



Bundesverband e.V.

Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Gutachten für die Arbeiterwohlfahrt

Zur Umsetzbarkeit einer Bürgerversicherung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit

Gutachten für den Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

von

Prof. Dr. Stefan Greß

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback

Endbericht

Vorgelegt im Mai 2013

Kontakt

Prof. Dr. Stefan Greß

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

stefan.gress@hs-fulda.de

Inhalt

0	Zusammenfassung	5
1	Hintergrund und Aufbau des Gutachtens	8
1.1	Gegenwärtige Finanzlage von GKV und GPV.....	8
1.1.1	Langfristige Gefahren für die Finanzierung.....	9
1.1.2	Ausgabenwachstum	9
1.2	Strukturelle Finanzierungsprobleme	10
2	Steuerfinanzierung als Alternative zur Bürgerversicherung?	13
3	Stellschrauben einer Bürgerversicherung.....	20
3.1	Schaffung eines integrierten Versicherungssystems	20
3.1.1	Sozialpolitische Aspekte.....	20
3.1.1.1	Gerechtigkeit.....	25
3.1.1.2	Nachhaltigkeit.....	25
3.1.1.3	Administrative Umsetzbarkeit.....	27
3.1.2	Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte	28
3.1.2.1	Kompetenz des Bundesgesetzgebers	28
3.1.2.2	Verstoß gegen Grundrechte.....	29
3.1.3	Fazit	34
3.2	Abschaffung bzw. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze	35
3.2.1	Sozialpolitische Aspekte.....	35
3.2.1.1	Gerechtigkeit.....	35
3.2.1.2	Nachhaltigkeit.....	36
3.2.1.3	Administrative Machbarkeit	37
3.2.2	Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte	37
3.2.3	Fazit	39
3.3	Einbezug weiterer Einkommensarten	39
3.3.1	Sozialpolitische Aspekte.....	39
3.3.1.1	Gerechtigkeit.....	39
3.3.1.2	Nachhaltigkeit.....	40

3.3.1.3	Administrative Machbarkeit	41
3.3.2	Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte	42
3.3.3	Fazit	43
3.4	Additive Grundrechtseingriffe und die Überschreitung von Systemgrenzen durch die Einführung einer Bürgerversicherung	43
3.4.1	„Überdehnung“ des Solidarausgleichs zu Lasten des Versicherungsprinzips? 44	
3.4.2	Zwingender Unterschied zum Steuersystem?	45
3.5	Übergangsregelungen	46
3.5.1	Sozialpolitische Aspekte.....	46
3.5.1.1	Stichtagslösung.....	46
3.5.1.2	Fortbestand der PKV-Altverträge	46
3.5.2	Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte	50
3.5.2.1	Stichtagslösung.....	51
3.5.2.2	Fortbestand der PKV-Altverträge	53
3.5.3	Fazit	57
4	Sozialpolitische Einordnung und Bewertung.....	59
5	Literatur	63

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Entwicklung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung 2003 bis 2014 (in Mrd. €).....	14
---	----

Tabelle 1: Merkmale von PKV- und GKV-Versicherten 21

Tabelle 2: Ausgabenentwicklung GKV und PKV 2002-2010.....	24
---	----

Tabelle 3: Modelle der Bürgerversicherung bei den politischen Parteien	59
--	----

0 Zusammenfassung

Die Dualität von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung (GKV und GPV) auf der einen Seite und privater Kranken- und Pflegeversicherung auf der anderen Seite weist im Status quo eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb durch unterschiedliche Rahmenbedingungen ist – insbesondere bei der Kalkulation von Beiträgen bzw. Prämien und unterschiedlichen Vergütungen für Leistungsanbieter – massiv verzerrt. Diese Verzerrungen führen nicht nur zu einer Risikoselektion zu Lasten der GKV/GPV und in der Sache nicht begründbaren Ungleichbehandlungen zwischen unterschiedlichen Versichertengruppen, sondern auch zu allokativen Fehlanreizen. Darüber hinaus werden systemimmanente Schwächen des Geschäftsmodells in der privaten Krankenversicherung immer offensichtlicher.

Es ist unbestritten, dass ein Ausbau der Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Kranken- oder auch der sozialen Pflegeversicherung Vorteile gegenüber dem Status quo der Beitragsfinanzierung hätte. Diese Vorteile liegen insbesondere in einer stärkeren Orientierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Allerdings gibt es vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks sowie der aktuellen Erfahrungen deutliche Zweifel an Nachhaltigkeit und Stetigkeit eine Steuerfinanzierung. Die Finanzierung von Ausgaben für Kranken- und Pflegeversicherung müsste kontinuierlich mit anderen Ausgabentiteln im Bundeshaushalt konkurrieren. Gegen eine Steuerfinanzierung von Umverteilungsfunktionen – etwa im Rahmen eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs – spricht zudem der zusätzlich entstehende bürokratische Aufwand. Insgesamt ist daher vor einer stärkeren Abhängigkeit in der Finanzierung durch Steuermittel zu warnen. Die Autoren plädieren vielmehr für eine Korrektur der unbestrittenen Defizite des Beitragssystems im Rahmen einer Bürgerversicherung durch die Integration der beiden Versicherungssysteme, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Verbeitragung weiterer Einkommensarten.

Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versichertengruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen. Verfassungsrechtlich ist die Ausweitung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV auf die bisher privat Versicherten zulässig. Die Ziele dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV/GPV zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, insbesondere auch

die soziale Absicherung der kleinen Selbständigen, zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich, diese Ziele zu erreichen. Diese Reform ist damit zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume bestehen. Bisher hat das Bundesverfassungsgericht alle Erweiterungen der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für verfassungsgemäß gehalten.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung kann die Defizite der Beitragsfinanzierung insbesondere im Hinblick auf vertikale und horizontale Gerechtigkeit teilweise kompensieren. Andererseits wird die Nachhaltigkeit der Finanzierung deutlich verbessert – dies gilt vor allem in einem integrierten Finanzierungssystem. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

Die Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung ist auch aus einer verfassungs- und sozialrechtlichen Perspektive dringend geboten. Die positiven Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung sind zwar spürbar, werden aber durch steuerrechtliche Besonderheiten wie die Abgeltungssteuer begrenzt. Die Umsetzung des Einbezugs weiterer Einkommensarten kann mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

Von besonderer Bedeutung für die Umsetzbarkeit der Bürgerversicherung ist die Frage, wie sich der Übergang zu einem integrierten System von Kranken- und Pflegeversicherung organisieren lässt. Der zentrale Vorteil einer Stichtagslösung bestünde darin, dass sich alle Versicherten zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern müssten. Damit würden sämtliche Vorteile eines integrierten Systems sofort wirksam werden. Außerdem würde eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure nicht entstehen. Allerdings genießen die Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Sie haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 zum Ab-

schluss dieser Verträge verpflichtet und traditionell die Beiträge für die Alterungsrückstellungen vorschreibt, wodurch die Verträge langfristig angelegt sind. Das setzt dem Übergangsrecht bei der Behandlung der Altverträge Schranken. Die Stichtagslösung ist zwar grundsätzlich gerechtfertigt, es bestehen jedoch vor allem bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. Angemessenheit des Eingriffs gegenüber den PKV-Unternehmen Unsicherheiten.

Auch für eine Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit – allerdings aus anderen Gründen. Diese Übergangsvariante ließe die Altverträge fortbestehen, würde sie aber erheblich modifizieren. Dieser Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems alleine durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen. Darüber hinaus würden neue Ungleichbehandlungen geschaffen.

Der Einbezug der Altversicherten in den Risikostrukturausgleich der integrierten Krankenversicherung könnte die Risikoauslese zu Lasten der integrierten Krankenversicherung zumindest kompensieren, würde aber zu einer Doppelbelastung der Altversicherten und einem erheblichen Regelungsbedarf führen.

Rechtlich gesehen wäre die Eingriffsintensität am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die GKV/GPV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Sozialpolitisch wäre diese Übergangsregelung mit Blick auf die erwünschten Wirkungen hinsichtlich Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung in einem integrierten Krankenversicherungssystem keine optimale Lösung. Allerdings wird durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht. Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen schützt wiederum die Versicherten in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikoentmischung der beiden Systeme. Letztlich ist dieses Szenario aus Sicht der Autoren daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu einem integrierten System zu organisieren.

1 Hintergrund und Aufbau des Gutachtens

Eine Bürgerversicherung, die alle Teile der Bevölkerung in einem einheitlichen Sozialversicherungssystem gegen die wesentlichen existentiellen sozialen Risiken Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Alter bzw. Erwerbsminderung versichert, ist in fast allen europäischen Staaten Standard und wird in Deutschland schon lange diskutiert. Sie war zum Beispiel verfassungsrechtlich in der Weimarer Verfassung von 1919 (Art. 161) verankert und wurde nach 1945 von vielen Verfassungen der Bundesländer gefordert (Bieback 2005). Gegenwärtig steht sie auf der Agenda aller Parteien der parlamentarischen Opposition im Bundestag.

Im Folgenden werden wir ein Modell der Bürgerversicherung für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Gesetzliche Pflegeversicherung (GPV) entwickeln. Dabei behandeln wir GKV und GPV gemeinsam. Dies liegt erstens daran, dass beide Risiken eng zusammenhängen. Zweitens sind beide Versicherungen in ihrer Struktur, Organisation und Finanzierung sowohl in der Sozialversicherung wie in der Privatversicherung fast völlig identisch geregelt. In der Privatversicherung ist die Pflegeversicherung gar nur ein Spezialfall der Krankenversicherung („Pflegekrankenversicherung“ § 192 ff. VVG; § 12a VAG).

Die Begründung für eine Bürgerversicherung wird gegenwärtig – wie alle Reformen der Sozialversicherung – insbesondere unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit der Finanzierung behandelt. Wir greifen diesen Argumentationsstrang auf und schließen damit unmittelbar an das Gutachten von Heinz Rothgang – ebenfalls im Auftrag des AWO-Bundesverbands – an, in dem die finanziellen Auswirkungen einer Bürgerversicherung im Bereich der Pflege kalkuliert werden (Rothgang o. J.). Deutlich wird aber im vorliegenden Gutachten darüber hinaus, dass es bei der Einführung einer Bürgerversicherung auch um grundsätzliche Fragen der sozialen Gerechtigkeit wie der Struktur der Sicherungssysteme in unserer Gesellschaft geht.

Die Notwendigkeit für eine umfassende Finanzierungsreform in der GKV/GPV erschließt sich zudem nicht auf den ersten Blick, sondern erst aus einer Analyse der zukünftigen Entwicklungen sowohl auf der Finanzierungs- als auch auf der Ausgabenseite.

1.1 Gegenwärtige Finanzlage von GKV und GPV

Selten waren die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung so auskömmlich finanziert wie im Frühjahr des Jahres 2013. Die gesetzlichen Krankenkassen verfügten Ende des Jahres 2012 über Rekordrücklagen in Höhe von 28,3 Mrd. €. Davon entfallen 15,2 Mrd. € auf die einzelnen Krankenkassen und 13,1 Mrd. € auf den Gesundheitsfonds.

Vor allem die gute konjunkturelle Entwicklung und der damit verbundene Anstieg sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung sowie die positive Entwicklung der Erwerbseinkommen sorgen derzeit dafür, dass jede Prognose zur Einnahmentwicklung übertroffen wird.¹ Auch in der sozialen Pflegeversicherung ist die Finanzentwicklung des Jahres 2012 günstiger verlaufen als erwartet. Die finanziellen Reserven sind auf 5,5 Mrd. € gestiegen und liegen damit deutlich über den vom Gesetzgeber vorgeschriebenen Rücklagen von 2,9 Mrd. €. Das Gesundheitsministerium erwartet daher, dass der zu Beginn des Jahres 2013 um 0,1 Beitragssatzpunkte erhöhte Beitrag bis 2017 stabil gehalten werden kann.²

1.1.1 Langfristige Gefahren für die Finanzierung

Die ausgesprochen gute finanzielle Situation von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung ist jedoch nur eine Momentaufnahme. Auf der Einnahmenseite deuten sich erste Eintrübungen der konjunkturellen Situation an – im Vergleich zum Vorquartal ging das Bruttoinlandsprodukt im vierten Quartal 2012 um 0,6% zurück.³ Die Abschaffung der Praxisgebühr – obgleich gesundheitspolitisch sowohl populär als auch im Hinblick auf den Abbau von finanziellen Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung längst überfällig – sorgt für einen vom Gesundheitsfonds zu kompensierenden jährlichen Einnahmeausfall von etwa 2 Mrd. € bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die Überschüsse haben darüber Begehrlichkeiten beim Finanzminister geweckt, der unter starkem Konsolidierungsdruck steht. Der steuerfinanzierte Bundeszuschuss zur GKV wird als Beitrag zu einem strukturell ausgeglichenen Bundeshaushalt in den Jahren 2013 und 2014 um insgesamt 4,5 Mrd. € gekürzt (Jacobs 2013; Jacobs/Schulze 2013). Die jüngsten Planungen des Bundesfinanzministers für den Etat 2014 sehen darüber hinaus eine weitere Kürzung des Bundeszuschusses um 1,5 Mrd. € vor.

1.1.2 Ausgabenwachstum

Auf der Ausgabenseite verschlechtern die finanziellen Reserven und der nahende Bundestagswahlkampf die Verhandlungsposition der Krankenkassen. Erst jüngst haben die Regierungsparteien angekündigt, die finanzielle Ausstattung der Krankenhäuser in den Jahren 2013 und 2014 um insgesamt 1,1 Mrd. € zu verbessern. Im Jahr 2014 laufen darüber hinaus das Preismoratorium und der erhöhte Zwangsrabatt für nicht im Fest-

1 vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 8. März 2013, S. 14: „Kassen erzielen Rekordgewinn.“

2 vgl. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 23. Februar 2013, S. 11: „Beitragssatz der Pflegeversicherung bis 2017 stabil.“

3 vgl. Pressemitteilung Nr. 57 des Statistischen Bundesamts vom 14. Februar 2013: „Bruttoinlandsprodukt im 4. Quartal 2012 um 0,6 % zurückgegangen.“

beitragsystem erfasste verschreibungspflichtige Arzneimittel aus. Allein letzteres wird voraussichtlich zu gut einer Mrd. € Mehrausgaben für die GKV führen.

Etwas anders stellt sich die Situation in der gesetzlichen Pflegeversicherung dar. Es gelten zwar die gleichen konjunkturellen Vorbehalte wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Zentrales Problem – zumindest in der kurz- bis mittelfristigen Perspektive – ist dennoch weniger die finanzielle Stabilität als die Lücken in den von der Pflegeversicherung finanzierten Leistungsansprüchen. Zwar ist die soziale Pflegeversicherung schon bei ihrer Einrichtung nicht dazu gedacht gewesen, sämtliche Bedarfe von Pflegebedürftigen zu finanzieren. Die nach wie vor unzulängliche Finanzierung von Leistungen für kognitiv beeinträchtigte und verhaltensauffällige Personen auch nach Implementierung des Pflegeneuausrichtungsgesetzes (PNG) dürfte dennoch weitgehend unstrittig sein. Die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist im PNG ebenso ausgeblieben wie eine regelgebundene Leistungsdynamisierung. Es ist daher nicht überraschend, dass pflegebedürftige Frauen bzw. deren Angehörige im Lebensverlauf 45.000 € Pflegekosten selbst tragen müssen während die Pflegeversicherung für 39.000 € aufkommt (Rothgang et al. 2012).

1.2 Strukturelle Finanzierungsprobleme

Trotz der derzeit auskömmlichen Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung hat sich an der strukturellen Einnahmeschwäche der beiden Sozialversicherungssysteme nichts geändert. Die Finanzierung sowohl der Kranken- als auch der Pflegeversicherung beruht nahezu ausschließlich auf Erwerbseinkommen der gesetzlich Versicherten unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (Greß/Rothgang 2010). Diese strukturelle Einnahmeschwäche wird derzeit lediglich durch die ausgesprochen günstige Entwicklung bei der Anzahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze und der Einkommensentwicklung der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten sowie durch auskömmlich kalkulierte einkommensabhängige Beiträge verdeckt. Bei Eintritt der schon absehbaren konjunkturellen Abkühlung und bei Realisierung der Mehrbelastungen und Kürzungen des Bundeszuschusses werden die Defizite in der Beitragsfinanzierung wieder deutlicher sichtbar werden.

Ebenfalls unverändert bestehen trotz der jüngsten Reformen in Kranken- und Pflegeversicherung die Gerechtigkeitsdefizite in beiden Systemen der Sozialversicherung fort. Der Grundsatz der Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip wird an mehreren Stellen unverändert verletzt. Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben der Beitragserhebung ebenso entzogen wie Einkommen aus Vermögen und anderen Einkommensarten. Besonders leistungsfähige Beschäftigte mit einem Einkommen

oberhalb der Versicherungspflichtgrenze können sich dem Solidarprinzip in der GKV – und mittelbar damit auch der sozialen Pflegeversicherung – sogar völlig entziehen (Greß/Rothgang 2010).

Die Bürgerversicherung stellt einen zentralen Reformansatz dar, um die oben angesprochenen Defizite zu überwinden. Zentrales Ziel dieses Gutachtens ist es, aus den verschiedenen Ausgestaltungsvarianten der Bürgerversicherung eine Modellempfehlung abzuleiten, die am ehesten den Bewertungskriterien Gerechtigkeit, Nachhaltigkeit, administrativer Umsetzbarkeit und rechtlicher Durchführbarkeit entspricht.

Horizontale und vertikale Gerechtigkeit

Das Kriterium *Gerechtigkeit* bezieht sich auf Verbesserungen der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit. Beide Gerechtigkeitsdimensionen sind Bestandteil des Leistungsfähigkeitsprinzips. Horizontale Gerechtigkeit postuliert, dass Haushalte mit gleicher Leistungsfähigkeit – also mit einem gleichen Haushaltseinkommen – gleich belastet werden. Vertikale Gerechtigkeit geht davon aus, dass Haushalte mit höherer Leistungsfähigkeit – also mit einem höheren Haushaltseinkommen – stärker belastet werden (Wasem/Greß 2002).

Nachhaltigkeit

Das Kriterium *Nachhaltigkeit* berücksichtigt nicht nur die fiskalische Ergiebigkeit – also Einmaleffekte auf den Beitragssatz in der GKV/GPV, die sich durch die Umsetzung alternativer Reformmaßnahmen ergeben (Rothgang o. J.; Rothgang et al. 2010; Rothgang et al. 2011). Mit diesem Beurteilungskriterium soll vielmehr auch geprüft werden, inwieweit die jeweilige Maßnahme zu einer dauerhaften Finanzierbarkeit des gegenwärtigen Leistungsniveaus beiträgt bzw. Spielräume für dauerhafte Leistungsausweitungen eröffnet. Ersteres wird aus Sicht der Autoren vor allem für die gesetzliche Krankenversicherung relevant sein. Die Notwendigkeit zu letzterem ist vor allem in der sozialen Pflegeversicherung zu sehen – selbst wenn ein Vollversicherungsschutz auch nach Implementierung einer (Pflege-)Bürgerversicherung nicht absehbar sein dürfte (Lüngen 2012). Zur Nachhaltigkeit der Finanzierung gehört auch, dass die Finanzierung unabhängig von der Entwicklung des Verhältnisses zwischen selbständiger und unselbständiger Arbeit ist – zumal diese Grenzziehung in der Praxis oft allein von den Organisations- und Personalentscheidungen der Arbeit- bzw. Auftraggeber abhängt.

Administrative Umsetzbarkeit

Ein Gutachten zu der Umsetzbarkeit einer (Pflege-)Bürgerversicherung muss natürlich auch die *administrative Umsetzbarkeit* und die rechtliche Durchführbarkeit eines sol-

chen Vorhabens bewerten. Bei der administrativen Umsetzbarkeit geht es vor allem darum, inwieweit die jeweilige Reformmaßnahme mit vorhandenen administrativen Strukturen umgesetzt werden kann und mit welchem zusätzlichen finanziellen Aufwand jeweils zu rechnen ist.

Rechtliche Durchführbarkeit

Bei der *rechtlichen Durchführbarkeit* wird die Vereinbarkeit der jeweiligen Reformmaßnahme vor allem mit verfassungsrechtlichen Normen geprüft.

Vor der Prüfung unterschiedlicher Ausgestaltungsvarianten einer Bürgerversicherung wird im folgenden Abschnitt der in der Reformdiskussion häufig alternativ vorgeschlagene Ausbau einer Steuerfinanzierung in Kranken- und Pflegeversicherung analysiert. Die Steuermittel können dabei unterschiedlichen Zwecken dienen. Einerseits sollen so genannte versicherungsfremde Leistungen, z. B. Mitversicherung von Familienangehörigen, gesamtgesellschaftlich finanziert werden. Diesem Zweck dient der steuerfinanzierte Bundeszuschuss zur GKV nach § 221 SGB V. Andererseits soll die Umverteilungsfunktion der Sozialversicherung zumindest teilweise in das Steuersystem überführt werden. Diesem Zweck dient der steuerfinanzierte Sozialausgleich nach § 221b SGB V.

Der zentrale Abschnitt des Gutachtens ist jedoch die Analyse der wichtigen Stellschrauben einer Bürgerversicherung – der Schaffung einer umfassenden Versicherungspflicht zur GKV/GPV, der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Verbeitragung zusätzlicher Einkommensarten. Hier gibt es jeweils unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten, die mit dem oben dargestellten Kriterienkatalog überprüft werden. Das Gutachten schließt mit konkreten Handlungsempfehlungen und einer sozialpolitischen Einordnung der Einführung einer Bürgerversicherung in der GKV/GPV.

