

Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung europäischer Antidiskriminierungsrichtlinien

Vorbemerkung

Die Versicherungswirtschaft unterstützt grundsätzlich das Anliegen des Gesetzesentwurfs, willkürliche Diskriminierungen zu verhindern. Sie will die Privatautonomie nicht in Anspruch nehmen, um Menschen ohne sachlichen Grund wegen eines der in Art. 13 des EG-Vertrages genannten Merkmale zu benachteiligen. Dieser Grundsatz wird bereits heute in der Risikoprüfung der Versicherungsunternehmen berücksichtigt. Diskriminierung im Bereich der ethnischen Herkunft wird außerdem durch § 81e VAG aufsichtrechtlich untersagt.

Vor allem in den Fällen, deren Regelung nicht von den EU-Richtlinien geboten, war geht der Gesetzesentwurf weit über sein eigentliches Regelungsziel hinaus und unterbindet die bislang übliche und versicherungsrechtlich gebotene Differenzierung nach dem Risiko. Es bewirkt Beeinträchtigungen der Funktion der Versicherungsmärkte, die sich in Form von eingeschränkter Versicherbarkeit, Prämienerrhöhungen und Einschränkungen der Angebotsvielfalt letztlich zu Lasten der Verbraucher auswirken.

**Gesamtverband der Deutschen
Versicherungswirtschaft e.V.**

Friedrichstraße 191, 10117 Berlin
Postfach 08 02 64, 10002 Berlin

Ansprechpartner:
**Dr. Martina Vomhof
Recht**

Tel.: 030 / 20 20 - 5290
Fax: 030 / 20 20 - 6415

E-Mail: m.vomhof@gdv.org

www.gdv.de

Die Regelungen sind nur für Geschäfte passend, die keine Risikoprüfung voraussetzen, nicht aber für Versicherungsgeschäfte, bei denen die Risikoprüfung ein Grundprinzip ist.

Die Vorschriften des Gesetzesentwurfs und insbesondere die strengen Beweislastregeln sind auf Geschäfte zugeschnitten, die typischerweise ohne Prüfung eines Risikos zu gleichen Bedingungen zustande kommen (siehe Begründung zu § 20, S. 39). Wenn es für den Anbieter gleichgültig ist, mit wem der Vertrag zustande kommt, ist in der Tat der Schluss nachvollziehbar, dass eine Differenzierung eine ungerechtfertigte Diskriminierung sein kann. Das gilt auch für Versicherungsgeschäfte, in denen keine Risikoprüfung stattfindet.

Versicherungsverträge sind aber in der Regel keine solchen Geschäfte, sondern setzen eine Prüfung des individuellen Risikos oder des Risikos einer bestimmten Versichertengruppe voraus. Sie können z. T. nur deshalb zu fairen Preisen und gleichen Bedingungen einer Vielzahl von Personen angeboten werden, weil bestimmte Risiken ausgeschlossen sind oder durch angemessene Risikozuschläge/Ausschlussklauseln berücksichtigt werden.

Die Risikoprüfung ist ein Grundprinzip des privaten Versicherungsrechts, das sowohl im Versicherungsaufsichtsrecht (z. B. § 11 VAG) als auch im Versicherungsvertragsrecht (z. B. § 16 VVG) verankert ist. Sie ist erforderlich, um sicherzustellen, dass der Versicherer im Schadensfall stets leistungsfähig ist und kein Versicherter gegenüber dem anderen begünstigt wird. Ob dies der Fall ist, wird von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) überwacht (s. § 81 Abs. 1 S. 5, Abs. 2 S. 4 VAG).

Der Gesetzesentwurf erkennt im Grundsatz zutreffend an, dass die geplanten Regelungen nicht passen, wenn ein Vertrag eine individuelle Risikoprüfung voraussetzt. Deshalb sollen Kreditgeschäfte zu Recht regelmäßig nicht von den Vorschriften erfasst sein (Begründung zu § 20 Abs. 1, S. 39). Es ist nicht einsehbar, wieso Versicherungsverträge demgegenüber ausdrücklich wie Geschäfte ohne Risikoprüfung behandelt werden.

Die in der Europäischen Antidiskriminierungsrichtlinie für Differenzierungen aufgrund des Geschlechts festgelegten Regeln lassen sich nicht verallgemeinern.

