

Stabilisierung der Finanzierungsbasis und umfassender Wettbewerb in einem integrierten Krankenversicherungssystem

– Forschungsprojekt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung –

Ergebnisbericht

Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH:

Dr. Martin Albrecht, Dr. Jürgen Hofmann, Peter Reschke,
Guido Schiffhorst, Dr. Stephanie Sehlen

in Zusammenarbeit mit:

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback
Department Wirtschaft und Politik, WiSo-Fakultät,
Universität Hamburg,
unter Mitarbeit von Judith Brockmann und Antje Goertz

10. Februar 2006

IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH
Wichmannstr. 5 10787 Berlin Tel 030-230 80 90 iges@iges.de

Inhaltsübersicht

Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung..... 3

Dr. Martin Albrecht, Peter Reschke

Finanzierungseffekte der Grundtypen im Vergleich 51

Dr. Martin Albrecht, Peter Reschke, Guido Schiffhorst

Möglichkeiten zur Einbeziehung von gesetzlich und privat Kranken- versicherten in eine integrierte Krankenversicherung 85

Dr. Stephanie Sehlen, Dr. Jürgen Hofmann, Peter Reschke

Die Einbeziehung der Alterungsrückstellungen der PKV in die erweiterte GKV – Rechtsgutachten zur Verwendung der Alterungsrückstellungen in einem Bürgerversicherungsmodell..... 151

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback

unter Mitarbeit von Judith Brockmann und Antje Goertz,
Universität Hamburg

Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung

Dr. Martin Albrecht, Peter Reschke

Inhalt

Vorbemerkung	4
1 Grundtyp 1: Übernahme der gegenwärtigen Beitragsregeln	6
1.1 Versichertengruppen und Beitragszuschüsse	6
1.2 Grundsätze der Beitragsbemessung	8
1.3 Personengruppen- und einnahmenspezifische Betrachtung der Beitragsbemessung	12
2 Grundtyp 2: Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf weitere Einnahmearten	16
2.1 Versichertengruppen und Beitragszuschüsse	17
2.2 Grundsätze der Beitragsbemessung für alle Mitglieder	17
2.3 Einnahmeartenspezifische Betrachtung der Beitragsbemessung	20
2.4 Die Behandlung von negativen Einkünften	22
2.5 Neuregelung der Krankengeldleistungen	25
2.6 Varianten des Grundtyps 2	27
3 Grundtyp 3: Pauschalbeiträge mit einkommensabhängigen steuerfinanzierten Beitragszuschüssen	29
3.1 Grundsätze zur Bestimmung der Pauschalbeiträge	29
3.2 System der Beitragsbezuschussung	31
3.2.1 Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse	32
3.2.2 Herleitung der Belastungsgrenze	34
3.2.3 Regeln der Zuschussung	34
3.2.4 Aufbringung zusätzlicher Steuermittel zur Finanzierung der Beitragszuschüsse	37
3.3 Systematik der Umstellungswirkungen auf die Versicherten	39
Verzeichnisse	49
Abbildungen	49
Literatur	49

Vorbemerkung

Der kontinuierliche Rückgang der voll sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung beeinträchtigt grundlegend die Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Gleichzeitig wird der Wettbewerb im Gesundheitswesen beeinträchtigt, weil der Markt für Krankenversicherungen in die GKV und die Private Krankenversicherung (PKV) segmentiert ist.

Vor diesem Hintergrund befürworten zahlreiche Wissenschaftler, darunter auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, eine Finanzierungsreform der Krankenversicherung, die ein integriertes Versicherungssystem mit gleichen Wahlrechten für alle Bürger schafft. Eine solche Integration von GKV und PKV kann die Finanzierungsbasis des Gesundheitssystems stabilisieren und den Wettbewerb sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Gesundheitsversorgung stärken.

Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) hat die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen eines integrierten Krankenversicherungssystems auf die Krankenversicherung insgesamt und auf einzelwirtschaftlicher Ebene untersucht.¹ Zu diesem Zweck wurden *drei Grundtypen eines integrierten Krankenversicherungssystems* untersucht. Gemeinsam sind ihnen folgende konzeptionelle Vorgaben:

- Die integrierte Krankenversicherung umfasst die gesamte Wohnbevölkerung.
- Der Versicherungsschutz der integrierten Krankenversicherung ist für alle Versicherten im Hinblick auf Art und Umfang der Versicherungs- bzw. Gesundheitsleistungen, die er abdeckt, gleich.²

¹ In einem parallelen Forschungsvorhaben werden von Prognos die kurz- und langfristigen makroökonomischen Auswirkungen der verschiedenen Finanzierungsvarianten ermittelt.

² Für jeden Versicherten in der integrierten Krankenversicherung werden die durchschnittlichen Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der GKV – differenziert nach der RSA-Zellenlogik – auf dem Niveau des Referenzzeitraumes (2003) zugrunde gelegt.

- Die Beitragsbemessung beruht für alle Versicherten auf den Grundprinzipien, dass
 - Beiträge nicht individuell personenbezogen (nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand/Vorerkrankungen) differenziert werden,
 - Beiträge nach dem Umlageverfahren berechnet werden,
 - die effektive Beitragsbelastung die individuelle Leistungsfähigkeit berücksichtigt.

Die Grundtypen unterscheiden sich hingegen nach der Art ihrer Beitragsbemessung: In den Grundtypen 1 und 2 bleiben die Krankenversicherungsbeiträge prinzipiell einkommensbezogen, in Grundtyp 3 sind sie einkommensunabhängig und bemessen sich an der Höhe von Durchschnittsausgaben für Gesundheitsleistungen. Das bedeutet konkret für

- Grundtyp 1:
möglichst weitgehende Übernahme der gegenwärtigen Beitragsregeln in der GKV;
- Grundtyp 2:
Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf weitere Einkommensarten;
- Grundtyp 3:
Pauschalbeiträge mit steuerfinanzierten Beitragszuschüssen.

Konsistenz bzw. die Vermeidung von Regel- und Wirkungswidersprüchen ist die Richtschnur für die Spezifizierung dieser konzeptionellen Vorgaben. Diese Richtschnur ermöglicht aber nicht in jedem Fall eindeutige Lösungen, zumal die konkrete Festlegung von Parametern in einigen Fällen unvermeidbar normative Entscheidungen beinhaltet.

Um diese Gestaltungsnotwendigkeiten jenseits der nach Konsistenz-Gesichtspunkten abgeleiteten Spezifizierungen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – zu illustrieren, werden für die Grundtypen 2 und 3 zusätzliche *Varianten* untersucht. Neben dem Grundsatz der konzeptionellen Konsistenz liegt der hier vorliegenden Typisierung von Szenarien einer integrierten Krankenversicherung schließlich der Anspruch zugrunde, einen homogenen Modellrahmen zu schaffen, dem sich sämtliche gegenwärtig diskutierten Modellspezifikationen zuordnen lassen.

Die Analyse der einzelnen Szenarien geht von der hypothetischen Annahme aus, dass die Reformschritte *sofort umgesetzt* würden, d. h., von möglichen Übergangsregelungen bzw. zeitlichen Streckungen wird abgesehen. Die Simulationen sollen also eine Antwort auf die Frage geben: Was wäre,

wenn heute die gesamte Wohnbevölkerung nach den Prinzipien einer integrierten Krankenversicherung versichert wäre? Hiervon zu trennen ist die Darstellung von „Teileffekten“. Das heißt, für einzelne sozioökonomische Gruppen werden separate Effekte auf die Finanzierung der Krankenversicherung ausgewiesen.

1 Grundtyp 1: Übernahme der gegenwärtigen Beitragsregeln

Ziel der Konzeptionalisierung des Grundtyps 1 ist die Darstellung der Schaffung eines einheitlichen Versicherungssystems für die gesamte Wohnbevölkerung *ceteris paribus*, d. h. ohne grundlegende Veränderungen der heutigen Beitragsregeln für gesetzlich Versicherte. Damit kann Grundtyp 1 gleichzeitig als Versuch eines „umsetzungsfreundlichen Szenarios“ betrachtet werden, weil es von der Intention her die Anpassungserfordernisse gering hält. Die folgende Spezifizierung zeigt allerdings, dass eine Ausweitung der Anwendung des gegenwärtigen Beitragsregelwerks konzeptionelle Probleme aufwirft und daher den Anspruch der Umsetzungsfreundlichkeit nicht erfüllt.

1.1 Versichertengruppen und Beitragszuschüsse

Die integrierte Krankenversicherung umfasst die gesamte Wohnbevölkerung. Da die heutigen Beitragsregeln der GKV in Grundtyp 1 so weitgehend wie möglich für alle Versicherten übernommen werden sollen, ergeben sich für die heute in der GKV Versicherten keine wesentlichen Veränderungen in der Beitragsbemessung. Für alle Personen, die heute nicht in der GKV versichert sind, also überwiegend bislang in der PKV (voll-) versicherte Personen sowie Personen ohne Krankenversicherungsschutz, verändern sich dagegen die Beitragsregeln grundlegend.³ Diese Personen lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

³ Landwirte werden in die Berechnungen nicht einbezogen, weil sich die gegenwärtige Beitragsgestaltung in den landwirtschaftlichen Krankenkassen grundlegend von der Beitragsgestaltung sowohl in der GKV heute als auch in den hier konzeptualisierten Grundtypen unterscheidet. Die Beiträge für Landwirte sind weder strikt einkommensproportional noch pauschaliert.

- **Abhängig Beschäftigte**, die heute in der PKV vollversichert sind: Der überwiegende Teil dieser Gruppe bezieht ein Arbeitsentgelt oberhalb der Versicherungspflichtgrenze. In einigen Fällen kann das Arbeitsentgelt auch darunter liegen, wenn Personen ab dem 55. Lebensjahr die Vorversicherungszeiten nicht erfüllen. Hinzu kommen die Familienmitglieder ohne eigenes Einkommen.
- **Beihilfeberechtigte**: Hierzu zählen in erster Linie **Beamte**, die heute Beihilfe von ihrem öffentlichen Dienstherrn erhalten und zusätzlich zu „beihilfekonformen“ Tarifen in der PKV versichert sind, sowie ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen. Darüber hinaus werden dieser Gruppe auch die **Empfänger freier Heilfürsorge** (Vollzugsbeamte, Berufs-/Zeitsoldaten) zugeordnet.⁴
- **Selbständige**, die heute in der PKV vollversichert sind, sowie ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen.
- **Ruheständler**, die heute in der PKV vollversichert sind, sowie ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen.
- **Pensionäre**, also „beamtete Versorgungsempfänger“, die heute Beihilfe von ihrem öffentlichen Dienstherrn erhalten und zusätzlich zu „beihilfekonformen“ Tarifen in der PKV versichert sind, sowie ihre Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen.
- **Personen ohne Krankenversicherungsschutz**, aber mit Einkommen: Hierbei handelt es sich z. B. um (entweder sehr wohlhabende oder wirtschaftlich gescheiterte) Selbständige, nicht (freiwillig in der GKV) versicherte Sozialhilfeempfänger, Asylanten und Einwanderer, wohlhabende abhängig Beschäftigte (z. B. angestellter Manager), vermögende Nicht-Erwerbstätige.

Diese Personengruppen bilden qualitativ keine neuen Anwendungsbereiche der GKV-Beitragsregeln, denn als freiwillig Versicherte gibt es bereits heute abhängig Beschäftigte und Ruheständler mit hohem Einkommen, Selbständige, Sozialhilfebezieher, Nicht-Erwerbstätige sowie Beamte und Pensionäre in der GKV. Allerdings ist die quantitative Bedeutung dieser

⁴ Für die Beamten bzw. Soldaten als Empfänger freier Heilfürsorge sind heute über die Fürsorge hinaus gehende Aufwendungen beihilfefähig. Die Familienangehörigen der Empfänger freier Heilfürsorge können gegenwärtig entweder gesetzlich oder privat krankenversichert sein. Im zweiten Fall erhalten die Empfänger freier Heilfürsorge für ihre Angehörigen die gleichen Beihilfen wie alle anderen Beihilfeberechtigten auch.

Personengruppen in einem integrierten Krankenversicherungssystem wesentlich größer.