2 Steuerfinanzierung als Alternative zur Bürgerversicherung?

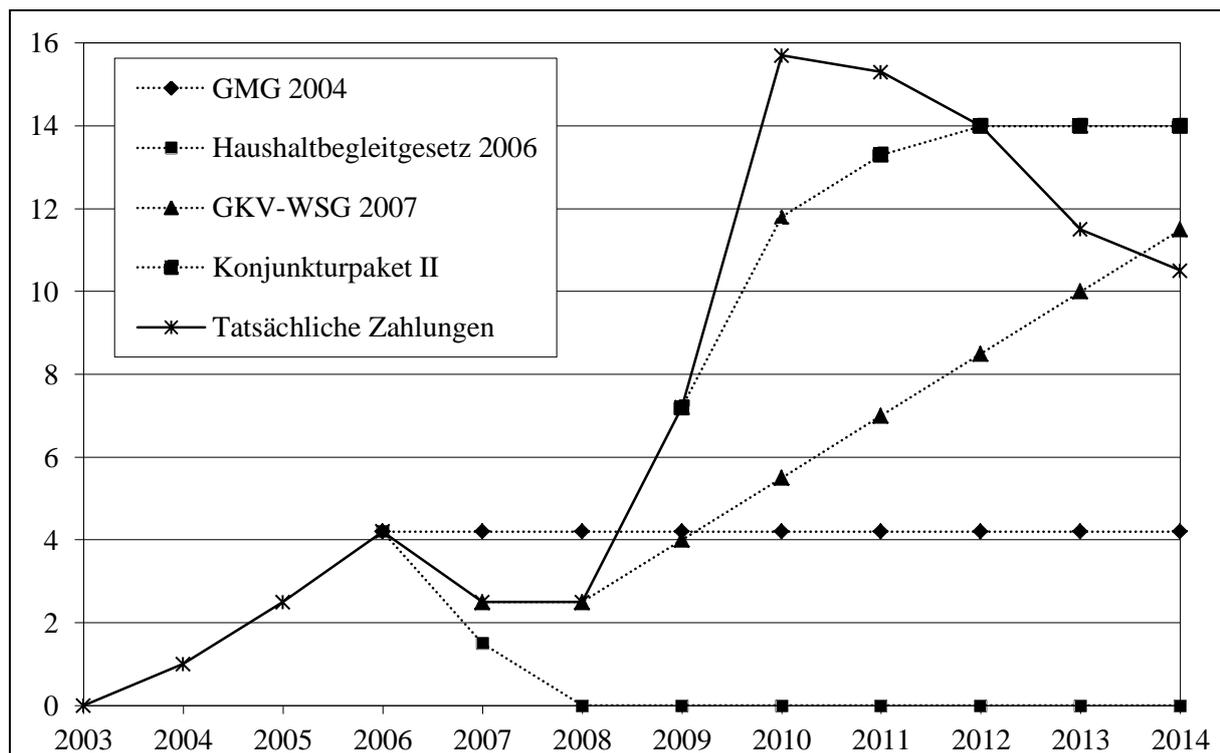
Ein Ausbau der Steuerfinanzierung wird zumindest in der GKV diskutiert und teilweise bereits umgesetzt, um die oben angesprochenen Defizite zumindest teilweise zu kompensieren. Erstens fordern Befürworter eines Prämienmodells in der Krankenversicherung die Herausnahme sämtlicher Elemente der Einkommensumverteilung aus der GKV-Finanzierung. Es wird argumentiert – zuletzt auch im aktuellen Gutachten des Sachverständigenrats Wirtschaft – dass die Umverteilung im Steuersystem zielgenauer und gerechter erfolgen könne als im Beitragssystem. Aufgabe einer als Sozialversicherung organisierten Krankenversicherung sei demnach „allein der Ausgleich zwischen niedrigen und hohen Gesundheitsrisiken sowie zwischen Gesunden und Kranken und nicht die Einkommensumverteilung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2012: Rz. 607).“

Ein steuerfinanzierter Sozialausgleich würde nach Berechnungen des Rats einen jährlichen Finanzierungsbedarf von gut 30 Mrd. € nach sich ziehen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2012: Rz. 621). Politisch war ein solches Prämienmodell bisher auch mit der gegenwärtigen Regierungskoalition – trotz anders lautender Vereinbarungen im Koalitionsvertrag – nicht umsetzbar. Allerdings wird ein steuerfinanzierter Sozialausgleich nach § 221b SGB V dann notwendig, wenn die Zusatzbeiträge bei individuellen Versicherten zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens überschreiten. Diese Notwendigkeit stellte sich bisher noch nicht.

Quantitativ deutlich bedeutender ist zweitens der Bundeszuschuss zur GKV nach § 221 SGB V. Danach beteiligt sich der Bund „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“ an der GKV-Finanzierung. Dieser Bundeszuschuss ist eine vergleichsweise junge Entwicklung, denn bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Jahr 2004 wurde die GKV ausschließlich aus Beiträgen finanziert. Ein steuerfinanzierter Bundeszuschuss – wie etwa in der gesetzlichen Rentenversicherung oder der Arbeitslosenversicherung – war bis dahin ein Fremdkörper im System der GKV-Finanzierung. Seit 2004 hat der Bund jedoch – mit einigen Schwankungen (vgl.

Abbildung 1) – einen nicht unerheblichen Anteil der GKV-Finanzierung übernommen. Seit Einführung des Bundeszuschusses im Jahr 2004 wurde dessen Höhe – je nach Zahlung – sechs- bis siebenmal geändert. Am höchsten war der Finanzierungsanteil mit immerhin knapp zehn Prozent der Gesamtausgaben im Jahr 2010.

Abbildung 1: Entwicklung des Bundeszuschusses zur gesetzlichen Krankenversicherung 2003 bis 2014 (in Mrd. €)



Quelle: Aktualisierung aus (Greß 2010)

Vor dem Hintergrund der in den letzten zehn Jahren steigenden Bedeutung von Steuerfinanzierung in der GKV wird auch dieses Finanzierungsinstrument als mögliche Alternative zur Umsetzung einer Bürgerversicherung mit dem oben entwickelten Kriterienkatalog geprüft. Gegenstand dieser Prüfung ist zunächst, ob die Steuerfinanzierung von Ausgaben in der Krankenversicherung tatsächlich gerechter und zielgenauer wirkt als das Beitragssystem im Status quo. Auf den ersten Blick ist dieses Argument durchaus stichhaltig – zumindest was das Gerechtigkeitsargument angeht. Gerechtigkeitsdefizite in der Beitragsfinanzierung entstehen vor allem dadurch, dass Erwerbseinkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze ebenso wenig einer Beitragspflicht unterliegen wie andere Einkommensarten. Außerdem können sich Teile der Bevölkerung der Beitragszahlung durch einen Wechsel in die private Krankenversicherung entziehen.

Bessere Berücksichtigung des Prinzips der Leistungsfähigkeit

Zumindest bei der Erhebung der Einkommensteuer ist das Leistungsfähigkeitsprinzip deutlich stringenter umgesetzt als in der Beitragsfinanzierung. Die Einkommensteuer verläuft bei höheren Einkommen mindestens proportional zum Einkommen, während die Beitragsbemessungsgrenze für einen regressiven Effekt sorgt. Selbst die Mehrwertsteuer wirkt wegen der vielfältigen Ausnahmen vom vollen Mehrwertsteuersatz nur mäßig regressiv. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass auch privat versicherte

Individuen sich der Steuerzahlung nicht entziehen können. In der Summe ist die durch Steuerfinanzierung induzierte vertikale Gerechtigkeit damit höher als im derzeitigen Beitragsystem (Härpfer et al. 2009). Trotz aller Kritikpunkte am Einkommensteuerrecht – wie etwa unterschiedliche Möglichkeiten zur Reduzierung des zu versteuernden Einkommens bei Erwerbstätigen und Selbständigen – ist darüber hinaus davon auszugehen, dass die Defizite hinsichtlich der horizontalen Gerechtigkeit in der Beitragsfinanzierung noch deutlich schwerwiegender sind. Ein steigender Bundeszuschuss würde somit insgesamt die Finanzierungsgerechtigkeit im Verhältnis zur Beitragsfinanzierung erhöhen.

Im Grunde würden die oben genannten Argumente auch für einen steuerfinanzierten Sozialausgleich gelten. Es hängt jedoch von der konkreten Ausgestaltung des Sozialausgleichs ab, ob ein steuerfinanzierter Sozialausgleich die Einkommensumverteilung tatsächlich zielgenauer organisieren kann als die Beitragsfinanzierung. Der derzeit vorgesehene Sozialausgleich in der GKV wird dies nur sehr eingeschränkt tun können, weil die Anspruchsberechtigung ausschließlich vom beitragspflichtigen Einkommen abhängt. Nicht beitragspflichtige Einkommensbestandteile werden nicht berücksichtigt.

Auch jüngste Erfahrungen aus dem Ausland sprechen nicht unbedingt für das theoretisch auf den ersten Blick durchaus plausible Argument der höheren Zielgenauigkeit. In den Niederlanden bezogen im Jahr 2011 rund 62 Prozent aller Haushalte Zahlungen aus dem steuerfinanzierten Sozialausgleich. Bei den drei niedrigsten Einkommensgruppen in der niederländischen Gesellschaft liegt dieser Anteil erwartungsgemäß bei rund 90 Prozent – danach geht er deutlich zurück. Beachtlich ist allerdings, dass auch noch in den drei höchsten Einkommensgruppen – mit einem Haushaltseinkommen von über 75.200 Euro pro Jahr – etwa jeder dritte Haushalt einen Sozialausgleich bezieht (Centraal Bureau voor de Statistiek 2012).

Unter Gerechtigkeitsaspekten problematisch ist es allerdings, dass die PKV aus der Steuerfinanzierung völlig ausgenommen ist. Hinter der Rechtfertigung der Steuerfinanzierung mit der Abgeltung der „versicherungsfremden Leistungen“ der GKV verbirgt sich vor allem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und einkommenslosen Ehegatten. Es ist schwer zu rechtfertigen, weshalb diese Familienlasten bei den kleinen Selbständigen in der PKV mit Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze der GKV nicht durch einen Steuerzuschuss ausgeglichen werden (Bieback 2011).⁴

⁴ So gehen auch alle Modelle der Steuerfinanzierung davon aus, dass der Steuerzuschuss allen Krankenversicherten zugutekommt (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung 2003). Hier insbesondere S. 109 ff. (Basis- und Sockelrenten) und S. 167 (Prämienmodell der KV).

Gravierende Probleme der Nachhaltigkeit und Umsetzung

Gerechtigkeitsaspekte lassen damit insgesamt einen Ausbau der Steuerfinanzierung durchaus gerechtfertigt erscheinen. Weniger positiv fällt dagegen die Bewertung der Nachhaltigkeit in der Steuerfinanzierung aus. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass durch den Ausbau der Steuerfinanzierung – sei es durch einen erhöhten Bundeszuschuss oder durch einen steuerfinanzierten Sozialausgleich – eine Gegenfinanzierung notwendig wird. Diese kann grundsätzlich durch Einsparungen in anderen Bereichen, durch Steuererhöhungen oder durch den Ausbau der Neuverschuldung erfolgen. Kritiker haben schon bei Einführung des Bundeszuschusses mit Verweis auf die Investitionsfinanzierung von Krankenhäusern darauf hingewiesen, dass die Erfahrungen mit der Finanzierung aus Steuermitteln nicht uneingeschränkt positiv sind. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt sind die Aufwendungen der Bundesländer für die Investitionsfinanzierung von 0,24% im Jahr 1991 auf 0,11% im Jahr 2010 gesunken (DKG 2012).

Diese Befürchtungen wurden schon mit der Verabschiedung des Haushaltsbegleitgesetzes 2006 – also nur zwei Jahre nach Inkrafttreten des GMG im Jahr 2004 – erstmals bestätigt. Das Haushaltsbegleitgesetz sah seinerzeit das Auslaufen des Bundeszuschusses für das Jahr 2008 vor. Eine erneute Trendwende beschloss dann die große Koalition im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, das einen kontinuierlichen Ausbau des Bundeszuschusses bis auf 14 Mrd. Euro im Jahr 2016 vorsah. In der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde dieser Aufwuchs im Rahmen des Konjunkturpakets II deutlich beschleunigt. Die derzeitige Regierungskoalition hat darüber hinaus im Jahr 2010 im Rahmen des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes einen außerordentlichen Bundeszuschuss in Höhe von 3,9 Mrd. € für die Jahre 2010 und 2011 beschlossen, durch den die Einnahmeausfälle als Folge der Finanz- und Wirtschaftskrise kompensiert werden sollten. Dieser Anstieg des Bundeszuschusses wird aktuell durch die im Haushaltsbegleitgesetz 2013 und die im Koalitionsausschuss vom November 2012 beschlossenen Maßnahmen wieder begrenzt. Damit wurde die Höhe des Bundeszuschusses innerhalb von zehn Jahren immerhin zum sechsten Mal geändert. Die jüngste Kürzung des Bundeszuschusses erfolgte im Rahmen des Haushaltsplanung für den Bundesetat des Haushalts 2014 – der Zuschuss soll dann auf 10,5 Mrd. € sinken.

Es lässt sich durchaus argumentieren, dass von den genannten Änderungen immerhin drei Änderungen eine durchaus substanzielle Aufstockung des Bundeszuschusses zur Folge hatte. Der Bundeszuschuss hat ohne Zweifel in der Finanz- und Wirtschaftskrise die Beiträge zur GKV stabil gehalten und damit auch einen wichtigen Beitrag zur ge-

samtwirtschaftlichen Stabilisierung geleistet (Döring et al. 2009). Allerdings sind die Perspektiven für eine Stabilisierung des Bundeszuschusses in der Zukunft wenig günstig. Der fiskalische Spielraum des Bundes wird zukünftig durch die grundgesetzlich verankerte Schuldenbremse und den auf europäischer Ebene vereinbarten Fiskalpakt deutlich eingeschränkt. Der europäische Fiskalpakt lässt ab 2014 ein strukturelles Defizit von nur noch 0,35% des Bruttoinlandsprodukts zu. Vor diesem Hintergrund besteht sogar die Gefahr, dass der Bundeszuschuss insgesamt in Frage gestellt wird. So wurde Ende des Jahres 2012 von Sparplänen des Bundesfinanzministers berichtet, die angeblich eine vollständige Streichung des Bundeszuschusses nach der Bundestagswahl und die Einführung eines Aufschlags auf die Einkommensteuer („Gesundheits-Soli“) vorsehen.⁵

Die Ursachen für die starken Schwankungen bei der Höhe der Steuerfinanzierung liegen zum einen darin, dass Steuern im Gegensatz zu Beiträgen dem Non-Affektationsprinzip unterliegen. Nach § 7 des Haushaltsgrundsätzegesetzes dienen alle Einnahmen als Deckungsmittel für alle Ausgaben. Mit anderen Worten unterliegen Steuern grundsätzlich keiner Zweckbindung. Mit diesem Grundsatz soll einerseits die Handlungsfähigkeit politischer Akteure sichergestellt werden. Andererseits bedeutet die Einhaltung des Grundsatzes aber auch, dass unterschiedliche Ausgabenzwecke regelmäßig untereinander konkurrieren und selbst ein „Gesundheits-Soli“ keiner direkten Zweckbindung unterliegen würde.

Eine weitere Ursache für die dargestellten Schwankungen ist die Tatsache, dass die Höhe des Bundeszuschusses keiner klaren Regelbindung unterliegt. In § 221 SGB V heißt es lediglich, dass die Zuwendungen des Bundes die Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen pauschal abgelden sollen. Der Begriff versicherungsfremde Leistungen – korrekter formuliert müsste eigentlich von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben die Rede sein – ist jedoch eine äußerst unpräzise Kategorie. In der Regel werden darunter mindestens die Aufwendungen für die kostenfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen und von nicht erwerbstätigen Ehegatten verstanden. Nach jüngsten – allerdings vom Bundesgesundheitsministerium noch nicht veröffentlichten – Zahlen sind alleine die Ausgaben für die beitragsfreie Mitversicherung in den Jahren 2006 bis 2010 von 24,5 Mrd. Euro auf 28,8 Mrd. Euro angestiegen. Insgesamt wären danach im Jahr 2010 familienpolitische Leistungen – zuzüglich etwa der Aufwendungen für Schwangerschaft und Mutterschaft – in Höhe von 33,2 Mrd. Eu-

⁵ vgl. Spiegel Online vom 22.12.2012: „Schäubles Liste“. Download unter <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-90254915.html> an 27.02.2013.

ro von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert.⁶ Der tatsächlich gezahlte Bundeszuschuss finanziert aktuell im Jahr 2013 gerade einmal ein Drittel dieser Summe.

Eine präzisere Regelbindung könnte die Schwankungsbreite des Bundeszuschusses reduzieren (Jacobs 2013). Dies ist etwa in den Niederlanden geschehen, wo der Steuerzuschuss klar an die Aufwendungen der Krankenversicherer für Kinder und Jugendliche gebunden ist. Von einer präziseren Formulierung hat der Gesetzgeber in Deutschland jedoch Abstand genommen. Hintergrund war offensichtlich die Befürchtung, dass die privaten Krankenversicherer bzw. ihre Mitglieder aus den schon erwähnten Gleichbehandlungsgründen eine ähnliche Kompensation einfordern würden – denn Kinder und Jugendliche sind in der privaten Krankenversicherung (anders als in der privaten Pflegeversicherung gem. §§ 110 Abs. 1 Nr. 2 f und Abs. 3 Nr. 6) nicht kostenfrei mitversichert – ebenso wenig wie nicht erwerbstätige Ehegatten.

Allerdings würde auch eine striktere Regelbindung das Non-Affektationsprinzip und damit die Handlungsfähigkeit politischer Akteure nicht außer Kraft setzen. Das zeigen wiederum Erfahrungen mit dem Sozialausgleich in den Niederlanden. Seit Einführung des staatlich finanzierten Sozialausgleichs im Jahr 2006 sind die Ausgaben hier von 2,5 Mrd. Euro auf 4,7 Mrd. Euro im Jahr 2011 gestiegen (Centraal Bureau voor de Statistiek 2012). Vor diesem Hintergrund hat die niederländische Regierung eine Reihe von Maßnahmen beschlossen, um den steigenden Finanzierungsbedarf zu begrenzen. Zum einen sollen die Anforderungen an die Anspruchsberechtigung verschärft werden (Rijksoverheid 2013). Zum anderen dämpft eine massive Erhöhung des jährlichen Selbstbehalts auf 350 Euro im Jahr 2013 den Anstieg der Beiträge damit auch den Finanzbedarf für den Sozialausgleich.

Im Hinblick auf die administrative Umsetzbarkeit ist zwischen der Realisierung des Bundeszuschusses und der Umsetzung eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs zu unterscheiden. Ersterer ist in dieser Hinsicht völlig unproblematisch. Letzterer ist es nicht, weil die Krankenkassen keine umfassenden Informationen über die Einkommenssituation ihrer Versicherten haben. Grundsätzlich ließe sich dieses Defizit beseitigen (vgl. Abschnitt XX). Dennoch ist hier der Grund dafür zu sehen, dass der Gesetzgeber als Anspruchskategorie für den Sozialausgleich das beitragspflichtige Einkommen festgelegt hat. Eine umfassende Anspruchsprüfung müsste über die Finanzbehörden erfolgen. Diese wäre zwar möglich, ein vom damaligen Gesundheitsminister im Vorfeld des GKV-Finanzierungsgesetzes gefordertes automatisiertes Antragsverfahren ist jedoch als illusorisch zu bezeichnen. Darauf deuten Erfahrungen aus der Schweiz (Dennig et al. 2010)

6 vgl. Handelsblatt vom 08.02. 2013, S. 8-9: „Daniel Bahr kämpft um ein Geld.“

und den Niederlanden. Ein solches Antragsverfahren wäre zudem mit erheblichen Bürokratiekosten von geschätzten 250 Mio. Euro jährlich verbunden (Greß/Leiber 2010).

Weitere Probleme eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs hängen von der konkreten Ausgestaltung des Verfahrens ab. Wird der Sozialausgleich nur nach Bedürftigkeit – also in Abhängigkeit vom Einkommen bzw. vom Vermögen und dem Einsatz der Erwerbsfähigkeit und damit wie die bedürftigkeitsabhängigen Sozialhilfeleistungen des SGB II und SGB XII gewährt – hätte dies dramatische sozialpolitische Auswirkungen. Bei den Prämienmodellen hätten etwa ein Drittel der Versicherten einen bedürftigkeitsgeprüften Zuschuss aus allgemeinen Steuermitteln erhalten. Durch Einführung der Prämie wären also je nach Modellvariante 8–16 Mio. zusätzliche Fälle von Sozialhilfeleistung entstanden (Greß et al. 2003) – mit intensiver Prüfung der Bedürftigkeit, des Einkommens und Vermögens und eventuell gar der Bereitschaft zu zumutbarer Erwerbsarbeit. Hieran wird deutlich, dass erst der solidarische Ausgleich unterschiedlicher Vorsorgefähigkeit – die Einkommenssolidarität innerhalb der GKV – eine für alle Mitglieder tragbare Absicherung des Krankheitsrisikos schafft und den Einzelnen die Möglichkeit ausreichender Eigenvorsorge jenseits des Steuersystems und der steuerfinanzierten bedürftigkeitsabhängigen Leistungen eröffnet.

Zusammenfassend ist es unbestritten, dass ein Ausbau der Steuerfinanzierung in der gesetzlichen Kranken- oder auch der sozialen Pflegeversicherung Vorteile gegenüber dem Status quo der Beitragsfinanzierung hätte. Diese Vorteile liegen insbesondere in einer stärkeren Orientierung am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Ein höheres Ausmaß an Steuerfinanzierung könnte somit die Defizite der Beitragsfinanzierung im Hinblick auf horizontale und vertikale Gerechtigkeit zumindest teilweise kompensieren. Allerdings gibt es vor dem Hintergrund fiskalischen Konsolidierungsdrucks sowie der aktuellen Erfahrungen deutliche Zweifel an Nachhaltigkeit und Stetigkeit einer Steuerfinanzierung. Die Finanzierung von GKV-Ausgaben müsste kontinuierlich mit anderen Ausgabentiteln im Bundeshaushalt konkurrieren. Gegen eine Steuerfinanzierung von Umverteilungsfunktionen – etwa im Rahmen eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs – spricht zudem der zusätzlich entstehende bürokratische Aufwand. Insgesamt ist daher vor einer stärkeren Abhängigkeit in der Finanzierung durch Steuermittel zu warnen. Die Autoren plädieren vielmehr für eine Korrektur der unbestrittenen Defizite des Beitragsystems im Rahmen einer Bürgerversicherung.