In der Begründung zu § 21 wird ausdrücklich anerkannt, dass die Einbeziehung der Privatversicherungsverträge in den Anwendungsbereich des ADG nur „vor Willkür schützen“, nicht aber die sich „im Interesse der Versicherten erforderliche Differenzierung nach dem ex ante zu beurteilenden individuellen Risiko unmöglich machen“ soll (Begründung zu § 21, S. 42). Gerade diese Folge hat aber der Gesetzesentwurf. Er geht zwar in § 21 davon aus, dass eine unterschiedliche Behandlung zulässig ist, wenn ein sachlicher Grund hierfür vorliegt und nennt in Satz 2 Nr. 1 bis 5 Regelbeispiele für derartige sachliche Gründe. Das für die Versicherungswirtschaft verwendete Regelbeispiel in § 21 Satz 2 Nr. 5 ist aber eindeutig zu eng gefasst, weil es für die Risikobewertung in jedem Fall relevante und genaue statistische und versicherungsmathematische Daten erfordert. Diese Formulierung entspricht der Regelung, die die Richtlinie 2004/113/EG des Rates vom 13. Dezember 2004 im Hinblick auf das Risikomerkmal Geschlecht festgelegt hat. Nur für dieses Risikomerkmal passt sie aber auch, weil nur für das Geschlecht umfangreiche und nach der Gesetzesformulierung ausreichende statistische Daten zu Risikobewertung zur Verfügung stehen.

Die gesetzlichen Regelungen sind nicht durchführbar, weil die geforderten öffentlichen Statistiken nicht verfügbar sind bzw. zur Risikoprüfung nicht ausreichen.

Die Gesetzesbegründung verlangt, dass eine Differenzierung in der Versicherungswirtschaft nur akzeptiert werden soll, wenn sie auf verlässlichen, regelmäßig aktualisierten und der Öffentlichkeit zugänglichen Daten beruht (Begründung zu § 21 S. 43). Diese Voraussetzungen erfüllen nur die öffentlichen Statistiken, die hinsichtlich des Merkmals Geschlecht und z. T. noch des Alters in der Lebens- und Unfallversicherung verwendet werden.

Schon für die Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherung sind solche öffentlichen Statistiken aber nicht verwertbar, weil der Versicherungsfall keine Tatsachenfeststellung wie bei der Lebens- oder Ren-

tenversicherung ist, sondern auf der Basis medizinischer Betrachtungen festgestellt werden muss.

In vielen Fällen reicht das vorliegende Datenmaterial nicht aus, um nach dem Gesetzesentwurf ausreichende Statistiken zu erstellen. Das gilt insbesondere für die Vielzahl von Krankheiten, die aufgrund des weiten Begriffs der Behinderung in Anlehnung an § 2 Abs. 1 S. 1 SGB IX und in § 3 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) zugleich als Behinderung einzustufen wären (z.B. Diabetes und Allergien sowie Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebserkrankungen jedenfalls bei bestimmten Folgeerscheinungen). In diesen Fällen muss auf medizinische Erfahrungswerte zurückgegriffen werden, die ggf. von verschiedenen Versicherungsunternehmen unterschiedlich ausgewertet werden.

Wenn eine einheitliche Grundlage für alle statistischen und versicherungsmathematischen Berechnungen gewollt ist, müsste der Gesetzgeber die Erstellung und Veröffentlichung von Statistiken und dabei insbesondere die Verpflichtung zur Meldung von Daten festschreiben. Dies erfordert – sofern es überhaupt möglich ist – einen erheblichen zeitlichen und organisatorischen und kostenträchtigen Vorlauf, sodass das Gesetz in den nächsten Jahren nicht durchführbar wäre. Insbesondere bei Behinderungen ist eine Meldepflicht im Interesse der Betroffenen äußerst kritisch zu sehen. Zudem gibt es so viele verschiedene Konstellationen, dass eine Statistik keine allgemeingültige Aussage treffen kann.