Die Regelung der Beitragszuschüsse ist an den Status quo angelehnt, das heißt:

- Beitragszuschüsse werden nur zu Beiträgen aus Arbeitsentgelt aus abhängiger Beschäftigung oder hierzu äquivalenten Einkommen (Lohnersatzeinkommen) und zu Beiträgen aus Renten der GRV gezahlt. Zu anderen Einkommensarten werden generell keine Beitragszuschüsse gezahlt.
- Die Dienstbezüge der Beamten werden den Arbeitsentgelten und die Pensionen der beamteten Versorgungsempfänger den GRV-Renten im Hinblick auf die Beitragsbezuschussung gleichgestellt.⁵ Dies bedeutet für die kleine Gruppe der bereits heute in der GKV versicherten Beamten eine deutliche Besserstellung, denn sie erhalten gegenwärtig weder Beihilfe noch einen Beitragszuschuss.
- Die Beitragszuschüsse werden von den Arbeitgebern bzw. den öffentlichen Dienstherrn, den Trägern der Lohnersatzsysteme (Arbeitsagenturen, Sozialhilfeträger) sowie den Rentenversicherungsträgern gezahlt.
- Es gilt der Grundsatz der paritätischen Beitragsfinanzierung: Arbeitgeber, öffentliche Dienstherrn und Rentenversicherungsträger zahlen den hälftigen Beitragssatz.⁶ Die Träger der Lohnersatzsysteme zahlen hingegen den vollen Beitrag (100 %-Zuschüsse).

1.2 Grundsätze der Beitragsbemessung

Konzeptvorgabe für Grundtyp 1 ist, dass sich die Beiträge für alle Versicherten soweit wie möglich nach den gegenwärtigen Prinzipien und Regeln bemessen. Dies bedeutet zunächst:

- Alle relevanten Niveauvariablen entsprechen dem Status quo, der hier aus Gründen der Datenverfügbarkeit auf das Jahr 2003 festgelegt wird.

⁵ Als Konsequenz unterscheiden sich Pensionen von den übrigen Versorgungsbezügen in ihrer Zuschussfähigkeit. Im Status quo gilt für sämtliche Versorgungsbezüge, dass Beiträge, die aus ihnen gezahlt werden, nicht bezuschusst werden.

⁶ In den Berechnungen ist die aus dem zusätzlichen Beitragssatz gemäß § 241a SGB V resultierende Einschränkung der Parität berücksichtigt.

Dies gilt insbesondere für die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze⁷ als auch für die Höhe der Bezugsgröße (für Mindestbeiträge).

- Die Regeln der Beitragsbemessung werden dagegen so weit wie möglich dem aktuellen Stand angenähert. Entsprechend sind Versorgungsbezüge gemäß der Neuregelung vom 1.1.2004 vollständig beitragspflichtig, und es wird gemäß Rechtsstand 1.7.2005 der zusätzliche Beitragssatz (nach § 241a SGB V) berücksichtigt. Ansonsten gilt weiterhin die Unterscheidung von allgemeinem und ermäßigtem Beitragssatz nach den derzeitigen Kriterien.

Die Beiträge der Versicherten, für die gegenwärtig nicht die GKV-Beitragsregeln gelten, werden in Grundtyp 1 nach den heutigen Beitragsregeln für freiwillig versicherte GKV-Mitglieder bemessen. Das heutige Regelwerk der GKV differenziert zwischen pflichtversicherten und freiwillig versicherten Personen. Während sich die Erhebung der Beiträge von Pflichtmitgliedern auf Arbeitsentgelte, GRV-Renten und Versorgungsbezüge sowie andere Arbeitsentgelt-Äquivalente beschränkt, gelten für freiwillig versicherte Personen zwei hiervon abweichende Grundsätze:

- Die Beitragsbelastung muss die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit** berücksichtigen. Im Gegensatz zu den Pflichtmitgliedern werden sämtliche Einnahmen und Geldmittel berücksichtigt, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden (können), also beispielsweise auch Miet- und Kapitaleinnahmen.
- Es gibt **Mindestbeiträge**, die auch von Personen ohne oder mit nur geringem Einkommen zu entrichten sind und die für hauptberuflich Selbständige höher angesetzt werden.

Mit dem Beitragsrecht für freiwillig Versicherte in der GKV existiert bereits heute ein durch das SGB V und die Rechtsprechung der Sozialgerichte hinreichend spezifiziertes Regelwerk, um die Beitragshöhe für unterschiedlichste Personenkreise zu bestimmen. Da die gegenwärtigen Beitragsregeln für die freiwillig versicherten Mitglieder eine Beitragsbelastung nach der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorsehen, schließen die Beitragsgrundlagen bereits im Status quo auch keine Einkommensart prinzipiell aus.

Die mit den Beitragsregeln für freiwillig Versicherte (primär hauptberuflich Selbständige) im SGB V prinzipiell bereits heute gegebene Einbeziehung auch von Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung und von Kapitalerträgen in die beitragspflichtigen Ein-

⁷ Die Beitragsbemessungsgrenze liegt bei einem monatlichen Einkommen von 3.450 €.

kommen kommt aber faktisch kaum zum Tragen. Der Grund dafür ist, dass für diese Personengruppe gegenwärtig Mindestbeiträge gelten und aus der allgemeinen Beitragsbemessungsgrenze Höchstbeiträge resultieren. Insoweit ihr Gesamteinkommen außerhalb des Bereichs liegt, der durch die Mindestbeitrags- und Höchstbeitragsgrenze gekennzeichnet wird, ist die Zusammensetzung nach Einkommensarten irrelevant. Nur für den (schmalen) Einkommensbereich zwischen diesen Beitragsgrenzen kommen über die Beitragsgrundlagen für Pflichtversicherte hinaus gehende Einkommensarten für eine explizite Beitragserhebung in Betracht.

Würden für die heute nicht in der GKV Versicherten statt dessen die gegenwärtigen Beitragsregeln für Pflichtmitglieder angewandt, so hätte dies auch Auswirkungen auf den Versichertenbestand, denn dann dürften konsequenterweise für die bereits heute freiwillig Versicherten ebenfalls keine abweichenden Beitragsregeln gelten.

Allerdings stellt sich die Frage, ob die Beibehaltung unterschiedlicher Beitragsbemessungsgrundsätze, die im Status quo an den Unterschied „freiwillig versichert“ und „pflichtversichert“ anknüpfen, unter der Bedingung einer die gesamte Wohnbevölkerung umfassenden integrierten Krankenversicherung noch plausibel ist. Die Antwort fällt nicht eindeutig aus.

Der Gesetzgeber begründet die umfassendere Beitragsbemessungsgrundlage von freiwillig Versicherten mit „fehlender Schutzbedürftigkeit“. Diese liegt vor, wenn Personen

- die freie Wahl hinsichtlich Beginn und Ende einer Mitgliedschaft in der GKV haben,
- anderweitig für den Fall der Krankheit geschützt sind,
- typischerweise über höhere Einkommen verfügen.

Die ersten beiden Bedingungen sind in einer integrierten Krankenversicherung nicht mehr relevant, weil sich die Pflichtmitgliedschaft dauerhaft auf die gesamte Bevölkerung erstreckt und weil Sondersysteme, die der Gesetzgeber heute als „Ersatz“ für eine GKV-Mitgliedschaft anerkennt (wie z. B. die Beihilfe für Beamte), in ein integriertes Krankenversicherungssystem überführt werden. Das dritte Unterscheidungsmerkmal fehlender Schutzbedürftigkeit, eine finanziell besser gestellte Position, kann jedoch auch in einer integrierten Krankenversicherung weiterhin zur Differenzierung der Beitragsbemessungsgrundlagen nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit herangezogen werden.

Für eine breitere Beitragsbemessungsgrundlage bei Mitgliedern mit höheren Einkommen spricht überdies das Ziel einer integrierten Krankenversicherung, ihre Finanzierung nachhaltig zu sichern und dabei die verteilungspolitischen Inkonsistenzen des Status quo, wie die überproportionale Belas-

tung der Lohneinkommen und die regressive Wirkung der Beitragsbemessungsgrenze, zu verringern.

Zur Sicherung der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung kann der Gesetzgeber den Mitgliederkreis von Pflichtversicherungen so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist.⁸ Für den Grundtyp 1 einer integrierten Krankenversicherung müsste dieser Spielraum des Gesetzgebers folglich dahingehend gedeutet werden, dass zwar alle Personen den Status „Pflichtversicherte“ im Hinblick auf die Mitgliedschaft erhalten, dass jedoch im Hinblick auf das Beitragsrecht anknüpfend an den Status quo weiterhin eine Abgrenzung in Abhängigkeit der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit vorgenommen wird. Dies hätte zur Folge, dass alle Mitglieder, die heute nicht der GKV angehören, in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 Pflichtmitglieder würden, dass sich aber die Höhe ihrer Beiträge grundsätzlich nach den heutigen Regeln für freiwillig Versicherte bemisst.

Problematisch an diesem Ansatz ist, dass es für den Gesetzgeber, wie oben ausgeführt, heute mehrere Gründe gibt, aus denen er Personen von der Pflichtmitgliedschaft in der GKV befreit. Der dominierende Grund ist zwar die Einkommenssituation, zulässige Kriterien sind aber auch beruflicher Status bzw. anderweitige Absicherung. So sind Beamte, Selbständige und Freiberufler unabhängig von ihrer Einkommenssituation von der Pflichtmitgliedschaft befreit. Das bedeutet, dass die breitere Bemessungsgrundlage nicht ganz zielgenau auf die wirtschaftlich leistungsfähigeren Personen angewandt wird. Im Status quo ist dies insofern weniger problematisch, weil die Personen, die hiervon negativ betroffen wären, freiwillig über ihre Mitgliedschaft in der GKV entscheiden können. Diese Wahlmöglichkeit ist aber in einer integrierten Krankenversicherung quasi per definitionem ausgeschlossen.

Die Rechtsprechung hat dem Gesetzgeber zwar in anderen Zusammenhängen zugestanden, im Hinblick auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit „bei Massenerscheinungen“ gewisse Typisierungen vorzunehmen – allerdings versehen mit der Einschränkung, dass Generalisierungen dann zu verwehren seien, wenn sie zu vermeidbaren Härten führen.⁹ Im Rahmen der Untersuchung der einzelwirtschaftlichen Effekte des Grundtyps 1 ist demnach darauf zu achten, inwieweit die Typisierung der heute nicht in der GKV Versicherten in einer integrierten Krankenversicherung als „finanziell besser gestellt“, wie es durch die Anwendung der heutigen Beitragsregeln

⁸ Vgl. hierzu BverfG, 1 BvR 1103/03 vom 4.2.2004, Absatz-Nr. 25.

⁹ BverfG, 1 BvR 1681/94 vom 3.4.2001, Absatz-Nr. 67.

für freiwillig Versicherte in der GKV zum Ausdruck kommt, verteilungspolitisch unerwünschte Folgen hat.

Im vorhinein begrenzen lassen sich derartige unerwünschte Folgen dadurch, dass die Anwendung einer breiteren Bemessungsgrundlage, die eindeutig und ausschließlich am Kriterium der – in einer integrierten Krankenversicherung nicht mehr existierenden – Wahlmöglichkeit der Versicherungsform anknüpft, ausgeschlossen wird. Dies betrifft insbesondere die Fälle, in denen Personen ohne oder mit nur geringem Einkommen eine Mindestbemessungsgrundlage zugewiesen wird, denn hier stünde das nicht mehr gültige Abgrenzungskriterium Wahlfreiheit im Widerspruch zum Leitkriterium des Grundtyps 1, nämlich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit. Für Grundtyp 1 werden folglich keine Mindestbeiträge erhoben. Einzige Ausnahme sind die hauptberuflich Selbständigen, da sich bei ihnen Mindestbeiträge auch damit begründen lassen, dass sie typischerweise über gewisse Gestaltungsspielräume bei der Darstellung ihrer Einkommenssituation verfügen.

Letztlich zeigt sich aber, dass die Konzeptvorgabe „Beibehaltung der gegenwärtigen Beitragsregeln“ unter der Bedingung einer integrierten Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung zwangsläufig zu systematischen Bruchstellen und Widersprüchen im Regelwerk führt.

1.3 Personengruppen- und einnahmenspezifische Betrachtung der Beitragsbemessung

Im Grundtyp 1 sind alle Personen, die heute nicht in der GKV versichert sind, in der integrierten Krankenversicherung pflichtversichert, beitrags-technisch werden sie aber so behandelt, als wären sie freiwillig Versicherte – unter entsprechender Missachtung der heute gültigen Bedingungen hinsichtlich erforderlicher Vorversicherungszeiten.

Die Anknüpfung an das gegenwärtige Beitragsrecht bedeutet für Grundtyp 1, dass die Beitragsbemessung weiterhin sowohl nach Personengruppen bzw. sozioökonomischen Status als auch nach Einnahmearten differenziert. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass eine Person gleichzeitig Einnahmen unterschiedlicher Art beziehen kann. In diesen Fällen ist im Hinblick auf die Beitragsbemessungsgrenze die **Rangfolge der Einnahmearten** im Prozess der Beitragsveranlagung relevant, denn nur bestimmte Einnahmen (Arbeitsentgelt, gesetzliche Renten) werden bezuschusst. Die Festlegung der Rangfolge richtet sich im Grundtyp 1 nach dem Status quo bzw. priorisiert die zuschussfähigen Einnahmen, so dass die Beitragszuschüsse stets die maximale Höhe erreichen.