3 Stellschrauben einer Bürgerversicherung

Das Konzept Bürgerversicherung besteht aus drei zentralen Komponenten. Ursprünglich wurde mit der Bürgerversicherung vor allem die Schaffung eines integrierten Versicherungssystems assoziiert, das den Dualismus von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung überwindet.⁷ Zentraler Bestandteil der Bürgerversicherung sind aber inzwischen auch Reformen bei der Beitragsbemessung. Diese betreffen sowohl die Höhe des beitragspflichtigen Einkommens als auch die Art des Einkommens. In diesem Hauptabschnitt des Gutachtens werden daher unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten dieser drei Stellschrauben einer Bürgerversicherung nach einer kurzen Problembeschreibung des Status Quo jeweils einer Prüfung nach den oben genannten Kriterien unterzogen.

3.1 Schaffung eines integrierten Versicherungssystems

Das duale System des Nebeneinanders von PKV und GKV ist mit Ausnahme der USA im internationalen Vergleich entwickelter Industrieländer einzigartig (Greß et al. 2009). Zuletzt haben im Jahr 2006 auch die Niederlande beide Krankenversicherungssysteme integriert. Dies geschah aus gutem Grund – schließlich bringt das Nebeneinander von GKV und privater Krankenvollversicherung eine Reihe von gravierenden Problemen mit sich. Diese Probleme resultieren in Deutschland daraus, dass für beide Systeme unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten – insbesondere im Hinblick auf die Kalkulation der Beiträge bzw. Prämien und die Vergütung der Leistungserbringer (Kingreen 2012). Diese unterschiedlichen Rahmenbedingungen führen zu einem verzerrten Systemwettbewerb zu Lasten der Versicherten in der GKV – und mittelbar auch zu Lasten der Versicherten in der GPV (Rothgang 2010).

3.1.1 Sozialpolitische Aspekte

Die privaten Krankenversicherer kalkulieren im Gegensatz zur GKV Prämien auf der Grundlage des gesundheitlichen Risikos und unabhängig vom Einkommen. Kinder sowie nicht erwerbstätige Ehegatten müssen separat versichert werden und zahlen ebenfalls Prämien. Attraktiv ist der Wechsel in die PKV daher vor allem für gesunde Singles mit hohem Einkommen. Diese Personengruppe muss in der PKV weder Risikoaufschläge zahlen, noch muss sie Prämien für Familienangehörige finanzieren. Im Umkehrschluss

⁷ Kingreen weist in seinem Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 darauf hin, dass der Begriff Bürgerversicherung eigentlich irreführend ist. Korrekter – aber politisch weniger eingängig – wäre demnach die Bezeichnung Einwohnerversicherung, weil das neue integrierte Krankenversicherungssystem am Wohnort und nicht an persönliche Merkmale anknüpfe (Kingreen 2012).

ist für chronisch Kranke und Familien ein Wechsel in die private Krankenversicherung nicht attraktiv.

Früher mag die Versicherungspflichtgrenze in der GKV noch damit gerechtfertigt worden sein, dass der Gesetzgeber bei einkommensstarken Personen keinen Bedarf für einen Versicherungszwang sah und ihnen die Wahl lassen wollte, ob und wie sie sich versichern. Nach Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht zur KV kann der Freiheitsschutz diese Grenzziehung nicht mehr legitimieren. Jetzt ist nicht mehr sachlich zu rechtfertigen, weshalb gerade abhängig Beschäftigte mit hohem Einkommen die Möglichkeit haben, zwischen PKV und GKV zu wählen und dabei ihren Versicherungsschutz zu optimieren und ihre Beiträge zu minimieren, die abhängig Beschäftigten mit niedrigem Einkommen aber nicht. Dieses Wahlrecht schwächt die Solidargemeinschaft der GKV (Jacobs et al. 2006), weshalb sowohl der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung 2004/5 (Ziff. 487) wie schon der Sachverständigenrat der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen 1997 (Ziff. 458 ff) festgestellt hatten, die Versicherungspflichtgrenze der GKV sei nicht mehr haltbar.

Die vorhandene Empirie (vgl. Tabelle 1) zeigt dann auch eindeutig, dass Versicherte in der PKV insgesamt auch bei Berücksichtigung von Selbständigen und Beamten ein deutlich höheres Durchschnittseinkommen haben als in der GKV und im Durchschnitt deutlich gesünder sind (für einen umfassenden Überblick vgl. Huber/Mielck 2010). Gleichzeitig wird die Funktionsfähigkeit von Umverteilungsmechanismen in der GKV nachhaltig gestört, wenn Personen mit hohem Einkommen und Gesunde sich diesen Umverteilungsmechanismen entziehen können (Albrecht et al. 2007).

Tabelle 1: Merkmale von PKV- und GKV-Versicherten

Merkmale	GKV	PKV
Durchschnittliches Bruttoeinkommen pro Jahr	22,658	38,109
Durchschnittliche Anzahl von akuten und chronischen Erkrankungen	3.52	2.89
Anteil der Befragten in Prozent, die ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen	17.9	9.1
Durchschnittliche Anzahl von Krankenhausnächten in den letzten 12 Monaten	2.21	2.05
Durchschnittliche Anzahl von Arztbesuchen in den letzten 12 Monaten	6.21	5.1
Anteil der Befragten in Prozent, die kontinuierlich verschreibungspflichtige Arzneimittel einnehmen.	47.07	41.67

Quelle: (Kriwy/Mielck 2006; Leinert 2006)

Ein zweiter zentraler Unterschied zwischen PKV und GKV besteht in unterschiedlichen Vergütungsstrukturen. Dies gilt insbesondere – aber nicht nur – für die ambulante ärztliche Versorgung (Walendzik et al. 2009). Ein niedergelassener Arzt bekommt für gesetzlich versicherte Personen einen Mix aus Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen bis zu einer Mengengrenze in Form des so genannten Regelleistungsvolumens. Der gleiche Arzt erhält für privat versicherte Personen Einzelleistungsvergütungen ohne Mengengrenzen. Ähnliche finanzielle Anreize existieren auch in der stationären Versorgung.

Diese finanziellen Anreize für Leistungsanbieter führen dazu, dass privat versicherte Patientinnen und Patienten bevorzugt behandelt werden. GKV-Versicherte führen im Vergleich zu PKV-Versicherten kürzere Gespräche mit ihrem Arzt, fühlen sich schlechter beraten und weniger an Entscheidungsprozessen beteiligt (Mielck/Helmert 2006). Besserer Zugang in Form von kürzeren Wartezeiten für privat versicherte Personen sind in der Empirie hinreichend robust dokumentiert (Lüngen et al. 2008; Maisch 2013). Die bevorzugte Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ist zudem inzwischen auch in der stationären Versorgung belegt (Sauerland et al. 2009; Schwierz et al. 2011). Darüber hinaus erhalten Versicherte der PKV mit höherer Wahrscheinlichkeit neuere patentgeschützte Arzneimittel als Versicherte der GKV (Ziegenhagen et al. 2004).

Die empirisch gut belegte bevorzugte Behandlung von Privatversicherten führt nicht nur zu Gerechtigkeits-, sondern auch zu Allokationsdefiziten in der gesundheitlichen Versorgung (Jacobs 2012). Durch die Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und die unterschiedlichen Honorierungssysteme litten nach Angaben des Sachverständigenrats für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung auch die Behandlungsqualität und die Effizienz der Leistungserstellung. Ärzte würden „nicht gemäß ihren Fähigkeiten und den medizinischen Erfordernissen eingesetzt, sondern gemäß der Versicherungszugehörigkeit der Patienten. Es kommt zu einer Fehlallokation von knappen Ressourcen und zu Qualitätsdefiziten, die bei einer einheitlichen Honorierung auf einem einheitlichen Markt in geringerem Maße auftreten würden“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004: Rz 492). Die unterschiedlichen Vergütungsanreize tragen darüber hinaus auch zu der regional unterschiedlichen Verteilung von Ärzten bei und sind damit zumindest teilweise für die zunehmend auftretenden Versorgungsdefizite in ländlichen Regionen bei gleichzeitiger Überversorgung in ökonomisch attraktiven Ballungsregionen verantwortlich (Greß/Stegmüller 2011).

Zentrale Kritikpunkte am Dualismus zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung sind demnach die negative Risikoauslese zu Lasten der GKV und die bevorzugte Behandlung von privat versicherten Personen. Zudem hat die Versicherungspflichtgrenze als Trennwall zwischen schutzbedürftigem und nicht schutzbedürftigem Personenkreis ihre Rechtfertigung längst verloren – was auch der Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinem Jahresgutachten 2008/2009 erkannt hat:

„Eine Wahlmöglichkeit nach Maßgabe der Erwerbsform, sich in einer privaten oder gesetzlichen Versicherung zu versichern, lässt sich mit diesem Argument einer Schutzbedürftigkeit nicht begründen. Darüber hinaus scheint sich seit der Etablierung privater Versicherungen die Funktion der Pflichtversicherungsgrenze darauf reduziert zu haben, den privaten Versicherungen ein Marktsegment zu sichern und somit Verkrustungen bei historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen nicht aufbrechen zu müssen.“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2008: 396)

Neben der schon eher traditionellen Kritik am Dualismus zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung steht in den letzten Jahren das Geschäftsmodell der PKV selbst stark unter Druck von innen.

Obwohl die konservativ-liberale Regierung dem Geschäftsmodell der PKV durchaus gewogen ist – und etwa die Wechselfrist für Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt hat – hat sich die öffentliche Wahrnehmung der PKV massiv verändert. Selten war die Presse für die PKV so schlecht wie im Jahr 2012. Zum Jahreswechsel war wegen massiver Prämienanstiege von einer Flucht aus der privaten Krankenversicherung die Rede. Im Juni sprach der SPIEGEL dann wegen lückenhafter Tarife von einem „Tarifschwindel“ in der PKV.⁸ Die Süddeutsche Zeitung beschwor in einem längeren Artikel sogar den „Untergang“ der PKV herauf und verglich den Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung mit einer Passage auf dem Oberdeck der Titanic.⁹

Derartige Untergangsszenarien mögen übertrieben sein, haben aber einen realen Hintergrund. Die Ausgaben in der PKV steigen regelmäßig stärker an als in der GKV (vgl. Tabelle 2) – obwohl die Versichertenklientel im Durchschnitt gesünder ist. Damit steigen auch die Prämien – vor allem für ältere Versicherte, die wiederum keinerlei Rückkehroption in die GKV haben.

8 vgl. Der SPIEGEL vom 11. Juni 2012, S. 58ff: „Der Tarif-Schwindel“.

9 vgl. Süddeutsche Zeitung vom 28. Juli 2012, S. V2/1: „Der Untergang“.

Tabelle 2: Ausgabenentwicklung GKV und PKV 2002–2010

	GKV	PKV	
	Jährliche Steigerung Leistungsausgaben (%)	Jährliche Steigerung Leistungsausgaben (%)	Jährliches Wachstum Prämien (%)
2002	3,3	5,7	6,2
2003	1,9	3,9	7,6
2004	-3,1	4,8	7,5
2005	2,3	4,5	3,9
2006	3,0	3,1	4,9
2007	4,1	6,1	3,7
2008	4,6	6,7	3,9
2009	6,5	4,6	3,4
2010	3,4	3,8	7,3
Durchschnitt 2002–2010	2,9	4,8	5,4

Quelle: (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Deutscher Bundestag 2012)

Viele Tarife in der PKV haben außerdem beträchtliche Leistungslücken – beispielsweise für bestimmte teure Hilfsmittel und psychiatrische Behandlungen (Drabinski/Gorr 2012). Mit anderen Worten treten die Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung deutlicher zu Tage als in der Vergangenheit – oder werden zumindest in der Öffentlichkeit deutlicher wahrgenommen. Die Existenz der PKV wird damit nicht nur von den Forderungen nach einer Bürgerversicherung bedroht, sondern – bedingt durch systemimmanente Schwächen im Geschäftsmodell – auch von innen heraus. Diese Konstellation eröffnet auch politisch neuen Handlungsspielraum für die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen.

Es dürfte unstrittig sein, dass in Deutschland – ähnlich wie in den Niederlanden – Grundprinzipien einer wettbewerblich organisierten sozialen Krankenversicherung wie Kontrahierungszwang, Versicherungspflicht und ein morbiditätsorientierter Risikosturtausgleich – Bestandteil auch eines integrierten Krankenversicherungssystems wären. Zudem ist davon auszugehen, dass ein solches System ebenfalls wie in den Niederlanden durchweg umlagenfinanziert wäre.¹⁰ Allerdings gehen die Autoren anders als in den Niederlanden davon aus, dass die Beiträge in einem integrierten Krankenversicherungssystem einkommensabhängig erhoben werden.¹¹ Weitere Ausgestaltungsfragen

¹⁰ Alleine in der Krankenversicherung würde eine vollständige Umstellung auf Kapitaldeckung den Aufbau eines Kapitalstocks von etwa 800 Mrd. Euro erforderlich machen (Eekhoff et al. 2009).

¹¹ Hier grenzt sich der Vorschlag der Autoren von Befürwortern einer „Bürgerpauschale“ ab (vgl. etwa jüngst Breyer 2012).

gen wie etwa der gesellschaftsrechtliche Status der in diesem integrierten Krankenversicherungssystem tätigen Krankenversicherer sind dagegen zunächst von nachgeordneter Bedeutung und werden in diesem Gutachten nicht thematisiert (Kingreen 2012).

3.1.1.1 *Gerechtigkeit*

Durch die Einführung einer umfassenden Versicherungspflicht zur GKV bzw. GPV würde der bisherige verzerre Systemwettbewerb durch einen echten Wettbewerb mit einheitlichen Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Beitragskalkulation und bei der Vergütung von Leistungsanbietern – ersetzt werden. Damit würden die oben angesprochenen ökonomischen Anreize zur Ungleichbehandlung von privat und gesetzlich Versicherten auf einen Schlag verschwinden. Gleiches gilt für die negative Risikoauslese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich erhöht werden, weil sich Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nicht mehr den Umverteilungsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung entziehen könnten. Die horizontale Gerechtigkeit würde sich insbesondere dadurch erhöhen, dass die Beitragserhebung ehemals privat versicherter Personen auf der gleichen Kalkulationsgrundlage erfolgen würde wie der gesetzlich versicherten Personen. Dies würde insbesondere derzeit privat versicherte Personen mit niedrigen und mittleren Einkommen entlasten, solche mit hohem Einkommen entsprechend belasten.

3.1.1.2 *Nachhaltigkeit*

Die Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit eines integrierten Krankenversicherungssystems werden kontrovers diskutiert – zumindest im Hinblick auf die mittel- bis langfristigen Effekte. Die kurzfristigen Finanzierungseffekte lassen sich hingegen vergleichsweise gut quantifizieren. Die Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems im Rahmen einer Stichtagsregelung würde nach Berechnungen aus dem Jahre 2010 zu einer möglichen Beitragssatzsenkung in der gesetzlichen Krankenversicherung um 1,1 Beitragssatzpunkte führen (Rothgang et al. 2010). In der sozialen Pflegeversicherung könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um 0,27 Beitragssatzpunkte sinken (Rothgang o. J.).

Es ist allerdings anzumerken, dass die Berechnungen davon ausgehen, dass die Vergütung der Leistungserbringer in dem integrierten Krankenversicherungssystem auf dem Niveau der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt. Diese Prämisse ist zwar plausibel, aber gesundheitspolitisch nicht einfach zu halten. Eine für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutrale Kompensation wäre allerdings nicht gleichbedeutend mit einer

Kompensation für den Wegfall von Privatversicherten auf Praxisebene. Praxen mit einem hohen Anteil von gesetzlich Versicherten im Status quo würden ihre Einkommenssituation sogar verbessern können. Berechnungen aus dem Jahr 2008 quantifizieren den finanziellen Aufwand für eine mögliche Kompensation der Ärzteschaft auf einen Betrag von etwa 3,6 Mrd. Euro (Walendzik et al. 2009), aktuelle Berechnungen sogar auf maximal 4,3 Mrd. Euro (Wasem et al. 2013) bzw. 5,4 Mrd. € (Albrecht et al. 2013). Der kurzfristige Finanzierungseffekt durch die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems würde sich damit um etwa ein Drittel verringern.

Kritisiert werden vor allem die mittel- bis langfristigen Finanzierungswirkungen eines umlagefinanzierten integrierten Krankenversicherungssystems. Der Vorteil von kapitalgedeckten Systemen in der Kranken- und vor allem in der Pflegeversicherung wird in der höheren Demographiefestigkeit gesehen. Die umlagefinanzierten Systeme seien danach anfällig, weil der Anteil der Rentner – die deutliche geringere Beiträge zahlen als die Erwerbstätigen – aufgrund der demographischen Entwicklungen in der Zukunft stetig steigen wird (Döring et al. 2009).

Dem ist erstens zu entgegnen, dass die Bürgerversicherung in der Kombination der Maßnahmen gerade dazu dienen soll, die Finanzierung der umlagefinanzierten GKV und GPV nachhaltiger zu finanzieren. Zweitens sind die aktuellen Entwicklungen auf den Kapitalmärkten nicht dazu geeignet, das Vertrauen in die Kapitaldeckung nach den eher ernüchternden Erfahrungen der Finanzkrise der Jahre 2008 und 2009 zu erhöhen. Die Alterungsrückstellungen der Versicherten werden von den privaten Krankenversicherern auf dem Kapitalmarkt investiert – die erzielten Erträge sind bei der Kalkulation der Prämien berücksichtigt. Dazu müssen die privaten Krankenversicherer einen gesetzlich vorgeschriebenen Rechnungszins einkalkulieren, der derzeit bei 3,5% liegt. Nach Auskunft der Bundesregierung ist bezogen auf die gesamte Branche die Gesamt-Nettoverzinsung seit dem Jahr 2000 von 7,2 Prozent auf 4,3 Prozent im Jahr 2010 gefallen (Deutscher Bundestag 2012). Das bedeutet, dass der Spielraum zur Milderung des Prämiendrucks durch Erzielung von Zinserträgen oberhalb des Rechnungszinses in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen ist – was auch die Bundesregierung konzediert. Zweitens weist die Bundesregierung darauf hin, dass die niedrigsten drei Verzinsungen von privaten Krankenversicherungsunternehmen im Jahr 2010 zwischen 0,1 Prozent und 2,9 Prozent lagen (Deutscher Bundestag 2012). Diese Entwicklung deutet darauf hin, dass der Zinsrückgang an den Kapitalmärkten – insbesondere bei deutschen Staatsanleihen – die Nettoverzinsung insgesamt senkt. Dies wird zukünftig noch relevanter, wenn renditestarke Anleihen auslaufen und den privaten Krankenversiche-

rungsunternehmen damit keine adäquat verzinslichen Alternativen zur Verfügung stehen.

Durch die Einbeziehung der Beamten in das integrierte Krankenversicherungssystem würden sich darüber hinaus Einsparungen für Bund und Länder in Höhe von rund 3 Mrd. Euro ergeben (Rothgang et al. 2010).

3.1.1.3 *Administrative Umsetzbarkeit*

Im Hinblick auf das Kriterium administrative Umsetzbarkeit wäre eine wichtige Voraussetzung, dass für die bisher Privatversicherten derjenige Anteil der Alterungsrückstellungen getrennt ausgewiesen werden kann, der zur Finanzierung der GKV-äquivalenten Leistungen dient. Dieser Anteil der Alterungsrückstellungen könnte dann mit fortschreitendem Alter der Betroffenen sukzessive aufgelöst und dem Gesundheitsfonds zugewiesen werden (vgl. zu den Details ausführlich Sehlen et al. 2006 :103ff.). Die Alterungsrückstellungen für einen darüber hinausgehenden Leistungsumfang blieben den Versicherten im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung erhalten. Der getrennte Ausweis der Alterungsrückstellungen für den GKV-äquivalenten Leistungsumfang ist spätestens seit Einführung des Basistarifs in der privaten Krankenversicherung im Jahr 2009 möglich.

Mit der Mitnahme dieses Anteils von Alterungsrückstellungen erwerben sich die betroffenen Versicherten nachträglich das Recht auf die Teilnahme an den Umverteilungsmechanismen einer sozialen Krankenversicherung. Diese gilt insbesondere für die Umverteilung zwischen den Generationen. So haben berentete PKV-Versicherte in ihrem Erwerbsleben in der Regel keinen oder allenfalls einen geringen Beitrag zur Finanzierung der GKV geleistet. Durch die Mitnahme der Alterungsrückstellungen in das integrierte Versicherungssystem würde sich dieser Versichertenkreis gleichsam das Recht auf die Teilnahme an der Umverteilung zu Lasten der aktuell Erwerbstätigen erkaufen. Ein ähnlicher Mechanismus wäre auch für die Integration der sozialen Pflegeversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung denkbar.

3.1.2 Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte

Jede grundlegende Reform der Krankenversicherung muss mit der Verfassung übereinstimmen, denn jede der letzten Reformen ist vor das Bundesverfassungsgericht gebracht, von ihm intensiv geprüft und als verfassungsgemäß angesehen worden. Dabei ist immer zuerst zu untersuchen, ob der Bundesgesetzgeber überhaupt die Materie regeln kann. Zentral ist danach die Frage, ob das Reformvorhaben in Grundrechte eingreift und ob der Eingriff gerechtfertigt werden kann.