Aber selbst wenn die im Gesetz geforderten ausreichenden Statistiken vorlägen, würde dies in vielen Fällen nicht helfen, da nicht nur die medizinischen Zusammenhänge für die Risikobeurteilung relevant sind, sondern in vielen Sparten, zum Beispiel in der Berufsunfähigkeitsversicherung, auch die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, Berufs-/Branchenspezifika und Höhe des nachgesuchten Versicherungsschutzes. Wollte man dies ebenfalls in die erforderlichen Statistiken einbeziehen, was von der Sache her geboten wäre, müsste dies von vornherein als aussichtslos betrachtet werden.

Die Konsequenz wäre, dass sich die Versicherungswirtschaft mindestens partiell aus diesem, auch sozialpolitisch bedeutsamen Geschäftsfeld zurückziehen müsste. Wir sind der Auffassung, dass die derzeit verwendeten Einschätzungsrichtlinien, die den Versicherern von den Rückversiche-

ern als Entschädigungsbasis zur Verfügung gestellt werden, als ausreichend im Sinne des Gesetzes betrachtet werden müssten.

Durch den Wegfall unternehmensinterner Statistiken würden der Wettbewerb um günstigere Tarife und die Angebotsvielfalt zu Lasten der Versicherungsnehmer erheblich beeinträchtigt.

Wenn Versicherungsunternehmen eine hinreichende Größe haben, erstellen sie – insbesondere im Hinblick auf die Differenzierung nach Geschlecht, Alter und Beruf – unternehmensinterne Statistiken, auf deren Grundlage sie eigene Tarife erarbeiten. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass Rückversicherungsunternehmen Statistiken aufgrund der ihnen von ihren Vertragspartnern bekannten Daten bereitstellen. Ist der Gesetzesentwurf dahingehend zu verstehen, dass nur noch öffentliche Statistiken verwendet werden können, ist der Tarifierung aufgrund solcher Statistiken die Grundlage entzogen. Damit würde der Wettbewerb der Unternehmen um genauere Risikoeinschätzungen und damit günstigere Versicherungsangebote und damit letztlich die Angebotsvielfalt zu Lasten der Versicherungsnehmer eingeschränkt.

Aber selbst wenn mit den Ausführungen in der Begründung gemeint sein sollte, dass unternehmensinterne Statistiken zulässig sind, wenn sie regelmäßig aktualisiert und veröffentlicht werden, ergibt sich nichts anderes. Die Erstellung der Statistiken erfordert besonderes know how und ist nur unter großem Zeit- und Investitionsaufwand möglich. Außerdem lassen die Statistiken Rückschlüsse auf den jeweiligen Versichertenbestand zu. Müssen die Daten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden und können sie damit von Konkurrenten ohne weiteres genutzt werden, wird die aufwändige Erstellung derartiger Statistiken für Unternehmen uninteressant. Sie wird damit unterbleiben, was zu Lasten der Tarifvielfalt und damit des Wettbewerbs um preisgünstigere Angebote geht.

Es können keine angemessenen Regelungen mehr für die Fälle erhöhten Risikos gefunden werden, in denen keine ausreichenden Statistiken im Sinne des Gesetzesentwurfs vorliegen.

Wird der Gesetzentwurf umgesetzt, wird – wie dargelegt – in vielen Fällen eine nach dem Versicherungsaufsichtsrecht und Versicherungsvertragsrecht gebotene Differenzierung nicht mehr möglich sein, weil ausreichende Statistiken fehlen. Das gilt insbesondere für Krankheiten/Behinderungen, die sich wegen ihrer Fülle und unterschiedlichen Konstellationen und Wechselwirkungen mit anderen, nichtmedizinischen Risikofaktoren nicht statistisch erfassen lassen.

Außerdem können neue Risiken bekannt werden, für die überhaupt erst wenige abgesicherte Befunde, und damit kein hinreichendes Datenmaterial vorhanden ist. Zu denken ist etwa an neu auftretende Krankheiten, die zugleich eine Behinderung darstellen. Selbst wenn diese Krankheit/Behinderung nach logischen Überlegungen oder den Erfahrungen in vergleichbaren Fällen vermutlich den Eintritt des versicherten Risikos zur Folge hätte, könnten die Unternehmen den Beweis dafür, dass eine Differenzierung sachlich gerechtfertigt ist, nicht erbringen. Wenn die Unternehmen befürchten müssten, dass aufgrund der Beweislastumkehr geforderte Datenmaterial nicht liefern zu können, müssten sie die Versicherungsnehmer mit eindeutig höherem Risiko ohne Ausschlüsse und Risikozuschläge versichern.