In (grober) Anlehnung an die Regelungen zur geringfügigen Beschäftigung werden im Grundtyp 1 Arbeitsentgelte bis zu einer **Geringfügigkeitsschwelle** von monatlich 400 € (4.800 € p. a.) beitragsfrei gestellt, solange eine Person neben dem Arbeitsentgelt keine weiteren Einkünfte bezieht.¹⁰

Die folgende personengruppen- und einkommensspezifische Betrachtung zeigt, dass im Grundtyp 1 letztlich nur für die Gruppe der hauptberuflich Selbständigen, der Beamte sowie der gegenwärtig nicht in der GKV versicherten Ruheständler und Pensionäre eine auf sämtliche Einkunftsarten erweiterte Bemessungsgrundlage angewandt wird. Für den größten Teil der heute nicht in der GKV Versicherten gilt in Grundtyp 1 (faktisch), dass von ihnen als abhängig Beschäftigte der Beitrag allein aus dem Bruttoarbeitsentgelt bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen ist. Im einzelnen gilt für Personengruppen, die heute nicht in der GKV versichert sind, folgendes:

- **Abhängig Beschäftigte:** Insoweit sie infolge der Überschreitung der Versicherungspflichtgrenze bislang in der PKV vollversichert sind, wird bei ihnen die Beitragsbemessungsgrenze im Regelfall bereits durch das Arbeitsentgelt vollständig ausgeschöpft, so dass weitere Einkommensarten zur Erfassung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit nicht zu berücksichtigen sind.¹¹
- **Beamte und Empfänger freier Heilfürsorge,** die ihnen gleichgestellt werden: Von ihnen werden in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 gemäß den heutigen Beitragsregeln für freiwillig Versicherte die Gesamteinnahmen in die Beitragsbemessung einbezogen, um die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit abzubilden. Insoweit also ihre Dienstbezüge die Beitragsbemessungsgrenze nicht erreichen, müssen auch aus eventuellen weiteren Einnahmequellen (z. B. Vermögenseinkünfte oder Mieteinkünfte) Beiträge gezahlt werden. Für die beitragsrelevante Abgrenzung der weiteren Einnahmequellen vgl. die

¹⁰ Zusätzlich werden Beitragszahlungen aus geringfügiger Beschäftigung durch die Arbeitgeber für dieses Szenario und alle weiteren Szenarien berücksichtigt.

¹¹ Zu dieser Gruppe zählen aber auch Personen, die aufgrund ihrer (verschlechterten) Einkommensverhältnisse im Status quo prinzipiell wieder unter die Pflichtmitgliedschaft in der GKV fallen würden, denen aber aufgrund ihres Alters und fehlender Vorversicherungszeiten nach geltendem Recht der Rückweg versperrt ist. Die zugrunde liegende Regelung ist in einer integrierten Krankenversicherung obsolet, denn sie dient heute dem Schutz der GKV-Solidargemeinschaft vor Mitgliedschaften einzelner nach „individueller Kassenlage“. Ein solches Verhalten ist in einer integrierten Krankenversicherung ausgeschlossen. Eine obsoletere Regelung soll aber grundsätzlich keine dauerhaften Nachwirkungen im neuen System haben. Die betroffene Personengruppe wäre gemäß heutigem Recht ohne diese Regelung in der GKV pflichtversichert. Entsprechend wird für sie im Grundtyp 1 die Beitragspflicht nicht auf andere Einkunftsarten ausgeweitet.

folgenden Ausführungen zu den hauptberuflich Selbständigen. Da für Beamte unbeschränkte Lohnfortzahlung gilt (so dass kein Krankengeldanspruch entstehen kann), gilt für sie der ermäßigte Beitragssatz.

- **Selbständige:** Die Beitragshöhe der hauptberuflich Selbständigen, die als neue Mitglieder in eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 1 hinzukommen, bemisst sich wie heute nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, das heißt, es werden die gesamten Einnahmen, die zum Lebensunterhalt verbraucht werden (könnten), berücksichtigt.

Wie die Einnahmen eines hauptberuflich Selbständigen, die aus gewerblicher Sicht mit Umsätzen zu vergleichen sind, zum Zweck der Beitragsveranlagung abgegrenzt werden, geht aus dem heute geltenden Regelwerk nicht ganz eindeutig hervor. Einerseits betont der Gesetzgeber, die Einnahmen seien „ohne Rücksicht auf ihre steuerliche Behandlung“ heranzuziehen¹², andererseits nimmt das SGB explizit Bezug auf den Einkunfts begriff des Steuerrechts (§ 15 SGB IV), und für die Beitragsermittlung bei den heute freiwillig Versicherten werden die Steuerbescheide herangezogen.

Vor diesem Hintergrund wird im Grundtyp 1 zur Abbildung der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die „Summe der Einkünfte“ nach § 2 EStG zugrunde gelegt. Einerseits werden mit dieser Größe Betriebsausgaben und Werbungskosten als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit mindernde Tatbestände berücksichtigt, andererseits sind damit weitere Abzüge, die das Steuerrecht vor der Steuerveranlagung einräumt, für die Beitragsveranlagung in der Krankenversicherung ausgeschlossen.¹³ Abweichend vom Einkunfts begriff des EStG werden im Status quo und damit auch in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 (Leib-)Renten stets mit dem Zahlbetrag (im Steuerrecht vor dem Jahr 2005 nur mit dem Ertragsanteil) berücksichtigt.

Für hauptberuflich Selbständige wird auch in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 an der heutigen Mindestbeitragsregelung festgehalten. Sie zahlen den allgemeinen Beitragssatz auf die Summe ihrer Einkünfte bis zur Beitragsbemessungsgrenze, mindestens

¹² Vgl. BMGS (2005), S. 155.

¹³ Hierzu zählen beispielsweise der Altersentlastungsbetrag (§ 24a EStG), Sonderausgaben (§ 10 EStG), außergewöhnliche Belastungen (§ 33 EStG), Verlustabzug (§ 10, § 2 EStG), Kinder- und Haushaltsfreibeträge (§ 32 EStG) und Härteausgleich (§ 46 EStG). Ebenfalls unberücksichtigt bleibt für die Beitragsveranlagung ein Grundfreibetrag, wie er Bestandteil des Einkommensteuertarifs gemäß § 32a EStG ist.

aber den Mindestbeitrag (Beitragsatz auf 75 % der monatlichen Bezugsgröße bzw. 50 % bei Ich-AG oder Existenzgründerzuschuss) und den Höchstbeitrag, wenn kein Nachweis über die Höhe der Einkünfte vorgelegt wird.

- ***Ruheständler***: Die Höhe der Beiträge der Ruheständler, die heute nicht in der GKV versichert sind, richtet sich nach den Beitragsregeln für die heute freiwillig versicherten Rentner und damit nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit. Demnach gilt für sie der allgemeine Beitragsatz im Hinblick auf GRV-Renten, Versorgungsbezüge, Arbeitseinkommen (Gewinneinkünfte aus selbständiger Tätigkeit) und private Renten. Auch hier gilt, dass (Leib-)Renten stets mit ihrem Zahlbetrag berücksichtigt werden. Für Vermögenseinkünfte (z. B. Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung, Zinseinkünfte) gilt der ermäßigte Beitragsatz.
- ***Pensionäre***: Für Pensionäre greifen prinzipiell dieselben Regelungen wie für die heute nicht in der GKV versicherten Ruheständler. Für sie ist insbesondere der Teil der Beitragsregeln relevant, der sich auf die Versorgungsbezüge bezieht, denn hierzu zählen auch Pensionen.¹⁴
- ***Personen ohne vorherigen Krankenversicherungsschutz***: Diese Personen werden, soweit es geht, Personengruppen zugeordnet, für die Beitragsregeln definiert sind. Falls sie sich nicht zuordnen lassen (z. B. vermögende Nicht-Erwerbstätige), gelten für sie dieselben Regeln wie für hauptberuflich Selbständige.

An der Gruppe der Ruheständler lässt sich erneut die Problematik veranschaulichen, die daraus entsteht, dass personengruppenspezifisch unterschiedlich breite Beitragsbemessungsgrundlagen angewandt werden. Die Beiträge für die zuvor nicht in der GKV versicherten Ruheständler einheitlich nach dem heutigen Regelwerk für freiwillig versicherte Rentner zu bestimmen, ist zwar mit dem prinzipiellen Ansatz von Grundtyp 1 konsistent, funktioniert aber reibungslos nur für den Umstellungszeitpunkt. Ab Bestehen einer integrierten Krankenversicherung steht für alle folgenden Neuzugänge bei den Ruheständlern das Veranlagungs-Kriterium „bislang nicht in der GKV versichert“ nicht mehr zur Verfügung, weil sie alle aus

¹⁴ Dies bedeutet auch, dass – wie bereits heute – auf Pensionen der allgemeine Beitragsatz angewandt wird, während für die Dienstbezüge der aktiven Beamten der ermäßigte Beitragsatz gilt. Diese „Ungleichbehandlung“ von aktiven und pensionierten Beamten ist unvermeidbare Folge der Vereinheitlichung der Beitragsregeln für Ruheständler und Pensionäre mit dem Ziel, den „Eigenfinanzierungsanteil“ der Älteren in der Krankenversicherung zu erhöhen.

der Pflichtmitgliedschaft heraus das Erwerbsleben beenden. Für sie gälte dementsprechend die engere Beitragsbemessungsgrundlage wie für die heute pflichtversicherten Rentner, das hieße insbesondere, das aus Vermögenseinkünften keine Beiträge gezahlt werden müssen. Damit entstünde die Möglichkeit ungleicher Beitragsbelastungen für Ruheständler mit identischer wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit, die auf Dauer keinen Rechtsbestand haben könnten.

Derartige Widersprüchlichkeiten einer integrierten Krankenversicherung nach Grundtyp 1 führt zum Grundtyp 2, der eine größere Konsistenz des Regelwerks gewährleistet.

2 Grundtyp 2: Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf weitere Einnahmearten

Die Spezifizierung vom Grundtyp 1 hat verdeutlicht, dass bereits im Status quo das Regelwerk für die Beitragsbemessung unterschiedliche Maße für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit umfasst und dass die Beitragsgrundlagen keine Einnahmeart prinzipiell ausschließen. Die vorigen Betrachtungen haben auch gezeigt, dass eine Typisierung der Leistungsfähigkeit über den beruflichen bzw. sozialen Status problematisch (geworden) ist, weil sich die Heterogenität innerhalb einzelner sozioökonomischer Gruppen im Hinblick auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit zum Teil deutlich erhöht hat. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich die Vermögensbestände der privaten Haushalte, die in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen haben, ungleich verteilen.¹⁵ Auch strukturelle Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und die zunehmende Verbreitung wechselhafter Erwerbsbiographien haben zur größeren Heterogenität beigetragen. Folge: Sozial- und verteilungspolitische Maßnahmen, die auf Typisierungen nach

¹⁵ Nach einer jüngst veröffentlichten Studie des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung haben sich im Verlauf der letzten zehn Jahre die Nettovermögen der Haushalte im Durchschnitt nominal um knapp 26 % erhöht. Differenziert man nach sozialen Gruppen, zeigt sich nicht nur, dass die Vermögen ungleich verteilt sind, sondern auch, dass die Veränderung der Vermögen unterschiedlich dynamisch verläuft. So ist das Durchschnittsvermögen der Selbständigen mehr als doppelt so hoch wie das der Arbeitnehmerhaushalte. Demgegenüber hat aber das Durchschnittsvermögen der Arbeitnehmerhaushalte im Zeitraum von 1993 bis 2003 rund doppelt so stark zugenommen wie die Privatvermögen der Selbständigenhaushalte. Im Durchschnitt deutlich steigende Vermögen verzeichneten auch Rentner und Pensionäre. (vgl. ZEW 2005)

Zugehörigkeit zu sozioökonomischen Gruppen wie „Arbeitnehmer“, „Rentner“ oder „Selbständige“ gründen, verlieren zunehmend an Zielgenauigkeit.

Vor diesem Hintergrund verbindet Grundtyp 2 die Konzeptvorgabe der generellen Ausweitung der Beitragsgrundlagen mit einem weiteren grundlegenden Gestaltungselement: die Vereinheitlichung der Beitragsberechnungsregeln für alle Personengruppen. Die Unterscheidung zwischen pflicht- und freiwillig Versicherten im Status quo, an die sich – allerdings ausschließlich für die Beitragsermittlung – auch Grundtyp 1 anlehnt, entfällt.

