem Versicherungszwang im Basistarif verknüpft, weil sie alle der Sicherstellung eines Basisschutzes innerhalb der privaten Krankenversicherung dienen. Eine gemeinsame verfassungsrechtliche Prüfung dieser Vorschriften entspricht auch dem Gebot der Prozessökonomie.

Hinsichtlich der gesetzlichen Anordnung einer Portabilität der Alterungsrückstellungen ist die Verweisung auf fachgerichtlichen Rechtsschutz ebenfalls unzumutbar. Die Krankenversicherungsunternehmen könnten nur durch offensichtlich rechtswidriges Vorgehen, nämlich die Weigerung, Alterungsrückstellungen mitzugeben, Zivilrechtsstreite provozieren, bei denen letztlich nur die Verfassungsmäßigkeit der Neuregelung im Streit stünde. 128

II.

Soweit die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) darüber hinaus verschiedene Vorschriften aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung angreifen, sind die Verfassungsbeschwerden ebenfalls nur teilweise zulässig. 129

1. Die Verfassungsbeschwerden der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) gegen die Vorschrift des § 315 SGB V über den Standardtarif für Personen ohne Versicherungsschutz sind wegen fehlender Beschwer unzulässig. Denn die seit dem 1. Juli 2007 im Standardtarif nach § 315 Abs. 1 SGB V abgeschlossenen Versicherungsverträge sind kraft Gesetzes zum 1. Januar 2009 auf Verträge im Basistarif nach § 12 Abs. 1a VAG umgestellt worden (§ 315 Abs. 4 SGB V). 130

2. Die Verfassungsbeschwerden der Beschwerdeführer zu 2) bis 5) gegen § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind zulässig. 131

Die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) rügen substantiiert eine mögliche Verletzung ihrer Berufsfreiheit durch die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht, weil ihnen hierdurch potentielle Kunden entzogen werden. Zwar genügen nachteilige Veränderungen der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen einer Berufsausübung nicht für die Annahme eines Eingriffs in die Berufsfreiheit. Das Erfordernis der Selbstbetroffenheit erfordert mehr als eine bloße Reflexwirkung staatlicher Maßnahmen. Vielmehr muss die staatliche Maßnahme in einem engen Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs stehen und eine objektiv berufsregelnde Tendenz erkennen lassen (vgl. BVerfGE 106, 275 <299>). Dies ist hier der Fall. Die Verlängerung auf jeweils drei Jahre schränkt den Personenkreis ein, der eine private Krankenversicherung abschließen kann. Damit werden die privaten Krankenversicherungen in der Möglichkeit beeinträchtigt, neue Versicherungsnehmer für sich zu gewinnen. Die Behauptung, hierfür fehle es an einem legitimierenden Gemeinwohlzweck, enthält die zulässige Rüge der Verletzung eigener Grundrechte der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, welche nur verfassungsrechtlich gerechtfertigte Marktzugangsschranken dulden müssen. 132

3. Unzulässig sind die Verfassungsbeschwerden hingegen, soweit sie sich gegen die Vorschrift des § 53 SGB V über die Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung wenden. 133

Es ist fraglich, ob die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) durch Wahltarife, welche die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern anbieten, überhaupt beschwert sind; denn Wahltarife öffnen allein den Wettbewerb für ihre Konkurrenten. Jedenfalls fehlt es schon an ihrer unmittelbaren Betroffenheit. Den gesetzlichen Krankenkassen wird lediglich die Befugnis verliehen, in ihrer Satzung Wahltarife vorzusehen. Sie treten erst nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde in Kraft (§ 195 Abs. 1 SGB V). Die angegriffenen Vorschriften enthalten lediglich eine ausfüllungsbedürftige Ermächtigung zum Erlass von Tarifen und bewirken keinen unmittelbaren Eingriff. 134

4. Unzulässig sind die Verfassungsbeschwerden schließlich, soweit sie sich gegen § 221 Abs. 1 SGB V richten. Zweifel ergeben sich bereits in Hinblick auf § 93 Abs. 3 BVerfGG, wonach eine Verfassungsbeschwerde gegen ein Gesetz oder gegen einen sonstigen Hoheitsakt, gegen den kein Rechtsweg offen steht, binnen eines Jahres seit dem Inkrafttreten des Gesetzes oder dem Erlass des Hoheitsaktes erhoben werden muss. Denn § 221 Abs. 1 SGB V, wonach der Bund an die gesetzliche Krankenversicherung Zahlungen für versicherungsfremde Leistungen zu erbringen hat, gilt in verschiedenen Fassungen bereits seit dem 1. Januar 2004. Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden die Zahlungen des Bundes allerdings auf Dauer eingeführt und erhöht. 135

Die Frage kann aber dahinstehen. Denn die Beschwerdeführer zu 2) bis 5) sind durch § 221 Abs. 1 SGB V nicht selbst betroffen. Die Vorschrift hat weder Einfluss auf das berufsbezogene Verhalten der Unternehmen der privaten Krankenversicherung am Markt noch hat sie eine berufsregelnde Tendenz. 136

Durch § 221 Abs. 1 SGB V wird der Bund verpflichtet, den gesetzlichen Krankenkassen als Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen die im Gesetz genannten Geldleistungen zur Verfügung zu stellen. Eine Verwendung des Geldes für spezielle Personengruppen oder besondere Zwecke sieht das Gesetz nicht vor; es fließt in den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen. Die Geldleistungen des Bundes führen deshalb im Ergebnis zu einer alle Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen gleichmäßig begünstigenden Ermäßigung der Beitragssätze (§§ 241 ff. SGB V). 137

Eine solche allgemeine, vom Bundeszuschuss ermöglichte Beitragssenkung hat keinen mit der Verfassungsbeschwerde angreifbaren Nachteil der privaten Krankenversicherungsunternehmen zur Folge. Soweit die Unternehmen argumentieren, § 221 Abs. 1 SGB V sei eine Maßnahme des Familienlastenausgleichs und der Gesetzgeber daher gehalten, entsprechende Begünstigungen auch den Privatversicherten zur Verfügung zu stellen, rügen sie bereits keine Verletzung eigener Rechte; denn die privaten Krankenversicherungsunternehmen erheben für die Versicherung eines Kindes einen nach versicherungsrechtlichen Regeln risikoäquivalent berechneten Beitrag. 138

Der Vorschrift des § 221 Abs. 1 SGB V fehlt zudem eine auf die Berufsausübung der privaten Krankenversicherungsunternehmen gerichtete Zielsetzung. Sie regelt die pauschale Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen. Die Bundesregierung hat in ihrer Stellungnahme diesen Begriff unter Rückgriff auf die von der gesetzlichen Krankenversicherung getragenen gesamtgesellschaftlichen Lasten definiert und vor allem auf familienpolitische Leistungen wie die beitragsfreie Versicherung von Familienangehörigen, die Beitragsfreistellung bei Bezug von Mutterschafts- und Erziehungsgeld oder das Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes verwiesen. Das Bundesministerium für Gesundheit quantifiziert die gesamtgesellschaftlichen Kosten, welche die gesetzliche Krankenversicherung trägt, allein für die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten auf rund 25 Mrd. Euro. § 221 Abs. 1 SGB V zielt auf einen Lastenausgleich innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber auf eine Veränderung der Marktsituation zugunsten der gesetzlichen Krankenversicherung in Bezug auf den Personenkreis der freiwillig Versicherten.

139

III.

Als insgesamt unzulässig erweisen sich die Verfassungsbeschwerden der beiden privat versicherten Beschwerdeführer zu 6) und 7).

140

1. Es fehlt den Beschwerdeführern zu 6) und 7) an der Beschwerdebefugnis, soweit sie sich unter Berufung auf Art. 9 Abs. 1 GG gegen den Kontrahierungszwang im Basistarif wenden. Voraussetzung der Selbstbetroffenheit ist grundsätzlich, dass der Beschwerdeführer Normadressat ist, also aus einem in seiner Person erfüllten Tatbestand Rechte und Pflichten für ihn entstehen; er muss direkt rechtlich und nicht nur faktisch in einem Grundrecht betroffen sein (vgl. BVerfGE 35, 348 <352>).

141

Art. 9 Abs. 1 GG gewährleistet die Freiheit zum Beitritt zu bestehenden Vereinen, die freie Teilnahme der Mitglieder an der Selbstbestimmung über die eigene Organisation, das Verfahren ihrer Willensbildung und die Führung der Geschäfte (vgl. BVerfGE 50, 290 <354>; 80, 244 <253>). In diesen Gewährleistungsbereich greift die sich aus § 12 Abs. 1b VAG und § 193 Abs. 5 VVG ergebende Pflicht der Versicherungsunternehmen, bestimmten Personen Versicherungsschutz im Basistarif zu gewähren, zu Lasten der Beschwerdeführer zu 6) und 7) nicht ein. Denn diese Pflicht trifft ausschließlich und unmittelbar den Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit in seiner Eigenschaft als Unternehmen. Selbst eine nur mittelbar-faktische Beeinträchtigung der Grundrechtssphäre der Beschwerdeführer zu 6) und 7) durch den Kontrahierungszwang liegt fern, weil bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit angesichts der Größe der Unternehmen, bei denen die beiden Beschwerdeführer versichert sind, soziale Elemente der persönlichen Begegnung der Mitglieder keine Rolle spielen.

142

2. Erst recht beschweren die Regelungen über den Basistarif die Beschwerdeführer zu 6) und 7) nicht in Art. 9 Abs. 1 GG, soweit es um die Verpflichtung der Unternehmen geht, einen branchenweit einheitlichen Basistarif mit Leistungen in Anlehnung

143

an die gesetzliche Krankenversicherung anzubieten, in dem Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse verboten sind. Die Frage, unter welchen Bedingungen andere Mitglieder des Vereins versichert sind, berührt den Status der Beschwerdeführer zu 6) und 7) nicht und ist für sie nur insoweit von ökonomischem Interesse, als sich dies vermittelt über das Umlagesystem nach § 12g VAG, § 8 Abs. 1 Nr. 6 KalV auf die Kosten ihrer eigenen Versicherung auswirkt. Ebenso wenig wird der von Art. 9 Abs. 1 GG geschützte Rechtskreis der Beschwerdeführer zu 6) und 7) durch die Pflicht der Krankenversicherungsunternehmen zur Notfallversorgung (§ 193 Abs. 6 Satz 6 VVG) und das absolute Kündigungsverbot (§ 206 Abs. 1 Satz 1 VVG) berührt.