Zurzeit ist es den Unternehmen möglich, ihre Annahmepolitik an ihrem Versichertenbestand und ihrer konkreten Risikosituation auszurichten. So kann es vorkommen, dass ein Unternehmen ein Risiko überhaupt nicht versichert, während andere es zu gleichen Bedingungen wie für durchschnittliche Risiken oder mit Ausschlüssen oder Risikozuschlägen tun. Diese unterschiedliche Handhabung fördert den Wettbewerb und kommt letztlich den Kunden zugute. Sie wäre nach Erlass des Antidiskriminierungsgesetzes nicht mehr möglich.

Das Gesetz richtet sich im Ergebnis gerade gegen die Personen, die besonders geschützt werden sollen.

Der Versicherungswirtschaft ist es im Laufe der Zeit immer besser gelungen, Risiken zu versichern, die früher als unversicherbar galten. So ist in der Lebensversicherung der Anteil der Ablehnungen in den letzten Jahrzehnten ganz erheblich zurückgegangen. Dies war nur möglich, weil sich die Versicherungswirtschaft mit zunehmenden medizinischen und techni-

schen Erkenntnissen an ein Risiko „herantasten“ und die wirtschaftlichen Auswirkungen übersehen konnte. So wurden Menschen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, früher nicht versichert, weil die zukünftigen Risiken und damit die Auswirkungen auf die Versichertengemeinschaft unüberschaubar waren. Später wurden die Anträge nur noch zeitweise zurückgestellt und dann häufig sofort mit gewissen Zuschlägen angenommen. Inzwischen werden oft nur noch temporäre Zuschläge vereinbart, die bei positivem Verlauf gestrichen werden. Ähnliches gilt für gewisse Tumorerkrankungen und Diabetes, die häufig zugleich als Behinderungen gelten und damit unter das Gesetz fallen. Entfielen diese Möglichkeit, wäre dies gerade im Bereich der Versicherbarkeit von Berufsunfähigkeitsrisiken ein herber Rückschlag.

Die Regelungen schaffen erst Ungleichbehandlungen gleicher Sachverhalte.

Nach dem Gesetzesentwurf wäre eine Differenzierung wegen einer Erkrankung, die keine Behinderung ist, möglich, ohne dass die strengen Anforderungen an statistische und versicherungsmathematische Nachweise geführt werden müssen. Sobald jedoch der Erkrankte durch seine Krankheit in einer Weise beeinträchtigt ist, dass die Grenze zur Behinderung überschritten ist, wäre das Antidiskriminierungsgesetz anzuwenden. In einem Fall könnte also das Versicherungsunternehmen wie gewohnt eine Risikoprüfung anhand medizinischer Erfahrungswerte vornehmen, während es im anderen (möglicherweise eindeutigeren) Fall die betroffene Person zum gleichen Tarif versichern müsste wie eine gesunde Person. Damit wird das Grundprinzip der Versicherung, Risiken sachgemäß zu beurteilen, empfindlich verletzt.

Es kommt zu einer allgemeinen Verteuerung des Versicherungsschutzes und zum Wegfall von Versicherungsangeboten.

Kann ein Versicherungsunternehmen auf ein erhöhtes Risiko nicht mehr mit Ausschlüssen vom Versicherungsschutz oder Prämien erhöhungen reagieren, muss es anderweitig Vorkehrungen treffen, um seinen Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen nachkommen zu können. Dies läuft letztendlich darauf hinaus, dass sich der Versicherungsschutz

für die Versicherungsnehmer, die kein erhöhtes Risiko haben, verteuert. Jedenfalls sofern es Ausweichmöglichkeiten gibt (z. B. günstigere Versicherung im Ausland), werden Versicherungsnehmer mit geringerem Risiko diese nutzen oder sie werden auf den Versicherungsschutz verzichten, der eigentlich zur Absicherung ihrer Risiken sinnvoll wäre.

Dieser Effekt verstärkt sich, weil erfahrungsgemäß Personen mit erhöhtem Risiko verstärkt Versicherungsschutz nachfragen. So erwirtschafteten Versicherungsprodukte, bei denen erhöhte Risiken zum normalen Tarif eingeschlossen waren, innerhalb kürzester Zeit aufgrund der verstärkten Nachfrage betroffener Personen erhebliche Verluste und mussten eingestellt werden.