2.1 Versichertengruppen und Beitragszuschüsse

wie im Grundtyp 1 (vgl. Abschnitt 1.1)

2.2 Grundsätze der Beitragsbemessung für alle Mitglieder

Die Beitragsbemessung im Grundtyp 2 differenziert nur noch nach Einnahmearten, nicht mehr nach Personengruppen. Eine Differenzierung nach sozioökonomischen Status ergibt sich allenfalls mittelbar, insofern bestimmte Kombinationen von Einnahmearten stark mit bestimmten beruflichen/ sozialen Stellungen korrelieren. Mit dem Verzicht auf personengruppenspezifische Beitragsregeln sind auch Mindestbeiträge, wie sie im Status quo und im Grundtyp 1 für bestimmte Personengruppen gelten, ausgeschlossen.

Durch die Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf sämtliche Einnahmearten, die dem Lebensunterhalt dienen, soll sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Mitglieder umfassender in ihrer Beitragsbelastung widerspiegeln. Diesem Ziel entspricht es auch, bei der Festlegung der Beitragsbelastung eventuelle leistungsmindernde Tatbestände zu berücksichtigen. Hiermit ist unmittelbar die Frage verbunden, in welchem Umfang dies geschehen und inwieweit sich das Beitragsrecht in der Krankenversicherung hierbei vom Einkommensteuerrecht unterscheiden soll.

Im Grundtyp 2 wird die Grenze für die Berücksichtigung leistungsmindernder Tatbestände durch den ***Einkünftebegriff des EStG*** markiert. Der Beitragsveranlagung unterliegen demnach die „Überschusseinkünfte“ aus nichtselbständiger Arbeit, Vermietung und Verpachtung, Kapitalvermögen und sonstigen Einkünften sowie die „Gewinneinkünfte“ aus Gewerbebetrieb und selbständiger Arbeit. Dies bedeutet, dass Werbungskosten und

Betriebsausgaben leistungs- und damit unter Umständen auch beitragsmindernd berücksichtigt werden. Dies bedeutet ebenfalls, dass alle weiteren Abzüge von Einnahmen, die das EStG vor der Veranlagung einräumt, nicht zulässig sind.¹⁶

Dieser Ansatz zur Erfassung der Leistungsfähigkeit entspricht dem Ansatz, der der Beitragsbemessung bei hauptberuflich Selbständigen im Grundtyp 1 zugrunde liegt. Er knüpft damit ebenfalls am bestehenden Recht an, das mit § 15 SGB IV explizit Bezug auf den Einkunfts begriff des EStG nimmt. Diese Vorschrift besagt, dass bei Einnahmen aus selbständiger Tätigkeit und damit bei Personen, deren Beitragslast in der GKV sich nach ihrer gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit richten soll, nur der Gewinnanteil der Einnahmen herangezogen werden darf. Im Hinblick auf das Ziel einheitlicher Beitragsregeln für alle Mitglieder hat nun im Grundtyp 2 dieser prinzipielle Ansatz auch für alle anderen Einnahmearten Gültigkeit. Die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen somit grundsätzlich den Einkünften in der Abgrenzung von § 2 Abs. 2 EStG.

Doch während die Anwendung dieses Grundsatzes im Grundtyp 1 relativ unproblematisch ist, weil er an geltendem Recht anknüpft und im wesentlichen die Gruppe der hauptberuflich Selbständigen betrifft, treten im Grundtyp 2, in dem die Anlehnung an den steuerrechtlichen Einkunfts begriff für alle Versicherten gilt, grundlegende konzeptionelle Fragen auf. Gemäß Steuerrecht werden nämlich Leibrenten nur zum Teil veranlagt (§ 22 EStG), und Arbeitslosengeld und Sozialhilfe werden überhaupt nicht veranlagt.

Die sinngemäße Übernahme dieser steuerrechtlichen Behandlung in das Beitragsrecht der Krankenversicherung stünde im Widerspruch sowohl zu den gegenwärtigen Beitragsbemessungsgrundsätzen als auch zu erklärten Zielen der Gesundheitspolitik.

- Der Umstand, dass gerade Rentenbezieher in der Regel überproportional häufig Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, in Verbindung mit einer durchschnittlich alternden Bevölkerung hat den Gesetzgeber mehrfach dazu bewogen, den Eigenfinanzierungsanteil der Rentner zu erhöhen. Würden Krankenversicherungsbeiträge nur noch aus den Ertragsanteilen der Renten gezahlt, verringerte sich dagegen der Finanzierungsanteil aus Renten substantiell.

¹⁶ Vgl. Fußnote 13.

- Die zweite Frage, die Nicht-Veranlagung von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe, berührt die übergeordnete Problematik der Finanzierungsgrundsätze für Sozialsysteme. Wird eine Transferleistung vollständig steuer- oder beitragsfinanziert, erscheint es sinnvoll, diese Leistung innerhalb desselben Systems nicht zu veranlagern, sondern „netto“ auszu zahlen. Sobald jedoch mehrere Systeme an der Finanzierung beteiligt sind, ist eine eindeutige Veranlagungsregel nicht ableitbar. Im Fall des Arbeitslosengelds zum Beispiel sind zwei beitragsfinanzierte Systeme (GKV, ALV) sowie über Bundeszuschüsse auch das Steuersystem involviert.

Diese sehr grundlegenden konzeptionellen Fragen, die zum Teil weit über den Bereich der Krankenversicherung hinausgehen, können im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur in ihrer Relevanz für den Analysegegenstand erläutert, jedoch nicht beantwortet werden. Für den Grundtyp 2 einer integrierten Krankenversicherung soll daher im Hinblick auf Renten und Transferzahlungen eine „pragmatische“ Festlegung vorgenommen werden, die zwangsläufig nicht den Anspruch auf weitestgehende Konsistenz erheben kann.

- **Renten und Versorgungsbezüge** werden – wie im Status quo und im Grundtyp 1 – mit ihrem Zahlbetrag bei der Beitragsbemessung berücksichtigt, wenn sie einen eindeutigen Bezug zu vorherigen Beschäftigungsverhältnissen haben und insofern als Arbeitsentgelt-Äquivalente angesehen werden können. Dies trifft auf Renten der GRV und Versorgungsbezüge aus der betrieblichen Altersversorgung zu. Dagegen gilt für „private Renten“ aus der dritten Säule der Altersvorsorge die steuerrechtliche Abgrenzung: Sie werden – entsprechend § 22 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 10 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b – nur zum Teil bei der Beitragsbemessung berücksichtigt.¹⁷
- **Transferzahlungen** wie Arbeitslosengeld, Sozialhilfe oder BAföG werden wie im Status quo und im Grundtyp 1 weiterhin bei der Feststellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit bzw. der Beitragsbemessung berücksichtigt. Allerdings gelten beim Arbeitslosengeld und beim BAföG

¹⁷ Nach aktueller Rechtslage kommt die Beitragsveranlagung von privaten Leibrenten heute in der GKV nur für freiwillig Versicherte in Frage. Nach einem Urteil des BSG vom 6.9.2001 (Az: B 12 KR 40/00 R) ist es rechters, hierbei den Zahlbetrag und nicht nur den Ertragsanteil anzusetzen. Dieses Urteil stützt sich auf die Verweisvorschrift des § 240 Abs. 2 SGB V, wonach sich die beitragspflichtigen Einnahmen für freiwillig Versicherte an denen vergleichbarer pflichtversicherter Mitglieder zu orientieren haben. Diese Gestaltungsvorgabe entfällt in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2, da hier für alle dieselben Beitragsregeln gelten.

ebenfalls weiterhin die abweichenden Regelungen zur Bemessungsgrundlage: Demnach entspricht sie wie im heutigen Recht nicht dem Zahlbetrag.¹⁸

Unter Berücksichtigung dieser zwei Abweichungen hat die Anlehnung an das Steuerrecht für die Bestimmung der beitragsrelevanten Leistungsfähigkeit folgende Auswirkungen auf die Beitragsgrundlagen im Vergleich zum Grundtyp 1:

- Die Beitragsgrundlagen werden c. p. dadurch ausgeweitet, dass nicht nur bei den hauptberuflich Selbständigen und Beamten, sondern bei allen Mitgliedern neben den bislang maßgeblichen Einnahmen aus nichtselbständiger Tätigkeit (inklusive Renten und Lohnersatz) zusätzliche Einnahmen berücksichtigt werden, insbesondere solche aus (nebenberuflicher) selbständiger oder gewerblicher Tätigkeit, aus Kapitalvermögen und aus Vermietung und Verpachtung.
- Die Beitragsgrundlagen werden c. p. dadurch gemindert, dass bei der Veranlagung von Arbeitsentgelten vom „Bruttoprinzip“ abgewichen wird und dass grundsätzlich sämtliche Einnahmen in ihrer Beitragsrelevanz um Werbungskosten oder Betriebsausgaben, die jeweils mit ihnen im Zusammenhang stehen, verringert werden können. Darüber hinaus gibt es im Grundtyp 2 keine Mindestbeiträge mehr.

2.3 Einnahmeartenspezifische Betrachtung der Beitragsbemessung

Im folgenden wird für die einzelnen Einnahmearten näher spezifiziert, welche Art von Werbungskosten zu berücksichtigen sind, um von den Einnahmen zu den beitragsrelevanten Einkünften zu gelangen.

¹⁸ Bei Arbeitslosengeld gelten 80 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts als beitragspflichtige Einnahmen (§ 232a SGB V), auf die der allgemeine Beitragssatz erhoben wird. Beim BAföG sind es 30 % des BAföG-Höchstsatzes, auf die der studentische Beitragssatz (70 % des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes) erhoben wird (§§ 236, 245 SGB V). Würde abweichend vom Status quo im Grundtyp 2 der Beitrag nicht mehr auf nur 30 % des BAföG-Höchstsatzes, sondern auf den Zahlbetrag erhoben, müsste wahrscheinlich der BAföG-Höchstsatz entsprechend angepasst werden, denn durch diese geänderte Bemessungsgrundlage würde sich für viele BAföG-Bezieher der Krankenversicherungsbeitrag erhöhen, so dass ihr Mittelbedarf entsprechend stiege. Da solche Zweitrundeneffekte im Modell nicht dargestellt werden können, bleibt es im Grundtyp 2 bei der Status quo-Regelung.

- ***Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit***

Der beitragsrelevante Teil der Einnahmen aus nichtselbständiger Arbeit ergibt sich aus dem Brutto-Arbeitsentgelt abzüglich der diesbezüglichen Werbungskosten. Aus Vereinfachungsgründen werden diese Werbungskosten generell pauschaliert auf 1.000 € p. a.¹⁹ Das bedeutet, dass maximal die ersten 1.000 € Arbeitsentgelt im Jahr für die Beitragsbemessung nicht veranlagt werden. Eine generelle Pauschalierung erscheint auch im Hinblick auf den Beitragseinzug durch die Arbeitgeber erforderlich. Arbeitsentgelt unterhalb der Geringfügigkeitsschwelle bleibt analog zum Vorgehen im Grundtyp 1 beitragsfrei.²⁰

- ***Lohnersatz-Einnahmen***

Für Einnahmen, die als Arbeitsentgelt-Äquivalente anzusehen sind – also Arbeitslosengeld, Sozialhilfe, Renten der GRV und Versorgungsbezüge aus der betrieblichen Altersversorgung – können keine Werbungskosten geltend gemacht werden.

- ***Einnahmen aus Vermietung und Verpachtung***

Die beitragsrelevanten Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung ergeben sich aus den Einnahmen abzüglich Schuldzinsen, Grundbesitzsteuern, öffentliche Abgaben und Versicherungsbeiträge (soweit sie sich auf Gebäude beziehen, die dem Versicherten zur Einnahmeerzielung dienen) sowie Absetzungen für Abnutzung und für Substanzverringering (vgl. § 9 EstG).

- ***Einnahmen aus Kapitalvermögen***

Der beitragsrelevante Teil der Einnahmen aus Kapitalvermögen ergibt sich aus den Einnahmen abzüglich Werbungskosten und Sparerfreibetrag (gemäß § 20 Abs. 4 EStG). Der Sparerfreibetrag beträgt maximal 1.370 € für Alleinstehende und 2.740 € für Ehepaare. Für die Werbungskosten wird einheitlich eine Pauschale (in Anlehnung an § 9a Abs. 1 Satz 2 EStG) in Höhe von 50 € für Alleinstehende und von 100 €

¹⁹ Dieser Wert liegt ungefähr zwischen den steuerrechtlichen Arbeitnehmer-Pauschbeträgen der Jahre 2003 (1.044 € p. a.) und 2004 (920 € p. a.).