3. Soweit die Beschwerdeführer zu 6) und 7) die Vorschrift des § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG über die Möglichkeit der teilweisen Mitnahme der kalkulierten Alterungsrückstellung im ersten Halbjahr 2009 angreifen, sind die Verfassungsbeschwerden ebenfalls unzulässig. 144

In Bezug auf Art. 9 Abs. 1 GG legen die Beschwerdeführer zu 6) und 7) nicht nachvollziehbar dar, wie die Vereinigungsfreiheit durch eine Veränderung der das Versicherungsvertragsverhältnis betreffenden Regeln über die Mitnahme von Alterungsrückstellungen betroffen sein könnte. 145

Soweit die Beschwerdeführer zu 6) und 7) eine Verletzung von Art. 14 Abs. 1 GG rügen, begünstigt die angegriffene Vorschrift sie rechtlich ausschließlich. Ihnen wird für das erste Halbjahr 2009 bei einer Kündigung des Versicherungsvertrags mit ihrem bisherigen Versicherungsunternehmen die Möglichkeit der Mitnahme eines Teils ihrer Alterungsrückstellungen ermöglicht und damit ein zusätzliches, vertragliches Recht eingeräumt. 146

Die Behauptung der Beschwerdeführer zu 6) und 7), dieses zusätzliche Recht führe tatsächlich zu einer faktischen Entwertung ihrer aus dem Versicherungsvertrag resultierenden Eigentumsposition, ist unsubstantiiert. Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes und des Versicherungsaufsichtsgesetzes stellen sicher, dass der Versicherungsnehmer mit dem Abschluss einer substitutiven Krankenversicherung einen unkündbaren Krankenversicherungsschutz bei grundsätzlich gleichbleibender Prämie hat. Eine Prämienerrhöhung ist nur zulässig bei einer Veränderung des kollektiven Risikos sowie bei einer Veränderung der Kostensituation im Gesundheitswesen (§ 203 Abs. 2 und 3 VVG). Wechseln Versicherungsnehmer infolge der neuen Rechtslage ihre Krankenversicherung, so hat das nicht zur Folge, dass dem Tarifkollektiv Kapital entzogen und damit die Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge beeinträchtigt wird. Kraft der zwingenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes muss immer ein den voraussichtlichen Leistungsaufwendungen aller Tarife entsprechendes Vermögen als Sicherungsvermögen des Unternehmens vorhanden und vor dem Zugriff geschützt sein (§ 66 Abs. 1, Abs. 1a Nr. 3, Abs. 2 VAG, § 77 Abs. 1 VAG). 147

Denkbar ist somit allenfalls, dass ein verstärktes Ausscheiden von Versicherungsnehmern, welche „gute Risiken“ aufweisen, aus dem betreffenden Tarifkollektiv dazu 148

führt, dass sich die Risikostruktur verschlechtert, sodass es infolge steigender Krankheitskosten zu Prämien erhöhungen kommen kann. Hierbei handelt es sich aber um die Konsequenz eines Marktgeschehens, nicht um einen staatlichen Eingriff in ein individuelles vermögenswertes Recht der bei ihrer Versicherung verbleibenden Versicherungsnehmer. Eine Verletzung von Art. 14 Abs. 1 GG kann sich daraus nicht ergeben.

Soweit die Beschwerdeführer zu 6) und 7) eine Eigentumsverletzung darin sehen, dass die Mitgabe von Alterungsrückstellungen die Rückstellungen der Unternehmen verringere, was bei einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit sich auch zu ihren Lasten durch eine geringere Beitragsrückerstattung oder eine geringere Abmilderung von Beitragserhöhungen auswirke, ist eine geschützte, individuelle, vermögenswerte Rechtsposition nicht erkennbar. Die Überschussentwicklung der Versicherungsunternehmen ist gegenwärtig weder absehbar noch besteht hinsichtlich deren Verwendung eine Rechtsposition, welche den Versicherungsnehmern bereits individuell zugeordnet ist.

149

IV.

1. Die Verfassungsbeschwerde des Beschwerdeführers zu 8) gegen § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, der den Eintritt seiner Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung von einem dreimaligen Überschreiten der regelmäßigen Jahresarbeitsentgeltgrenze abhängig macht, ist zulässig. Der Beschwerdeführer zu 8) legt eine mögliche Verletzung von Art. 2 Abs. 1 GG durch eine unverhältnismäßige Ausweitung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung hinreichend substantiiert dar. Er ist auch selbst, gegenwärtig und unmittelbar betroffen, da er seit dem 1. November 2007 mit einem Gehalt oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze beschäftigt ist und in dieser Beschäftigung nunmehr der Krankenversicherungspflicht unterliegt, während er nach alter Rechtslage in seiner privaten Krankenversicherung bleiben könnte.

150

2. Soweit der Beschwerdeführer zu 8) darüber hinaus § 6 Abs. 9 Satz 1 SGB V angreift, ist die Verfassungsbeschwerde hingegen nicht ausreichend substantiiert. Der Beschwerdeführer zu 8) rügt eine Verletzung von Art. 3 Abs. 1 GG, weil die Vorschrift ausschließlich Arbeitnehmer begünstige, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze am 2. Februar 2007 nach altem Recht versicherungsfrei und deshalb privat versichert gewesen seien, nicht aber andere Personengruppen. Die Verfassungsbeschwerde setzt sich nicht mit dem auf der Hand liegenden Argument auseinander, dass der Gesetzgeber bei der Schaffung einer Bestandsschutzregelung in erster Linie den Personenkreis berücksichtigen muss, der durch die Verschärfung der gesetzlichen Voraussetzungen für den Eintritt von Versicherungsfreiheit in einem Vertrauenstatbestand, hier in einem bereits bestehenden Rechtsverhältnis, betroffen ist. Dies waren die nach alter Rechtslage wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfreien Arbeitnehmer, welche bereits privat versichert waren oder im Hinblick auf ein privates Krankenversicherungsverhältnis ihre

151

Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung schon gekündigt hatten, und deren Versicherungsverhältnis im ersten Fall ohne eine Übergangsregelung ex lege aufgelöst worden wäre. Hingegen änderte sich für außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stehende Personen ein bestehender Versicherungsschutz nicht; sie brauchten vom Gesetzgeber daher auch nicht in den Blick genommen zu werden. Damit fehlt jeglicher Anknüpfungspunkt für die Annahme eines Verstoßes gegen Art. 3 Abs. 1 GG.

V.

Ausschließlich die Beschwerdeführerin zu 1) rügt eine Verletzung von Art. 12 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip durch die Art und Weise des Zustandekommens des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Die behauptete Verletzung des Parlamentsvorbehalts wird jedoch nicht hinreichend substantiiert. Der Parlamentsvorbehalt fordert, dass ein Gesetz genau und erkennbar bestimmen muss, welche Pflichten und Wirkungen sich für die Betroffenen aus ihm ergeben (vgl. BVerfGE 108, 186 <235>; stRspr). Mit der vorgetragenen Behauptung einer unzureichenden Information der Abgeordneten vor der Abstimmung im Deutschen Bundestag wird jedoch ein Mangel im Verfahren der Gesetzgebung gerügt, also ein Verstoß gegen Art. 76 GG. Welche Rechtsvorschrift dabei verletzt sein könnte, wird nicht dargetan. Der Beschwerdeführer setzt sich nicht mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auseinander, dass ein entsprechend den Regeln des Grundgesetzes formell ordnungsgemäß zustande gekommenes Gesetz nicht deshalb verfassungswidrig ist, weil es im Plenum und in den Ausschüssen des Deutschen Bundestages erst kurz vor dem beabsichtigten Inkrafttreten und in großer Eile behandelt wurde (vgl. BVerfGE 29, 221 <233>).

152

C.

Soweit die Verfassungsbeschwerden zulässig sind, erweisen sie sich als unbegründet.

153

I.

Die Vorschriften über den Basistarif in der privaten Krankenversicherung verletzen die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) nicht in Grundrechten.

154

1. Der Bund besitzt die Gesetzgebungskompetenz für die Einführung eines Basistarifs in der privaten Krankenversicherung. Die Gesetzgebungskompetenz ergibt sich aus dem Kompetenztitel für das privatrechtliche Versicherungswesen als Teil des Rechts der Wirtschaft (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG). Der Bundesgesetzgeber kann sich jedenfalls dann auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG stützen, wenn sich seine Regelungen auf Versicherungsunternehmen beziehen, die in Wettbewerb mit anderen durch privatrechtliche Verträge Risiken versichern, die Prämien grundsätzlich am individuellen Risiko und nicht am Erwerbseinkommen des Versicherungsnehmers orientieren und die vertraglich zugesagten Leistungen im Versicherungsfall aufgrund eines kapitalge-

155

deckten Finanzierungssystems erbringen. Ebenso wie die Kompetenz „Sozialversicherung“ in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist auch die Kompetenznorm „privatrechtliches Versicherungswesen“ Entwicklungen nicht von vornherein verschlossen. Der Gesetzgeber des Bundes kann sich auf Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG auch dann berufen, wenn er für einen von ihm neu geschaffenen Typ privatrechtlicher Versicherung Regelungen des sozialen Ausgleichs vorsieht, die das privatwirtschaftliche Versicherungswesen prägenden Merkmale nur begrenzt wirken lassen (vgl. BVerfGE 103, 197 <216 f.>).

Die Vorschriften über den Basistarif halten sich in diesem Rahmen. Die Regelungen über den Basistarif bringen keine grundlegende Neugestaltung des Rechts der privaten Krankenversicherung, sondern beschränken sich auf die Einführung eines einzelnen, staatlich regulierten Tarifs in ein ansonsten unverändertes Versicherungsrecht der privaten Krankenversicherung; die Unternehmen können ihre Normaltarife weiterhin in vollem Umfang anbieten. Die Versicherung im Basistarif erfolgt durch einen privatrechtlichen Vertrag zwischen einem Versicherten und einem privaten Unternehmen, welches mit anderen Unternehmen im Wettbewerb steht. Die Prämien orientieren sich grundsätzlich am individuellen Risiko, nämlich Alter und Geschlecht, und nicht am Erwerbseinkommen des Versicherungsnehmers. Der Versicherungsnehmer kann auf die Prämienhöhe durch die Vereinbarung von Selbstbehalten Einfluss nehmen. Die vertraglich zugesagten Leistungen im Versicherungsfall werden grundsätzlich aufgrund eines kapitalgedeckten Finanzierungssystems erbracht.

156

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) wird die Zuordnung des Basistarifs zum privaten Versicherungswesen nicht dadurch infrage gestellt, dass die privatautonome Gestaltung des Versicherungsvertrags durch den Basistarif nicht unerheblich eingeschränkt ist. Zwar enthält der Basistarif Elemente sozialen Ausgleichs durch ein Verbot von Risikozuschlägen und Leistungsausschlüssen, die Begrenzung der Prämienhöhe, den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsumfang und die Umlage der im Basistarif nicht gedeckten Aufwendungen in einem Risikoausgleich zwischen den Unternehmen. Diese Solidarelemente unterscheiden sich aber nicht von den entsprechenden Regelungen im Bereich der privaten Pflegepflichtversicherung (vgl. § 110 Abs. 1 SGB XI), zu denen das Bundesverfassungsgericht bereits festgestellt hat, dass sie sich im Rahmen der durch Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG eröffneten Bundeskompetenz halten (vgl. BVerfGE 103, 197 <218 f.>). Da der Basistarif im Gegensatz zur privaten Pflegepflichtversicherung zudem keine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und keine ermäßigte Mitversicherung von Ehegatten umfasst, ist die Auffassung der Beschwerdeführer zu 1) bis 5), der Basistarif sei nur noch der Form nach Privatversicherung, nicht zutreffend.