3.1.2.1 Kompetenz des Bundesgesetzgebers

In der ersten Runde der rechtlichen Auseinandersetzungen über die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Bürgerversicherung Anfang des letzten Jahrzehnts wurde gegen das Vorhaben der Bürgerversicherung vor allem vorgetragen, die Gesetzgebungskompetenz des Bundes zur Regelung der Sozialversicherung gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sei strikt auf das klassische Bild der Sozialversicherung beschränkt (Bieback 2005). Grundlegende neuere allgemeine Untersuchungen (Bieback 2011) wie auch das Bundesverfassungsgericht¹² betonen aber, dass die Kompetenz zur Regelung von „Sozialversicherung“ nur verlangt, dass es um eine beitragsfinanzierte, finanziell und organisatorisch gegenüber dem Staat selbständige Versicherung geht, die wesentlich durch einen Sozialausgleich gekennzeichnet wird. In diesem Rahmen hält sich das Projekt „Bürgerversicherung“.

Allerdings hat der Bund seit der Föderalismusreform keine Kompetenz mehr für die Rahmengesetzgebung im Beamtenrecht und für das Besoldungs- und Versorgungsrecht aller Beamten. Er kann nur noch das Recht der eigenen Beamten regeln (Art. 73 Abs. 1 Nr. 8 GG), das der Länder (und Gemeinden) nur in Bezug auf die „Statusrechte“ (Art. 74 Abs. 1 Nr. 27). Die Beihilfe zählt traditionell zur Besoldung der Beamten und nicht zu den Statusrechten.¹³ Das Statusrecht wurde in den Gesetzesmaterialien zur Föderalismusreform noch einmal ausdrücklich definiert; die Besoldung und Versorgung gehören nicht dazu (BT-Drs. 16/813 S. 14).

Allerdings ist die Sicherung gegen die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch den Dienstherrn immer nur auf eine Teilsicherung begrenzt. Soweit die Beamten mit dem Restteil nicht durch die Beihilfe gesichert sind, es also nicht um die Regelung der beamtenrechtlichen Pflicht des Dienstherrn geht, kann der Bund über seine allgemei-

12 BVerfGE 123, 186, 263–265; BVerfGE 113, 167, 196/7.

13 BVerfGE 62, 354, 368; BVerwGE 77, 345, 347f. „Fürsorgeleistung“ in den „Randzonen der Besoldung im materiellen Sinne“.

nen Kompetenzen aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 und Nr. 12 GG diese Absicherung auch regeln. So wurden die Beamten in diesem Teil 1995 in die Pflegeversicherung und 2007 in die allgemeine Krankenversicherungspflicht mit speziell auf sie ausgerichteten Regelungen einbezogen (§ 23 Abs. 3 SGB XI; §193 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 VVG). Für diesen Teil hat der Bund die Kompetenz, auch die Landesbeamten in die GKV/GPV einzubeziehen. Insofern müssten Teil-Tarife in der GKV/GPV vorgesehen werden. Wenn ein Land wie der Bund seine Beamten ganz in die GKV/GPV eingliedern will, kann der Bund regeln, dass dann die Normen, die für die Bundesbeamten gelten, auch für diese Landesbeamten gelten.

3.1.2.2 *Verstoß gegen Grundrechte*

Mit der Ausdehnung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV wird einmal in das Grundrecht der Neu-Versicherungspflichtigen, ihre Sicherung gegen das Risiko der Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu bestimmen, die sog. Vorsorgefreiheit, eingegriffen. Sie ist durch Art. 2 GG (Allgemeine Handlungsfreiheit) geschützt.¹⁴ Zugleich wird die berufliche Freiheit der PKV-Unternehmen beschnitten.¹⁵ Solche Eingriffe in die Grundrechte sind verfassungsrechtlich zulässig, wenn sie verhältnismäßig, d.h. zur Erreichung der Ziele geeignet, erforderlich und angemessen/nicht übermäßig sind. Es geht um die Zweck-Mittel Relation, d.h. ein starker Eingriff braucht ein entsprechend bedeutendes Ziel, um gerechtfertigt zu sein.

(1) Eingriff in die Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherten

Ausweitung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV als Eingriff

Werden die bisher in der PKV Versicherungspflichtigen in die Bürgerversicherung einbezogen, liegt der Eingriff darin, dass die Besonderheiten der GKV/GPV auf sie ausgedehnt werden: Der soziale Risikoausgleich (auch schlechte Risiken werden zum gleichen Beitrag versichert) und die Beiträge nach Leistungsfähigkeit (vertikale Umverteilung und horizontale Umverteilung der Familienlasten). Betroffen sind also Personen mit einem hohen Einkommen oder einem geringen Risiko (jung, ledig). Bei der Eingriffsstärke ist auch bei diesen Personen zu beachten, dass der Einkommensausgleich der GKV/GPV selbst auch eine Versicherung gegen das Risiko der Vorsorgeschwäche ist.¹⁶ Die jetzt guten Risiken werden dagegen gesichert, dass sie zu schlechten Risiken (große Kinder-

14 BVerfGE 123, 186, 262 und BVerfGE 103, 197, 215).

15 BVerfGE 123, 186, 238/9, 265.

16 Zum Verständnis des Sozialausgleichs als einer erweiterten Versicherung (Versicherung zweiter Ordnung) vgl. BVerfGE 113, 167, 218 ff. und 261/2 unter Verweis auf Hase 2000: 343 ff. Weitere Nachweise bei Bieback 2011: 108.

schar) oder die Einkommensstarken zu Einkommenschwachen werden, die nicht mehr in der Lage sind, einen versicherungsäquivalenten Beitrag in der PKV aufzubringen. Das mindert die Eingriffsintensität erheblich.

Ziele des Eingriffs und ihr Gewicht werden davon bestimmt, dass der Staat die Pflicht hat, eine sozialverträgliche Vorsorge gegen das existentielle Risiko der Krankheit sicherzustellen.¹⁷ Das Ziel, die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV/GPV, hat das Bundesverfassungsgericht immer wieder in unterschiedlichen Zusammenhängen als einen „überragend wichtigen“ Gemeinwohlbelang angesehen, um Eingriffe in die Grundrechte von Leistungsanbietern und Versicherern wie Versicherten zu rechtfertigen.¹⁸ Hinzu kommt, dass die Abgrenzung zwischen selbständiger (PKV) und abhängiger Beschäftigung (GKV/GPV) beliebig geworden ist und kein sachgerechtes Kriterium für die Abgrenzung zwischen PKV und GKV/GPV abgibt (oben Abschnitt 3.1.1). Die Beteiligung der bisher Privatversicherten am sozialen Ausgleich der GKV/GPV wird durch das Sozialstaatsprinzip in Art. 20 Abs. 1 GG legitimiert, das den Gesetzgeber zur sozialen Gestaltung und zum Sozialausgleich verpflichtet und ermächtigt (Bieback 2012; Kingreen 2003). Wie dringend ein sozialer Ausgleich auch für viele Versicherte in der PKV ist, zeigt sich an dem hohen Stand der Beitragsschulden in der PKV und dem immer noch relevanten Anteil von Nichtversicherten trotz allgemeiner Versicherungspflicht.¹⁹

Erforderlichkeit – Alternativen zur Allgemeinen Versicherungspflicht?

Zur Erreichung dieser Ziele ist die Integration von GKV und PKV durch eine allgemeine Versicherungspflicht zur GKV/GPV sowohl geeignet wie erforderlich. Es bietet sich zwingend auch keine andere, gleich geeignete aber weniger eingreifende Lösung an, zumal der Gesetzgeber angesichts der großen Wertungs- und Prognoseschwierigkeiten einen breiten Spielraum bei der Auswahl zwischen Lösungen hat.²⁰ Weniger eingreifend wäre eventuell, den „sozialen Ausgleich“ rein über Steuerzuschüsse zu finanzieren, wie dies in den Systemen der Gesundheitsprämie befürwortet wird. Die Steuerfinanzierung ist ein ganz anderes System und keine gleich geeignete und weniger eingreifende Lösung zur Bürgerversicherung (vgl. Abschnitt 2). Deshalb ist es nur konsequent, wenn das Bundesverfassungsgericht 2000 bei Überprüfung der Pflegeversicherung die stark dis-

17 Zuletzt BVerfGE 123, 186, 242 ff.

18 In der GKV und PflegV zuletzt BVerfGE 123, 186 (240 und 264/5); BVerfGE 114, 196 (248); BVerfGE 106, 275 (301 f.); BVerfGE 103, 172 (184 f.); BVerfGE 103, 392 (404).

19 Dazu der Entwurf eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung BRat-Drs. 264/13 v. 11.4.2013 mit einigen Angaben. Ansonsten: BT-Drs. 17-9012 und BT-Drs. 17/9330 sowie Statistisches Bundesamt, Fachserie 13 Reihe 1.1 S. 22 und 27 zu den Nichtversicherten (131.000) nach dem Mikrozensus 2011.

20 BVerfGE 103, 197, 221 ff. und 288; BVerfGE 123, 186, 243/4.

kutierten steuerfinanzierten Lösungen zur Absicherung des Pflegerisikos gar nicht erst als mildere Mittel zur GPV erwähnte.²¹ Im Gegenteil betonte es, es sei ein legitimes Ziel des Gesetzgebers über den Einbezug in die Sozialversicherung den Einsatz von Sozialhilfe und Steuermitteln zu vermeiden.²² Auch das Urteil von 2009 zur KV-Reform 2007 unterstrich den großen Spielraum des Gesetzgebers, „den Kreis der Pflichtversicherten so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist.“²³

Unzumutbarkeit/Unangemessenheit der Allgemeinen Versicherungspflicht?

Weitere Bedenken gegen die Bürgerversicherung gehen dahin, es sei „unzumutbar“/„nicht angemessen“, die Leistungsstarken in die GKV/GPV einzubeziehen. Denn der Einbezug sei nur Mittel zum Zweck, die fehlende Vorsorgemöglichkeit der Leistungsschwachen sicherzustellen, der Beitrag der Leistungsstarken sei ein „fremdnützi-ger“ Beitrag (Bieback 2011; Eykmann 2007; Hase 2000). Gegen dieses Argument spricht, dass ein sozialer Ausgleich mangelnder Leistungsfähigkeit nur zwischen gleich Leistungsschwachen, eine „Solidarität unter Habenichtsen“, nicht funktionieren kann. Der soziale Ausgleich setzt immer den Zusammenschluss von mehr oder weniger Risiko-behafteten, von Einkommensstarken und Einkommensschwachen voraus. Und die jetzige Regelung ist unter zwei Aspekten mit dem Gebot der Gleichbehandlung nur schwer zu vereinbaren: (1) Im Gegensatz zu den abhängig Beschäftigten gibt es für die Selbständigen, vor allem die kleinen Soloselbständigen, keinen solidarischen Ausgleich zwischen Gut- und Geringverdienenden, zwischen guten und schlechten Risiken. (2) In der GKV macht dieser Ausgleich gerade bei den Leistungsstarken mit einem Einkommen jenseits der Beitragsbemessungsgrenze halt.

(2) Spezielle Verfassungsbindungen bei den Beamten?

Das Gebot, bei der Regelung des Beamtenrechts die „hergebrachten Grundsätze des Berufsbeamtentums“ zu berücksichtigen (Art. 33 Abs. 5 GG) steht der vollen oder partiellen Einbeziehung der Bundes- und Landesbeamten in die Bürgerversicherung nicht entgegen. Denn die Beihilfe wird nicht durch diese Grundsätze garantiert.²⁴ Dies gilt erst recht, seit durch die Föderalismusreform in Art. 33 Abs. 5 hinzugefügt wurde, der Bundes- und Landesgesetzgeber könne das Beamtenrecht auch unter Beachtung der Grundsätze „fortentwickeln“. Da die Grundsätze traditionell nur zu „berücksichtigen“

21 BVerfGE 103, 197 und 271.

22 BVerfGE 103, 197, 221.

23 BVerfGE 123, 186, 263.

24 BVerfGE 79, 223, 235.

sind, wurden die Regelungsspielräume des Gesetzgebers nochmals erweitert (BT-Drs. 16/813, S. 10).

(3) Eingriff in die zukünftigen Erwerbschancen der Versicherungsunternehmen

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schützt die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG den konkreten Bestand an vermögenswerten Gütern, nicht aber in der Zukunft liegende Umsatz- und Gewinnchancen.²⁵ Die zukünftige Verdrängung der PKV aus dem Geschäft der Krankenvollversicherung ist also (nur) ein Eingriff in die Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen.²⁶ Gegenstand und Intensität des Eingriffs sind schwer zu bestimmen; sie hängen stark davon ab, was den PKV-Unternehmen als Geschäftsfeld verbleibt. Der schwerste Eingriff ist es, wenn der Zugang zu einem Beruf Privaten versperrt wird (Monopol der öffentlichen Hand), was nur zum Schutz vor höchstwahrscheinlichen, schwerwiegenden Gefahren für überragende Gemeinwohlüter zulässig ist.²⁷

Eingriff in die Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen

Ist schon das Anbieten von „Krankenversicherungsvollverträgen“ ein eigenständiger Beruf, oder ist Beruf nur die Tätigkeit, alle möglichen „Krankenversicherungsverträge“ zu verkaufen, sei es als „Voll-“ oder als „Teil-“ oder „Zusatz-“ Krankenversicherungen? Ein Beruf wird i. d. R. mehrere Tätigkeitsfelder umfassen (Manssen in v. Mangoldt et al. 2005: Art. 12 Abs. 1 Rz. 52 ff.). Das spricht dafür, als Beruf das breite Feld „Private Krankenversicherung“ anzusehen (Schräder 2009). So ist das Bundesverfassungsgericht in seinen Urteilen zur Verschiebung der Versicherungspflichtgrenze zu Lasten der PKV immer von einem einheitlichen Beruf des (privaten) Krankenversicherers ausgegangen.²⁸

Auch nach Einführung der Bürgerversicherung verbleibt der PKV ein relevanter Teil des Bereichs Krankenversicherung. Dennoch müsste man an diese Regelung der Berufsausübung einen strengen Maßstab anlegen, wenn die Beschränkungen des Kundenkreises der PKV so umfangreich ist, dass sie die Fortführung des Restbestands an Versicherungen gefährdet (Butzer 2010; Eykmann 2007). Dies lässt sich allerdings nur schwer feststellen. Denn die Ausdehnung der Versicherungspflicht zur GKV ist in den letzten Jahr-

25 BVerfGE 105, 252 (277); 95, 172 (187 f.), BVerfGE 68, 193 (222).

26 Ob dieser Eingriff direkt oder eher mittelbar durch die Bestimmung der Versicherungspflicht der Versicherten geschieht und damit leichter zu rechtfertigen ist, schwankt in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts – ist hier nicht zu erörtern. Dazu intensiver Bieback 2010: 20–25.

27 BVerfGE 97, 12, 32; 85, 360, 374.

28 BVerfGE 123, 186, 238 und 265; BVerfG 2. Kammer des 1.Senats – 1 BvR 1103/03, v. 4.2.2004, Rz. 20.

zehnten für die PKV durch eine Ausweitung der Möglichkeit von Zusatzversicherungen begleitet worden (§ 194 Abs. 1a SGB V).

Verhältnismäßigkeit des Eingriffs

Der Eingriff ist aber gerechtfertigt. Schon 2004 hatte die 2. Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts²⁹ deutlich gemacht, dass die Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze auch gegenüber den PKV-Unternehmen durch die Notwendigkeit gerechtfertigt wird, die GKV/GPV und den Sozialausgleich zu stärken. Das ist auch der Ansatz des Urteils von 2009 zum GKV-WSG³⁰, das die Verlängerung der Pflichtversicherungszeiten gegenüber der PKV einfach durch Verweis auf die Ausführungen zur Verfassungsgemäßheit des Eingriffs gegenüber den Pflichtversicherten rechtfertigte. Was zum Schutze der Bürger legitim und notwendig ist, ist durch vorrangige, in diesem Fall sogar überragend wichtige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Diese Gründe müssen auch gegenüber den PKV-Unternehmen Geltung beanspruchen (Jaeger 2003) und rechtfertigen die Regelung, selbst wenn man in ihr gar den stärksten Eingriff in Art. 12 GG, die Einschränkung der Berufswahlfreiheit, sieht.

Kein verfassungsrechtlicher Schutz der PKV als Institution

Darüber hinaus lassen sich aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch keine sonstigen Anhaltspunkte für eine weitergehende Garantie der PKV im Bereich der Vollkrankenversicherung entnehmen. In der Entscheidung von 2009 zur KV-Reform 2007 wurde im Verfahren mehrfach vorgetragen, das „Geschäftsmodell“ der PKV sei gefährdet bzw. würde unmöglich gemacht. Bei der Analyse der Schwere des Eingriffs in Art. 12 GG hat das Bundesverfassungsgericht³¹ diesen Vortrag auch aufgegriffen, ihn aber schon vom Tatsächlichen her verneint. Ob und wie damit aus Art. 12 GG eine Garantie dieses „Geschäftsmodells“ folgt, hat das Bundesverfassungsgericht nicht erörtert; es hat zum Schluss³² betont, dass dann, wenn das „eigentliche Hauptgeschäft“ der PKV (die Krankenvollversicherung) durch das Zusammenwirken unterschiedlicher Regulierungen „ausgezehrt“ werde, das Gericht erneut zu prüfen habe. Hieraus eine allgemeine Garantie der PKV im Verhältnis zur GKV/GPV zu entnehmen (angedeutet Butzer 2010), übersieht nicht nur diese vorsichtigen Formulierungen und die Zurückhaltung des Gerichts, sondern auch den Kontext. Es ging um die gesicherte Abwicklung *bestehender* Verträge bei Einführung von Abschlusszwang und Eingriffen in

29 BVerfG 2. Kammer des 1. Senats – 1 BvR 1103/03, v. 4.2.2004 unter: <http://www.bverfg.de/entscheidungen>, Rz. 25 und 27 = BVerfGK 2, 283 (287/8) jedoch mit Auslassungen und Verkürzungen.

30 BVerfGE 123, 186, 265/6.

31 BVerfGE 123, 186, 239/40, 241, 266.

32 BVerfGE 123, 186, 266.

die Tarifgestaltung. Das Gericht macht überhaupt keine Aussage dazu, dass der Status quo der PKV und ihr Geschäftsbereich für die Zukunft verfassungsrechtlich garantiert seien (so auch Butzer 2010).

(4) Eingriff in fortbestehende Versicherungsverhältnisse

Die schon bestehenden PKV-Versicherungsverträge sind verfassungsrechtlich geschützt. Wie die Bürgerversicherung in sie eingreift, ist eine Frage des Übergangsrechts (vgl. Abschnitt 3.5.2).

3.1.3 Fazit

Die Dualität von GKV und GPV auf der einen Seite und privater Kranken- und Pflegeversicherung auf der anderen Seite weist im Status quo eine Reihe von schwerwiegenden Defiziten auf. Der angebliche Systemwettbewerb wird durch unterschiedliche Rahmenbedingungen – insbesondere bei der Kalkulation von Beiträgen bzw. Prämien und unterschiedliche Vergütungen für Leistungsanbieter – massiv verzerrt. Diese Verzerrungen führen nicht nur zu einer Risikoselektion zu Lasten der GKV und GPV sowie in der Sache nicht begründbaren Ungleichbehandlungen zwischen unterschiedlichen Versicherten-Gruppen, sondern auch zu allokativen Fehlanreizen. Darüber hinaus werden systemimmanente Schwächen des Geschäftsmodells in der privaten Krankenversicherung immer offensichtlicher. Die Integration der beiden Versicherungssysteme durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht zur gesetzlichen Kranken- bzw. Pflegeversicherung würde einheitliche Rahmenbedingungen für den Wettbewerb der Krankenversicherer untereinander schaffen und damit die Ursachen für Risikoselektion, Ungleichbehandlungen unterschiedlicher Versichertengruppen und für allokativen Fehlanreize beseitigen. Die Effekte auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der GKV sollten jedoch wegen der möglicherweise erforderlichen Kompensationen für die niedergelassene Ärzteschaft nicht überschätzt werden.

Verfassungsrechtlich ist die Ausweitung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV auf die bisher privat Versicherten zulässig. Die Ziel dieses Vorhabens – die Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV/GPV zu stärken und die horizontale und vertikale Gerechtigkeit, insbesondere auch die soziale Absicherung der kleinen Selbständigen, zu verbessern – sind vom Bundesverfassungsgericht als besonders wichtige Interessen der Gemeinschaft anerkannt, die entsprechend starke Eingriffe rechtfertigen. Die Beschränkung der Vertrags- und Vorsorgefreiheit der Neu-Versicherungspflichtigen und der Vertrags- und Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen, in Zukunft neue Verträge abzuschließen, sind geeignet und erforderlich diese Ziele zu erreichen. Diese Reform ist damit zumutbar und angemessen, auch wenn in der Beurteilung dieser Schranke große Spielräume be-

stehen. Bisher hat das Bundesverfassungsgericht alle Erweiterungen der Versicherungspflicht in der Sozialversicherung für verfassungsgemäß gehalten.

3.2 Abschaffung bzw. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Abschaffung bzw. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine von zwei zentralen Maßnahmen zur Ausweitung der Bemessungsgrundlage in der Beitragsfinanzierung sowohl der Krankenversicherung als auch der Pflegeversicherung. Eine Abschaffung bzw. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze ist insbesondere dann notwendig, wenn auch weitere Einkommensarten zur Finanzierung herangezogen werden sollen. Bei Festhalten an der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden die Mehrbelastungen durch die Beitragspflicht für weitere Einkommensarten ansonsten überwiegend bei niedrigeren Einkommen auftreten (Greß/Rothgang 2010). Für die „richtige“ Höhe der Beitragsbemessungsgrenze gibt es jedoch keinen wissenschaftlich ableitbaren Wert. Wir gehen im Weiteren bei der Diskussion einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze von einer in der Vergangenheit häufig geforderten und in ihren finanziellen Auswirkungen relativ gut erforschten Anhebung auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung aus.

3.2.1 Sozialpolitische Aspekte

Eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze – mithin die unbegrenzte Verbeitragung von Einkommen oberhalb der heutigen Beitragsbemessungsgrenze – hätte durchschlagende Wirkungen auf die Nachhaltigkeit und die horizontale sowie vertikale Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung. Diese Effekte wären auch bei einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung noch deutlich spürbar.