²⁰ Die Übernahme der Geringfügigkeitsschwelle beim Arbeitsentgelt im Grundtyp 2 kann nicht als Analogon zum Grundfreibetrag im Steuerrecht gesehen werden, denn dann müsste sie sich – unabhängig von der Art der Einnahme(n) – auf die Summe der Einkünfte beziehen. Die Übernahme der Geringfügigkeitsschwelle steht im Grundtyp 2 statt dessen für eine Ausgestaltung, die sich gegenüber arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen möglichst neutral verhalten soll.

für Paare (Ehe- oder Lebenspartner) angesetzt. Insgesamt bleiben also Einkünfte aus Kapitalvermögen bis 1.420 € bzw. 2.840 € beitragsfrei.

Handelt es sich um Leibrenten aus Kapitalvermögen, so können – entgegen dem Steuerrecht – keine Werbungskosten abgezogen werden. Dies scheint vertretbar, da private Renten nur zum Teil in die Beitragsgrundlagen eingehen (vgl. Abschnitt 2.2).²¹

2.4 Die Behandlung von negativen Einkünften

Werden Werbungskosten und Betriebsausgaben als leistungsmindernde Größen bei der Beitragsbemessung berücksichtigt, schließt sich die Frage an, wie zu verfahren ist, wenn diese Aufwandspositionen größer sind als die mit ihnen in Verbindung stehenden Einnahmen. In diesen Fällen sind die Einkünfte negativ. Hiermit ist vor allem im Bereich Vermietung und Verpachtung zu rechnen sowie bei Gewerbebetrieb und selbständiger Tätigkeit, insbesondere in den ersten Jahren solcher Geschäftstätigkeiten.

Mit negativen Einkünften innerhalb einer Periode (eines Jahres)²² kann bei der Ermittlung der Summe der Einkünfte auf zwei verschiedene Arten verfahren werden:

- (a) Negative Einkünfte werden bei der Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen ignoriert (quasi mit Null angesetzt). Es wird damit nur anerkannt, dass die entsprechende Einnahmeart nicht zur Erhöhung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit beiträgt, allerdings außer Acht gelassen, dass die negativen Einkünfte die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit senken. Eine mögliche Begründung für ein solches Vorgehen wäre z. B., das Beitragssystem der integrierten Krankenversicherung vor den Auswirkungen von „Steuersparmodellen“ zu schützen.
- (b) Negative Einkünfte werden mit positiven Einkünften verrechnet. Die beitragspflichtigen Einnahmen entsprechen dann dem Saldo der Einkünfte über alle Einkunftsarten. Ist der Saldo gleich Null oder negativ, wird der Beitrag auf Null gesetzt.

²¹ Gemäß Rechtsstand vor dem Jahr 2005 werden private Renten nur im Umfang ihres Ertragsanteils beitragspflichtig. Dieser Anteil wird hier aus Vereinfachungsgründen einheitlich mit 1/3 angesetzt.

²² Ein Verlustabzug in Form eines Verlustrücktrags auf den vorangegangenen Veranlagungszeitraum oder eines Verlustvortrags auf den folgenden Veranlagungszeitraum in Analogie zu § 10d EStG ist dagegen im Grundtyp 2 konzeptionell ausgeschlossen.

Aus konzeptioneller Sicht liegt Grundtyp 2 näher an Variante (b). Die Beitragsbasis fiel hierdurch geringer aus als nach Variante (a).

Allerdings geriete Variante (b) in einen Konflikt mit der Spezifikation der **Rangfolge der Einnahmearten** für die Bestimmung der beitragspflichtigen Einnahmen. Die Rangfolge wurde mit der Maßgabe festgelegt, dass mögliche Beitragszuschüsse maximiert werden (vgl. Abschnitt 1.3). Im Hinblick auf eventuelle Verrechnungsmöglichkeiten negativer Einkünfte hängt es bei Existenz einer vorgegebenen Rangfolge aber von der jeweiligen individuellen Einkommensstruktur ab, inwieweit diese Möglichkeiten genutzt werden können. Hat eine Person negative Einkünfte bei Einnahmearten, die in der Rangfolge weit hinten platziert sind, so mindern diese die Beitragsgrundlagen nur dann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze nicht bereits schon durch andere Einkünfte, die vorrangig veranlagt werden, ausgeschöpft wird.

Unter der Prämisse, dass negative Einkünfte für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit als prinzipiell gleichbedeutend mit positiven Einkünften gesehen werden und dies unabhängig von der Einkunftsart gilt, wäre es widersprüchlich, wenn die jeweilige Stellung der Einkunftsart in Veranlagungs-Rangfolge u. U. darüber entscheidet, ob und in welchem Ausmaß negative Einkünfte eines Mitglieds bei der Bestimmung seiner beitragspflichtigen Einnahmen berücksichtigt werden. Eine konsequente Beitragsbemessung nach gesamter wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit ist nur dann gegeben, wenn sie unabhängig von der individuellen Zusammensetzung der Einkünfte ist und alle Einkunftsarten prinzipiell gleich behandelt.

Gibt man diesem Prinzip den Vorrang und setzt obige Variante (b) um, so hätte dies u. U. problematische Auswirkungen auf die Beitragszuschüsse. Die Bestimmung der Höhe der Beiträge würde verkompliziert. Heute zahlen Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger jeweils die Hälfte des Beitrags. Durch die Rangfolge der Einnahmearten und die daran gebundene sukzessive Heranziehung von Einnahmearten zur Beitragszahlung wird sichergestellt, dass die Beitragszuschüsse „stimmen“. Da nach Variante (b) der Saldo über alle Einkunftsarten der Beitragsbemessungsgrenze unterworfen würde, wären hälftige Beitragszuschüsse nach heutigem Verfahren u. U. „zu hoch“, denn dadurch, dass nicht mehr sukzessive vorgegangen wird, sondern alle Einkünfte quasi simultan betrachtet werden, fällt der tatsächlich aus dem Arbeitsentgelt oder der Rente zu zahlende Beitrag – solange diese unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen – eventuell geringer aus, als der Beitrag, der sich bei einer prioritären Veranlagung von Arbeitsentgelt/Rente ergibt. Um die Zuschüsse „stimmig“ zu machen, müsste also zuerst der jeweilige Anteil von Arbeitsentgelt und/oder Rente an der Summe der individuellen beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt werden, und

die Beitragszuschüsse wären – zumindest in einigen Fällen – entsprechend zu kürzen, soll es sich weiterhin um hälftige Zuschüsse zu den tatsächlich aus Arbeitsentgelt oder Rente gezahlten Beiträgen handeln.²³

Der beschriebene Konflikt zwischen Beitragszuschussregelung auf Basis einer Rangfolge der Einnahmearten einerseits und dem Prinzip der Leistungsfähigkeit (diskriminierungsfreie Anerkennung negativer Einkünfte) ließe sich konzeptionell auf zwei Arten lösen:

- 1) Das Zuschusssystem wird abgeschafft, die bisherigen Beitragszuschüsse von Arbeitgebern, Rentenversicherungsträgern und sonstigen werden als Bruttoeinkommensbestandteile ausgezahlt (Analogie zu Grundtyp 3). In diesem Fall lässt sich die o. a. Variante (b), nach der die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen dem Saldo über alle Einkunftsarten unter Beachtung der Beitragsbemessungsgrenze entspricht, problemlos umsetzen.
- 2) Das Zuschusssystem wird beibehalten, negative Einkünfte werden aber in jedem Fall, also unabhängig von der Veranlagungs-Rangfolge, berücksichtigt. Dies könnte wiederum auf zweierlei Art und Weise geschehen:
 - Negative Einkünfte erfahren eine Sonderbehandlung und werden generell vorgezogen bzw. „unter die Beitragsbemessungsgrenze geholt“. Die grundsätzliche Rangfolge der Einnahmearten bei der Beitragsveranlagung bleibt ansonsten erhalten.
 - Die Beiträge werden gedanklich auf zwei „Töpfe“ aufgeteilt: Es gibt einen Topf nur für Beitragszuschüsse der unterschiedlichen Quellen (Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und sonstige) und einen Topf für die vom Versicherten selbst gezahlten Beitragsanteile („Selbstzahleranteile“). Negative Einkünfte fließen dann nur, aber in jedem Fall in den zweiten Topf (sie werden hierfür wie oben vorgezogen). Allerdings werden die Zuschussgeber allein im Hinblick auf die Höhe der in den zweiten Topf einfließenden beitragsrelevanten Arbeitsentgelte/Renten belastet und nicht im Hinblick auf den Saldo der Einkünfte, die in den „Selbstzahleranteile-Topf“ einfließen. Dadurch würden die Beitragszuschüsse höher ausfallen als nach der erstgenannten Methode.

²³ Eine adäquate Kürzung der Beitragszuschüsse könnte überdies in der Praxis vermutlich nur mit zeitlicher Verzögerung umgesetzt werden, weil die Information über die Höhe der anderen Einkunftsarten (vermutlich) erst mit Vorlage der Steuerbescheide verfügbar ist.

Bei den aufgezeigten Lösungen handelt es sich um konzeptionelle Grundentscheidungen. Ihre Umsetzungswürdigkeit hängt aber auch von der vermutlichen empirischen Bedeutung einer solchen Lösung ab. Negative Einkünfte in einem für die Beitragsgrundlagen signifikanten Ausmaß sind – auf Basis der dieser Untersuchung zugrunde liegenden Datenbasis – nur im Bereich Vermietung und Verpachtung zu vermuten. Da zu diesen Einkünften aber zuverlässige mikroökonomische Informationen zum gegenwärtigen Zeitpunkt fehlen, ist keine Aussage über ihre Verteilung auf die Versicherten möglich und damit auch nicht darüber, welcher Anteil negativer Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung unter Berücksichtigung der für die jeweils einzelnen Mitglieder gültigen Beitragsbemessungsgrenze letztlich die Beitragsgrundlagen mindern würde. Aus diesem Grund bleibt die konzeptionelle Frage zum Umgang mit negativen Einkünften an dieser Stelle zunächst offen.²⁴

2.5 Neuregelung der Krankengeldleistungen

Das Krankengeld, in der Anfangszeit der gesetzlichen Krankenversicherung die Hauptleistung, hat mittlerweile nur noch einen Anteil von rd. 5 % an den Gesamtausgaben der GKV. Es ist als einzige einkommensabhängig gewährte Leistung „äquivalent“ zu den einkommensabhängigen Beiträgen und steht damit im Gegensatz zu dem Anteil von ca. 95 % an den Gesamtausgaben, die als Sachleistungen einkommensunabhängig gewährt werden. Das Krankengeld als Element einer Versicherung gegen Einkommensausfall stellt somit einen systematischen Fremdkörper in einer Versicherung dar, die weitgehend auf dem Sachleistungsprinzip beruht.

Als Leistung im Fall krankheitsbedingten Einkommensausfalls kann sich das Krankengeld lediglich auf Arbeitsentgelte (und Arbeitslosengeld) beziehen, insoweit keine unbeschränkte Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber besteht (wie bei Beamten). Im Grundtyp 2 einer integrierten Krankenversicherung, in dem die Beitragsgrundlagen auf sämtliche Einnahmearten ausgedehnt werden, wird die relative Bedeutung des Krankengelds in dem Ausmaß weiter zurückgehen, in dem sich der Anteil der Arbeitsentgelte an den beitragspflichtigen Einnahmen verringert.

²⁴ Für die nachfolgenden Berechnungen ist diese konzeptionelle Lücke unschädlich, weil infolge der unzureichenden Datenbasis die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung lediglich in Form einer separaten Nebenrechnung (größtmöglicher Beitragssatzeffekt einer Einbeziehung dieser Einkünfte auf aggregierter Ebene) einbezogen werden (siehe hierzu Teil 2 des Berichts, Kapitel 4).

Daher wird im Grundtyp 2 die Finanzierung des Krankengeldes von der Finanzierung der Sachleistungen getrennt. Die Absicherung für Krankengeldleistungen verbleibt in der integrierten Krankenversicherung, wird dort aber separat vorgenommen.²⁵ Die Bezeichnung „integrierte Krankenversicherung“ bezieht sich folglich auf einen Versicherungsumfang, der nur noch die Sachleistungen und die hierauf entfallenden Verwaltungskosten deckt. Daneben existiert eine eigene „Krankengeldversicherung“. Dies hat folgende Konsequenzen:

- Durch die Abtrennung des Krankengeldes gibt es in der integrierten Krankenversicherung für alle Mitglieder nur noch einen Beitragssatz. Eine Beitragssatzdifferenzierung in „allgemein“, „ermäßigt“ und „erhöht“ in Abhängigkeit vom Krankengeldanspruch erübrigt sich.²⁶
- Erhaltenes Krankengeld wird Bestandteil der beitragspflichtigen Einnahmen zur Finanzierung der integrierten Krankenversicherung. Es wird in der Rangfolge der Einnahmearten mit Lohnersatzleistungen der Arbeitsagenturen gleichgestellt. Die Ausweitung der Beitragsgrundlagen der integrierten Krankenversicherung auf Krankengeldzahlungen hat dort, isoliert betrachtet, einen Beitragssatzsenkenden Effekt.
- Dem steht gegenüber, dass die neue Krankengeldversicherung einen höheren Finanzbedarf hat, als er sich unter Status quo-Bedingungen ableiten ließe. Dies hat zwei Gründe:
 - 1) Im Grundtyp 2 trägt die Krankengeldversicherung zusätzlich zu den eigentlichen Krankengeldzahlungen auch die Beiträge, die aus dem Krankengeld an die integrierte Krankenversicherung gezahlt werden.
 - 2) Heute und im Grundtyp 1 wird die implizite Umlage von Nicht-Rentnern zu Rentnern in der GKV dadurch reduziert, dass Rentner den allgemeinen Beitragssatz zahlen, obwohl sie keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Diese „Quersubventionierung“ der Krankengeldleistungen durch die Rentner entfällt im Grundtyp 2. Die

²⁵ Langfristig sind alternative Formen der Krankengeldabsicherung auch außerhalb der integrierten Krankenversicherung denkbar.