157

2. Die von den Beschwerdeführern zu 4) und 5) erhobene Rüge, der Versicherungszwang im Basistarif verletze sie in Art. 9 Abs. 1 GG, ist unbegründet. Wie bereits unter B. I. 1. k) ausgeführt, berühren Belastungen, die durch Eingriffe in die Vertrags- und Kalkulationsfreiheit eines Versicherungsvereins bei der Gestaltung eines Tarifs entstehen, nur seine ökonomische Tätigkeit und sind daher ausschließlich an Art. 12

158

Abs. 1 GG zu messen. Lediglich die Pflicht zur Aufnahme neuer Mitglieder in einen Versicherungsverein könnte den Schutzbereich der Vereinigungsfreiheit berühren. Art. 9 Abs. 1 GG schützt das Recht, Vereine und Gesellschaften zu gründen. Der persönliche Schutzbereich erfasst dabei nicht nur die natürlichen Personen, welche sich zu einem Verein zusammenschließen, sondern auch den Verband selbst in seinem Recht auf Selbstbestimmung über die eigene Organisation, das Verfahren der Willensbildung und die Führung der Geschäfte sowie das Recht auf Entstehen und Bestehen (vgl. BVerfGE 80, 244 <253>; stRspr). Zum Schutzbereich gehört die Gründungs- und Beitrittsfreiheit, die Freiheit des Austritts und des Fernbleibens von einem Verein (vgl. BVerfGE 50, 290 <356>).

Dieser Schutzbereich ist, was die Beschwerdeführer zu 4) und 5) angeht, durch die Vorschriften über den Versicherungszwang im Basistarif im Ergebnis jedoch nicht betroffen. Es kann im vorliegenden Verfahren dahinstehen, ob bei großen Versicherungsvereinen, bei denen sich das gemeinsame Interesse der Mitglieder auf möglichst günstige Versicherungsbedingungen beschränkt und personale Elemente der mitgliedschaftlichen Bindung und der sozialen Gruppenbildung ohne Bedeutung sind, die zwangsweise begründete Pflicht zur Aufnahme neuer Mitglieder als Eingriff in Art. 9 Abs. 1 GG zu werten ist. Denn das Gesetz verpflichtet die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit nicht zur Aufnahme neuer Mitglieder, sondern lediglich dazu, Versicherung im Basistarif zu gewähren, also mit einem Bewerber einen Versicherungsvertrag abzuschließen. Den Beschwerdeführern zu 4) und 5) als großen Versicherungsvereinen ist die Durchführung einer Versicherung auch außerhalb des Mitgliedergeschäfts möglich. Denn nach § 21 Abs. 2 VAG kann auf satzungsmäßiger Grundlage das Versicherungsgeschäft gegen festes Entgelt betrieben werden, ohne dass die Versicherungsnehmer Mitglieder werden (vgl. Fahr/Kaulbach/Bähr, VAG, 4. Aufl. 2007, § 22 Rn. 11; Weigel, in: Prölss, VAG, 12. Aufl. 2005, § 21 Rn. 20). Diese so genannte Nichtmitgliederversicherung ist nach der Praxis der Versicherungsaufsicht zulässig, wenn sie den Rahmen eines unbedeutenden Geschäftszweigs nicht übersteigt und maximal ein Zehntel der gesamten Beitragseinnahmen ausmacht (vgl. Weigel, a.a.O., § 21 Rn. 21 m.w.N.). Die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit haben damit grundsätzlich die Möglichkeit, den Versicherungszwang im Basistarif auch in anderer Weise als durch Begründung eines Mitgliedschaftsverhältnisses zu erfüllen. Denn jedenfalls derzeit ist nicht zu erwarten, dass die Versicherung im Basistarif bei den Unternehmen der privaten Krankenversicherung einen wesentlichen Geschäftsumfang annehmen wird.

159

Keiner Entscheidung bedarf hier, ob sich für die Prüfung der Vorschriften über den Versicherungszwang im Basistarif am Maßstab des Art. 9 Abs. 1 GG etwas anderes ergibt hinsichtlich kleinerer Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die einen „dem Personenkreis nach eng begrenzten Wirkungskreis“ haben (vgl. § 53 Abs. 1 Satz 1 VAG), bei denen das Element der personellen Beziehung zwischen den Mitgliedern also stärker zur Geltung kommt.

160

3. Die Vorschriften über den Basistarif verletzen die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) nicht in Art. 12 Abs. 1 GG. 161
- a) Durch den Kontrahierungszwang im Basistarif wird in die Berufsfreiheit der beschwerdeführenden Unternehmen nicht unverhältnismäßig eingegriffen. 162
- aa) Art. 12 Abs. 1 GG schützt vor staatlichen Beeinträchtigungen, die gerade auf die berufliche Betätigung bezogen sind (vgl. BVerfGE 116, 202 <221>). Einen solchen Eingriff bewirkt der Kontrahierungszwang nach § 12 Abs. 1b VAG, § 193 Abs. 5 VVG im Basistarif für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung. 163
- bb) Der Kontrahierungszwang im Basistarif enthält eine Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) von einigem Gewicht, die jedoch in ihrer Schwere einer Beschränkung der Berufswahlfreiheit nicht nahe kommt. 164
- Das Bundesverfassungsgericht beurteilt Einschränkungen der Berufsfreiheit grundsätzlich am Maßstab der Verhältnismäßigkeit und unterscheidet dabei danach, auf welcher Stufe der Berufsfreiheit die Regelung ansetzt. Reine Berufsausübungsbeschränkungen können grundsätzlich durch jede vernünftige Erwägung des Gemeinwohls legitimiert werden (vgl. BVerfGE 103, 1 <10>). Allerdings müssen Eingriffszweck und Eingriffsintensität in einem angemessenen Verhältnis stehen (vgl. BVerfGE 108, 150 <160>). Hingegen sind objektive oder subjektive Berufswahlbeschränkungen - mit Abstufungen im Einzelnen - nur zum Schutz überragender Gemeinwohlsgüter zulässig (vgl. BVerfGE 7, 377 <406 f.>; 102, 197 <214>). 165
- Der Kontrahierungszwang im Basistarif enthält keine Beschränkung der Berufswahlfreiheit. Durch ihn wird weder der Zugang zum Beruf eines Versicherers verhindert noch eine Pflicht zur Aufgabe des Berufs bestimmt. Die gesetzlichen Regelungen beschränken sich darauf, bei Ausübung der beruflichen Tätigkeit dem Versicherungsunternehmen vorzugeben, dass es neben seinen Normaltarifen zusätzlich einen Basistarif anbietet und dort auf Antrag Versicherungsschutz gewährt. 166
- Eine sinnvolle Ausübung des Berufs eines privaten Krankenversicherers wird durch die damit verbundenen wirtschaftlichen Folgen nicht unmöglich. Soweit Personen den Basistarif wählen, könnten die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) zwar gezwungen sein, diese im Einzelfall zu nicht risikogerechten Prämien zu versichern, weil deren Höhe begrenzt ist. Zudem ist ihnen untersagt, Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse zu vereinbaren. Die möglicherweise eintretende Unterdeckung tragen jedoch nicht die Versicherungsunternehmen, sondern die Versicherten der privaten Krankenversicherung. Denn Mehrkosten, die entstehen, weil im Basistarif auch Personen mit Vorerkrankungen versichert werden müssen, werden auf die Versicherten des Basistarifs umgelegt (§ 8 Abs. 1 Nr. 7 KalV). Die Mehrkosten wiederum, welche durch die absolute Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif entstehen, werden zunächst durch das Verfahren des Risikoausgleichs nach § 12g VAG zwischen den einzelnen Unternehmen gleichmäßig verteilt und sodann gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 6 KalV im Wege eines Zuschlags auf die Tarife aller privat Krankenversicherten umgelegt. 167

Etwas anderes ergibt sich nicht aus den von den Unternehmen geäußerten Befürchtungen, zur Finanzierung des Basistarifs seien Prämienhöhungen in den Normaltarifen notwendig, weshalb die Prämien in der privaten Krankenversicherung insgesamt überproportional steigen würden. Dies führe in Zukunft zu erheblichem Wechsel in den Basistarif mit seinen nicht kostendeckenden Prämien und zerstöre so auf Dauer das gesamte Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Nach den Darlegungen der durch den Senat gehörten sachkundigen Auskunftspersonen Professor Dr. Ulrich Meyer und Professor Dr. Bert Rürup kann jedenfalls derzeit ausgeschlossen werden, dass viele Versicherte in den Basistarif wechseln werden. Denn für diesen Tarif muss eine hohe Prämie von rund 570 Euro monatlich gezahlt werden. Gleichzeitig bietet der Basistarif in seinen zentralen Leistungen nicht den üblichen Leistungsumfang der Normaltarife der privaten Krankenversicherung. Der Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes im Basistarif wird durch § 75 Abs. 3a SGB V auf den maximal 1,8fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte begrenzt und liegt damit erheblich unter dem, was bei der Behandlung von Privatpatienten üblicherweise abgerechnet wird, sodass der Versicherungsnehmer bei einem Wechsel in den Basistarif befürchten muss, dass er die als Privatpatient gewohnte Behandlung nicht mehr erfährt. Die vom Basistarif abgedeckten Leistungen nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben zudem vielfach hinter dem normalen Leistungsumfang der privaten Krankenversicherung zurück. So kennt die gesetzliche Krankenversicherung zahlreiche Leistungsausschlüsse und Leistungsbeschränkungen für Medikamente, Heil- und Hilfsmittel und bei zahnärztlicher Behandlung. Bei Krankenhausbehandlung ist der Anspruch auf allgemeine Behandlungsleistungen beschränkt, während die private Krankenversicherung im Normaltarif etliche Zusatzleistungen (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung) bietet. Der reduzierte Versicherungsschutz des Basistarifs kann durch Zusatzversicherungen nur in Teilen ausgeglichen werden, die zudem weitere Kosten verursachen. Die von den beschwerdeführenden Unternehmen angeführten Beispiele, mit denen die Attraktivität solcher Kombinationen aus Basis- und Zusatzversicherung gezeigt werden soll, sind demgegenüber wenig realitätsnah. So erscheint die Annahme, dass ältere Versicherungsnehmer nach vielen Versicherungsjahren in einem Normaltarif für geringfügige finanzielle Vorteile in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln und bei ihrer alten Versicherung nur noch eine Zusatzversicherung fortführen, sehr fernliegend.

Angesichts dessen gibt es keinen Anhalt dafür, dass der Basistarif in seiner jetzigen Form die beschwerdeführenden Unternehmen in ihrer Berufsfreiheit schwerwiegend, in einer Berufswahlbeschränkungen gleich- oder nahekommenden Weise beeinträchtigt. Zwar äußern die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) die Befürchtung, dass sich dies in Zukunft ändern wird. Der Gesetzgeber geht jedoch davon aus, dass eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der privaten Krankenversicherung durch den Basistarif auch für die Zukunft auszuschließen ist. Es ist zunächst Sache des Gesetzgebers, die künftige Entwicklung von Sachverhalten zu beurteilen und die Auswirkungen der von ihm getroffenen Regelungen hierauf zu prognostizieren. Dabei kommt

dem Gesetzgeber ein weiter Prognose- und Einschätzungsspielraum zu. Das Bundesverfassungsgericht überprüft derartige Prognosen daraufhin, ob sie auf hinreichend gesicherter Grundlage beruhen. In Abhängigkeit von dem zu regelnden Sachbereich und der Bedeutung der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter können hierbei differenzierte Maßstäbe zur Anwendung kommen, die von einer Evidenzkontrolle über eine Vertretbarkeitskontrolle bis hin zu einer intensivierten inhaltlichen Kontrolle reichen (vgl. BVerfGE 50, 290 <332 f.> m.w.N.).