3.2.1.1 Gerechtigkeit

Bei einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze würde die Beitragsfinanzierung – sowohl in Kranken- als auch in Pflegeversicherung – durchgängig am Grundsatz der Leistungsfähigkeit ausgerichtet werden. Die vertikale Gerechtigkeit würde deutlich gestärkt, weil mit steigendem Einkommen – also mit steigender Leistungsfähigkeit – auch die Beitragsbelastung steigen würde. Ein wesentliches Defizit der Beitragsfinanzierung im Status quo – insbesondere im Vergleich zu der Besteuerung von Einkommen – würde damit beseitigt werden. Gleichzeitig würde auch die horizontale Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung deutlich erhöht werden. Haushalte mit gleich hohem Einkommen würden zukünftig auch einer gleichen Beitragsbelastung unterliegen – unabhängig von der Verteilung des Einkommens innerhalb der Haushalte. Liegt das Haus-

haltseinkommen im Status quo oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, unterscheidet sich die Höhe der Beitragspflicht bei gleichem Haushaltseinkommen danach, wie sich dies auf die Mitglieder des Haushalts verteilt. Die Defizite in der horizontalen Gerechtigkeit sind dann besonders deutlich, wenn bei Ehepaaren das Einkommen ausschließlich durch einen der beiden Ehegatten erzielt wird und der zweite Ehegatte beitragsfrei mitversichert ist (Dräther/Rothgang 2004). Durch den Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würde auch dieses Defizit der Beitragsfinanzierung entfallen.

Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung würde die Gerechtigkeitsdefizite in der Beitragsfinanzierung verringern aber – insbesondere im Vergleich zur Besteuerung von Einkommen – nicht beseitigen. Das Prinzip der vertikalen Gerechtigkeit würde für den Einkommensbereich jenseits der neuen Beitragsbemessungsgrenze weiterhin verletzt werden. Ähnliches gilt für das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit. Haushalte mit einem gleichen Einkommen oberhalb der neuen Beitragsbemessungsgrenze würden weiterhin ungleich behandelt, wenn sich die Verteilung des Einkommens auf die Haushaltsmitglieder unterscheidet. Eine Kompensation dieser Defizite bei einer weiter existierenden Beitragsbemessungsgrenze ist hoch problematisch, weil je nach Maßnahme neue Defizite in der horizontalen Gerechtigkeit entstehen würden (vgl. ausführlich Rothgang et al. 2010).

3.2.1.2 *Nachhaltigkeit*

Deutlich sind auch die Effekte einer Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Nachhaltigkeit in der Finanzierung sowohl in Kranken- als auch in der Pflegeversicherung. Hier ist jeweils noch zu unterscheiden, ob die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Versicherten eines integrierten Versicherungssystems oder auf den Versichertenkreis im Status quo bezogen wird. In der Krankenversicherung würde alleine die sofortige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ohne die Ausweitung des Versichertenkreises eine Beitragssatzsenkung von 0,8 Prozentpunkten ermöglichen. Dieser Effekt würde sich auf 2,4 Prozentpunkte verdreifachen, wenn auch die im Durchschnitt einkommensstärkeren Privatversicherten Beitragszahler eines integrierten Versicherungssystems wären (Rothgang et al. 2010).

Die Effekte auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung wären durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze geringer als bei einer Abschaffung. In der Krankenversicherung würde durch eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ohne die Ausweitung des Versichertenkreises eine Beitragssatzentlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ermöglicht. Durch die sofortige Ausweitung des Versichertenkreises in einem integrierten Krankenversicherungssystem würde sich

dieser Effekt auf 1,9 Beitragssatzpunkte fast vervierfachen (Rothgang et al. 2010). Aus diesen Zahlen wird aber deutlich, dass die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ein erheblicher Anteil des Einkommens jenseits der heutigen Beitragsbemessungsgrenze erfassen kann. Der finanzielle „Verlust“ durch den Verzicht auf eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist vergleichsweise gering. Es ist davon auszugehen, dass dies auch in der Pflegeversicherung ähnlich wäre.

Nur kurz erwähnt sei noch eine Lösung zwischen Anhebung und Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Möglich wäre auch die Erhebung eines Solidarbeitrags von 1–3% auf Einkommen der Mitglieder der GKV/GPV jenseits der Beitragsbemessungsgrenze. Der zusätzliche finanzielle Ertrag im Vergleich zur Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung wäre jedoch gering (Rothgang/Arnold 2010).

3.2.1.3 *Administrative Machbarkeit*

Die Abschaffung bzw. Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze alleine wäre administrativ unproblematisch. Sie könnte im Rahmen des bisherigen Verfahrens des Beitragsinzugs durchgeführt werden. Zusätzlicher administrativer Aufwand würde erst dann notwendig werden, wenn auch zusätzliche Einkommensarten durch die Beitragsfinanzierung erfasst werden würden (vgl. Abschnitt 3.3).

3.2.2 *Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte*

Wie oben (Abschnitt 3.1.2) ist auch hier nur der Eingriff in die Vorsorgefreiheit der Alt- und Neu-Versicherten relevant. Die Gesamtbelastung mit Beiträgen steigt nur für jene Personen signifikant, deren Einkommen erheblich oberhalb der alten Beitragsbemessungsgrenze liegt. Denn die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze senkt den durchschnittlichen Beitragssatz, so dass Personen mit einem Einkommen in einem Korridor direkt oberhalb der alten Beitragsbemessungsgrenze insgesamt kaum mehr zahlen müssen als vorher. Zudem können diese Versicherten die erhöhten GKV/GPV-Beiträge vom einkommenssteuerpflichtigen Einkommen absetzen (§ 10 Abs. 1 Nr. 2 und 3 EStG), wodurch ihr Grenzsteuersatz sinkt. Damit kann sich die zusätzliche Belastung wiederum erheblich reduzieren.

Speziell gegen die Verhältnismäßigkeit der Anhebung (und erst Recht einer Aufhebung) der Beitragsbemessungsgrenze wird vorgebracht, sie sei ein „unzumutbares“/„unangemessenes“ Mittel zu Erreichung der Ziele. Unzumutbar sei, was den Preis, der auf dem Markt für eine vergleichbare Krankenversicherung zu zahlen sei, wesent-

lich (um 150% oder 200%) übersteige (Rolfs 2000; Schröder 2009). Dieses Argument kann nicht überzeugen. Einmal wird nicht angegeben, weshalb gerade die Grenze von 150% oder 200% maßgeblich sei. Zudem ist der Maßstab falsch. Es gibt nicht *den* „Preis“ für eine private Krankenversicherung. Bei einem durchschnittlichen Preis würde gerade das Prinzip der Äquivalenz von Beitrag und Risiko – das wichtigste Merkmal der PKV – ausgeschlossen werden. In dieser Argumentation würde eine soziale PKV zum Maßstab genommen, die gleiche/durchschnittliche Beiträge bei unterschiedlichen Gesundheitsrisiken und familiären Belastungen der Mitglieder erheben würde.

Eine rein individuelle Angemessenheitsprüfung danach, was bestimmte Gruppen in der PKV bzw. GKV/GPV zahlen, kann kein Maßstab für eine generelle Grenzziehung sein, die immer von einzelnen Gruppen abstrahieren muss. Selbst bei der Bildung von Gruppen wäre aber die Einbeziehung der risikoarmen und reichen Personen angemessen (oben Abschnitt 3.1.2). Schwierig wird die Angemessenheitsprüfung auch deshalb, weil die Erhebung der Beiträge nach Leistungsfähigkeit immanent einen Angemessenheitsmaßstab enthält, der hohe Plausibilität hat: Hohe Einkommen können und sollen mehr zur Umverteilung beitragen als mittlere Einkommen.

Bedenken könnten allenfalls dagegen vorgebracht werden, eine solche Umverteilung sei allein sachgerecht über das Steuersystem zu institutionalisieren oder Umverteilung und Versicherung müssten in der Sozialversicherung im Gleichgewicht stehen. Dazu zusammenfassend unten in Abschnitt 3.3.3. Überzeugende, sachgemäße Maßstäbe, nach denen die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze unangemessen wäre, gibt es also nicht.

Gerade hier werden die Gefahren der „Angemessenheitsprüfung“ deutlich. Es müssen einmal zwei unterschiedliche Rechtsgüter bewertet werden, meist das Gemeinwohlinteresse an einer Regelung (hier nachhaltige Finanzierung der GKV/GPV und Verbesserung der horizontalen und vertikalen Gerechtigkeit) und das Privatinteresse Einzelner (die Freiheit jenseits der Beitragsbemessungsgrenze keine Beiträge zur GKV/GPV zu zahlen). Sodann müssen beide Werte noch in Beziehung zueinander gesetzt werden. Es gibt deshalb zahlreiche Einwände gegen solche Abwägungsjurisprudenz (Hillgruber 2012), dennoch hält die Mehrheit der Juristen und vor allem das Bundesverfassungsgericht³³ an dieser Variante des Verhältnismäßigkeitsprinzips fest. Wenn man die Angemessenheit/Zumutbarkeit bewertet, muss dies zumindest sehr vorsichtig geschehen.

33 Trotz Zweifeln BVerfGE 92, 277, 327; BVerfGE 120, 180, 210.

Zudem müssen die Maßstäbe plausibel und überzeugend entwickelt werden. Daran fehlt es bei der Beurteilung der Bürgerversicherung.

3.2.3 *Fazit*

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung die Defizite der Beitragsfinanzierung insbesondere im Hinblick auf vertikale und horizontale Gerechtigkeit nur teilweise kompensieren kann. Andererseits wird die Nachhaltigkeit der Finanzierung deutlich verbessert – dies gilt vor allem in einem integrierten Finanzierungssystem. Vor dem Hintergrund der verfassungsrechtlichen Bedenken gegen eine vollständige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in Kranken- und Pflegeversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung daher als am ehesten umsetzbar zu beurteilen.

3.3 Einbezug weiterer Einkommensarten

Die Bemessung des Beiträge im Status quo von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung ist nicht nur im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenze problematisch. Die Bemessungsgrundlage ist auch insofern eingeschränkt, als dass die beitragspflichtigen Einnahmen zumindest bei den Pflichtversicherten auf Lohn- und Erwerbseinkommen begrenzt sind. Andere Einkommensarten – insbesondere Einkommen aus Vermögen – bleiben beitragsfrei. Dies führt zu erheblichen Defiziten in der horizontalen Gerechtigkeit. Versicherte mit gleich hohem Einkommen zahlen unterschiedlich hohe Beiträge, wenn der Anteil des Lohn- und Erwerbseinkommens am Gesamteinkommen unterschiedlich hoch ist. Zudem wird die horizontale Gerechtigkeit auch insofern verletzt, als dass freiwillig Versicherte Beiträge auf Grundlage ihrer gesamten ökonomischen Leistungsfähigkeit entrichten müssen – und die Krankenkassen die Operationalisierung dieses Begriffs auch noch in Satzungsregelungen festschreiben. Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung ist die enge Bemessungsgrundlage außerdem insofern problematisch, als dass der Anteil der Einkommen aus Vermögen am Volkseinkommen in den letzten Jahrzehnten stetig angestiegen ist.

3.3.1 *Sozialpolitische Aspekte*

3.3.1.1 *Gerechtigkeit*

Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten auf der Grundlage der Einkommenskategorien des Steuerrechtes würde insofern einen deutlichen Zugewinn an horizontaler Gerechtigkeit erbringen, weil sämtliche Einkommensarten – insbesondere Einkommen aus Vermögen – in gleichem Ausmaß zur Beitragsfinanzierung herangezogen werden.

Ceteris paribus kann durch eine solche Maßnahme aber der Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit weiterhin verletzt bleiben. Dies gälte insbesondere dann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht oder nur in geringem Umfang angehoben wird. Dann würden insbesondere Personen mit einem Lohn- und Erwerbseinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze zur Finanzierung herangezogen. Einkommensstarke Versicherte mit zusätzlichem Einkommen aus anderen Einkommensarten müssten keine zusätzlichen Beiträge abführen.

Im Grundsatz sind verschiedene Maßnahmen – auch in Kombination untereinander – denkbar, um eine Verletzung des Grundsatzes der vertikalen Gerechtigkeit zu vermeiden. Erstens würde eine Abschaffung bzw. substantielle Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze diese unerwünschte Folgewirkungen vermeiden bzw. deutlich abmildern (vgl. Abschnitt 3.2.1). Zweitens wären unterschiedliche Beitragssäulen denkbar, in denen Lohn- und Erwerbseinkommen und weitere Einkommensarten getrennt voneinander mit separaten Beitragsbemessungsgrenzen erfasst werden. Hierdurch würde jedoch das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit wieder verletzt werden. Diese Variante wird daher für den weiteren Verlauf des Gutachtens verworfen. Drittens könnten – parallel zu den steuerrechtlichen Regelungen – zumindest für Vermögenseinkommen die entsprechenden Freibeträge auch auf die Beitragsfinanzierung ausgedehnt werden. Mit der zuletzt genannten Maßnahme würde – in Kombination mit einer substantiellen Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze – in der Gesamtschau die horizontale Gerechtigkeit deutlich verbessert werden, ohne den Grundsatz der vertikalen Gerechtigkeit zu gefährden.

3.3.1.2 *Nachhaltigkeit*

Im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung ergeben sich unterschiedliche Auswirkungen einer Einbeziehung weiterer Einkommensarten in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung. Dabei wird jeweils von einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung ausgegangen. Die Erhöhung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung ist zwar spürbar, wird aber durch einige steuerrechtliche Besonderheiten begrenzt. Dies gilt zum Beispiel bei Kapitalerträgen, für die im Einkommensteuerrecht eine Abgeltungssteuer die einkommensbezogenen Steuersätze ersetzt hat. Zudem gibt es Einkommensarten – wie etwa bei Einkommen aus Vermietung und Verpachtung – bei denen das Aufkommen gering oder sogar negativ sein kann (Rothgang et al. 2010). Nichtsdestoweniger ist die Verbeitragung weiterer Einkommensarten nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- und langfristig –

unter der Annahme eines steigenden Anteils von Vermögenseinkommen am Volkseinkommen – auch aus Gründen der Nachhaltigkeit der Finanzierung geboten.

Bezogen auf den derzeitigen Versichertenkreis der gesetzlichen Krankenversicherung würde sich ohne Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags eine zusätzliche Entlastung von 0,5 Beitragssatzpunkten ergeben. Mit Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags analog zum Steuerrecht sinkt die zusätzliche Entlastung auf 0,4 Beitragssatzpunkte. Bezogen auf den Versichertenkreis einer integrierten Krankenversicherung ergibt sich eine geringfügig geringere Entlastung von 0,4 Beitragssatzpunkten (ohne Sparerfreibetrag) bzw. 0,3 Beitragssatzpunkten (mit Sparerfreibetrag) (Rothgang et al. 2010). Die Berücksichtigung eines Sparerfreibetrags würde daher die Einnahmen aus der Verbeitragung weiterer Einkommensarten nur geringfügig reduzieren. In der sozialen Pflegeversicherung steigt die Entlastungswirkung durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung und die Erfassung weiterer Einkommensarten um 0,13 Beitragssatzpunkte (Rothgang o. J.).

3.3.1.3 *Administrative Machbarkeit*

Im Gegensatz zur Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze kann der Einbezug weiterer Einkommensarten nicht problemlos in das derzeitige Verfahren des Beitragseinzugs integriert werden. Weder die Kranken- und Pflegekassen noch der Gesundheitsfonds verfügen über die notwendigen Informationen, um steuerrechtlich relevante Einkommenskategorien erfassen zu können. Wie ähnlich in den Niederlanden praktiziert, müssten daher die Finanzbehörden in den Beitragseinzug integriert werden. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass im Rahmen der jährlichen Steuererklärung nicht nur die Einkommenssteuerschuld, sondern auch gleichzeitig die Beitragsschuld in GKV und GPV festgelegt wird. Die Finanzbehörden wären dann gleichzeitig eine Art Clearingstelle.

Eine jüngst veröffentlichte Studie kommt auf zusätzliche Bürokratiekosten in Höhe von rund 177 Mio. Euro, wenn die Krankenkassen die Verbeitragung zusätzlicher Einkommensarten durchführen müssten (Albrecht et al. 2013). Aus Sicht der Autoren wären die Kosten niedriger, wenn die Finanzbehörden das Verfahren durchführen. Schließlich liegen die notwendigen Informationen hier in der Regel schon vor.

Zusätzlicher administrativer Aufwand würde insbesondere für diejenigen Personen entstehen, die bisher keine Steuererklärung abgeben müssen. Dieser Aufwand ist schwer zu quantifizieren, dürfte aber deutlich unter den geschätzten Bürokratiekosten von 250 Mio. Euro im Rahmen eines steuerfinanzierten Sozialausgleichs (oben Abschnitt 2) lie-

gen. Die Parallele zu einem steuerfinanzierten Sozialausgleich liegt zwar darin, dass zur Durchführung des Antragsverfahrens ebenfalls die Finanzbehörden involviert werden müssten. Der Aufwand zum Einbezug weiterer Einkommensarten ist deutlich niedriger einzuschätzen, weil kein völlig neues Antragsverfahren etabliert werden müsste. Außerdem werden – im Gegensatz zum steuerfinanzierten Sozialausgleich – durch den Einbezug weiterer Einkommensarten neue Beitragseinnahmen in nennenswertem Umfang generiert. Nichtsdestoweniger müsste der Gesundheitsfonds den Bundesländern die Zusatzkosten kompensieren.

3.3.2 Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte

Die verfassungsrechtlichen Probleme liegen auf den gleichen Gebieten wie bei den bisher diskutierten Stellschrauben einer Bürgerversicherung. Ziel und wesentliche Legitimation für die Ausdehnung der Beitragserhebung auf sonstiges Einkommen ist der Grundsatz der Beitragserhebung nach Leistungsfähigkeit, der wesentliche Ausprägung des Solidaritätsprinzips ist. Insbesondere hier ist der weitere Aspekt zu untersuchen, ob es in Hinblick auf das Gebot der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) gerechtfertigt ist, neben dem Erwerbseinkommen auch sonstiges Einkommen heranzuziehen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts und des Bundessozialgerichts strukturiert und legitimiert das Leistungsfähigkeitsprinzip die Beitragserhebung von Nicht-Erwerbseinkommen, etwa von den gesamten Alterseinkünften der Rentner³⁴, den Versorgungsbezügen der Beamten³⁵ und den Betriebsrenten und einmaligen Kapitalzahlungen aus Betriebsrenten³⁶. Beide Gerichte setzen die starke verfassungsrechtliche Legitimationskraft des Leistungsfähigkeitsprinzips voraus.

Das Bundesverfassungsgericht formulierte allgemeiner³⁷, dass die Beschränkung der Beitragserhebung auf das Lohn Einkommen bei abhängig Beschäftigten gerechtfertigt sei, weil es bei ihnen typischerweise das „Gesamteinkommen“ ausmache, bei freiwillig Versicherten wie freiwillig versicherten Rentnern ginge der Gesetzgeber von dieser Annahme nicht aus und mache deshalb auch sonstiges Einkommen beitragspflichtig.³⁸ Der Gesetzgeber könne aber für alle Versicherungspflichtigen auch die Beitragserhebung von allen Einkommen wie bei den freiwillig Versicherten zu Grunde legen; dazu sei er sogar verpflichtet, wenn sich herausstellte, dass bei den anderen („normalen“) Versi-

34 BSGE 97, 292.

35 BVerfGE 79, 223, 236 ff.; BVerfGK 13, 583–590; BSGE 58, 1.

36 BVerfG SGB 2009, 223–226; BSGE 97, 292 mwN.

37 BVerfGE 79, 223, 236.

38 BVerfGE 102, 68, 92–94.

cherten das Erwerbseinkommen nicht mehr die überwiegende Einkommensquelle sei.³⁹ Das trifft auf die Bürgerversicherung zu. Dann sind so unterschiedliche Gruppen von Versicherten mit sehr unterschiedlichen Erwerbsquellen und Einkommensarten Mitglieder, dass es gerechtfertigt, wenn nicht gar notwendig ist, den GKV/GPV-Beitrag nicht nur vom Arbeitsentgelt und Arbeitseinkommen (§§ 14/15 SGB IV), sondern vom gesamten Einkommen zu erheben (Bieback 2005; Muckel 2004). Abgesehen vom Krankengeld werden alle weiteren Leistungsausgaben – und damit 96% der Ausgaben (Bundesministerium für Gesundheit 2013) unabhängig vom beitragspflichtigen Einkommen gewährt. Allerdings hat diese Ausweitung der Beitragserhebung Rückwirkungen auf die Ausgestaltung und Finanzierung des Krankengeldes. Sachgerechter ist es, die bestehende enge Verbindung von Beitrag und Leistung beim Krankengeld zu beachten und es deshalb über einen Sonderbeitrag aus jenem Einkommen zu finanzieren, das durch diese Leistung ersetzt wird.

3.3.3 *Fazit*

Zusammenfassend ist die Heranziehung weiterer Einkommensarten zur Finanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung zur Verbesserung der horizontalen Gerechtigkeit der Beitragsfinanzierung auch aus einer verfassungs- und sozialrechtlichen Perspektive dringend geboten. Die positiven Auswirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung sind zwar spürbar, werden aber durch steuerrechtliche Besonderheiten wie die Abgeltungssteuer begrenzt. Die Umsetzung des Einbezugs weiterer Einkommensarten kann mit überschaubarem bürokratischem Aufwand durch die Finanzbehörden erfolgen.

3.4 Additive Grundrechtseingriffe und die Überschreitung von Systemgrenzen durch die Einführung einer Bürgerversicherung

Bei der bisherigen verfassungsrechtlichen Prüfung sind die einzelnen Elemente getrennt geprüft worden, die jedoch bei der Einführung der Bürgerversicherung in der GKV/GPV alle zusammen wirken. Das Bundesverfassungsgericht⁴⁰ hat neuerdings bei solchen Systemreformen zu Recht darauf hingewiesen, dass diese „additiven Grundrechtseingriffe“ auch in ihrer Gesamtwirkung geprüft werden müssen.