So fanden sich z. B. die privaten Krankenversicherungen auf Drängen des Gesetzgebers bereit, den durch das Gesundheitsreformgesetz 1989 abgeschafften Auslandsversicherungsschutz der gesetzlich Krankenversicherten auch unter Einschluss akut Behandlungsbedürftiger zu übernehmen. Da dieser Tarif wegen der zu erwartenden erhöhten Inanspruchnahme teurer war als der Standardtarif, wählten gesunde Versicherte den Standardtarif, während kranke Menschen sich in dem neuen Tarif versicherten. Diese Versicherungsnehmer nahmen so häufig Leistungen in Anspruch, dass der Tarif eingestellt werden musste.

Ebenso musste in Großbritannien ein Produkt eingestellt werden, das jungen Paaren ohne Risikoprüfung unter der Voraussetzung angeboten wurde, dass ein Hausbau geplant war. Auch dieses Produkt, das eigentlich für gesunde Personen mit langfristiger Lebensplanung gedacht war, wurde wegen der fehlenden Risikoprüfung vorzugsweise von Personen mit erhöhtem Risiko in Anspruch genommen. Ebenso verlustreich waren in den 80er Jahren Lebensversicherungen in einigen Bundesstaaten der USA, in denen die Verwendung von HIV-Tests untersagt war.

Weil mit der Umsetzung des vorgeschlagenen Antidiskriminierungsgesetzes die gleichen Effekte zu erwarten sind, würde insbesondere das künftige Angebot von privatem Berufsunfähigkeitsschutz akut in Frage gestellt.

Die Regelungen sind nachteilig für den Versicherungsstandort Deutschland.

Sofern in anderen Staaten der EU keine dem deutschen Recht entsprechenden Regelungen geschaffen werden, dürfte nach diesen Erfahrungen ein Zulauf hoher Risiken nach Deutschland zu erwarten sein. Umgekehrt werden die niedrigen Risiken ins Ausland abwandern, weil dort günstiger Angebote zu erhalten sind. Damit wird sich der Versicherungsschutz in Deutschland allgemein verteuern, was für den Wirtschaftsstandort sehr nachteilig ist.

Diese Effekte werden sich künftig auch durch die aufgrund internationaler Standards (Solvency II) geforderten Risikokapitalanforderungen verschärfen. Risiken aus mangelnder Risikoprüfung erhöhen den Eigenkapitalbedarf. Aktionäre werden jedoch kaum gewillt sein, zusätzliche Mittel in Versicherungsunternehmen zu investieren, die qua gesetzlicher Vorschriften nicht in der Lage sind, die von ihnen angenommenen Risiken adäquat einzuschätzen. Das gilt gleichermaßen für die Rückversicherer, die dafür keinen Rückversicherungsschutz bieten würden. Kapitalmärkte und Rückversicherungsmärkte könnten die Erst-Versicherer sehr schnell zwingen, sich aus einzelnen Versicherungsmärkten zurückzuziehen, auf denen gezielt gegen sie spekuliert werden kann.

Die Festlegung des angemessenen Inhalts eines Versicherungsvertrages kann nicht den Zivilgerichten überlassen sein und gehört daher in das Versicherungsaufsichtsrecht.

Nach den Vorstellungen des Gesetzgebers sollen die Gerichte im Fall von Diskriminierungen den Betroffenen nicht nur zum Vertragsschluss verhelfen, sondern auch festlegen, welche vertraglichen Leistungen und Gegenleistungen in der jeweiligen Fallgestaltung diskriminierungsfrei und damit angemessen sind (§ 22 Abs. 2 S. 2 ADG-E i.V.m. § 315 Abs. 3 S. 1 BGB). Da der Tarifierung umfangreiche Berechnungen zugrunde liegen, die auf sehr speziellen aufsichtsrechtlichen Vorschriften beruhen, dürften die Gerichte damit in aller Regel überfordert sein. Es bedürfte in jedem Fall der Hinzuziehung von Sachverständigen, die umfangreiche Ermittlungen in den Versicherungsunternehmen durchführen müssten. Ob das Ergebnis eine gerechtere Prämie ist, darf bezweifelt werden.