Im vorliegenden Fall kann nicht gefordert werden, dass die Auswirkungen des Gesetzes mit hinreichender Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit übersehbar sein müssen. Es genügt, dass der Gesetzgeber schwerwiegende Beeinträchtigungen des Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung durch den Basistarif in seiner jetzigen Form auch für die Zukunft mit vertretbaren Argumenten verneint. Der Basistarif verändert zwar in Teilbereichen die Marktbedingungen der privaten Krankenversicherung, lässt aber ihr grundsätzliches Geschäftsmodell unberührt; er soll auf der Grundlage einer Versicherungspflicht lediglich den Versicherungsschutz der privaten Krankenversicherung auch für solche Personen sicherstellen, die nicht der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen sind und unter den Bedingungen von Vertragsfreiheit ansonsten keinen oder keinen ausreichenden Versicherungsschutz erlangen könnten. Angesichts der Erfahrungen mit dem bisherigen Standardtarif der privaten Krankenversicherungen, in dem sehr wenige Personen versichert waren, dem relativ kleinen Kreis bisher unversicherter Personen und den wenig attraktiven Versicherungsbedingungen des neuen Basistarifs konnte der Gesetzgeber davon ausgehen, dass der Basistarif auf absehbare Zeit keine bedeutsamen Auswirkungen auf das Geschäft der privaten Krankenversicherungen haben wird. Dass es langfristig zu erheblichen, für die Beschwerdeführer nicht verkraftbaren Wechselbewegungen in den Basistarif kommen könnte, ist unter Berücksichtigung der Vielzahl der hierfür bedeutsamen rechtlichen, ökonomischen und demographischen Faktoren und individuellen Verhaltensweisen derzeit nicht vorhersehbar. Dass der Gesetzgeber bei seiner Prognose von unvertretbaren Annahmen ausgegangen wäre, ist nicht erkennbar. Wenn er sich auf dieser Grundlage für die angegriffene Regelung entschieden hat, ist die damit verbundene Beurteilung der Auswirkungen des Gesetzes als vertretbar anzusehen, mag sie sich später auch ganz oder teilweise als Irrtum erweisen (vgl. BVerfGE 50, 290 <335 f.>). In diesem Fall wäre er dann gegebenenfalls zur Korrektur verpflichtet.

170

cc) Der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) ist durch beachtliche Gemeinwohlinteressen gerechtfertigt. Für das im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz formulierte Ziel, allen Bürgern der Bundesrepublik Deutschland einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung zu sichern, kann sich der Gesetzgeber auf das Sozialstaatsgebot des Art. 20 Abs. 1 GG berufen. Der Schutz der Bevölkerung vor dem Risiko der Erkrankung ist in der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Kernaufgabe des Staates. Die gesetzgeberische Absicht, einen Krankenver-

171

sicherungsschutz für alle Einwohner zu schaffen, ist von dem Ziel getragen, ein allgemeines Lebensrisiko abzudecken, welches sich bei jedem und jederzeit realisieren und ihn mit unabsehbaren Kosten belasten kann. Es ist ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die für die Abdeckung der dadurch entstehenden Aufwendungen notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung sicherzustellen (vgl. BVerfGE 103, 197 <221>).

dd) Die Verbindung von Versicherungspflicht nach § 193 Abs. 3 VVG und Kontrahierungszwang im Basistarif nach § 193 Abs. 5 VVG ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels geeignet, dem der privaten Krankenversicherung zugewiesenen Personenkreis einen ausreichenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu gewährleisten. Die betroffenen Personen erhalten einen Anspruch auf den Abschluss eines Vertrags, der Versicherungsschutz im Umfang der Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung garantiert. Dieser Versicherungsschutz ist bezahlbar, weil die Prämienhöhe im Basistarif auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt ist und sich im Fall des Eintritts von Hilfebedürftigkeit im Sinne des SGB II oder des SGB XII reduziert.

172

ee) Ein milderer Mittel als der gesetzlich angeordnete Kontrahierungszwang zu Lasten der Versicherungsunternehmen ist nicht erkennbar, um für den betroffenen Personenkreis einen Krankenversicherungsschutz sicherzustellen. Ohne den Kontrahierungszwang hätten insbesondere Personen mit gravierenden Vorerkrankungen keine Möglichkeit, in eine private Krankenversicherung aufgenommen zu werden, weil diese sie wegen des erhöhten Risikos nicht aufnehmen würde. Zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels sind sowohl Versicherungspflicht als auch Kontrahierungszwang erforderlich.

173

Zwar könnte eine angemessene medizinische Versorgung auch durch direkte staatliche Finanzierung gesichert werden. Der Gesetzgeber ist jedoch nicht gehalten, von einer finanziellen Belastung einer bestimmten Gruppe abzusehen, wenn die Belastung in der einen oder anderen Weise über den öffentlichen Haushalt auch der Allgemeinheit auferlegt werden könnte (vgl. BVerfGE 30, 292 <319>; 81, 156 <193>; 85, 226 <237>).

174

Der Gesetzgeber war nicht verpflichtet, sämtliche Personen, welche in der privaten Krankenversicherung keinen Versicherungsschutz finden oder ihn verloren haben, der gesetzlichen Krankenversicherung zuzuweisen. Dies würde zu einer einseitigen Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Sie müsste dann alle Personen aufnehmen, die wegen ihrer schlechten Risiken von den privaten Krankenversicherungen bisher abgewiesen wurden. In der Folge könnten die privaten Krankenversicherungen Risikoselektion mit dem Ziel betreiben, die Kostenlast solcher schlechten Risiken den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzubürden. Eine derartig einseitige Risikoverteilung sieht die Verfassung nicht vor. Der Gesetzgeber kann, wenn er eine Volksversicherung aus zwei Versicherungssäulen schafft, die Personengruppen diesen beiden in einer ausgewogenen Lastenverteilung

175

lung zuordnen (vgl. BVerfGE 103, 197 <224>) und damit die finanzielle Stabilität und die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sichern (vgl. BVerfGE 103, 172 <184 f.>).

ff) Die Verpflichtung der Krankenversicherungsunternehmen, dem in § 12 Abs. 1b Satz 1 VAG, § 193 Abs. 5 Satz 1 VVG genannten Personenkreis Versicherungsschutz im Basistarif zu gewähren, überschreitet nicht das Maß des Zumutbaren. Das Ziel, allen Einwohnern bezahlbaren Versicherungsschutz für die gesamte Bevölkerung zu ermöglichen, besitzt einen hohen Stellenwert. Den Versicherungsunternehmen wird dabei eine Aufgabe übertragen, die zu ihrer ureigenen Geschäftstätigkeit gehört. Dem privaten Krankenversicherungsrecht sind angesichts seiner existenziellen Bedeutung für die Versicherungsnehmer Einschränkungen der Berufsfreiheit der Versicherer traditionell eigen und werden in der hohen Regeldichte der Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes und des Versicherungsaufsichtsgesetzes deutlich. Einschränkungen der Autonomie der Versicherungsunternehmen in Bezug auf die Aufnahme und den Ausschluss von Mitgliedern kennt das Recht seit langem (vgl. §§ 198, 206 VVG). 176

gg) Der Versicherungszwang ist nicht hinsichtlich einzelner Personengruppen, die zur Versicherung im Basistarif berechtigt sind, unzumutbar. 177

Dies gilt für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert oder zur freiwilligen Krankenversicherung berechtigt sind (§ 193 Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 und Nr. 2 VVG). Zwar ist dieser Personenkreis nicht auf die private Versicherung im Basistarif angewiesen, um überhaupt einen Risikoschutz zu erhalten. Die Öffnung des Basistarifs für diesen Personenkreis ist aber gerechtfertigt, weil sie deren Wahl- und Wechselmöglichkeiten stärkt, den dualen Aufbau der Krankenversicherung aus gesetzlichen und privaten Trägern festigt und die Lasten zwischen ihnen gerecht verteilt. Denn Personen mit guten Risiken, deren Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet - etwa weil sie sich selbständig machen - wählen eher den Weg in die für sie möglicherweise attraktivere private Krankenversicherung, während Personen mit schlechten Risiken eher in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben, weil sie in die private Krankenversicherung gar nicht, nur mit Risikozuschlägen oder unter Leistungsausschlüssen aufgenommen werden. Vor diesem Hintergrund ist es legitim, Personen auch mit schlechten Risiken, die über der Pflichtversicherungsgrenze liegen, durch Kontrahierungszwang im Basistarif den Zugang zur privaten Krankenversicherung zu verschaffen. Die Belastung der privaten Unternehmen infolge dieser Regelung dürfte zudem äußerst gering sein. Es sind kaum Fälle denkbar, in denen sich für einen freiwillig Versicherten oder Versicherungsberechtigten der gesetzlichen Krankenversicherung der Wechsel in den Basistarif lohnt, weil dessen Leistungen nur dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen, hierfür aber regelmäßig der in der gesetzlichen Krankenversicherung zulässige Höchstbeitrag aufzuwenden ist. 178

Der Versicherungszwang im Basistarif ist den privaten Unternehmen ferner bei sol- 179

chen Personen zumutbar, die bei einem anderen Versicherungsunternehmen vorsätzlich Vertragspflichten verletzt haben (§ 193 Abs. 5 Satz 4 VVG, § 12 Abs. 1b Satz 4 VAG). Ein Ablehnungsrecht in diesen Ausnahmefällen hätte zur Folge, dass solchen Personen der Zugang zur privaten Krankenversicherung voraussichtlich gänzlich verschlossen wäre, weil sich kein Unternehmen bereiterklären würde sie aufzunehmen. Der Gesetzgeber durfte das Ziel eines lückenlosen Versicherungsschutzes insoweit höher gewichten als die Interessen der Beschwerdeführer, zumal die Vertragsverletzung nicht in der Sphäre des aufnahmepflichtigen Unternehmens, sondern bei einem Dritten stattgefunden hat. Allein die Sorge, dass sich ein solches Verhalten wiederholen könnte, stellt keinen verfassungsrechtlich zwingenden Grund dar, um generell die Aufnahme in eine private Versicherung abzulehnen, bei der Gesichtspunkte eines besonderen, personal geprägten Vertrauensverhältnisses in der Regel keine Rolle spielen.

b) Auch die übrigen Regeln zum Inhalt des Basistarifs verletzen die Berufsfreiheit der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) nicht. 180

aa) Der durch § 12 Abs. 1c VAG vorgegebene Höchstbeitrag im Basistarif, verbunden mit dem Verbot, Vorerkrankungen bei der Beitragsberechnung einzukalkulieren, verfolgt das legitime Gemeinwohlinteresse, für den durch § 193 Abs. 3 VVG der Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung unterworfenen Personenkreis einen bezahlbaren Vollversicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung sicherzustellen. 181

Die Anordnung einer Beitragshöchstgrenze ist für die betroffenen Unternehmen zumutbar. Sie könnte zwar zur Folge haben, dass bei bestimmten Versicherten kein risikoäquivalenter Beitrag mehr gezahlt würde und der Basistarif möglicherweise subventioniert werden müsste. Wegen der Umlage dieser nicht gedeckten Kosten auf die Normaltarife der Privatversicherten begründet dies jedoch für die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) keine bedeutsame Belastung. Für den Versicherungsnehmer führt dieser Umlagemechanismus zwar zu einem höheren Beitrag; dies trifft jedoch aufgrund des Verteilungssystems nach § 12g VAG alle Unternehmen gleichermaßen und ändert ihre Wettbewerbssituation nicht. 182