Der wesentliche Eingriff in Grundrechte liegt in der Ausdehnung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV auf die Gesamtbevölkerung. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der GRV und die Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommen sind dann eher systemimmanente Reformen, die im

39 BVerfGE 102, 68, 92–94.

40 BVerfGE 123, 186, 265/6; BVerfGE 114, 196, 247; BVerfGE 112, 304, 319 f.

Rahmen des Grundsatzes der Beitragserhebung nach der Leistungsfähigkeit bleiben und zum Teil von Art. 3 GG gefordert werden. Additive Wirkungen werden eher über eine Gesamtbewertung des Projekts einer Bürgerversicherung diskutiert. Hier liegen auch die wesentlichen Vorbehalte einiger Verfassungs- und Sozialrechtler gegen die Einführung einer Bürgerversicherung. Eine solche Gesamtbewertung ist besonders problematisch. Denn sie geht meist implizit davon aus, dass (gerade) das jetzige System der GKV/GPV in seiner Ganzheit wie dem Verhältnis seiner Teile zueinander verfassungsrechtlich geboten sei. Sie führt damit immer zu einer Überbewertung des Status quo.

3.4.1 „Überdehnung“ des Solidarausgleichs zu Lasten des Versicherungsprinzips?

Viele Stimmen in der Literatur (Wallrabenstein 2009) und mehrere Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts⁴¹ gehen davon aus, die Sozialversicherung insgesamt und auch die GKV/GPV seien von einem Gegensatz zwischen Versicherungsprinzip und Solidarausgleich geprägt. Deshalb sei ein „angemessenes“ Verhältnis zwischen beiden Elementen, gar eine „Halbteilung“ geboten (Sodan/Gast 2002: 50ff.).

Einmal ist schon die These von einer zwingenden Polarität zwischen Versicherungsprinzip und Sozialausgleich falsch. Der solidarische Ausgleich von Unterschieden im Risiko und in der Leistungsfähigkeit ungleicher Einkommen zur Vorsorge durch die GKV/GPV ist wie gezeigt nicht etwa fremdnützig, sondern *auch Eigen-Vorsorge*, wie sie jede Versicherung prägt. Darüber hinaus lassen sich aber auch keine verlässlichen Maßstäbe für ein „angemessenes“ Verhältnis beider Elemente finden.

Das Verhältnis von Versicherungsprinzip und Sozialausgleich ist in den einzelnen Zweigen der Sozialversicherung sehr unterschiedlich. Die Unfallversicherung ist ganz stark vom Versicherungsprinzip geprägt. Gleiches gilt für die Rentenversicherung. Letztere kennt aber einen starken sozialen Risikoausgleich: ungleiche Risiken (unterschiedliche Lebenserwartung, Behinderung) zahlen gleiche Beiträge, obwohl sie unterschiedlich lange Rente beziehen werden. In der GKV und der GPV wird dagegen stark umverteilt, denn die Beiträge richten sich nach der Leistungsfähigkeit – die Leistungen dagegen allein nach dem Bedarf. Die einzige Ausnahme bildet das Krankengeld, das aber nur vier Prozent aller Ausgaben der GKV ausmacht.

Das Bundesverfassungsgericht hatte außerdem schon 1960⁴² mit den allein von den Arbeitgebern und Selbständigen finanzierten Familienausgleichskassen einem neuen

41 BVerfGE 10, 141, 166; BVerfGE 76, 256, 300 ff.

42 BVerfGE 11, 105, 115, 117.

Zweig der Sozialversicherung die verfassungsrechtliche Legitimation zuerkannt, der völlig vom Element des Sozialausgleichs geprägt war. In der Entscheidung zum Risikostrukturausgleich von 2005⁴³ spricht das Bundesverfassungsgericht zwar davon, dass eine „Überdehnung des Solidarprinzips auf Kosten des Versicherungsprinzips“ möglich sei. Aber es konkretisiert und analysiert auch nicht ansatzweise, wann sie vorliegt und sollte sie einmal vorliegen, ob sie verfassungsrechtlich legitimierbar ist.

3.4.2 *Zwingender Unterschied zum Steuersystem?*

Mit den Elementen der Einbeziehung aller Bürger und der Beitragspflicht aller Einkommen nähert sich der Beitrag zur GKV/GPV der Einkommenssteuer an. Hier liegt der Haupteinwand gegen die Bürgerversicherung. Zahlreichen Autoren vertreten, grundsätzlich dürfe nur die Steuer nach Leistungsfähigkeit erhoben werden. Eine strikte Ansicht lehnt deshalb die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen nach Leistungsfähigkeit ganz ab; andere lassen zwar Ausnahmen zu, aber gem. Art. 3 GG nur zum Ausgleich des Risikos der (eigenen) Vorsorgeschwäche und nur mit einem festen Prozentsatz bis zu einer Obergrenze (Butzer 2001; Kirchhof 2007; Schaks 2007; Schenkel 2008).

Weithin anerkannt ist, dass der Sozialversicherungsbeitrag ein dritter Abgabentyp neben der Steuer und sonstigen nichtsteuerlichen (Sonder-) Abgaben ist; er folgt eigenen Kriterien der Sachgemäßheit.⁴⁴ Die Beitragserhebung überschneidet sich nur in einem Punkt und das auch nur teilweise mit der (Einkommens-) Steuer, bei der Erhebung nach Leistungsfähigkeit. Ansonsten ist der Beitrag in entscheidenden Punkten von ihr unterschieden. Erstens unterscheiden sich die Tarifverläufe, zweitens unterscheidet sich die Bemessungsgrundlage, drittens unterscheidet sich der Verwendungszweck (Finanzierung des allgemeinen Finanzbedarfs vs. einer speziellen Aufgabe) und viertens fließt die Steuer dem allgemeinen Haushalt und der Beitrag einem Sonderhaushalt zu. Das Bundesverfassungsgericht⁴⁵ geht davon aus, die Beitragsfinanzierung der GKV/GPV müsse unter Aspekten des Art. 3 GG hinreichend von der Steuerfinanzierung unterschieden sein, doch seien die Verwendung der Beiträge zur Absicherung der eigenen Risiken und die sonstigen Unterschiede zur Steuer in Bezug auf Art. 3 GG hinreichende Unterscheidungsmerkmale. Die Finanzierung der Bürgerversicherung durch Beiträge vom gesamten Einkommen und nach Leistungsfähigkeit verstößt also nicht gegen die Finanzverfassung in Verbindung mit Art. 3 GG.

43 BVerfGE 113, 167, 196/7.

44 BVerfGE 113, 167, 196 ff.; Felix 2013; Bieback 2005:60–66.

45 BVerfGE 113, 167, 213 ff. 219/20.

3.5 Übergangsregelungen

Im weiteren Verlauf des Gutachtens liegt der Schwerpunkt auf der Beurteilung der Regelungen des Übergangs in ein integriertes Krankenversicherungssystem. Sie sind schwierig nur in Hinblick auf die Behandlung der schon bestehenden PKV-Vollkrankenversicherungsverträge und PKV-Pflegekrankenversicherungsverträge (Altverträge). Die erste Variante geht von einem Stichtag aus, zu dem auch die Altverträge samt Alterungsrückstellungen in die integrierte Kranken- und Pflegeversicherung überführt werden. Alternativ wird eine Option diskutiert, die die Altverträge der PKV bestehen lässt, sie aber in einen übergreifenden Risikostrukturausgleich einbezieht. Die dritte Möglichkeit lässt die Altverträge ebenfalls bestehen, gibt den Altversicherten der PKV aber eine zeitlich befristete Wahlmöglichkeit in der PKV zu bleiben oder unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen in die Bürgerversicherung zu wechseln.⁴⁶ Dabei geht es immer nur um die Altverträge soweit sie die Leistungen der GKV/GPV abdecken. Soweit sie darüber hinaus auch Zusatzleistungen absichern, werden sie von der Einführung eines integrierten Kranken- und Pflegeversicherungssystems nicht tangiert.

3.5.1 Sozialpolitische Aspekte

3.5.1.1 Stichtagslösung

Bei der Stichtagslösung müssen alle Versicherten – auch die derzeit in der privaten Krankenvollversicherung versicherten Personen (Altversicherten der PKV) – sich zu einem bestimmten Stichtag bei einem Versicherer der GKV/GPV ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern. Einen vergleichbaren Weg hat der niederländische Gesetzgeber bei der Krankenversicherungsreform im Jahr 2006 eingeschlagen. Der zentrale Vorteil dieser Variante würde darin bestehen, dass sämtliche Vorteile eines integrierten Krankenversicherungssystems sofort wirksam werden würden. Zudem würde eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure nicht entstehen. Meist wird bei dieser Lösung auch vorgeschlagen, dass die vorher in der PKV Versicherten ihre Alterungsrückstellungen aus der PKV in das neue System mitnehmen können. Zwingend ist das nicht. Unter anderem könnte man auch die am Stichtag schon bestehenden PKV-Versicherungen samt Alterungsrückstellungen unangetastet lassen und es den Altversicherten freistellen, ob und wie sie die PKV-Altversicherungen weiterführen wollen.

3.5.1.2 Fortbestand der PKV-Altverträge

⁴⁶ Grundsätzlich ist auch eine weitere Differenzierung der Übergangsregelungen denkbar (Langer 2011).

Die Alternative wäre, nur alle neu versicherungspflichtigen Selbständigen, Beschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze und Beamte nach dem Stichtag zukünftig in dem integrierten Krankenversicherungssystem zu versichern. Die Altverträge würden unverändert fortgeführt werden. Ein Neuzufluss von Krankenvollversicherten in die PKV wäre damit zumindest faktisch ausgeschlossen. Die Wirkungen dieser Alternative im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte wären ebenso begrenzt wie die Wirkungen auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung. Die Übergangsphase bis ein integriertes Krankenversicherungssystem für die gesamte Bevölkerung gilt, würde mehrere Generationen dauern. Bis dahin würden die unterschiedlichen Regelungen in den beiden Versicherungssystemen weiter existieren und nur langsam abgebaut werden. Zudem käme es zu neuen Ungleichbehandlungen verschiedener Personengruppen – etwa von Personen, die vor oder nach dem Stichtag eine selbständige Tätigkeit aufgenommen haben oder ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze erzielen. Darüber hinaus bestände die Gefahr, dass bei wechselnden politischen Mehrheiten und einer derart langen Übergangsfrist der Prozess hin zu einem integrierten Krankenversicherungssystem wieder umgekehrt werden könnte.

Übergreifender Risikostrukturausgleich

Nichtsdestoweniger ließen sich Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite eines solchen Übergangsszenarios durch zwei Maßnahmen zumindest teilweise kompensieren. Erstens könnten die Altversicherten in den Risikostrukturausgleich der integrierten Krankenversicherung einbezogen werden (Sehlen et al. 2006; Sehlen/Schröder 2010). Auf diese Art und Weise könnten zumindest die Auswirkungen der Risikoanalyse zu Lasten der integrierten Krankenversicherung nachträglich kompensiert werden. Ein ähnliches Ausgleichsverfahren ließe sich mit gleicher Begründung auch zwischen privater Pflegepflichtversicherung und sozialer Pflegeversicherung installieren (Rothgang 2010). Im Grundsatz ließen sich durch solche Risikoausgleichsverfahren ähnliche finanzielle Wirkungen erzielen wie durch die übergangslose Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems. Es ist aber zu berücksichtigen, dass die Altversicherten in der privaten Krankenversicherung durch einen solchen Ausgleichsmechanismus doppelt belastet werden würden. Zum einen müssten sie weiterhin Alterungsrückstellungen finanzieren, zum anderen müssten sie die Kompensation der negativen Risikoanalyse zu Lasten der integrierten Krankenversicherung finanzieren.

Zweitens wäre es möglich, die Vergütungssysteme für Leistungsanbieter zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenvollversicherung anzugleichen, ohne die beiden Versicherungssysteme sofort vollständig zu integrieren (Walendzik et

al. 2009). Diese Maßnahme war auch in den Niederlanden der Schaffung eines integrierten Krankenversicherungssystems vorgeschaltet. Politisch sind die beiden Maßnahmen – Einbezug der Altversicherten in den Risikoausgleich der integrierten Krankenversicherung und Angleichung der Vergütungssysteme für Leistungsanbieter – allerdings nur gemeinsam zu denken. Hintergrund ist die schon angesprochene Annahme, dass die Angleichung der Vergütungssysteme für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutral finanziert werden würde. Die hierfür notwendigen Mittel könnten aus der Erweiterung des Risikostrukturausgleichs finanziert werden.

Die Herausforderungen im Hinblick auf die administrative Durchführbarkeit eines solchen Übergangsszenarios liegen bei der Integration der Altversicherten in den Risikostrukturausgleich der integrierten Krankenversicherung. Dies gilt weniger für das Verfahren an sich als für die notwendigen Datengrundlagen. Diese Herausforderungen würden sich allerdings auch bei der Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems stellen. Gleiches gilt für die sicherlich auch nicht zu unterschätzenden technischen Probleme bei der Angleichung der Vergütungssysteme.

Wahlrecht

Eine dritte Option zum Übergang würde einerseits die Übergangszeit bis zur vollständigen Implementation einer integrierten Krankenversicherung verkürzen aber andererseits niemand zum Wechsel in die GKV/GPV zwingen. Dazu würde – ebenso wie im vorherigen Szenario – zu einem bestimmten Stichtag der Neuzugang zur privaten Krankenvollversicherung geschlossen. Die Altversicherten erhalten für einen beschränkten Zeitraum – maximal für ein Jahr – die Möglichkeit, ohne Rückkehroption in das integrierte Krankenversicherungssystem zu wechseln. Mit anderen Worten haben alle Altversicherten auch die Möglichkeit, auf einen Wechsel zu verzichten. Für diese Gruppe würde sich an den bestehenden Versicherungsverträgen nichts ändern.

Die Wirkungen dieses Szenarios auf Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit der Finanzierung des integrierten Krankenversicherungssystems hängen entscheidend davon ab, welche Wahlentscheidungen die Altversicherten treffen. Die oben angesprochenen Implosionstendenzen der privaten Krankenvollversicherung lassen zumindest darauf schließen, dass der Anteil der Wechsler in die integrierte Krankenversicherung substantiell wäre. Versichertenbefragungen deuten darauf hin, dass sich etwa ein Drittel der PKV-Versicherten für ein integriertes Versicherungssystem mit den Systemmerkmalen der GKV/PKV aussprechen. Der Anteil der Rentnerinnen und Rentner liegt mit etwa 50 Prozent noch deutlich höher (Zok 2010). Diese Ergebnisse sind durchaus plausibel, weil ältere Versicherte in überdurchschnittlichem Ausmaß von den Prämiensteigerungen in

der privaten Krankenvollversicherung betroffen sind. Wasem et al. (2013) nehmen in ihrer Schätzung eines möglichen Kompensationsbedarfs für die Ärzteschaft in einem ähnlichen Übergangsszenario Übertrittsraten von 50 Prozent für über 50-jährige Versicherte sowie 20 Prozent für unter 50-jährige Versicherte an.

Der Schutz der Altversicherten in Kombination mit einer einmaligen Wechselmöglichkeit ist daher nicht ohne Risiken für eine integrierte Krankenversicherung. Es besteht die ernstzunehmende Gefahr, dass insbesondere diejenigen Versicherten aus der PKV in das integrierte System wechseln, die von den Prämiensteigerungen in der Vergangenheit besonders stark betroffen waren und für die ein Wechsel damit ökonomisch attraktiv wäre. Das wären vermutlich in erster Linie ältere Versicherte mit unterdurchschnittlichem Einkommen und überdurchschnittlichen Ausgabenrisiken. Konsequenz wäre, dass sich die Risikoentmischung zwischen den beiden Systemen im Vergleich zum Status quo kurzfristig sogar noch verschärfen würde.

Ein derartiges Übergangsszenario müsste also nicht nur den Schutz der Bestandversicherten in der privaten Krankenvollversicherung gewährleisten, sondern auch die Interessen der Versicherten in der integrierten Krankenversicherung wahren. Beides könnte durch die Mitnahme der Alterungsrückstellungen der wechselwilligen Altversicherten in das integrierte Versicherungssystem erfolgen. Die Wechsler würden auch hier nur denjenigen Anteil der Alterungsrückstellungen mitnehmen, der ihnen kalkulatorisch für den GKV-äquivalenten Leistungsumfang zustände. Mit diesen Alterungsrückstellungen – die auch hier wieder sukzessive dem Gesundheitsfonds zugeführt werden würden – würden sich die Wechsler das Recht auf Teilnahme an den Umverteilungsmechanismen in der integrierten Krankenversicherung erwerben. Das gilt insbesondere für die generationsübergreifende Umverteilung. Die Versicherten der integrierten Kranken- und Pflegeversicherung wären demnach vor den ökonomischen Konsequenzen einer weiteren Risikoentmischung weitgehend geschützt. Ihr Versichertenkollektiv wird gerade in den ersten Jahren nach Einführung der Bürgerversicherung mit jungen Selbständigen, Einkommensbeziehern oberhalb der alten Pflichtversicherungsgrenze und eventuell Beamten aufgefüllt, die eher gute Risiken darstellen. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist es deshalb vertretbar, wenn GKV und GPV aus denselben Gruppen die eher schlechteren Risiken der Wechsler aus der PKV übernehmen. Die im System der PKV verbleibenden Altversicherten wären ebenfalls geschützt, da sie im Vergleich zum Status quo keine Nachteile zu befürchten hätten.

Nichtsdestoweniger liegen derzeit keine Studien über die quantitativen Effekte auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung in einem solchen Szenario mit einer freiwilligen Wech-

selmöglichkeit für alle Altversicherten vor. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die finanziellen Entlastungswirkungen für die Versicherten in einem integrierten Krankenversicherungssystem kurzfristig deutlich geringer wären als bei einem sofortigen Übertritt aller Altversicherten. Auch in diesem Szenario ist außerdem davon auszugehen, dass die Ärzteschaft unter Umständen für die Angleichung des Vergütungssystems kompensiert werden müsste. Die Nachhaltigkeit der Finanzierung würde sich in diesem Szenario vor allem mittel- bis langfristig verbessern, weil der Zufluss neuer Versicherter in die private Krankenversicherung verhindert wird. Gleiches gilt für die horizontale und vertikale Gerechtigkeit in der Finanzierung.

Gegenüber dem Stichtagsmodell ist die administrative Durchführbarkeit erschwert, müssten doch die PKV und das neue integrierte System lange nebeneinander verwaltet und auf einander abgestimmt werden. Zusätzlich wäre die Übertragung der Alterungsrückstellungen über einen längeren Zeitraum zu bewältigen. Hier hatte allerdings das IGES schon 2006 mehrere Modelle einer allmählichen Übertragung der Alterungsrückstellungen durchgerechnet (Albrecht et al. 2006). Zudem hat auch die Durchführung des GKV-WSG von 2007, das erstmals die Mitnahme der Alterungsrückstellungen zuließ, gezeigt, dass die Übertragung der gesamten Alterungsrückstellungen eines Vertrags zu einem Stichtag umsetzbar ist. Seit dem 1. Januar 2013 müssen die Versicherungsunternehmen den Versicherten sogar einmal im Jahr die Höhe der Übertragungswerte mitteilen (VAG Anlage Teil D Abschnitt II Nr. 4).

3.5.2 Sozial- und Verfassungsrechtliche Aspekte

Zu den als Eigentum geschützten Rechten zählen die durch Vertrag schon begründeten Ansprüche (Wendt in Sachs 2009: Art. 14 GG, Rn. 22/3), also auch die Ansprüche der Versicherer auf die Beiträge und der Versicherten auf Leistungen. Zudem wurden und werden die Versicherten durch Gesetz gezwungen, über die Alterungsrückstellungen langfristig in ihre PKV-Verträge zu investieren (§ 12 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 4a, § 12a VAG). Deshalb muss ihnen auch ein besonderer Vertrauensschutz am Erhalt ihres Vorsorgevertrags zuerkannt werden. Das setzt dem Übergangsrecht Grenzen und macht die verfassungsfeste Ausgestaltung *aller* Übergangsregelungen schwierig, da sie alle in die Altverträge der PKV eingreifen müssen.

Allerdings ist es vom Ziel der Bürgerversicherung nicht gerechtfertigt, die PKV-Verträge und die ihnen entsprechenden Alterungsrückstellungen insoweit zu tangieren, als sie

über die Leistungen der GKV/GPV hinausgehen.⁴⁷ Insoweit können sie immer als Zusatzversicherungen weiter geführt werden.

3.5.2.1 *Stichtagslösung*

Überführung der Altverträge

Würde die Stichtagsregelung zu einem Stichtag alle Altverträge der PKV mit den Alterungsrückstellungen in die neue integrierte Krankenversicherung der GKV/GPV überführen, wäre das ein starker Eingriff in das Eigentum an den vertraglich begründeten Ansprüchen aus den bestehenden Verträgen. Beim Schutz des Eigentums wird unterschieden zwischen einerseits einer entschädigungspflichtigen Enteignung und andererseits einer Ausgestaltung des Eigentums, die zwar nicht entschädigungspflichtig ist, aber verhältnismäßig sein muss. Enteignung setzt den finalen Rechtsentzug durch Einzelakt oder Gesetz voraus.⁴⁸ Reformgesetze, die die Funktion von Eigentumsrechten um- und neugestalten, sind aber selbst dann keine Enteignung, wenn bestehende Rechte vollständig entzogen werden; sie sind vielmehr Inhalts- und Schrankenbestimmungen im Sinne des Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG.⁴⁹ Deshalb ist die grundlegende Ausgestaltung und Neuschaffung der Eigentumsrechte an den Ansprüchen aus den PKV-Verträgen nur eine Inhalts- und Schrankenbestimmung (Bieback et al. 2006; Kirchhof 2004; Schröder 2009). Allerdings sind dann, wenn wie hier die bestehende Eigentumsrechte grundlegend geändert oder gar aufgehoben werden, die Anforderungen an die Verfassungsmäßigkeit wegen der Nähe zur Enteignung sehr hoch.⁵⁰ Das Ziel der Rechtsvereinheitlichung reicht nicht aus, die Neuordnung zu rechtfertigen.⁵¹

Ist der Eingriff in die bestehenden Verträge sehr stark? An sich besteht bei Verträgen kein Kontinuitäts-Schutz, können sie doch von den Vertragspartnern gekündigt werden, wie die PKV-Verträge von den Versicherten spätestens zum Ende eines jeden Jahres (§ 205 VVG). Dass dies faktisch wegen der begrenzten Portabilität nicht geschieht, ist der gesetzlichen Ausgestaltung der Alterungsrückstellungen geschuldet, die änderbar ist. Aber auch wenn die Fortführung der Altverträge ungewiss ist, liegt die Ungewissheit allein in den Händen der Vertragspartner. Hier geht es aber um einen hoheitlich einseitigen Eingriff des Gesetzgebers in die Altverträge.