²⁶ Diese Beitragssatzdifferenzierung ist überdies gegenwärtig in der GKV nicht konsistent ausgestaltet. Dies betrifft sowohl, wie bereits erläutert, die Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes auf Altersrenten, darüber hinaus aber auch die inkonsequente Anwendung des erhöhten Beitragssatzes bei Mitgliedern, die bei Arbeitsunfähigkeit nicht für mindestens sechs Wochen Anspruch auf Fortzahlung ihres Arbeitsentgelts oder auf Zahlung einer die Versicherungspflicht begründenden Sozialleistung haben – weitere Gründe, für das Krankengeld eine Neuregelung vorzunehmen (vgl. Schlen/Schräder/Schiffhorst 2004, S. 25 f.).

Umlage zwischen Nicht-Rentnern und Rentnern wird hierdurch wieder „purifiziert“, Rentner werden c. p. entlastet.²⁷ Die Krankengeldversicherung wird nun allein aus tatsächlich Krankengeldanspruch begründenden Einnahmen (Arbeitsentgelt, Arbeitslosengeld) finanziert.

Beides bewirkt, dass der Beitragssatz für die neue Krankengeldversicherung höher ausfällt als der „Teilbeitragssatz Krankengeld“ im Status quo bzw. im Grundtyp 1.

2.6 Varianten des Grundtyps 2

Mit einer Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf weitere Einnahmearten sind die Ziele verbunden, die Finanzierungsbasis der Krankenversicherung unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen und von der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt zu machen sowie die Beitragsbelastung der Arbeitsentgelte zu verringern. Diese Ziele werden um so mehr erreicht, je stärker der Anteil der Arbeitsentgelte an den Beitragsgrundlagen durch die Ausweitung reduziert werden kann bzw. je größer der zukünftige Anteil der anderen Einnahmearten, insbesondere der Kapitaleinkünfte, ausfällt. Darüber hinaus soll die Ausweitung dem verteilungspolitischen Ziel dienen, die Beitragsbemessung umfassender an der individuellen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Mitglieder auszurichten.

Die Beitragsbemessungsgrenze kann in diesem Zusammenhang problematische Wirkungen entfalten, die den oben genannten Zielen abträglich sind:

- Sind es vor allem die Mitglieder mit hohen Arbeitsentgelten (nahe oder oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze), die auch in nennenswertem Umfang Einkünfte aus anderen Einnahmearten und insbesondere aus Vermögen beziehen, kann das Ziel einer breiteren Finanzierungsbasis

²⁷ Hierin könnte ein Widerspruch zu dem im vorigen angeführten gesundheitspolitischen Ziel gesehen werden, den Eigenfinanzierungsanteil der Älteren in der Krankenversicherung zu erhöhen. Im Hinblick auf dieses Ziel wurde auch begründet, dass Beiträge weiterhin aus den Zahlbeträgen anstatt aus den Ertragsanteilen der gesetzlichen und betrieblichen Renten zu entrichten sind (vgl. Abschnitt 2.2). Unter dem Blickwinkel der konzeptionellen Konsistenz erscheint aber die Zahlbetrags-Regelung eher vertretbar, da hier systematisch auf die Anbindung an ein voriges Beschäftigungsverhältnis und damit auf die Äquivalenz zu Arbeitsentgelten rekurriert werden kann, während die Anwendung des allgemeinen Beitragssatzes auf Einnahmen von nicht krankengeldberechtigten Mitgliedern heute einen völlig sachfremden Weg zur Minderung demographiebedingter Probleme darstellt.

nur sehr begrenzt erreicht werden. Unter diesen Umständen würden nämlich diese anderen Einkunftsarten faktisch kaum beitragsrelevant.

- Insoweit dies nicht der Fall ist und auch viele Mitglieder mit ihren bereits heute beitragsrelevanten Einnahmen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegen, kann zwar eine Diversifizierung der Beitragsgrundlage weg von den Lohn(ersatz)einkommen erreicht und damit die Beitragsbelastung der Arbeitentgelte gesenkt werden. Hiermit würden aber gerade auch die Mitglieder mit geringen Lohn(ersatz)einkommen stärker belastet. In einigen Fällen mag dies verteilungspolitisch erwünscht sein (z. B. bei vermögenden Rentnern), in vielen anderen aber nicht („Kleinsparer“).

Einen einfachen Ausweg aus diesem Dilemma gibt es im Rahmen einer integrierten Krankenversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen nicht. Eine Verletzung eines der oben genannten Ziele erscheint unvermeidlich. Anzustreben ist demnach eine Lösung, die das Ausmaß der Zielverletzungen minimiert. Ein mögliches Instrument hierfür ist die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Durch eine solche Erhöhung würde eine größere Diversifizierung der Beitragsgrundlagen erreicht und damit dem Ziel einer Stabilisierung der Finanzierungsbasis der Krankenversicherung mehr entsprochen. Die Wirkung auf die Beitragsbelastung der Arbeitentgelte ist hingegen nicht eindeutig und hängt von der Lohn- und Gehaltsstruktur ab: Einer Entlastung durch die Beitragssatzsenkung, die durch die Verbreiterung ermöglicht wird, steht die Mehrbelastung höherer Arbeitentgelte durch die Heraufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze gegenüber. Aus verteilungspolitischer Perspektive wiederum zählt, dass die zusätzlichen Belastungen der im Grundtyp 2 neu herangezogenen Einkunftsarten wahrscheinlich personell breiter gestreut wären.

Vor diesem Hintergrund wird der Grundtyp 2 mit heraufgesetzten Beitragsbemessungsgrenzen untersucht, und zwar in Form von:

- ***Variante (a)***

Die Beitragsbemessungsgrenze wird auf die Höhe der Versicherungspflichtgrenze der GKV im Referenzjahr (2003) angehoben, also auf monatlich 3.825 €.

- ***Variante (b)***

Die Beitragsbemessungsgrenze steigt auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Referenzjahr (2003), also auf monatlich 5.100 € (West) bzw. 4.250 € (Ost).

- **Variante (c)**

Die Beitragsbemessungsgrenze wird vollständig aufgehoben.

3 Grundtyp 3: Pauschalbeiträge mit einkommensabhängigen steuerfinanzierten Beitragszuschüssen

Die vorigen Grundtypen 1 und 2 unterscheiden sich zwar in den Beitragsgrundlagen und den Beitragsberechnungsregeln, folgen aber beide dem Grundprinzip, dass die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags einkommensabhängig ist. Grundtyp 3 weicht von diesem Prinzip dadurch ab, dass sich die individuelle Beitragsbelastung aus zwei Elementen zusammensetzt: einem pauschalen Krankenversicherungsbeitrag und einem einkommensabhängigen Beitragszuschuss, der aus Steuermitteln finanziert wird. Damit ist die Höhe des Krankenversicherungsbeitrags unabhängig vom Einkommen, die effektive Beitragsbelastung, die sich unter Berücksichtigung der Beitragszuschüsse ergibt, bestimmt sich dagegen in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit.²⁸

3.1 Grundsätze zur Bestimmung der Pauschalbeiträge

Der Pauschalbeitrag an die Krankenversicherung entspricht im Grundtyp 3 den durchschnittlichen Ausgaben einer Krankenkasse je „Mitglied“. Jede einzelne Krankenkasse bestimmt demnach die Höhe ihres Pauschalbeitrags individuell in Abhängigkeit von der Höhe der Ausgaben für ihr Versichertenkollektiv. Für Grundtyp 3 gelten hierbei folgende Vorgaben:

- Für die Berechnung des Pauschalbeitrags werden die heutigen Aufwendungen für **Krankengeld** nicht berücksichtigt. Ebenso wie in Grundtyp 2 wird die Finanzierung des Krankengeldes von der Finanzierung der Sachleistungen getrennt; die Absicherung für Krankengeldleistungen

²⁸ Die Abhängigkeit der effektiven Beitragsbelastung von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit hat allerdings nur für einen begrenzten Einkommensbereich die Form einer monoton steigenden Funktion. Ab einer bestimmten Einkommensgrenze wird kein Beitragszuschuss mehr gezahlt (siehe hierzu im folgenden Abschnitt 3.2), so dass die absolute Beitragsbelastung in oberen Einkommensbereichen konstant bleibt. Im heutigen Beitragssystem sowie in den Grundtypen 1 und 2 führt die Beitragsbemessungsgrenze zu einer entsprechenden Beschränkung der Einkommensabhängigkeit („Maximalbeitrag“).

verbleibt in der integrierten Krankenversicherung, wird dort aber separat vorgenommen (vgl. Abschnitt 2.5). Im Fall von einkommensabhängigen Beiträgen begründet das Krankengeld als einzige einkommensabhängig gewährte Leistung in der Krankenversicherung einen Rest an kurzfristiger Risikoäquivalenz. In Grundtyp 2 wird diese Begründungsfunktion infolge der Ausweitung der Beitragsgrundlagen noch schwächer, in Grundtyp 3 mit einkommensunabhängigen Pauschalbeiträgen entfällt sie vollständig.

- Die beitragsfreie Mitversicherung von *Familienangehörigen* wird geändert: *Kinder* bleiben nur noch solange beitragsfrei über ihre Eltern mitversichert, bis sie ihr 18. Lebensjahr vollendet haben.²⁹ Die beitragsfreie Mitversicherung von geringverdienenden *Ehegatten* entfällt. Die durchschnittliche Höhe des Pauschalbeitrags in der integrierten Krankenversicherung ergibt sich also aus der Division aller Krankenversicherungsausgaben (ohne Krankengeld) durch die Anzahl aller Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben.
- Für die einzelnen Krankenversicherungsunternehmen sind kassenindividuelle Aufschläge bzw. Abschläge gegenüber dem für die Gesamtheit der Krankenkassen durchschnittlichen Pauschalbeitrag zu berechnen, mit denen die kassenindividuell unterschiedliche Ausgabenpositionen – als Folge etwa von unterschiedlichen Satzungsleistungen und unterschiedlichen Kostenvorteilen bzw. –nachteilen gegenüber dem Beitragsbedarf aus dem RSA – berücksichtigt werden.³⁰

²⁹ Gegenwärtig kann sich die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern unter bestimmten Voraussetzungen bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres oder sogar darüber hinaus erstrecken (vgl. § 10 Abs. 2 SGB V). Zur Begründung der Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern in Grundtyp 3 vgl. Abschnitt 3.2.3. Für die Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge für Kinder in einem Pauschalbeitragsmodell gibt es unterschiedliche Varianten, die sich ordnungspolitisch begründen lassen. Sie reichen von identischen Pauschalbeiträgen für Kinder und Erwachsene über kinderspezifische Pauschalbeiträge bis zur beitragsfreien Mitversicherung von Kindern durch Umlage auf die erwachsenen Versicherten oder durch Steuerfinanzierung. Keine dieser Varianten ist frei von verteilungspolitischen Widersprüchen. Daher geben in erster Linie pragmatische Gründe den Ausschlag dafür, dass in Grundtyp 3 die bereits heute beitragsfreie Mitversicherung von Kindern prinzipiell beibehalten wird. Die Gesundheitsausgaben für Kinder werden auf alle erwachsenen Beitragszahler in der integrierten Krankenversicherung umgelegt. Krankenkassen mit einer überdurchschnittlich hohen Kinderquote wären im Wettbewerb konsequenterweise benachteiligt, denn sie müssten höhere Beiträge erheben. Diese Nachteile sind durch den Finanzkraftausgleich im Risikostrukturausgleich zu beseitigen.

³⁰ In den folgenden Simulationsrechnungen wird nur der über alle Krankenversicherer durchschnittliche Pauschalbeitrag verwandt.