Soweit die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) darauf hinweisen, der Basistarif stehe nicht allein bedürftigen Personen, sondern jedem Versicherten der privaten Krankenversicherung offen, ist dies nicht geeignet, die Zumutbarkeit der Beitragsbegrenzung in Zweifel zu ziehen. Die Befürchtung, dass Normal- oder Geringverdiener im Normaltarif der privaten Krankenversicherung künftig Gutverdiener im Basistarif subventionieren, wird nach der Einschätzung der angehörten Finanzwissenschaftler, an deren Prognose zu zweifeln der Senat keinen Anlass hat, nicht eintreten. Nach ihr dürfte der Basistarif nur von solchen Versicherten genutzt werden, die wegen gesteigerter Krankheitsrisiken keinen bezahlbaren Versicherungsschutz erhalten würden oder die aufgrund der Beitragsentwicklung in ihrem Normaltarif so hoch belastet sind, dass sie sich zum Wechsel in den leistungsschwächeren Basistarif entschließen. Die 183

Annahme, ein Gutverdiener würde sich aus Gründen der Beitragsminimierung freiwillig zum Wechsel in den Basistarif mit seinem geringeren Leistungsangebot entschließen, erscheint nach dieser Prognose unrealistisch.

bb) Auch die in § 12 Abs. 1c Satz 4 bis 6 VAG vorgesehenen Beitragsbegrenzungen bei Hilfebedürftigkeit sind verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Sie sind nach der Einführung von Versicherungspflicht und Kontrahierungszwang in der privaten Krankenversicherung unerlässlich, um für Personen, die sich aus wirtschaftlichen Gründen die Normaltarife nicht leisten können, dennoch eine private Krankenversicherung zu ermöglichen. Die Grenzen tragen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit dieser Personengruppe Rechnung. Den Unternehmen sind sie wegen der gleichmäßigen Umverteilung der deswegen nicht gedeckten Kosten auf alle Unternehmen und deren anschließende Umlage auf die Versicherten der Normaltarife sowie der teilweisen Kostenübernahme durch öffentliche Träger zumutbar.

184

cc) Verfassungsrechtlich ebenfalls nicht zu beanstanden ist die den privaten Krankenversicherungsunternehmen auferlegte Pflicht, den Basistarif branchenweit einheitlich mit einem Leistungsumfang anzubieten, der in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB V, auf die ein Anspruch besteht, vergleichbar ist (§ 12 Abs. 1a Satz 1 VAG). Ein für alle Unternehmen einheitlich ausgestaltetes Leistungsniveau ist erforderlich, weil bei einem Tarif mit Kontrahierungszwang, in dem die privaten Krankenversicherungsunternehmen auch Personen mit erhöhten Risiken zu möglicherweise nicht risikoäquivalenten Beiträgen versichern müssen, ansonsten die Gefahr bestünde, dass die Unternehmen den Tarif unzureichend ausgestalten und auch bedeutende Gesundheitsrisiken nicht ausreichend versichern. Es liegt insoweit im Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, ein für gesetzliche wie private Versicherte im Grundsatz einheitliches, alle wesentlichen Krankheitsfälle befriedigend abdeckendes Versorgungsniveau festzulegen. Dabei lässt das Gesetz mit seiner Vorgabe, dass der durch den Verband der privaten Krankenversicherung festzulegende Leistungsumfang mit den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung „vergleichbar“ sein muss, genügend Spielraum für eine Konkretisierung des Leistungsrechts im Basistarif unter Berücksichtigung der Besonderheiten der privaten Krankenversicherung und schafft keineswegs einen Zwang, sämtliche Detailregelungen aus dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in den Basistarif zu überführen.

185

dd) Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) gibt es demgegenüber keine verfassungsrechtliche Pflicht des Gesetzgebers, den Basistarif auf eine minimale Grundsicherung zu beschränken. Verfassungsrechtlich problematisch könnten inhaltliche Vorgaben an einen Basistarif nur dann werden, wenn die Unternehmen gezwungen würden, dafür Leistungen zu erbringen, die den Basistarif im Vergleich zu den Normaltarifen der privaten Krankenversicherung für eine große Zahl von Kunden attraktiv erscheinen ließen, dieser jedoch aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nicht kostendeckend wäre. Würde in diesem Falle der Basistarif wegen eines attraktiven Preis-Leistungs-Verhältnisses einen Wechsel von den Normaltarifen in

186

den Basistarif in großem Umfang auslösen, stellte sich die Frage nach der Vereinbarkeit mit den grundrechtlichen Freiheiten der privaten Versicherungsunternehmen erneut und auf anderer Faktengrundlage. Dies ist wegen der ungünstigen Gesamtkonditionen des Basistarifs derzeit aber, soweit absehbar, nicht der Fall. Denn der Basistarif bleibt in den zentralen Leistungen hinter dem üblichen Leistungsumfang der Normaltarife der privaten Krankenversicherung zurück.

c) Der Basistarif stellt sich damit insgesamt als eine zulässige, sozialstaatliche Indienstnahme der privaten Krankenversicherungsunternehmen zum gemeinen Wohl dar (vgl. BVerfGE 30, 292 <311>), die der mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz angestrebten Vollfunktionalität der privaten Krankenversicherung für alle ihr zugewiesenen Versicherten dient und sicherstellt, dass die von Krankheit am stärksten betroffenen Personen unter den Bedingungen risikoäquivalent berechneter Prämien bezahlbaren und gleichwohl ausreichenden Versicherungsschutz finden. Zudem sieht der Gesetzgeber ein finanzielles Ausgleichssystem vor, um Unternehmen, welche durch Zufall eine große Zahl schlechter Risiken im Basistarif versichern, vor Wettbewerbsnachteilen zu schützen. 187

4. Das absolute Kündigungsverbot des § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG verletzt die Grundrechte der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) nicht. 188

a) Die von den Beschwerdeführern zu 4) und 5) gerügte Verletzung von Art. 9 Abs. 1 GG liegt nicht vor, weil bereits der Schutzbereich der Vereinigungsfreiheit nicht berührt ist. Zwar kann ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit infolge des absoluten Kündigungsverbots das Versicherungsverhältnis nicht kündigen. Hiervon zu unterscheiden ist jedoch die Mitgliedschaft im Verein. Der Ausschluss aus einem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit ist nach den allgemeinen Regeln über die Beendigung von Dauerschuldverhältnissen bei Vorliegen eines wichtigen Grundes auch ohne eigene Grundlage in der Vereinssatzung möglich (Weigel, in: Prölss, a.a.O., § 20 Rn. 50 m.w.N.; Petersen, Versicherungsunternehmensrecht, S. 34; vgl. auch BGH, Urteil vom 10. Juli 1989 - II ZR 30/89 -, NJW 1990, S. 40, 42). Den Beschwerdeführern zu 4) und 5) steht die Möglichkeit offen, die Mitgliedschaft im Verein in einem solchen Fall zu beenden und nur den Versicherungsvertrag im Rahmen des Nichtmitgliedergeschäfts als Versicherung gegen feste Prämie fortzuführen. 189

b) Die Freiheit der Berufsausübung wird durch § 206 Abs. 1 Satz 1 VVG nicht unverhältnismäßig beeinträchtigt. Das absolute Kündigungsverbot gewinnt seine Rechtfertigung aus dem Zusammenhang zwischen der durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Versicherungspflicht in der privaten Krankenversicherung und der damit verbundenen Intention des Gesetzgebers, die Versicherungssysteme von gesetzlicher und privater Krankenversicherung dauerhaft voneinander abzugrenzen. Der Gesetzgeber will das duale Krankenversicherungssystem erhalten und stärken; dabei soll auch die private Säule zur Vollfunktionalität gelangen und ihre Mitglieder in gleicher Weise wie die öffentlichrechtliche Versicherung umfassend, rechtssicher und dauerhaft absichern. Dem Gesetzgeber ging es 190

darum, in dem weitaus häufigsten Fall der Vertragsverletzung, nämlich dem Prämienverzug, den mit einer Kündigung des Versicherungsvertrags verbundenen Verlust der Alterungsrückstellung zu verhindern (vgl. BTDrucks 16/4247, S. 68). Angesichts der Tatsache, dass es sich bei der Krankenversicherung um ein nicht personifiziertes Massengeschäft handelt, ist es nicht sachwidrig und zumutbar, dass der Gesetzgeber auf eine Kündigungsregelung wegen anderer Vertragsverletzungen, die nur relativ selten vorkommen, verzichtet hat.

5. Ebenso wenig bewirkt die Notversorgungspflicht nach § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen. 191

Nach § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG haftet der Versicherer auch während des Ruhens des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsanspruchs infolge von Beitragsrückständen des Versicherten für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen oder Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Nach den Ausführungen der Bundesregierung soll dies einen Mindestschutz sicherstellen, der aus sozial-ethischen Gründen als unverzichtbar angesehen wird. Dies ist ein grundsätzlich legitimes gesetzgeberisches Ziel. 192

Eine unzumutbare Inanspruchnahme der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) ist damit nicht verbunden. Zwar weicht die Vorschrift von den Grundsätzen des allgemeinen Zivil- und des Versicherungsvertragsrechts ab. Nach allgemeinen Regeln ist der Versicherer im Fall des Zahlungsverzugs von der Leistung frei (§ 38 Abs. 2 VVG). Demgegenüber verpflichtet § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG den Versicherer zu einer Leistung, für die er möglicherweise keine Gegenleistung erhält. 193

Jedoch muss die Verpflichtung im Zusammenhang mit dem Gesamtkonzept des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes gesehen werden, dessen Ziel es ist, allen Privatversicherten eine Absicherung ohne Inanspruchnahme des staatlichen Fürsorgesystems zu verschaffen. Die Bundesregierung weist zutreffend darauf hin, dass die Erstreckung der Krankenversicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung bei einem zweigegliederten System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung notwendig Regeln verlangt, welche eine Inanspruchnahme von Fürsorgeleistungen in beiden Systemen auch in sozial problematischen Fällen verhindern. Deshalb ist die Krankenversorgung in Notfallsituationen in beiden Säulen sicherzustellen; andernfalls fehlte die Vollfunktionalität der privaten Säule. § 193 Abs. 6 Satz 6 VVG spiegelt die entsprechende Regelung für freiwillig Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung wider, welche bei Zahlungsverzug ebenfalls (nur) eine Notversorgung erhalten (§ 16 Abs. 3a SGB V). 194