47 Auch die Leistungen der privaten Pflegekrankenversicherung (§ 192 Abs. 6 VVG) können z. B. mit der Leistung Pfl egetagegeldversicherung über die der GPV hinausgehen, denen sie ansonsten entsprechen müssen (§ 23 Abs. 1 S. 2 SGB XI).

48 BVerfGE 70, 191, 212 ff.

49 BVerfGE 83, 201, 211 f.; BVerfGE 70, 191, 212 ff.

50 BVerfGE 83, 201, 211 f.; 70, 191, 201 f.

51 BVerfGE 83, 201, 211 f.; 78, 58, 75.

Entsprechend den hohen Anforderungen müssen die Gründe für die Neuordnung a) sehr gravierend sein und b) ohne Veränderung der Altrechte nicht realisiert werden können. Wie gezeigt, kann man a) bejahen. Die sofortige Überführung der Altverträge in die GKV/GPV dürfte geeignet und erforderlich sein, den Sozialausgleich auch auf die Versicherten der PKV auszudehnen und den Beitragssatz zu stabilisieren und zu senken. Das drängende Problem einer Absicherung der kleinen selbständigen Altversicherten zu angemessenen Beiträgen kann nur durch ihre sofortige Einbeziehung in die GKV/GPV gelöst werden. Es ist dann allerdings gerechtfertigt, diesen sozialen Schutz nicht allein von den Pflichtversicherten der GKV tragen zu lassen, sondern hierzu auch die besser verdienenden Selbständigen heranzuziehen. Dieser Eingriff in die Altverträge ist zur Erreichung der Ziele angemessen/zumutbar, denn die *Versicherten* erhalten im Umfang der GKV/GPV-Tarife einen der PKV entsprechenden Versicherungsschutz. Gegenüber den *PKV-Versicherungsunternehmen* ist er gerechtfertigt, weil alle Ansätze zu einer sozialen Absicherung der kleinen Selbständigen in diesem System bisher nicht gelungen sind und wenn, dann nur durch eine sehr starke Regulierung gelingen können (dazu im nächsten Absatz). Allerdings bestehen hier wieder die weiten Spielräume bei der Beurteilung, ob die sofortige Einbeziehung aller Altverträge für die *PKV-Unternehmen* nicht unzumutbar/unangemessen ist (oben 3.1.2.2, 3.3.2 und 3.4.1). Denn die Ziele können, wenn auch mit erheblicher zeitlicher Verzögerung und stark abgemildert, auch dann erreicht werden, wenn die Altverträge unangetastet blieben.

Diese Schwierigkeiten könnte man zum Teil umgehen, wenn die PKV-Unternehmen ihre alten Verträge als GKV/GPV-Tarife bei voller Integration in das GKV/GPV-System und den Gesundheitsfonds weiterführen könnten (Albrecht et al. 2006; oben 3.1.1.3). Dann blieben die PKV-Unternehmen weiterhin Inhaber der Vertragsrechte. Dies wäre zwar eine starke, grundlegende Umgestaltung, aber keine Enteignung oder ein der Enteignung nahekommender Eingriff (Bieback et al. 2006). Rechtfertigen ließe sich diese Umgestaltung durch die schon aufgezeigten Ziele einer Bürgerversicherung. Allerdings wäre der Regelungsaufwand hoch. Die PKV-Unternehmen müssten die Altverträge mit ihrem GKV/GPV-Teil innerhalb der GKV/GPV sinnvoll fortführen können. Auch wäre unter dem Dach des Gesundheitsfonds und Risikostrukturausgleichs (dazu sogleich) eine gemeinsame „Wettbewerbsordnung“ zu etablieren, die dem Gleichbehandlungsgebot gerecht wird. Über eine Pflicht zur Beobachtung durch den Gesetzgeber und einer eventuellen Nachsteuerung ließen sich unzumutbare Entwicklungen vermeiden. Immerhin gibt es einen Risikostrukturausgleich in der PKV für den Basistarif (§ 12g VAG) und traditionell in der privaten Pflegekrankenversicherung (§ 111 SGB XI); letzterer müsste erweitert werden.

Zur Mitnahme der Alterungsrückstellungen durch die Versicherten unten 3.5.2.2.

Kein Schutz der Zahlungsfähigkeit der Versicherten?

Eine Stichtagslösung braucht an sich die PKV-Altverträge nicht zu tangieren. Die Altverträge könnten weitergeführt werden und die Alterungsrückstellungen verblieben bei den PKV-Unternehmen; an ihre Seite träte nur zusätzlich die Versicherungspflicht zur GKV/GPV. Auch dies ist nach Ansicht einiger Autoren (Füsser 2005; Muckel 2004) ein Eingriff in die weiterbestehenden Vertragsrechte *der PKV-Versicherten* (noch mittelbarer *der PKV-Versicherer*). Denn die neuen Beitragspflichten zur GKV/GPV ließen den Alt-Versicherten keine bzw. nicht hinreichende finanzielle Mittel übrig, die PKV-Altverträge ganz oder teilweise (als Zusatzversicherung) weiterzuführen. Sie müssten die PKV-Altverträge kündigen und verlören so ihre Vertragsrechte. Dagegen spricht, dass nur die Fähigkeit der Versicherten beeinträchtigt wird, bestehenden Verpflichtungen nachzukommen. Das kann durch *jede* Minderung der finanziellen Leistungsfähigkeit z. B. durch die Einführung neuer Abgaben (z. B. Schul- und Studiengebühren) geschehen. Einen verfassungsrechtlichen Schutz der „Zahlungsfähigkeit“, d.h. des allgemeinen Vermögens, gibt es nicht. Deshalb hatte auch das Bundesverfassungsgericht 1990 und 2007 entschieden, dass es kein Verstoß gegen Art. 14 GG sei, wenn eine neue Pflichtmitgliedschaft in der GRV die Weiterführung privater Altersvorsorgeverträge erheblich erschwere.⁵²

Die Situation ist bei der PKV aber anders. Hier ließe sich eher befürworten, dass die Versicherten zumindest einen *Vertrauensschutz* genießen, denn der Gesetzgeber hat sie in der Pflegeversicherung schon seit 1995, sonst seit 2009, zum Abschluss der PKV-Verträge gezwungen. Traditionell besteht in der PKV die Pflicht, Beiträge für die Alterungsrückstellungen zu zahlen, also die Vertragsverhältnisse auf Dauer anzulegen. Aber selbst wenn man dies als hinreichenden Grund für einen Vertrauensschutz ausreichen lässt, ist der Eingriff in diese Positionen mit den Argumenten zu rechtfertigen, die für die Zulässigkeit der Überführung der Verträge in die GKV/GPV sprechen: Die Regelung verfolgt sehr hochrangige Ziele des Allgemeinwohls.

3.5.2.2 *Fortbestand der PKV-Altverträge*

52 BVerfGE 83, 89 und SGB 2008, 476, 477 Rz. 25/26.

Bei den beiden anderen Übergangslösungen bleiben die PKV-Altverträge bestehen. Hier liegen die Eingriffe darin, dass die zukünftige Abwicklung dieser Verträge geändert wird.⁵³

Fortführen der Altverträge nur bei Abschluss von Neuverträgen möglich?

Die Ausdehnung der Versicherungspflicht zur GKV/GPV nur auf zukünftige Fälle soll in die fortbestehenden Altverträge der PKV dadurch eingreifen, dass die PKV trotz Kapitaldeckung wie ein Umlagesystem auf den ständigen Zustrom neuer Versicherter angewiesen ist (Muckel 2004). Dagegen ist einzuwenden, dass der PKV-Vertrag für das Risiko Krankheit und Pflegebedürftigkeit durch die Alterungsrückstellungen in dem jeweiligen Kollektiv gleicher Risiken (gleicher Tarif, ähnliche Vertragslaufzeit, ähnliches Alter) bis zu Ende so geführt werden muss, ohne dass neue, jüngere und risikoärmere Versicherte zum Versichertenkollektiv nachrücken (§§ 203 VVG i. V. m. §§ 12 ff. VAG). Deshalb wären die Gefahren für die bestehenden Verträge genauer zu verifizieren; pauschale Behauptungen genügen nicht⁵⁴. Gegen dieses Gefahrenszenarium spricht außerdem, dass es zur Praxis der PKV gehört, alte Tarife nicht mehr zu bewerben und auslaufen zu lassen, wie Tarife auch offiziell geschlossen, die Versichertenkollektive also ohne „Nachwuchs“ abgewickelt wurden⁵⁵ – ohne dass dies die auslaufenden Tarife wertlos und die Leistungen aus und die Beiträge zu ihnen unzumutbar gemacht hätte. Ein Eingriff in die bestehenden Verträge (Art. 14 GG) scheidet also aus.⁵⁶ Käme es dennoch zu unzumutbaren Belastungen, müsste der Gesetzgeber allenfalls nachsteuern; eine entsprechende Beobachtungspflicht wäre in das Gesetz aufzunehmen.⁵⁷ Immer aber wäre zuerst zu analysieren, ob die Belastungen nicht dadurch entstanden sind, dass die PKV-Unternehmen ihren vertraglichen Pflichten nicht nachgekommen sind – ein Risiko, das zuerst bei den Vertragspartnern und nicht bei der Allgemeinheit liegt.

Einbezug der fortbestehenden Altverträge in den Risikostrukturausgleich

Bleiben die Altverträge bestehen und werden in einen Risikostrukturausgleich einbezogen, ist dies auf jeden Fall keine Enteignung, kommt ihr auch nicht nahe, wird aber zu

53 Es kann offen bleiben, ob der Schutz vor diesen zukünftigen Änderungen auf dem Eigentum an den Vertragsrechten (Art. 14 GG, s. oben 3.1.2.2(3)) oder nur der allgemeinen Vertragsfreiheit (Art. 2 GG) beruht.

54 In den Verfahren 2004 und 2009 wurden entsprechende Befürchtungen vom Bundesverfassungsgericht zurückgewiesen, vgl. BVerfG 2. Kammer des Ersten Senats – 1 BvR 1103/03 – vom 4.2.2004, Rz. 34 = BVerfGK 2, 283, 289 und BVerfGE 123, 186, 231/2.

55 Zu beidem Albrecht u.a. (IGES)/Rürup 2010. Abgewickelt wurden die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, vgl. Verband der privaten Krankenversicherung, Jahresbericht 2001/2002, 2003, 22.

56 So auch BVerfGE 123, 186, 231/2 in Bezug auf den Schutz der Versicherten in der Fortführung ihrer Vertragsverhältnisse.

57 Zu den Beobachtungspflichten BVerfGE 123, 186, 266.

starken Änderungen führen. Einmal müsste der Einbezug wechselseitig sein, d. h. auch „schlechte“ Risiken in der PKV müssten auf Kosten der GKV ausgeglichen werden (z. B. Ausgleich der Risikozuschläge und Versicherung von Ehegatten und Kindern). Ebenfalls liegt es in Hinblick auf das Gebot der Gleichbehandlung nahe, diesen Ausgleich dann auch innerhalb der PKV einzuführen. Dadurch würden die PKV-Unternehmen mit überdurchschnittlich schlechten Risiken entlastet, wie es teilweise in der privaten Pflegekrankenversicherung geschieht (§ 111 SGB XI). Der Gleichbehandlungsgrundsatz dürfte also komplexe Regelungen verlangen, um der jeweils spezifischen tatsächlichen und rechtlichen Situation in den beiden unterschiedlichen Systeme gerecht zu werden (Bieback 2005; Neumann 2004).

Rechtfertigen lässt sich der Einbezug der PKV in einen übergreifenden Risikostrukturausgleich durch all jene Gründe, die für die Ausweitung der GKV/GPV sprechen (Neumann 2004 und oben 3.1.2, 3.2.2 und 3.3.2). Gegen einen allgemeinen Risikostrukturausgleich wird eingewandt, PKV und GKV/GPV seien vom Gesetzgeber selbst geschaffene, getrennte Risikogemeinschaften, die nicht ohne Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 wieder verbunden werden könnten (Möller 2006). Diese Bedenken übersehen zwei Punkte: (1) Die Grenze zwischen PKV und GKV/GPV war nie fest, wurde immer wieder geändert. (2) Schon jetzt besteht ein „Solidarzusammenhang“ zwischen PKV und GKV/GPV dadurch, dass über das Wahlrecht der Arbeitnehmer oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze eine negative Risikoselektion zu Lasten der GKV/GPV und zu Gunsten der PKV erfolgt (Wasem/Greß 2004).

Wahlrecht für die PKV-Altversicherten

Am wenigsten greift es in die Altverträge der PKV ein, wenn den Versicherten für eine Übergangszeit ein Kündigungsrecht zum Wechsel in die GKV/GPV unter Mitnahme ihrer Alterungsrückstellungen eingeräumt wird. Deshalb wird diese Lösung hier auch befürwortet. Ein Sonderkündigungsrecht zum Wechsel in die GKV/GPV bräuchte man nicht. Das allgemeine Kündigungsrecht zum Jahresende oder bei Prämienenerhöhung (§ 205 Abs. 1 und Abs. 4 VVG) sollte ausreichen. Neu wäre nur die Mitnahme der Alterungsrückstellungen in Höhe des Anteils, der auf die GKV/GPV-Leistungen entfielen.

Ein Punkt ist unter Aspekten der Gleichbehandlung problematisch. Jenen Personen, die in jungen Jahren die GKV/GPV-Solidargemeinschaft verlassen haben, um ihren Versicherungsbeitrag zu minimieren, können nun im Alter oder bei großer Familie in die GKV/GPV zurückkehren und wiederum ihren Versicherungsschutz zu Lasten der GKV/GPV-Altversicherten optimieren. Selbst wenn die Mitnahme der Alterungsrückstellungen (dazu sogleich) das nicht ausgleicht, ist die Wechselmöglichkeit unter Aspekten

der Pauschalierung und Typisierung gerechtfertigt. Denn unter den Wechslern dürften sich viele kleine Selbständige befinden, die nie eine Wahlmöglichkeit zwischen GKV/GPV und PKV hatten. Eine Differenzierung danach, wer eine Wechselmöglichkeit gehabt hat und wer nicht, wäre sehr aufwändig umzusetzen, vorausgesetzt der Versicherungsverlauf ließe sich rekonstruieren.

Mitnahme der Alterungsrückstellungen

Problematisch ist es, die Alterungsrückstellungen den Versicherten mitzugeben – automatisch bei einer Stichtagslösung oder bei einem Übergang mit Wahlrecht der Altversicherten nur bei Kündigung. Ob darin ein Eingriff liegt, richtet sich danach, ob die Alterungsrückstellungen überhaupt konkrete, individuelle eigentumsrechtliche Positionen sind und wem man sie zuordnet. Einmal sind die Alterungsrückstellungen keine Rechtspositionen der Versicherten, sondern nur bilanzielle Vermögenspositionen der Versicherungsunternehmen zur Absicherung der schuldrechtlichen Ansprüche der Versicherten auf Glättung der Beitragshöhe im Alter. Eigentumsrechtlich ist bei den Versicherten nur dieser Anspruch auf Glättung der Beiträge im Alter geschützt. Bei den Unternehmen sind die Alterungsrückstellungen Teil ihres Vermögens, das nur bilanziell extra ausgewiesen werden muss.⁵⁸ Selbst wenn man hier besondere Rechtspositionen annimmt, dürften sie nicht den Versicherungsunternehmen, sondern nur den Versicherten als Anwartschaften auf Beitragsglättung im Alter zustehen (Knab 2009; Musil 2008; Wilms 2011). Das Recht, die Alterungsrückstellungen mitzunehmen, realisiert diese Zuordnung. Dadurch werden die PKV-Unternehmen nur mit Geldzahlungspflichten aus ihrem Vermögen belastet, denen eine entsprechende Entlastung von der Pflicht zur Beitragsglättung bei den ausscheidenden ehemaligen Versicherten gegenübersteht.⁵⁹ Für solche Geldzahlungspflichten ist der Schutz der Verfassung gering.

Trotz Auszahlung einiger Alterungsrückstellungen dürfte es nicht schwer fallen, die verbleibenden PKV-Altverträge weiter zu führen. Denn es ist zu vermuten, dass eher schlechte Risiken die PKV verlassen (oben Abschnitt 3.5.1). Andererseits sind die jetzigen Alterungsrückstellungen ohne die (volle) Portabilität berechnet worden. Die Alterungsrückstellungen der Ausscheidenden wuchsen bisher der Kohorte der verbleibenden Versicherten zu. Deshalb ist über eine Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht sicher zu stellen, dass die bei der PKV bleibenden Altverträge effektiv weitergeführt werden können.⁶⁰ Eine solche Pflicht gilt auch in umgekehrter Richtung. Führt das

58 BVerfGE 123, 186, 253/4 unter Verweis auf Bieback/Brockmann/Goerz 2006.

59 Vgl. BVerfGE 123, 186, 258/9.

60 BVerfGE 123, 186, 258/9.

Wechselrecht zu einer übermäßigen Belastung der neuen integrierten Krankenversicherung müsste ebenfalls nachgebessert werden (eventuell durch einen übergreifenden Risikostrukturausgleich).

3.5.3 *Fazit*

Zusammenfassend lassen sich drei Übergangsregelungen auf dem Weg zu einem integrierten Krankenversicherungssystem unterscheiden. Der zentrale Vorteil einer Stichtagslösung bestünde darin, dass sich alle Versicherten – zu einem bestimmten Stichtag bei einem Krankenversicherer ihrer Wahl auf einem Markt mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen versichern müssten. Damit würden sämtliche Vorteile eines integrierten Krankenversicherungssystems sofort wirksam werden. Außerdem würde eine längere Übergangsphase mit entsprechender Unsicherheit der Marktakteure nicht entstehen. Allerdings genießen die Ansprüche aus den PKV-Altverträgen den Schutz des Eigentums der Versicherten und der PKV-Unternehmen. Sie haben auch besonderen Vertrauensschutz, weil der Gesetzgeber seit 2009 zum Abschluss dieser Verträge verpflichtet und traditionell die Beiträge für die Alterungsrückstellungen vorschreibt, wodurch die Verträge langfristig angelegt sind. Das setzt dem Übergangsrecht bei der Behandlung der Altverträge Schranken. Die Stichtagslösung ist zwar grundsätzlich gerechtfertigt, es bestehen jedoch vor allem bei der Beurteilung der Zumutbarkeit bzw. Angemessenheit des Eingriffs gegenüber den PKV-Unternehmen Unsicherheiten.

Auch für eine Übergangslösung mit einem dauerhaften Bestandsschutz der Altverträge bestehen nachhaltige Zweifel an der Umsetzbarkeit. Diese Übergangsvariante ließe die Altverträge fortbestehen, würde sie aber erheblich modifizieren. Dieser Eingriff ließe sich zwar rechtlich mit den wichtigen Zielen des Vorhabens rechtfertigen. Die Einführung eines integrierten Krankenversicherungssystems alleine durch die Sperrung des Neuzugangs zur privaten Krankenvollversicherung würde jedoch die bestehenden Gerechtigkeits- und Nachhaltigkeitsdefizite erst im Laufe von Generationen beseitigen. Darüber hinaus würden neue Ungleichbehandlungen geschaffen. Der Einbezug der Altversicherten in den Risikostrukturausgleich der integrierten Krankenversicherung könnte die Risikoauslese zu Lasten der integrierten Krankenversicherung zumindest kompensieren, würde aber zu einer Doppelbelastung der Altversicherten und einem erheblichen Regelungsbedarf führen.

Rechtlich gesehen wäre die Eingriffsintensität am geringsten, wenn den PKV-Altversicherten ein Wechselrecht in die GKV/GPV unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen gegeben würde. Sozialpolitisch wäre diese Übergangsregelung mit Blick auf die erwünschten Wirkungen hinsichtlich Nachhaltigkeit und Gerechtigkeit der Finanzierung

in einem integrierten Krankenversicherungssystem keine optimale Lösung. Allerdings wird durch eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit der Altversicherten die Dynamik zur Ausweitung eines integrierten Krankenversicherungssystems erhöht. Die Portabilität der entsprechenden Alterungsrückstellungen dürfte wiederum die Versicherten in diesem System vor den finanziellen Folgen einer weiteren Risikoentmischung der beiden Systeme schützen. Letztlich ist dieses Szenario aus Sicht der Autoren daher am ehesten dazu geeignet, den Übergang zu organisieren.