Der entscheidende konzeptionelle Schritt von Grundtyp 1 zu Grundtyp 2 ist die Abkehr von personengruppen-spezifischen Beitragsregeln (vgl. Abschnitt 2.2), es bleiben aber notwendigerweise einige Unterschiede in der Beitragsveranlagung nach Einnahmearten bestehen – insbesondere im Hinblick auf die Erfassung leistungsmindernder Tatbestände sowie im Hinblick auf die Veranlagungsrangfolge der Einnahmearten (vgl. Abschnitte 2.3, 2.4). Ein Pauschalbeitrag wird demgegenüber nicht nur vollkommen unabhängig von der Höhe des Gesamteinkommens eines beitragspflichtigen Mitglieds erhoben, sondern auch vollkommen unabhängig von den unterschiedlichen Einnahmearten, aus denen sich dieses zusammensetzt.

Die individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit ist dagegen Grundlage der Prüfung des Anspruches auf Beitragszuschüsse sowie der Bestimmung ihrer Höhe. In Grundtyp 3 wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit aus Gründen der Konsistenz und der Vergleichbarkeit nach exakt denselben Regeln bestimmt wie in Grundtyp 2 (vgl. Abschnitte 2.2, 2.4 bzw. 3.2.3).

3.2 System der Beitragsbezuschung

Die Unabhängigkeit der Pauschalbeiträge von der Einkommenshöhe und von den unterschiedlichen Einnahmearten führt zu einer grundlegenden Neugestaltung des Systems der Beitragsbezuschung. Dies betrifft sowohl die Bezugsgrößen der Beitragszuschüsse als auch ihre Finanzierung. Im heutigen System sowie in den Grundtypen 1 und 2 werden Beitragszuschüsse nur zu bestimmten Einnahmearten gezahlt.³¹ Aufgebracht werden die Zuschüsse von den Quellen der Einnahmen der Versicherten, also den Arbeitgebern, den Rentenversicherungsträgern und den betreffenden Transferstellen. Die Zuschussgeber tragen einen Beitragsteil in Höhe des hälftigen Beitragssatzes (nach Abzug des zusätzlichen Beitragssatzes gemäß § 241a SGB V). Damit verhält sich die Zuschusshöhe proportional zur Höhe des bezuschussten Einkommens.

Pauschalbeiträge haben keinen einnahmeartenspezifischen Bezug. Auch gibt es in einem Pauschalbeitragssystem keine Beitragsbemessungsgrenze, die es erforderlich macht, eine Rangfolge der Einnahmearten für die Be-

³¹ Beitragszuschüsse werden im Status quo zu Arbeitsentgelten und zu hierzu äquivalenten Einkommen (Lohnersatzeinkommen) und zu GRV-Renten gezahlt, in den Grundtypen 1 und 2 zusätzlich zu Dienstbezügen und Pensionen der Beamten (vgl. Abschnitt 1.1). Für Transferempfänger werden die Krankenversicherungsbeiträge z. T. vollständig übernommen. Zu Einnahmen, die sich nicht aus einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis herleiten (z. B. Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, Kapitaleinkünfte), werden keine Zuschüsse gezahlt.

stimmung der beitragspflichtigen Einnahmen festzulegen. Das gegenwärtige „paritätische“ System der Beitragszuschüsse ließe sich zwar auch in Grundtyp 3 aufrecht erhalten³², dies widerspräche jedoch einigen wesentlichen Zielen, die mit einer Umstellung auf Pauschalbeiträge verbunden werden. Hierzu zählt neben der Reduzierung der Lohnzusatzkosten der Arbeitgeber die Verlagerung der Finanzierung einer Beitragsbezuschung vom System der Krankenversicherung in das allgemeine Steuersystem.

Das Zuschusssystem in Grundtyp 3 folgt dementsprechend einer anderen Logik: Die bisherigen Beitragszuschüsse werden als regulärer Bestandteil der gegenwärtig bezuschussten Einnahmeart ausgezahlt. Im Gegenzug tragen die Mitglieder der integrierten Krankenversicherung den Krankenversicherungsbeitrag vollständig selbst. Darüber hinaus haben sie gleichzeitig Anspruch auf steuerfinanzierte Beitragszuschüsse, sobald sie durch ihre Beitragszahlung eine einheitlich definierte Belastungsgrenze überschreiten. Diese Beitragszuschüsse verhalten sich umgekehrt proportional zur wirtschaftlichen Situation des Mitglieds. Sie sind so bemessen, dass die Beitragsbelastung wieder auf das durch die Belastungsgrenze vorgegebene Niveau sinkt.

3.2.1 Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse

Die bisherigen Beitragszuschüsse werden in Bestandteile des individuellen Bruttoeinkommens der Versicherten umgewandelt. Das heißt, alle heutigen institutionellen Zuschussgeber zahlen ihre bisherigen Anteile an den Krankenversicherungsbeiträgen als reguläre Einkommensbestandteile aus. Das betrifft in erster Linie die Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherungsträger, die ihre bisherigen Beitragszuschüsse dann als Bestandteile des Arbeitsentgelts bzw. der GRV-Rente an die Arbeitnehmer bzw. Rentner auszahlen. Dies betrifft gleichermaßen die Arbeitsagenturen und Sozialhilfeträger, die die bisher von ihnen z. T. vollständig übernommenen Krankenversicherungsbeiträge dann als Bestandteil des Arbeitslosengelds oder der Sozialhilfe an die Transferempfänger auszahlen.

Mit Übergang zum Grundtyp 3 werden auch Beamte und Pensionäre beitragspflichtige „Mitglieder“ der integrierten Krankenversicherung. Ebenso wie bei anderen Beschäftigten würden Zuschüsse ihrer Dienststellen ausgezahlt, die bisherigen Beihilfeleistungen könnten reduziert werden oder in

³² Unter Wahrung der Konsistenz mit den Grundtypen 1 und 2 könnten etwa zuschussfähige Anteile eines Pauschalbeitrags entsprechend der Anteile der nach Status quo-Bedingungen zuschussfähigen Einnahmearten am Gesamteinkommen bestimmt werden.

Gänze entfallen. Als Auszahlungsbetrag der Dienststelle käme ein Betrag in Frage, der einem Beitragszuschuss wie im Grundtyp 1 (vgl. Kapitel 1.1) entspricht.³³

Für die Frage der „richtigen“ Auszahlungshöhe gibt es keine einwandfreie Lösung. Würden die bisherigen Beitragsanteile der Arbeitgeber und institutionellen Träger in der gegenwärtig GKV-durchschnittlichen Höhe³⁴ ausbezahlt, würden z. B. Arbeitgeber, deren Arbeitnehmer überwiegend in Krankenkassen mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen versichert sind, überproportional stark belastet und umgekehrt. Die Alternative, die bisherigen Beitragszuschüsse in der gegenwärtig individuell tatsächlichen Höhe ausbezahlen, zementiert zwar die Belastungsstrukturen infolge von Kassenwahlentscheidungen zu einem letztlich willkürlichen Zeitpunkt, es ergeben sich aber zumindest umstellungsbedingt keinerlei Belastungsverschiebungen. Der Zeitpunkt der Festschreibung müsste im zweiten Fall ein Stichtag sein, der deutlich vor der Umstellung liegt, um umstellungsinduzierte Wechsel in teure Kassen zu vermeiden. Konzeptionell wird für Grundtyp 3 die zweite Variante als die offensichtlich weniger nachteilige gewählt.

Während die Beitragszuschüsse im Status quo steuer- und abgabenfrei gestellt sind, unterliegen sie nach der Auszahlung als reguläre Einkommensbestandteile in Grundtyp 3 der Steuer- und Abgabepflicht. Hierdurch entstehen sowohl ein zusätzliches Steueraufkommen als auch zusätzliche Beitragsaufkommen in der Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung. Erforderliche Umstellungen in den anderen Sozialversicherungszweigen lassen sich nach Maßgabe der Aufkommensneutralität der Umstellung gestalten.³⁵ Eine zusätzliche Abgabenbelastung lässt sich dadurch vermeiden.

³³ Für die Simulationsrechnungen im Teil 2 des Berichts wurde unterstellt, dass der hälftige ermäßigte Beitragssatz angewandt auf ihre Dienstbezüge zur Auszahlung gelangt.

³⁴ In diesem Fall wäre der GKV-durchschnittliche allgemeine Beitragssatz (für Sachleistungen, Krankengeld und die auf diesen Leistungsumfang entfallenden Verwaltungskosten) gemäß GMG, also nach Abzug des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V, zugrunde zu legen. Auf der Datenbasis für das Jahr 2003 beträgt dieser 13,7 %, die Auszahlung entsprechend 6,85 % des bisherigen beitragspflichtigen Einkommens.

³⁵ Die Erhöhung des sozialversicherungspflichtigen Bruttoeinkommens kann durch entsprechende Anpassungen der Beitragssätze in der Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung kompensiert werden. In Kombination hierzu müssten die Beitragsbemessungsgrenzen in diesen Sozialversicherungszweigen an die durch die Auszahlung der bisherigen Zuschüsse erhöhten Bruttobeträge angepasst werden. Auf diese Weise kann die Beitragshöhe in der Renten-, Arbeitslosen- und Pflegeversicherung im wesentlichen unverändert gegenüber dem Status quo bleiben. Damit ändern sich auch die Arbeitgeberzuschüsse zu diesen Sozialversicherungszweigen nicht.

3.2.2 Herleitung der Belastungsgrenze

Die Belastungsgrenze wird für Grundtyp 3 so definiert, dass der Verhältniswert von pauschaler Beitragszahlung zum Gesamteinkommen der potentiellen Zuschussempfänger maximal so hoch ist wie der GKV-durchschnittliche Beitragssatz im Referenzszenario. Dadurch sollen Mehrbelastungen durch eine Umstellung auf Grundtyp 3 insbesondere in den unteren Einkommensbereichen möglichst weitgehend vermieden werden.

Der Referenzbeitragssatz, der in Grundtyp 3 der Belastungsgrenze zugrunde gelegt wird, bezieht sich auf das Leistungsvolumen im Status quo, das auch in der integrierten Krankenversicherung zum allgemeinen Pflichtversicherungsumfang zählt. Das heißt, er entspricht dem Teilbeitragssatz für die RSA-fähigen Sachleistungen und den damit verbundenen Verwaltungskosten; er deckt dagegen weder Krankengeldleistungen, deren Finanzierung in den Grundtypen 2 und 3 von der Finanzierung der Sachleistungen getrennt wird, noch kassenindividuelle Satzungsleistungen, weil die damit verbundenen Beitragsbelastungen durch die Kassenwahl der Versicherten individuell unterschiedlich gestaltet werden können. Darüber hinaus wird der Referenzbeitragssatz im Gegensatz zu den tatsächlichen GKV-durchschnittlichen Beitragssätzen vollständig ausgabendeckend und damit „defizitfrei“ kalkuliert. Schließlich ist gemäß GMG der zusätzliche Beitragssatz gemäß § 241a SGB V abzuziehen. Auf dieser Grundlage ergibt sich nach unseren Berechnungen ein Verhältniswert für die Belastungsgrenze von 12,9 % (auf der Datenbasis für das Jahr 2003).

Dieser Verhältniswert entspricht – wenn man von den kassenindividuellen Satzungsleistungen absieht – dem für die gesamte GKV ausgabendeckenden ermäßigten Beitragssatz (des Jahres 2003) nach Abzug des zusätzlichen Beitragssatzes. Dadurch dass der Referenzbeitragssatz die Ausgaben für Krankengeld im Status quo nicht berücksichtigt, liegt die Belastungsgrenze entsprechend niedriger, die steuerfinanzierten Beitragszuschüsse werden also schon bei einer geringeren Belastungsrelation gezahlt; allerdings müssen erwerbstätige Versicherte in Grundtyp 3 zusätzlich eine Krankengeldversicherung bezahlen, die bei der Feststellung eines Zuschussanspruches bzw. seiner Höhe nicht berücksichtigt wird.

3.2.3 Regeln der Bezuschussung

Beitragszahler und damit potentielle Zuschussempfänger sind alle Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben. Ein Anspruch auf einen Beitragszuschuss besteht, sobald die finanzielle Belastung durch Pauschalbeiträge die sich aus der Belastungsnorm – in Höhe des Referenzbeitrags-

satzes von 12,9 % – ergebende Belastungsgrenze überschreitet. Die Belastungsnorm wird dabei auf eine Einkommensgröße bezogen, mit der die **gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit** der Beitragszahler berücksichtigt wird. Anknüpfend an Grundtyp 2 werden zur Operationalisierung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sämtliche Einnahmearten herangezogen und der Einkunfts begriff nach EStG zugrunde gelegt (vgl. Abschnitt 2.2).³⁶

Darüber hinaus wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Beitragszahler auf der Ebene von **Bedarfsgemeinschaften** festgestellt.