Es lässt sich nicht feststellen, dass der Zwang zur Notfallversorgung zu einer unzumutbaren Belastung der Unternehmen führen wird. Die Unternehmen tragen nur das beschränkte Risiko des Prämienausfalls; denn die Kosten der medizinischen Versorgung sind im Tarif zu Lasten der anderen Versicherten bereits kalkuliert. Dem steht der Vorteil gegenüber, dass infolge der Versicherungspflicht der privaten Kranken- 195

versicherung nunmehr ein erweiterter Kundenkreis dauerhaft zugewiesen ist. Zudem ist es - entgegen den Befürchtungen der Unternehmen - wenig wahrscheinlich, dass Versicherungsnehmer im Vertrauen auf eine Notversorgungspflicht ihres Unternehmens vorsätzlich ihre Zahlungen einstellen. Gegenüber einem zahlungsfähigen Versicherungsnehmer kann das Unternehmen seine Forderungen im Zivilrechtsweg durchsetzen. Aber auch bei Personen in wirtschaftlichen Schwierigkeiten ist kaum anzunehmen, dass sie ihre Zahlungen einstellen; auch in Kenntnis der Notversorgungspflicht der Unternehmen werden sie sich fragen, ob sie weiterhin Wert auf die üblichen Leistungen im Krankheitsfall legen. Solche Fälle werden sich in der Praxis vielmehr - wie schon jetzt üblich - oft einvernehmlich, etwa durch eine Herabsetzung des versicherten Leistungsumfangs mit entsprechender Prämienminderung, lösen. Erreichen die wirtschaftlichen Schwierigkeiten des Versicherungsnehmers ein Maß, dass Hilfebedürftigkeit im sozialhilferechtlichen Sinne eintritt, besteht gemäß § 32 Abs. 5 Satz 1 SGB XII ein Anspruch gegen den Sozialhilfeträger, die Aufwendungen für die private Krankenversicherung zu übernehmen. Bei Hilfebedürftigen, die unter das Recht der Grundsicherung für Arbeitsuchende fallen, gilt gemäß § 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB II eine Zuschusspflicht des Grundsicherungsträgers zur privaten Krankenversicherung im Umfang von § 12 Abs. 1c Sätze 5 und 6 VAG.

II.

Die Einführung einer teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen ist mit dem Grundgesetz vereinbar. 196

1. Krankenversicherungsverträge, die ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen werden, müssen nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe a VVG und § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG eine Portabilität der Alterungsrückstellungen in einem dem Basistarif entsprechenden Umfang vorsehen. Die bisher von den Unternehmen ausnahmslos gewählte Vertragsgestaltung, wonach bei einer Kündigung des Versicherungsvertrags kein Anspruch auf Übertragung der für den Versicherungsnehmer gebildeten Alterungsrückstellung bestand, diese also in vollem Umfang an die Versicherung „vererbt“ wurde (vgl. BGHZ 141, S. 214 ff.), ist damit für die Zukunft ausgeschlossen. 197

a) Art. 12 Abs. 1 GG schützt als Teil der Berufsfreiheit die Vertrags- und Dispositionsfreiheit des Unternehmers (vgl. BVerfGE 97, 228 <254>). Die Vorschriften über die Portabilität greifen in diesen Freiheitsbereich ein, weil sie den Unternehmen die bisherige Vertragsgestaltung untersagen und ihnen zur Pflicht machen, im Versicherungsvertrag die Möglichkeit zur Mitnahme der Alterungsrückstellung vorzusehen. Die Vorschrift begründet damit unmittelbar und zielgerichtet Verhaltenspflichten der Versicherungsunternehmen. 198

b) Die Einführung einer teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen trifft die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) in ihrer Berufsausübungsfreiheit. Ein Eingriff in die Berufswahlfreiheit liegt hingegen nicht vor. Die Unternehmen werden weder an der Suche nach Kunden noch am Abschluss neuer Verträge gehindert. Zwar können die Unternehmen bei der Tarifikalkulation die „Stornowahrscheinlichkeiten“ nicht mehr 199

prämienmindernd berücksichtigen. Dies trifft aber alle auf dem Markt tätigen Unternehmen in gleicher Weise.

Die Einführung der teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen hat möglicherweise nachteilige Auswirkungen auf einzelne Unternehmen, sollte es bei ihnen in Zukunft zu einem verstärkten Weggang von Versicherten mit guten Risiken und damit zu der befürchteten Risikoselektion in ihrem Versichertenbestand kommen. Dies ist für die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) aber weder vorhersehbar noch unausweichlich. Die Unternehmen können in Zukunft wechselbereite Versicherungsnehmer gleichermaßen gewinnen wie verlieren. Zudem kann, wie Professor Dr. Bert Rürup dargelegt hat, bei einem Nettoneuzugang von Privatversicherten von zuletzt knapp 60.000 Personen im Jahr 2007 im Verhältnis zu einem Bestand von 8,55 Millionen Versicherten in der privaten Krankenvollversicherung ein kritisches Potential für Risikoselektionsprozesse allenfalls längerfristig entstehen; in überschaubarer Zukunft, welche der Senat hier allein beurteilen kann, sind solche Entwicklungen nicht zu befürchten. 200

c) Für die Einführung einer teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellungen kann sich der Gesetzgeber auf legitime Gemeinwohlinteressen berufen. 201

aa) Die Alterungsrückstellung hat in der privaten Krankenversicherung nicht den Charakter eines konkreten, dem Inhaber nach Art eines Ausschließlichkeitsrechts zugeordneten Eigentumsrechts. Bei der Bildung von Alterungsrückstellungen handelt es sich nicht um einen individuellen Sparvorgang, sondern um eine auf kollektiver Risikokalkulation beruhende Kapitalsicherstellung zur Finanzierung des Risikos einer altersbedingten Verschlechterung des Gesundheitszustandes und erhöhter Krankheitskosten (vgl. BGH, Urteil vom 11. Mai 2006 - III ZR 228/05 -, VersR 2006, S. 1072, 1073 m.w.N.). Während bei der Überschussbeteiligung und beim Rückkaufswert von kapitalbildenden Lebensversicherungen neben dem Risikoanteil ein beständig wachsender, individueller Sparanteil aufgebaut wird, der während der gesamten Vertragslaufzeit in konkreter Höhe beziffert werden kann und zum Abschluss der Vertragslaufzeit ausgezahlt wird (vgl. BVerfGE 114, 1 ff.; 73 ff.), stellt die Alterungsrückstellung lediglich einen Kalkulationsposten dar (vgl. Scholz, in: Festschrift für Maydell, 2002, S. 636, 643; Bieback/Brockmann/Goertz, ZVersWiss 2002, S. 471, 477). 202

bb) Der Gesetzgeber verfolgt mit der Portabilität der Alterungsrückstellung das Ziel, im Markt der privaten Krankenversicherungen einen funktionierenden Wettbewerb herzustellen und den Versicherten einen Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen zu erleichtern. Die beschwerdeführenden Unternehmen räumen selbst ein, dass es für Bestandskunden der privaten Krankenversicherung ab einem gewissen Alter bisher praktisch unmöglich war, ihre Krankenversicherung zu wechseln, weil der damit verbundene Verlust der Alterungsrückstellungen dazu führte, dass ein neuer Versicherer seine Kalkulationen ohne diese Rücklage vornehmen musste und deshalb erhöhte Prämien verlangte. Dadurch beschränkte sich der Wettbewerb zwischen den Unternehmen auf den Neuzugang jüngerer Versicherungsinteressenten in die private Krankenversicherung sowie auf Versicherte anderer Unternehmen der pri- 203

vaten Krankenversicherung mit kürzerer Versicherungsdauer. Der bei Wechsel in eine andere Versicherung dem Versicherungsnehmer drohende Verlust der Alterungsrückstellung schirmte den Versicherer praktisch gegen Kündigungen ab und minderte zugleich die Chancen anderer Versicherer, neue Kunden zu gewinnen (vgl. Gutachten der Unabhängigen Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privaten Krankenversicherung im Alter vom 18. Juni 1996, BTDrucks 13/4945, S. 42 ff.; Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsvertragsrechts vom 19. April 2004, S. 143 f., www.bmj.bund.de/media/archive/647.pdf). Zugleich hinderte ein Fehlen der Portabilität mit zunehmendem Alter den Versicherten daran, zu einem anderen Versicherungsunternehmen zu wechseln.

d) Die Einführung einer teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellung ist geeignet, die Wechselmöglichkeiten der Versicherungsnehmer und damit den Wettbewerb zwischen den Unternehmen zu verbessern. Zwar werden die Wechselchancen eines Versicherten mit erhöhtem Krankheitsrisiko auch durch die Mitgabe eines Teils der Alterungsrückstellung nicht erheblich verbessert, weil der Betreffende in einem Normaltarif keinen aufnahmebereiten Versicherer finden wird. Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Portabilität grundsätzlich die Wechselmöglichkeiten fördert. 204

e) Ein anderes Mittel, das die Beschwerdeführer zu 1) bis 5) weniger belasten würde, ist nicht zu erkennen. Ihre Auffassung ist unzutreffend, es sei zur Wettbewerbsverbesserung gleichermaßen wirksam, die Unternehmen zu verpflichten, den Versicherungsnehmern sowohl Tarife mit portablen als auch mit nicht portablen Alterungsrückstellungen anzubieten, sodass Versicherungsnehmer, die Wert auf Flexibilität legten, die Wahl hätten. Denn es liegt nahe, dass damit eine den Wettbewerb anregende Wechselmöglichkeit nur für einen Teil der Versicherten geschaffen würde. Auch bestünde die Gefahr, dass Tarife mit portablen Alterungsrückstellungen von den Unternehmen unattraktiv gestaltet würden, da sie ökonomisch kein Interesse daran haben, Tarife anzubieten, welche ihren Kunden unter günstigen Bedingungen einen Wechsel zur Konkurrenz ermöglichen. 205

f) Die Einführung einer teilweisen Portabilität der Alterungsrückstellung stellt keinen wegen der Gefahr einer Risikoselektion im Bestand der Unternehmen unzumutbaren Eingriff dar. 206

Zwar setzt die dauerhafte Erfüllbarkeit der Krankenversicherungsverträge durch die Unternehmen jedenfalls im Grundsatz voraus, dass sich unter ihren Versicherungsnehmern in ausreichendem Maße solche mit guten Risiken befinden. Ein stetiges Abwandern von Versicherten mit guten Risiken mit der Folge, dass in einem Unternehmen nur noch Menschen mit schlechten Risiken und hohen Krankheitskosten versichert sind, könnte insofern letztlich bis hin zur Insolvenz des Unternehmens führen. In der Reformdiskussion der Vergangenheit wurden deshalb Modelle abgelehnt, die eine Übertragbarkeit der vollen kalkulierten Alterungsrückstellung vorsahen, weil sie die Gefahr einer „unvertretbaren Risikoselektion und Entmischung“ in sich tragen würden (vgl. Abschlussbericht der Kommission zur Reform des Versicherungsver- 207

tragsrechts, S. 143 ff.).