4 Sozialpolitische Einordnung und Bewertung

In diesem abschließenden Abschnitt sollen die im bisherigen Verlauf des Gutachtens abgeleiteten Handlungsoptionen noch einmal zusammengeführt und in den Kontext der aktuellen sozialpolitischen Debatte gestellt werden. Es ist zunächst deutlich geworden, dass sich die Autoren dezidiert für eine Überwindung der unbestrittenen Defizite der Beitragsfinanzierung in Kranken- und Pflegeversicherung im bestehenden System aussprechen. Damit grenzen sich die erarbeiteten Vorschläge eindeutig von allen Vorschlägen ab, die im Rahmen von wie auch immer ausgestalteten Prämienmodellen die Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen aus dem Beitrags- in das Steuersystem verlagern wollen. Eine entsprechende Absichtserklärung hatte die derzeitige Regierung aus CDU/CSU und FDP noch in ihrem letzten Koalitionsvertrag abgegeben (CDU et al. 2010). Die Ablehnung solcher Vorschläge ist erstens darin begründet, dass ein solcher Systemwechsel ein völlig neues Verfahren der Bedürftigkeitsprüfung für Millionen von Beitragszahlern etablieren müsste. Zweitens bestehen begründete Zweifel an der Nachhaltigkeit der Steuerfinanzierung, die zur Finanzierung eines Sozialausgleichs in Prämienmodellen notwendig wäre. Letztlich gehen diese Vorschläge in der Regel von einem Weiterbestehen des dualen Systems von gesetzlicher und privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung aus.

Auf Seiten der derzeitigen parlamentarischen Opposition gibt es eine grundsätzliche programmatische Einigkeit zur Einführung einer Bürgerversicherung in Kranken- und Pflegeversicherung nach einem möglichen Regierungswechsel. Sowohl die SPD, Bündnis 90/Die Grünen als auch Die Linke haben diesbezüglich in der Vergangenheit klar Stellung bezogen (Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011; SPD 2011). Die beabsichtigte Umsetzung unterscheidet sich jedoch im Detail voneinander und teilweise auch von den Vorschlägen in diesem Gutachten (für einen Überblick vgl. Tabelle 3).

Grundsätzlich sind sich die drei genannten Parteien einig, dass ein zentrales Element einer Bürgerversicherung in der Überwindung der Dualität von gesetzlicher und privater Kranken- bzw. Pflegeversicherung bestehen muss. Dieser Standpunkt wird von den Autoren dieses Gutachtens geteilt und lässt sich durch eine Vielzahl von Argumenten begründen. Relativ breiten Raum nehmen in diesem Gutachten Überlegungen zum Übergang in ein solch integriertes System mit einheitlichen Wettbewerbsbedingungen ein. Diese Übergangsproblematik wird von den Parteien bisher nur teilweise thematisiert. Lediglich die SPD will – ähnlich wie von den Autoren dieses Gutachtens vorgeschlagen – den Bestandversicherten der privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung eine befristete Wahlmöglichkeit geben. Sie sollen innerhalb eines Zeitraums von einem

Jahr wählen können, ob sie in ihren bestehenden Verträgen bleiben oder unter Mitnahme der Alterungsrückstellungen im Umfang des Basistarifs – und damit auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Versicherung – in die neue Bürgerversicherung wechseln wollen (SPD 2013). Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke plädieren für die ebenfalls in diesem Gutachten thematisierte Stichtagslösung (Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011). Beide Übergangsvarianten lassen sich gut begründen. Für eine zeitlich befristete Wechselmöglichkeit sprechen jedoch nicht nur die verfassungsrechtlichen Unsicherheiten einer Stichtagslösung, sondern auch die traditionelle Pfadabhängigkeit deutscher Sozialpolitik. Letztere favorisiert eher inkrementelle als radikale Übergangslösungen.

Tabelle 3: Modelle der Bürgerversicherung bei den politischen Parteien

Modelle/Elemente	<i>Greß/Bieback</i>	<i>SPD</i>	<i>Bündnis 90 Die Grünen</i>	<i>Die Linke</i>
Ausweitung des Versicherungskreises	Ja	Ja	Ja	Ja
Alle Einkommensarten einbeziehen	Ja	Nein; Steuerfinanzierung	Ja	Ja
Beitragsbemessungsgrenze	Anheben auf Niveau der GRV	Beibehalten für Arbeitnehmer Arbeitgeberbeitrag erhoben auf gesamte Lohnsumme	Anheben auf Niveau der GRV	Aufheben

Quelle: (Bündnis 90/Die Grünen 2011a; Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011; SPD 2011; SPD 2013)

Die zweite zentrale Stellschraube einer Bürgerversicherung – die Beitragsbemessungsgrenze – wird von den drei Parteien der parlamentarischen Opposition in unterschiedlicher Art und Weise thematisiert. Die SPD will die Beitragsbemessungsgrenze für Beschäftigte unverändert lassen und – über eine Verbeitragung der Lohnsumme – lediglich die Beitragsbemessungsgrenze für die Arbeitgeber aufheben (SPD 2011). Dieser Ansatz wird wahrscheinlich die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Kranken- bzw. Pflegeversicherung verbessern. Zahlen hierzu – insbesondere eine vergleichende Abschätzung der Wirkungen mit einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze für Beschäftigte – liegen jedoch nicht vor. Problematisch ist dieser Vorschlag jedoch vor allem im Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte. Die durch die Existenz der Beitragsbemessungsgrenze bedingten Defizite der Beitragsfinanzierung – vor allem hinsichtlich der vertikalen Gerechtigkeit – im Status quo würden unverändert weiterbestehen.

Im Gegensatz zur SPD würde Die Linke die Beitragsbemessungsgrenze vollständig aufheben (Die Linke 2011). Diese Maßnahme ließe sich sowohl im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Finanzierung und vor allem Hinblick auf Gerechtigkeitsaspekte gut begründen. Allerdings sprechen aus Sicht der Autoren dieses Gutachtens gegen diese eher radikale Maßnahme ebenfalls verfassungsrechtliche Unsicherheiten und die eher inkrementelle Tradition der deutschen Sozialpolitik. Deutlich positiver ist daher der Vorschlag von Bündnis 90/Die Grünen zu beurteilen, die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV und GPV auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung zu erhöhen (Bündnis 90/Die Grünen 2011a).

Auch bei der dritten Stellschraube der Bürgerversicherung – die Verbeitragung weiterer Einkommensarten – zeigen sich unterschiedliche politische Schwerpunkte bei der SPD auf der einen Seite und bei Bündnis 90/Die Grünen bzw. bei der Partei Die Linke auf der anderen Seite. Letztere schlagen übereinstimmend eine Verbeitragung sämtlicher Einkommensarten in Kombination mit einem Sparerfreibetrag vor (Bündnis 90/Die Grünen 2011b; Die Linke 2011). Aus dem Gutachten geht hervor, dass diese Option am ehesten dazu geeignet ist, mit überschaubarem bürokratischem Aufwand die Defizite der Beitragsfinanzierung vor allem hinsichtlich der horizontalen Gerechtigkeit zu überwinden.

Die SPD lehnt dagegen eine Verbeitragung weiterer Einkommensarten ab und will die Nachhaltigkeit der Finanzierung in der Krankenversicherung durch einen dynamisierten Bundeszuschuss verbessern. Diese Dynamisierung soll aus den Mehreinnahmen einer Anhebung der Abgeltungssteuer auf Kapitalerträge finanziert werden (SPD 2011). Dieser Vorschlag ist aus mehreren Gründen als problematisch anzusehen. Erstens gelten auch hier die schon oben geäußerten Bedenken gegen eine Steuerfinanzierung von Kranken- und Pflegeversicherung. Es ist mehr als zweifelhaft, ob sich eine solche Dynamisierung nachhaltig finanzieren ließe – zumal Steuern sich grundsätzlich nicht zweckgebunden erheben lassen. Zweitens würden nur Vermögenseinkommen indirekt zur Finanzierung der Kranken- und ggf. auch der Pflegeversicherung beitragen. Die oben angesprochenen Defizite in der horizontalen Gerechtigkeit hinsichtlich der Verbeitragung von Einkommen aus selbständiger und unselbständiger Arbeit blieben unverändert weiter bestehen.

Der Zeitpunkt für die Einführung einer Bürgerversicherung ist aus Sicht der Autoren günstig. Die Defizite des dualen Systems von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung sind ebenso offensichtlich wie die systematischen Schwächen im Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung. Die Einführung einer Bürgerversi-

cherung würde die Nachteile dieses Dualismus ebenso überwinden wie die unbestrittenen Nachteile der Beitragsfinanzierung im Status quo. In der Krankenversicherung würde die Bürgerversicherung ein wichtiger Schritt im Hinblick auf die nachhaltige Finanzierung zukünftiger Herausforderungen sein. Zudem könnte ein Großteil der Gerechtigkeitsdefizite in der Finanzierung von Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung überwunden werden. Dieses Argument gilt natürlich im gleichen Ausmaß für die gesetzliche Pflegeversicherung. Die zusätzlich generierten Beiträge könnten hier außerdem dafür verwendet werden, um die in der Vergangenheit entstandenen Defizite im Leistungsspektrum – insbesondere im Hinblick auf die Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die Dynamisierung von Leistungen – endlich durch die Versichertengemeinschaft zu finanzieren.

5 Literatur

Albrecht, M./J. Hofmann/P. Reschke/G. Schiffhorst/S. Sehlen (2006). Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. Berlin, IGES.

Albrecht, M./G. Schiffhorst/C. Kitzler (2007). Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. Baden-Baden, Nomos.

Albrecht, M./M. Sander/G. Schiffhorst/S. Loos/J. Anijs/B. Rürup (2013). Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. Gütersloh, Bertelsmann Stiftung.

Bieback, K.-J. (2005). Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung. Baden-Baden, Nomos.

--- (2011). "Verfassungsrechtliche Probleme einer Erweiterung der Gesetzlichen Rentenversicherung zur Erwerbstätigenversicherung." Vierteljahresschrift für Sozialrecht **29(2)**: 93-124.

--- (2012). "Solidarität und Sozialversicherung." Die Sozialgerichtsbarkeit **59(1)**: 1-8.

Bieback, K.-J./J. Brockmann/A. Goertz (2006). "Rechtsnatur und Zuordnung der Alterungsrückstellungen in der PKV." Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft **95**: 471-93.

Breyer, F. (2012). "Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung." Wirtschaftsdienst **92(10)**: 655-58.

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.

--- (2013). Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Hrsg. (2003). Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission. Berlin.

Bündnis 90/Die Grünen (2011a). Die grüne Bürgerversicherung. Alle zahlen, alle zählen. Berlin, Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion. Broschüre 17/30.

--- (2011b). Für eine solidarische und nachhaltige Finanzierung des Gesundheitswesens. Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 17/258.

Butzer, H. (2001). Fremdlasten in der Sozialversicherung. Tübingen, Mohr Siebeck.

--- (2010). "Bundesverfassungsgericht und duales Krankenversicherungssystem." Medizinrecht **28**: 283-90.

CDU/CSU/FDP (2010). Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode.

Centraal Bureau voor de Statistiek (2012). Fors hogere uitgaven zorgtoeslag in 2011. Webmagazine, woensdag 21 november 2012. Download unter <http://www.cbs.nl/nl->

[NL/menu/themas/overheid-politiek/publicaties/artikelen/archief/2012/2012-3731-wm.htm](http://www.wm.htm) am 27.02.2013.

Dennig, M.-C./S. Greß/K. Jacobs/M. Reinhart (2010). "Der Sozialausgleich zur Flankierung von Zusatzbeiträgen im Licht von Erfahrungen aus der Schweiz." Gesundheits- und Sozialpolitik **64**(6): 41-48.

Deutscher Bundestag (2012). Beitragssteigerungen bei privaten Krankenversicherungen. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 17/9330 vom 17. April 2012.

Die Linke (2011). Gesundheit und Pflege solidarisch finanzieren. Antrag der Fraktion Die Linke. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 17/7197.

DKG (2012). Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Juli 2012, Deutsche Krankenhausgesellschaft. http://www.dkgev.de/media/file/11986.DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_030812.pdf. Download am 26. Oktober 2012.

Döring, D./S. Greß/C. Logeay/R. Zwiener (2009). Kurzfristige Auswirkungen der Finanzmarktkrise auf die sozialen Sicherungssysteme und mittelfristiger Handlungsbedarf. WISO diskurs - Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn, Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.

Drabinski, T./C.-D. Gorr (2012). GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme Kiel, Schriftenreihe des Instituts für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Band 21.

Eekhoff, J./V. Bünnagel/S. Kochskämper/K. Menzel (2009). Die Bürgerprivatversicherung: Nachhaltigkeit und Effizienz für das deutsche Gesundheitssystem. Köln, Otto-Wolff-Institut für Wirtschaftsordnung.

Eykman, M. (2007). Verfassungsrechtliche Anforderungen an die öffentlich-rechtliche Gewährleistungen im Gesundheitswesen. Hamburg, Kovač.

Füsser, S. (2005). Ausweitung der Sozialversicherungspflicht auf Selbständige in der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung unter verfassungsrechtlichem und europarechtlichem Blickwinkel. Sankt-Augustin, Asgard-Verlag.

Greß, S. (2010). Strategiewechsel in der Gesundheitspolitik schafft mehr Probleme als Lösungen. Aushöhlung des Solidaritätsprinzips - Einseitige Belastung der Versicherten - Noch mehr Klientelpolitik. WISO diskurs - Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn, Expertise im Auftrag des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Greß, S./S. Leiber (2010). "Kleiner Beitrag, große Wirkung." Gesundheit und Gesellschaft **13**(6 Spezial): 10-11.

Greß, S./S. Leiber/M. Manouguian (2009). "Integration von privater und gesetzlicher Krankenversicherung vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen." WSI-Mitteilungen **62**(7): 369-75.

Greß, S./H. Rothgang (2010). Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. WISO diskurs - Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik. Bonn,

Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Greß, S./K. Stegmüller (2011). Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Stiftung Hessen.

Greß, S./J. Wasem/H. Rothgang (2003). "Kopfprämien in der GKV – Keine Perspektive für die Zukunft." Arbeit und Sozialpolitik **57**(9–10): 18–25.

Härpfer, M./M. Cacace/H. Rothgang (2009). And Fairness for all? Wie gerecht ist die Finanzierung im deutschen Gesundheitssystem? Eine Berechnung des Kakwani-Index auf Basis der EVS. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik. ZeS-Arbeitspapier Nr. 4/2009.

Hase, F. (2000). Versicherungsprinzip und sozialer Ausgleich. Bremen, Mohr Siebeck.

Hillgruber, C. (2012). "Ohne rechtes Maß? Eine Kritik der Rechtsprechung des BVerfG nach 60 Jahren." Juristenzeitung **66**(18): 861–71.

Huber, J./A. Mielck (2010). "Morbidity and Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten." Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz **53**(9): 925–38.

Jacobs, K. (2012). "Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems – ein längst überfällige Reform." Wirtschaftsdienst **92**(10): 651–55.

--- (2013). "Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finzen und sinnvollen Kassenwettbewerb." Wirtschaftsdienst **93**(1): 24–27.

Jacobs, K./S. Schulze (2013). "Von der Schwemme in die Klemme." Gesundheit und Gesellschaft **16**(2): 20–26.

Jaeger, R. (2003). "Die Reformen in der gesetzlichen Sozialversicherung im Spiegel der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts." Neue Zeitschrift für Sozialrecht **12**(5): 225–34.

Kingreen, T. (2003). Das Sozialstaatsprinzip im europäischen Verfassungsverbund. Tübingen, Mohr Siebeck.

--- (2012). Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, Referat auf dem 69. Deutschen Juristentag am 19.9.2012 in München.

Kirchhof, F. (2004). "Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten-„Bürgerversicherung“." Neue Zeitschrift für Sozialrecht **13**(1): 1–7.

--- (2007). Finanzierung der Sozialversicherung. Handbuch des Staatsrechts 3. Aufl. Band V § 125. J. Isensee, P. Kirchhof. München, Beck.

Knab, M. (2009). Eigentumsschutz in der privaten Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Altersrückstellungen, Versicherungswissenschaftliche Studien, Band 34. Berlin, WVB.

Kriwy, P./A. Mielck (2006). "Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung: Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten." Das Gesundheitswesen **68**: 281–88.

Langer, B. (2011). "Wie privat Versicherte in die GKV einbezogen werden können." Soziale Sicherheit(5): 171-78.

Leinert, J. (2006). Einkommenselektion und ihre Folgen. Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion – Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. K. Jacobs, J. Klauber, J. Leinert. Bonn, Wissenschaftliches Institut der AOK: 31-48.

Lüngen, M. (2012). Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück, Hochschule Osnabrück.

Lüngen, M./B. Stollenwerk/P. Messner/K. W. Lauterbach/A. Gerber (2008). "Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany." International Journal for Equity in Health 7(1): doi:10.1186/475-9276-7-1.

Maisch, N. (2013). Warten Kassenpatienten in Hessen länger auf einen Facharzttermin als privat Versicherte? Download unter <http://nicolemaisch.de/detail/nachricht/kassenpatienten-muessen-laenger-auf-einen-termin-warten.html> am 19. April 2013.

Mielck, A./U. Helmert (2006). Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung: Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Gesundheitsmonitor 2006. J. Böcken, B. Braun, R. Amhof, M. Schnee. Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung: 114-32.

Möller, R. (2006). "Verfassungsrechtliche Fragen hinsichtlich der Zulässigkeit eines Finanzausgleichs zwischen gesetzlicher und privater Pflegeversicherung." ZFSH/SGB 45(8): 464-73.

Muckel, S. (2004). "Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung." Die Sozialgerichtsbarkeit 51(10/11): 583-93/670-77.

Musil, A. (2008). "Viel Lärm um Nichts? – Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Grundrechte der privaten Krankenversicherungsunternehmen." NZS 17(3): 113-18.

Neumann, V. (2004). Zwei Modelle der Konkurrenz zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aus verfassungs- und gemeinschaftsrechtlicher Sicht. Reformoption Bürgerversicherung, . U. Engelen-Kefer. Hamburg, VSA: 156-83.

Rijksoverheid (2013). Veranderingen zorgtoeslag 2013. Download unter <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgtoeslag/veranderingen-zorgtoeslag-2013> am 27.02.2013.

Rolfs, C. (2000). Das Versicherungsprinzip im Sozialversicherungsrecht. München, Beck.

Rothgang, H. (2010). "Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung." Das Gesundheitswesen 72(3): 154-60.

--- (o. J.). Berechnungen zur Finanzierung der Pflege über eine Bürgerversicherung. Bremen, Endbericht im Auftrag des Arbeiterwohlfahrt Bundesverband.

Rothgang, H./M. Arnold (2010). Berechnungen der finanziellen Wirkungen und Verteilungswirkungen für eine integrierte Krankenversicherung mit einem zusätzlichen Solidarbeitrag. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, H./R. Arnold/R. Unger (2010). Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, H./R. Arnold/K. Wendlandt/S. Sauer/A. Wolter (2011). Berechnungen der finanziellen Wirkungen verschiedener Varianten einer Pflegebürgerversicherung. Gutachten aus dem Zentrum für Sozialpolitik im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.

Rothgang, H./R. Müller/R. Unger/C. Weiß/A. Wolter (2012). BARMER GEK Pflegereport 2012. Siegburg, Asgard.

Sachs, M. (2009). Kommentar zum Grundgesetz, 5. Auflage. München, Beck.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). Jahresgutachten 2004/05. Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

--- (2008). Die Finanzkrise meistern - Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/2009. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

--- (2012). Stabile Architektur für Europa - Handlungsbedarf im Inland. Jahresgutachten 2012/13. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Sauerland, D./B. A. Kuchinke/A. Wübker (2009). "Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor." Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement **14**: 86-94.

Schaks, N. (2007). Der Grundsatz der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin, Duncker & Humblot.

Schenkel, J. E. (2008). Sozialversicherung und Grundgesetz. Berlin, Duncker & Humblot.

Schräder, J. (2009). Bürgerversicherung und Grundgesetz. Baden-Baden, Nomos. Baden-Baden, Nomos.

Schwierz, C./A. Wübker/A. Wübker/B. A. Kuchinke (2011). "Discrimination in waiting times by insurance type and financial soundness of German acute care hospitals." Eur J Health Econom: 405-16.

Sehlen, S./J. Hofmann/P. Reschke (2006). Möglichkeiten zur Einbeziehung von gesetzlich und privat Krankenversicherten in eine integrierte Krankenversicherung. Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem. M. Albrecht, J. Hofmann, P. Reschke, G. Schiffhorst, S. Sehlen. Berlin, IGES: 85-150.

Sehlen, S./W. Schräder (2010). Risikostrukturausgleich innerhalb der PKV und zwischen PKV und GKV nach dem Wettbewerbsstärkungsgesetz. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2009/2010. Von der Selektion zur Manipulation? D. Goepffarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. Berlin, medhochzwei: 95-115.

Sodan, H./O. Gast (2002). Umverteilung durch „Risikostrukturausgleich“. Verfassungs- und europarechtliche Grenzen des Finanztransfers in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin, Duncker & Humblot.

SPD (2011). Beschluss des SPD-Präsidiums: Die Bürgerversicherung – solidarisch, gerecht und leistungsfähig. Berlin, SPD. Pressemitteilung vom 11. April 2011.

--- (2013). Das WIR entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013–2017. Berlin, SPD.

v. Mangoldt, H./F. Klein/C. Starck (2005). Kommentar zum Grundgesetz. Band 1, 5. Auflage. München, Vahlen.

Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2009). "Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung." Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy **58(4)**: 63–69.

Wallrabenstein, A. (2009). Versicherung im Sozialstaat Tübingen, Mohr Siebeck.

Wasem, J./F. Buchner/G. Lux/L. Weegen/A. Walendzik (2013). Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Essen, Universität Duisburg-Essen.

Wasem, J./S. Greß (2002). Gleichheit und Gerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung. Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. B. Fouzouni, B. Güntert. Berlin, Logos: 107–18.

--- (2004). Zur Integration der Privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung. Reformoption Bürger-versicherung. U. Engelen-Kefer. Hamburg, VSA-Verlag: 78–84.

Wilms, H. (2011). "Verfassungsrechtliche Aspekte der Reform der PKV." ZVersWiss **100**: 325–45.

Ziegenhagen, D. J./G. Glaeske/A. Höer/K. Gieseler (2004). "Arzneimittelversorgung von PKV-Versicherten im Vergleich zur GKV." Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement **9**: 108–15.

Zok, K. (2010). Erwartungen an Versorgung und Finanzierung der Krankenversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. Berlin, Wissenschaftliches Institut der AOK. WIdO-Monitor 1/2010.