Hinzu kommt, dass unterschiedliche Gerichte bei vergleichbaren Lebenssachverhalten zwangsläufig zu unterschiedlichen Wertungen kommen und damit auch abweichende vertragliche Leistungspflichten festlegen werden. Das Ziel einer „bundeseinheitlichen Regelung zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit“ (Begründung S. 64) und einer Gleichbehandlung der betroffenen Menschen lässt sich auf diese Weise nicht erreichen.

Den Vorzug gegenüber zivilrechtlichen Normen ist einer Regelung im Versicherungsaufsichtsrecht zu geben, wie sie z. B. in § 81e VAG hinsichtlich der Differenzierung nach der ethnischen Herkunft bereits besteht.

Dabei müsste die Überprüfung der Risikounterlagen einer neutralen Stelle, wie z.B. einem hierzu bestellten Treuhänder, übertragen sein, der fachlich fundierte Entscheidungen treffen kann. Solche Einrichtungen kennt das Versicherungsaufsichtsrecht bereits mit dem Verantwortlichen Aktuar und dem unabhängigen Treuhänder.

Die Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften erfordert immensen bürokratischen und finanziellen Aufwand.

Abgesehen von dem kaum erfüllbaren Erfordernis der Ausarbeitung von vielfältigen Statistiken kommt durch den Gesetzesentwurf ein immenser bürokratischer und nicht absehbarer finanzieller Aufwand auf die Unternehmen zu. Aufgrund der Beweislastumkehr wären sie, auch wenn es nicht zum Abschluss des Vertrages kommt, aus Vorsichtsgründen gehalten, alle Vorgänge zu dokumentieren. Nur so könnten sie später den Beweis erbringen, dass die Ablehnung bzw. risikogerechte Einstufung gerechtfertigt war.

Der Begriff der arbeitnehmerähnliche Personen in § 6 ADG-E sollte genauer definiert werden.

Der Wortlaut des § 6 Absatz 1 Nr. 3 ADG-E verwendet den Begriff der arbeitnehmerähnlichen Person. Aus der Begründung ergibt sich, dass nur arbeitnehmerähnliche Personen im Sinne von SGB IX erfasst sein sollen. Zur eindeutigen Klarstellung sollte auch der Wortlaut des Gesetzes auf

arbeitnehmerähnliche Personen im Sinne des SGB IX Bezug nehmen. Die bloße Erwähnung in der Gesetzesbegründung würde in der Praxis zu Irritationen bei der Gesetzesauslegung führen.

Forderungen an den Gesetzgeber:

- Das Antidiskriminierungsgesetz sollte auf Massengeschäfte beschränkt sein, die ohne Risikoprüfung zustande kommen.
- Im Übrigen sollten sich die Regelungen für die Versicherungswirtschaft auf diejenigen Differenzierungstatbestände beschränken, die in den Europäischen Richtlinien geregelt sind, also auf Geschlecht, Rasse und ethnische Herkunft.
- Eine Umsetzung für die Versicherungswirtschaft wäre (nach dem Vorbild des § 81e VAG für ethnische Herkunft) nur im Versicherungsaufsichtsgesetz sinnvoll, da sich Versicherungsverträge von den anderen geregelten Geschäftsarten wegen der erforderlichen Risikoprüfung gravierend unterscheiden und eine Überprüfung und Korrektur der versicherungstechnischen Risikokalkulation durch die Zivilgerichte zu erheblichen Problemen führt.
- Keinesfalls darf die Regelung dahin gehen, dass die unterschiedliche Behandlung nur durch öffentlich zugängliche statistische und versicherungsmathematische Berechnungen gerechtfertigt werden kann. Es müssen interne Statistiken sowie für die Prüfung des individuellen Risikos die heute gängigen Einschätzungsgrundlagen, wie z. B. medizinische und technische Erfahrungswerte, weiterhin nutzbar sein und ausreichen.
- Die Überprüfung des Inhalts der Unterlagen auf ungerechtfertigte Benachteiligungen sollte dabei einer unabhängigen Person, z. B. einem Treuhänder übertragen sein.
- Der Begriff der arbeitnehmerähnlichen Person in § 6 Absatz 1 Nr. 3 ADG-E sollte durch Verweisung auf SGB IX definiert werden.

Berlin, den 21.02.2005