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht jedoch nicht die Übertragung der vollen kalkulierten Alterungsrückstellung, sondern lediglich deren Übertragung im Umfang der dem Basistarif entsprechenden Leistungen vor. Bei einem Versichererwechsel wird daher auch unter der Geltung des neuen Rechts ein erheblicher Anteil der für den Versicherungsnehmer in seinem Normaltarif gebildeten Alterungsrückstellung bei dem bisherigen Unternehmen verbleiben. Diese verbleibenden Alterungsrückstellungen kann der Versicherungsnehmer lediglich für Zusatzversicherungen bei seinem bisherigen Versicherer nutzen (§ 204 Abs. 1 Satz 2 VVG). Die Neuregelung erhöht zwar das Risiko einer Abwanderung von Versicherten, bietet aber auch gesteigerte Chancen, durch Wechsel Kunden hinzuzugewinnen. Der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen wird damit auf verträgliche Weise gefördert. 208

Die faktisch lebenslange Bindung an einen Versicherer ist, anders als die Beschwerdeführer behaupten, kein von den Versicherungsnehmern bei Vertragsabschluss akzeptierter Teil der Versicherungsbedingungen. In der Regel dürfte sie Versicherungsnehmern erst bewusst werden, wenn sie sich nach einer längeren Vertragszeit um einen Versicherungswechsel bemühen und dabei feststellen, dass dies wirtschaftlich nahezu ausgeschlossen ist. Die gegenwärtige Lage schafft Fehlansätze für die Unternehmen, da sie sich um ihre Bestandskunden praktisch nicht zu kümmern brauchen und deren Weggang ihnen sogar wirtschaftliche Vorteile verschafft (vgl. Terhorst, Wahlfreiheit und Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung, S. 127 ff.). 209

Die gesetzliche Neuregelung fördert insofern mehr Kundenorientierung, führt zu mehr Vertragsparität und stärkt die Selbstbestimmung der gegenüber den Versicherern strukturell benachteiligten Versicherungsnehmer in einer den Unternehmen zumutbaren Weise. 210

2. Die zeitlich auf das erste Halbjahr 2009 begrenzte Einführung einer teilweisen Portabilität bei Verträgen, die vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden sind (§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG), ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. 211

a) Die Vorschrift enthält keinen Verstoß gegen das rechtsstaatliche Rückwirkungsverbot. Eine echte Rückwirkung liegt vor, wenn der Gesetzgeber nachträglich in einen abgeschlossenen Sachverhalt ändernd eingreift. Entscheidend aber ist, dass der von der Rückwirkung betroffene Tatbestand vor der Verkündung des Gesetzes nicht nur begonnen hat, sondern bereits abgewickelt war. Dagegen liegt eine unechte Rückwirkung vor, wenn eine Norm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt und damit zugleich die betroffene Rechtsposition entwertet (vgl. BVerfGE 101, 239 <263>). Während echte Rückwirkungen vom Rechtsstaatsprinzip grundsätzlich untersagt sind, bleiben unechte Rückwirkungen hingegen in der Regel zulässig, müssen sich aber im Schutz- 212

bereich des jeweils betroffenen Grundrechts anhand der allgemeinen Grundsätze für die Einschränkung dieses Freiheitsrechts legitimieren (vgl. BVerfGE 101, 239 <263>)

Die angegriffene Vorschrift des § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG entfaltet keine echte Rückwirkung. Das Gesetz greift nicht in einen vor dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes am 1. April 2007 bereits abgeschlossenen Tatbestand rückwirkend ein. Die Wirkung des Gesetzes beschränkt sich darauf, im Fall der Kündigung eines vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossenen, zur Zeit noch laufenden Versicherungsvertrages im ersten Halbjahr 2009 das Versicherungsunternehmen zur Mitgabe der kalkulierten Alterungsrückstellung im Umfang des Basistarifs zu verpflichten. Das Gesetz knüpft also an ein in der Vergangenheit begründetes Vertragsverhältnis an, bestimmt Rechtsfolgen aber nur für die Zukunft. Die nach bisheriger Rechtslage im Unternehmen verbleibenden Alterungsrückstellungen begründen bei Ausübung des vertraglichen Kündigungsrechts in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis 30. Juni 2009 einen Anspruch des Versicherungsnehmers auf Zahlung eines Geldbetrages. Dem Versicherungsunternehmen wird keine Pflicht auferlegt, vom Versicherungsnehmer bereits entrichtete Prämienanteile für Zeiten vor dem Inkrafttreten des Gesetzes zurückzuzahlen.

213

b) Die Pflicht zur teilweisen Übertragung der Alterungsrückstellung bei „Altverträgen“ nach § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG stellt keinen Eingriff in das gemäß Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Eigentum der Versicherungsunternehmen dar.

214

Zu den schutzfähigen Rechtspositionen im Sinne von Art. 14 Abs. 1 GG gehören alle vermögenswerten Rechte, die das Recht einem privaten Rechtsträger so zuordnet, dass er die damit verbundenen Befugnisse nach eigenverantwortlicher Entscheidung zu seinem privaten Nutzen ausüben darf (vgl. BVerfGE 83, 201 <209>; 89, 1 <6>). Dem Grundrechtsträger soll ein Freiheitsraum im vermögensrechtlichen Bereich gesichert werden, die Rechtsposition soll als Grundlage privater Initiative und in eigenverantwortlichem privatem Interesse von Nutzen sein (vgl. BVerfGE 100, 226 <241>; 102, 1 <15>).

215

Hier fehlt es bereits an einem Eingriff in ein konkretes vermögenswertes Recht der Unternehmen. Die Annahme der Beschwerdeführer zu 1) bis 5), durch § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG werde in das Eigentum des Unternehmens am Sicherungsvermögen eingegriffen, trifft nicht zu. Das Gesetz ordnet an, dass an das aufnehmende Unternehmen „die kalkulierte Alterungsrückstellung des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif entsprechen“, zu übertragen ist. Damit wird dem Unternehmen eine Geldzahlungspflicht gegenüber dem neuen Versicherer auferlegt. Das Sicherungsvermögen dient der Erfüllung der vertraglichen Ansprüche der Versicherungsnehmer und ist deshalb besonderen Schutzvorschriften unterworfen. Das Unternehmen darf darauf nur zugreifen, wenn durch den Weggang des Versicherungsnehmers das zur Abdeckung aller Leistungsansprüche der übrigen Versicherten benötigte Sicherungsvermögen kalkulatorisch geringer geworden ist (vgl. § 77 Abs. 1 VAG, § 66 Abs. 1a VAG). Auch Zahlungsansprüche Dritter geben ihm

216

keine Befugnis, das Sicherungsvermögen zu vermindern.

Die Höhe der vom Versicherungsnehmer zu zahlenden Prämie wird durch die Vorschrift § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG nicht beeinflusst. Auch schafft die Vorschrift kein neues, den Prämienanspruch des Versicherers entwertendes Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers, sondern lediglich eine Geldzahlungspflicht bei Wahrnehmung der schon nach bisherigem Recht bestehenden vertraglichen Kündigungsmöglichkeit. 217

Ebenso wenig begründet die angegriffene Vorschrift einen Eingriff in das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb. Ungeachtet der Frage, ob die Eigentumsgarantie das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb umfasst, schützt sie nur den konkreten Bestand an Rechten und Gütern (vgl. BVerfGE 68, 193 <222 f.>; 84, 212 <232>; 96, 375 <397>). Die Einführung eines Anspruchs auf Übertragung eines Teils der Alterungsrückstellung bei Kündigung des Versicherungsvertrags greift in einen solchen konkreten Bestand an Rechten und Gütern der Versicherungsunternehmen nicht ein, weil er lediglich eine Zahlungspflicht der Unternehmen begründet. 218

c) Hingegen greift § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG in die von Art. 12 Abs. 1 GG geschützte berufsbezogene Vertragsfreiheit der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) ein. 219

§ 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG ist allerdings als lediglich gering belastende Berufsausübungsregelung zu qualifizieren. Die Vorschrift trifft sämtliche Unternehmen der privaten Krankenversicherung in gleicher Weise. Kündigt ein Versicherungsnehmer, um in den Basistarif einer anderen Versicherung zu wechseln, muss sein bisheriger Versicherer zwar an den neuen Versicherer eine Geldleistung erbringen. Der Versicherer kann aber im Gegenzug ebenfalls Kunden gewinnen, welche einen Teil ihrer Alterungsrückstellung mitbringen. Auch sind die Wettbewerbsbedingungen für alle Unternehmen gleich, da der Basistarif bei allen Unternehmen sowohl hinsichtlich des Leistungsangebots als auch hinsichtlich der Prämienkalkulation kraft Gesetzes ein identisches Produkt bildet. 220

Die von den beschwerdeführenden Unternehmen angenommene Gefahr einer die Funktionsfähigkeit der Versicherungen gefährdenden Risikoselektion durch starke Abwanderung von Versicherten mit guten Risiken im ersten Halbjahr 2009 durfte vom Gesetzgeber als gering eingestuft werden. Denn die durch § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG geschaffene Möglichkeit der Mitnahme eines Teils der Alterungsrückstellung bedeutet für die Bestandskunden der privaten Krankenversicherung keine wesentliche Verbesserung ihrer Wechseloptionen. Am ehesten dürfte sie die Wechselmöglichkeiten von Personen verbessern, die aufgrund ihrer hohen Krankheitskosten bisher überhaupt keine Möglichkeit eines Versicherungsverwechslens hatten und nunmehr außer in den Basistarif des eigenen auch in den Basistarif eines anderen Unternehmens wechseln können. Ökonomisch bedeutet der Weggang von Versicherten mit schlechten Risiken für die Unternehmen jedoch einen Gewinn, selbst 221

wenn sie den betreffenden Versicherungsnehmern einen Teil ihrer Alterungsrückstellung mitgeben müssen.

Für wechselwillige Personen mit guten oder zumindest durchschnittlichen Risiken bringt § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG hingegen keinen bedeutsamen Gewinn an Wahl- und Wechselmöglichkeiten. Denn die Mitnahme eines Teils der Alterungsrückstellung wird lediglich in den Basistarif ermöglicht, nicht in Normaltarife eines anderen Versicherungsunternehmens. Der Basistarif ist für den durchschnittlichen Versicherten der privaten Krankenversicherung jedoch wegen seines schlechteren Leistungsniveaus bei gleichzeitig hoher Prämie ökonomisch in der Regel nicht interessant. 222

Die von den beschwerdeführenden Unternehmen als Anreiz zum Wechsel bestandene Möglichkeit, aus dem Basistarif sofort in den Normaltarif des aufnehmenden Unternehmens zu wechseln, ist durch die Rechtsentwicklung mittlerweile unterbunden worden. Aufgrund von § 13 Abs. 1a KalV in der seit dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung wird Altversicherten der privaten Krankenversicherung, die im ersten Halbjahr 2009 gemäß § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG zu einem anderen Unternehmen in den Basistarif wechseln, bei einem nachfolgenden Wechsel in einen anderen Krankenvolltarif des neuen Unternehmens die mitgebrachte Alterungsrückstellung nur dann prämiemindernd angerechnet, wenn sie vorher eine Wartezeit von 18 Monaten im Basistarif verbracht haben. Für einen wechselwilligen Versicherungsnehmer hat das zur Folge, dass er 18 Monate lang im Basistarif des neuen Unternehmens zu den Leistungsbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben muss, bevor er in einen Normaltarif wechseln kann. Während dieser Zeit muss er den für den Basistarif kalkulierten Beitrag von rund 570 Euro monatlich zahlen. Angesichts dieser unattraktiven Bedingungen gibt es keinen realen Anhalt dafür, dass es innerhalb des kurzen Zeitraums von sechs Monaten zu nennenswerten Versicherungswechseln kommen wird. 223

Als gering belastende Berufsausübungsregelung ist § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG durch das Ziel der Schaffung einer wettbewerblichen Situation bei dem Wechsel in den Basistarif legitimiert (vgl. BVerfGE 103, 1 <10>; stRspr). Diese Wirkung kann § 204 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Buchstabe b VVG ungeachtet der tatsächlich nur gering erweiterten Wechseloptionen der Versicherungsnehmer haben, weil es die Unternehmen zwingt, ihren Kunden die Vorteile eines Verbleibs im eigenen Unternehmen zu verdeutlichen und ihnen gegebenenfalls neue Vertragsoptionen aufzuzeigen. 224

III.

1. Die Vorschrift des § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der Fassung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verletzt den Beschwerdeführer zu 8) nicht in Grundrechten. 225

a) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind Arbeiter, Angestellte und zu ihrer Berufsausbil- 226

dung Beschäftigte, die gegen Arbeitsentgelt beschäftigt sind, in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Allerdings trat nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der bis zum 1. Februar 2007 geltenden Fassung Versicherungsfreiheit in der gesetzlichen Krankenversicherung für diejenigen Arbeiter und Angestellten ein, deren regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstieg. Hierbei galt eine vorausschauende Betrachtungsweise. War bei erstmaliger Aufnahme einer Beschäftigung abzusehen, dass das vereinbarte Jahreseinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze voraussichtlich überschreiten werde, war der betreffende Arbeitnehmer versicherungsfrei, so dass Berufsanfänger mit entsprechenden vorhersehbaren Jahreseinkommen nicht versicherungspflichtig waren (Peters, in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand August 2008, § 6 SGB V Rn. 18). Hiernach wäre der Beschwerdeführer zu 8) bereits bei Aufnahme seiner Beschäftigung am 1. November 2007 versicherungsfrei gewesen, da sein Jahreseinkommen von 85.000 Euro über der Jahresarbeitsentgeltgrenze von 47.700 Euro für 2007 lag. Durch § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V neuer Fassung besteht für den Beschwerdeführer zu 8) dagegen nunmehr eine Versicherungspflicht mindestens für die nächsten drei Jahre.

b) Versicherte, die aufgrund von § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V neuer Fassung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung unterliegen und damit nicht mehr sofort in die private Krankenversicherung wechseln oder in ihr verbleiben können, sind durch die temporär angeordnete Pflichtmitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Krankenkasse in Art. 2 Abs. 1 GG betroffen (vgl. BVerfGE 115, 25 <42> m.w.N.). Ein Eingriff in die negative Vereinigungsfreiheit liegt dagegen bei der Pflichtmitgliedschaft nicht vor (vgl. BVerfGE 38, 281 <297>).

227

Der mit § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der seit dem 2. Februar 2007 geltenden Fassung verbundene Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG ist gerechtfertigt. Die Neuregelung zielt darauf, auch gut verdienende Angestellte für mindestens drei Jahre an die gesetzliche Krankenversicherung zu binden, um hierdurch die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Die bisherige Regelung, wonach abhängig Beschäftigte bereits mit dem erstmaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze die gesetzliche Krankenversicherung verlassen konnten, sah der Gesetzgeber nicht als ausreichend an, um die Funktionsfähigkeit der auf einem Solidarausgleich beruhenden gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft zu gewährleisten (vgl. BTDrucks 16/3100, S. 95).

228

Die gesetzliche Krankenversicherung dient dem sozialen Schutz und der Absicherung von Arbeitnehmern vor den finanziellen Risiken von Erkrankungen. Sie basiert auf einem umfassenden sozialen Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen (vgl. BVerfGE 79, 223 <236 f.>) sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen. Der Gesetzgeber kann den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist (vgl. BVerfGE 44, 70 <90>; 103,

229

271 <288>; BVerfGK 2, 283 <288>). Er hat dabei einen weiten Gestaltungsspielraum.

c) Die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht von Arbeitnehmern mit einem die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschreitenden Jahreseinkommen ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Ziels geeignet. Hierdurch werden besonders Leistungsfähige an die Solidargemeinschaft gebunden, die mit ihren Beiträgen die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung absichern helfen. Ein gleich wirksames, die betroffenen Versicherten weniger belastendes Mittel ist nicht ersichtlich. 230

Die Regelung ist den betroffenen Versicherten auch zumutbar. Der Gesetzgeber hat nicht die Jahresarbeitsentgeltgrenze weiter angehoben und damit den Kreis der Pflichtversicherten auf Dauer erweitert. Er hat vielmehr lediglich den Zeitraum verlängert, in dem Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben müssen, bevor sie sich für einen Wechsel in die private Krankenversicherung entscheiden können. Damit sollen insbesondere Beschäftigte, welche zuvor unter Umständen jahrzehntelang als beitragsfrei Familienversicherte, als Auszubildende oder Berufsanfänger mit geringem Arbeitsentgelt von den Leistungen der Solidargemeinschaft profitiert haben, bei ihrem erstmaligen Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze für einen gewissen Zeitraum weiterhin an die Solidargemeinschaft gebunden werden (vgl. BTDrucks 16/3100, S. 95). Das ist eine Erwägung, die eine gewisse zeitliche Ausweitung des Solidarausgleichs zwischen den Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung mit höherem und niedrigerem Einkommen rechtfertigt. 231

Allerdings trifft die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht auch solche Personen, die nach bisherigem Recht schon mit der erstmaligen Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung aufgrund der Höhe ihres Verdienstes versicherungsfrei waren, wie dies insbesondere bei akademischen Berufsanfängern vorkam. Bei ihnen wird die Einbeziehung in die Versicherungspflicht in vielen Fällen auch nicht mit einer Pflicht zur nachlaufenden Solidarität mit der Versichertengemeinschaft begründet werden können, da solche Personen oft ihr Leben lang privat versichert waren. Gleichwohl ist die Einbeziehung in die Versicherungspflicht auch für sie zumutbar. Der Gesetzgeber ist nicht verpflichtet, diese Personen von vornherein aus der Versicherungspflicht herauszunehmen, denn die Dreijahresfrist ist auch unabhängig von dem Gedanken der nachlaufenden Solidarität gerechtfertigt. Er kann den Nachweis des Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze davon abhängig machen, dass diese Überschreitung von einer gewissen Dauerhaftigkeit und Stetigkeit ist. 232

Bei der Verlängerung der Versicherungspflicht durfte der Gesetzgeber zudem den Aspekt einer Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen. Bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang (vgl. BVerfGE 68, 193 <218>; 103, 172 <184>; 233

114, 196 <248>). Dies legitimiert im Rahmen der Herstellung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft auch Erweiterungen des einbezogenen Personenkreises, um so für einen besseren Ausgleich zwischen Mitgliedern mit höheren und niedrigeren Einkommen zu sorgen.

Eine Unzumutbarkeit der auf drei Jahre verlängerten Versicherungspflicht folgt schließlich nicht aus den faktischen Auswirkungen, welche sich für einen anschließenden Wechsel in die private Krankenversicherung ergeben. Zwar hat die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht zur Folge, dass sich die in der privaten Krankenversicherung zu zahlende Prämie aufgrund des späteren Eintrittsalters verteuert, sofern dieses Risiko nicht durch eine Ruhensvereinbarung abgedeckt wurde. Diese zusätzliche Mehrbelastung wird keinen Versicherten daran hindern, in die private Krankenversicherung zu wechseln. 234

2. Auch die Grundrechte der Beschwerdeführer zu 2) bis 5) werden durch § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nicht verletzt. 235

Die Verlängerung der Versicherungspflicht greift zwar in die Berufsausübungsfreiheit der Krankenversicherer ein, weil ihnen temporär der Kundenkreis eingeschränkt wird, der sich bei ihnen versichern kann. 236

Der Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der beschwerdeführenden Unternehmen ist aber, wie schon dargelegt, aus hinreichend gewichtigen Gründen des Gemeinwohls gerechtfertigt, zumal der Versicherungsbestand der privaten Krankenversicherungsunternehmen von rund 8,3 Millionen Versicherten hiervon unberührt bleibt und Beamte, Freiberufler und Selbständige, für die sich keine Einschränkungen beim Zugang zur privaten Krankenversicherung ergeben, von der Neuregelung überhaupt nicht betroffen sind. 237

IV.

Die Rechtsänderungen durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz begründen auch nicht in ihrer Gesamtheit einen mit der Berufsfreiheit der Beschwerdeführer zu 1) bis 5) unvereinbaren „additiven“ Grundrechtseingriff. 238

Grundsätzlich ist es möglich, dass verschiedene einzelne, für sich betrachtet geringfügige Eingriffe in grundrechtlich geschützte Bereiche in ihrer Gesamtwirkung zu einer schwerwiegenden Beeinträchtigung führen, die das Maß der rechtsstaatlich hinnehmbaren Eingriffsintensität überschreitet (vgl. BVerfGE 112, 304 <319 f.>; 114, 196 <247>). 239

Eine derartige Wirkung der gesetzlichen Neuregelungen lässt sich indes nicht feststellen. Die Darlegungen der Professoren Dr. Ulrich Meyer und Dr. Bert Rürup haben keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die auf drei Jahre verlängerte Versicherungspflicht, der Basistarif und die teilweise Portabilität von Alterungsrückstellungen in ihrem kumulativen Zusammenwirken das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherungsunternehmen aktuell ernsthaft bedrohen. 240

Den Gesetzgeber trifft jedoch eine Beobachtungspflicht. Denn die Vorschriften über den Basistarif, die Portabilität und die erweiterte Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung könnten zu Prämiensteigerungen für Versicherte in den Normaltarifen und dadurch zu erheblichen Wechselbewegungen in den Basistarif mit seinen begrenzten Prämien führen. Der Vorteil der Versicherungsnehmer im Basistarif könnte zum Nachteil der übrigen Versicherungsnehmer in den Normaltarifen werden. Denn je mehr Personen sich im Basistarif versichern und je mehr Verluste dieser verursacht, desto mehr steigt der Preis der Normaltarife und die Belastung der in diesen Tarifen Versicherten. Dies könnte letztlich eine Auszehrung des eigentlichen Hauptgeschäfts der privaten Krankenversicherungen bewirken, sodass die gesetzlichen Regelungen einer erneuten Prüfung bedürften. Weist der Gesetzgeber den privaten Krankenversicherungen durch die Einführung der Versicherungspflicht und den Kontrahierungszwang im Basistarif in verfassungsrechtlich zulässiger Weise die Aufgabe zu, im Rahmen eines privatwirtschaftlich organisierten Marktes für den bei ihr versicherten Personenkreis einen Basisschutz bereitzustellen, muss er auch im Interesse der Versicherten darauf achten, dass dies keine unzumutbaren Folgen für Versicherungsunternehmen und die bei ihnen Versicherten hat.

241

V.

Diese Entscheidung ist zu Teil C. III. (Dreijahresfrist) im Stimmenverhältnis 5:3, im Übrigen einstimmig ergangen.

242

Papier	Hohmann-Dennhardt	Bryde
Gaier	Eichberger	Schluckebier
Kirchhof		Masing

Bundesverfassungsgericht, Urteil des Ersten Senats vom 10. Juni 2009 - 1 BvR 706/08

Zitiervorschlag BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 10. Juni 2009 - 1 BvR 706/08 - Rn. (1 - 242), http://www.bverfg.de/e/rs20090610_1bvr070608.html

ECLI ECLI:DE:BVerfG:2009:rs20090610.1bvr070608