Anknüpfungspunkt für dieses Haushaltskonzept ist das SGB II. Es konkretisiert den Begriff der Bedarfsgemeinschaft als eine Haushaltsgemeinschaft, die über eine gemeinsam wirtschaftende Wohngemeinschaft hinausgeht, indem sich die dazugehörigen Personen im Rahmen ihrer Möglichkeiten unterstützen, sobald ein oder mehrere Mitglieder der Gemeinschaft in eine Situation der Hilfebedürftigkeit geraten. In § 7 Abs. 3 SGB II wird dieses Kriterium des „füreinander Einstehens“ durch Aufzählung von Beziehungskonstellationen konkretisiert, die eine Bedarfsgemeinschaft begründen: Lebenspartnerschaften (Ehepaare, eheähnliche Gemeinschaften, eingetragene Lebenspartnerschaften), Kinder (vor Vollendung des 18. Lebensjahres) und Eltern. Eine Haushaltsgemeinschaft kann aus mehreren Bedarfsgemeinschaften bestehen (z. B. im Fall von Kindern, die auch nach Vollendung ihres 18. Lebensjahres noch bei ihren Eltern wohnen).

Ein potentieller Anspruch auf einen Beitragszuschuss knüpft also nicht am Tatbestand der individuellen Beitragszahlung an, sondern an der wirtschaftlichen Situation der einzelnen Beitragszahler. Auf die wirtschaftliche Situation einer Person hat die Zugehörigkeit zu einer gemeinsam wirtschaftenden Einheit bzw. Personengruppe in der Regel einen bedeutenden Einfluss. Würde dieser Faktor im Zuschusssystem ignoriert, wäre dieses System in verteilungspolitischer Hinsicht weniger zielgenau. So wären Fälle denkbar, in denen die Beitragszahlung im Verhältnis zum Einkommen einer einzelnen Person zwar hoch ist, diese Person hierdurch aber in ihrer wirtschaftlichen Situation faktisch kaum beeinflusst wird, weil sie Teil einer „wohlhabenden“ Bedarfsgemeinschaft ist. In solchen Fällen käme der Beitragszuschuss einer reinen „Preissubventionierung“ gleich, die von der

³⁶ Dies beinhaltet auch die in Grundtyp 2 gültige Abweichung vom EStG im Hinblick auf dessen § 22: Gesetzliche und betriebliche Renten werden mit ihrem vollen Zahlbetrag bei der Bestimmung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit berücksichtigt anstatt nur mit einem Teilbetrag (früher Ertragsanteil, 2005: 50 %), wie es das Einkommensteuerrecht vorsieht. Damit wird hier der Konsistenz mit Grundtyp 2 der Vorrang gegenüber der Konsistenz mit dem EStG gegeben und so ein Übergang von Grundtyp 2 zu Grundtyp 3 erleichtert. Darüber hinaus entspricht die vollständige Berücksichtigung von Rentenzahlungen dem langfristigen Ziel des Alterseinkünftegesetzes, Renten zukünftig zu 100 % der Steuerpflicht zu unterwerfen. Insofern kann die Behandlung der Renten in den Grundtypen 2 und 3 als „Vorgriff“ auf das Jahr 2040 verstanden werden.

tatsächlichen wirtschaftlichen Situation der hiervon Begünstigten abstrahiert.

Die *Höhe des Zuschusses* entspricht dem Differenzbetrag zwischen der Summe der von einer Bedarfsgemeinschaft zu entrichtenden Pauschalbeiträge einerseits und der Belastungsgrenze als Euro-Betrag andererseits. Diese Belastungsgrenze wird für jede Bedarfsgemeinschaft ermittelt, indem die Höhe des Anteils ihrer gesamten Einkünfte (gemäß Kapitel 2.2) bestimmt wird, die dem Prozentwert der Belastungsnorm entspricht. Dieser Betrag kann als „zumutbarer Eigenanteil“ interpretiert werden. Ist die Differenz zwischen Summe der zu zahlenden Pauschalbeiträge und dem zumutbaren Eigenanteil kleiner gleich Null, beträgt der Zuschuss Null.³⁷

Um Anreize, zu beitragsgünstigeren Krankenkassen zu wechseln, auch für Zuschussempfänger zu erhalten, wird zur Feststellung eines Überschreitens der Belastungsgrenze jeweils der über alle Krankenkassen *durchschnittliche Pauschalbeitrag* (anstatt der tatsächlich zu zahlende kassenindividuelle) ins Verhältnis zum Einkommen gesetzt.

Für Versicherte, deren Beitragszahlung bisher zu 100 % von anderen Sozialversicherungszweigen oder öffentlichen Trägern übernommen wird (z. B. Bezieher von Arbeitslosengeld und Bezieher von Sozialhilfe), gelten dieselben Zuschussregeln. Damit verlagert sich die Zahllast der Beiträge auch auf Personen, für die bislang die Beiträge durch Dritte (Arbeitsagenturen, Sozialhilfeträger) gezahlt wurden. Hierdurch wird ihr Beitragszahler-Status stärker betont.³⁸

Der Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern in Grundtyp 3 macht es erforderlich, dass die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern, die grundsätzlich bestehen bleibt (vgl. Abschnitt 3.1), auf den Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres beschränkt wird. Andernfalls, also unter Fortbestand der gegenwärtigen Regelung zur beitragsfreien Mitversicherung, würde das Zuschussystem zu widersprüchlichen Verteilungseffekten führen. So wäre z. B. eine 24jährige Frau ohne eigenes Einkommen je nach familiärem Status beitragspflichtig oder nicht:

³⁷ Für eine Variante vom Grundtyp 3 mit Pauschalbeiträgen ohne Steuerfinanzierung könnten negative Differenzbeträge als zusätzliche Zahlungen der Versicherten mit höheren Einkommen vorgesehen werden, mit denen die zu erstattenden positiven Differenzbeträge bei Geringverdienern unmittelbar finanziert werden könnten. Die zusätzlichen Zahlungen träten dann an die Stelle der im Grundtyp 3 für das Zuschussystem aufzubringenden Steuermittel. Vgl. hierzu auch die Finanzierungsvariante einkommensabhängiger Beitragszuschläge im Pauschalbeitragsmodell von Rürup/Wille (2004), S. 18 ff.

³⁸ Unter Umständen ist in der Konsequenz für diese Personengruppe eine höhere Bereitschaft zum Kassenwechsel zu erwarten.

- Ist sie verheiratet, gilt sie als „erwachsen“. Für sie muss ein eigener Pauschalbeitrag entrichtet werden, weil in Grundtyp 3 Ehepartner auch ohne Einkommen nicht mehr beitragsfrei gestellt werden. Da sie über kein eigenes Einkommen verfügt, wird der Beitrag aus dem Gesamteinkommen des Ehepaares gezahlt. Bezieht der Ehepartner der Frau ein überdurchschnittlich hohes Einkommen, erhält das Ehepaar als Bedarfsgemeinschaft u. U. keinen Beitragszuschuss, der Pauschalbeitrag für die Frau wird also voll getragen.
- Ist die Frau dagegen unverheiratet und in Ausbildung (z. B. Studium), würde sie unter den gegenwärtigen Regeln der Familienversicherung als „Kind“ gelten und wäre beitragsfrei über ihre Eltern mitversichert. Es wird kein Pauschalbeitrag geleistet.

Würden die jeweiligen Bedarfsgemeinschaften (Ehepaar, Eltern mit Kind) über dasselbe Gesamteinkommen verfügen, verstieße diese Regelung gegen das Prinzip der horizontalen Gerechtigkeit. Dieses bleibt dagegen gewahrt, wenn der Status „beitragspflichtiger Erwachsener“ einheitlich mit dem Erreichen der Ehemündigkeit im Alter von 18 Jahren vergeben wird.

3.2.4 Aufbringung zusätzlicher Steuermittel zur Finanzierung der Beitragszuschüsse

Die Finanzierung der Beitragszuschüsse aus dem allgemeinen Steueraufkommen entspricht den konzeptionellen Zielen, die üblicherweise mit Pauschalbeiträgen verknüpft werden (Verlagerung der nicht unmittelbar gesundheitsbezogenen Umverteilung ins Steuersystem, Beseitigung des faktischen Lohsteuercharakters einkommensabhängiger Beiträge).³⁹

Die für die Beitragszuschüsse erforderlichen Steuermittel können zunächst aus dem zusätzlichen Steueraufkommen generiert werden, das infolge der Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse (im wesentlichen von den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern) und der damit einhergehenden Erhöhung der Bruttoeinkommen entsteht.⁴⁰ Es ist allerdings vor

³⁹ Daher wird in Grundtyp 3 von einer prinzipiell ebenso möglichen Finanzierung über einkommensabhängige Zuschläge auf die Pauschalbeiträge abgesehen. Hierdurch bliebe der „reine“ Einkommensausgleich zwischen den Versicherten weiterhin in der Krankenversicherung. Finanzielle Auswirkungen einer solchen Lösung wurden z. B. von Rürup/Wille (2004, S. 18 ff.) untersucht.

⁴⁰ Die bisherigen Beitragszuschüsse kommen gegenwärtig unmittelbar den Krankenversicherungen zugute und sind weder steuer- noch abgabenpflichtig.

dem Hintergrund bereits verfügbarer Berechnungen⁴¹ davon auszugehen, dass dieses zusätzliche Steueraufkommen nicht ausreichen würde, um die Beitragszuschüsse, die nach dem o. a. Prozedere zu zahlen wären, vollständig zu finanzieren.

Daher werden Pauschalbeitragsmodelle mittlerweile mit Vorschlägen zu steuerpolitischen Maßnahmen verknüpft, die eine Deckung des „Fehlbeitrags“ im zu erwartenden Zuschussvolumen gewährleisten sollen. In der Regel wird davon ausgegangen, dass zu diesem Zweck zusätzliche Steuern erhoben werden. Dieses Vorgehen ist aus zwei Gründen nicht selbstverständlich: Erstens könnte eine Finanzierung der Beitragszuschüsse aus dem allgemeinen Steueraufkommen auch durch Einsparung öffentlicher Ausgaben an anderer Stelle erreicht werden. Zweitens widerspricht eine zweckgebundene Zuweisung einzelner Teile des Steueraufkommens grundlegenden Prinzipien der öffentlichen Haushalte (Non-Affektationsprinzip).

Im Grundtyp 3 ist dennoch die Finanzierung der Beitragszuschüsse durch die Generierung zusätzlicher Steuermittel vorgesehen. Hierfür spricht, dass sich die Art der „Gegenfinanzierung“ durch Reduzierung von öffentlichen Ausgaben im vorliegenden Konzeptrahmen weder sachlogisch noch systematisch ableiten lässt.⁴² Die zusätzlichen Steuermittel können auf unterschiedliche Weise erreicht werden, und zwar durch die Erhebung einer zusätzlichen Steuer oder durch die Erhöhung einer bestehenden Steuer. Zudem besteht die Wahl zwischen einer direkten Steuer, einer indirekten Steuer oder einer Kombination aus beiden. Für den Grundtyp 3 wird mit der Einkommensteuer eine bereits bestehende direkte Steuer gewählt. Die Erhebung einer zusätzlichen Steuer, z. B. einer „Gesundheitsteuer“, würde stärker gegen das Non-Affektationsprinzip verstoßen. Für die Einkommensteuer spricht, dass sich die Ausgestaltung des Zuschussystems in Grundtyp 3 als Ersatz für den bisherigen Einkommensausgleich innerhalb der GKV primär an verteilungspolitischen Maßstäben orientieren soll.⁴³

Für eine Erhöhung der Einkommensteuer gibt es wiederum mehrere Gestaltungsmöglichkeiten, so z. B. Veränderung der Steuersätze und des Ta-

⁴¹ Vgl. Rürup/Wille 2004, S. 13 ff.

⁴² Folglich könnten auch die Auswirkungen einer solchen Finanzierung auf die wirtschaftliche Situation der privaten Haushalte im folgenden Teil nicht rechnerisch simuliert werden, so dass die einzelwirtschaftlichen Konsequenzen der Finanzierungsreform nur unzureichend erfasst würden.

⁴³ Die Anhebung einer indirekten Steuer (Mehrwertsteuer) gilt zwar aus allokativer Sicht als vorteilhafter („beschäftigungsfreundlicher“), ihr werden jedoch allgemein, zumindest bei einer zeitlichen Querschnittsbetrachtung, regressiv verteilungswirkungen unterstellt. Vgl. hierzu Meinhardt/Zwiener 2005.

rifverlaufs oder Anpassungen der Progressionsstufen und/oder des Grundfreibetrags. Als relativ pragmatische Variante bietet sich die **Erhöhung des Solidaritätszuschlags** an, denn dieser bezieht sich auf die Steuerschuld („festgesetzte Einkommensteuer“) des Steuerpflichtigen. Damit könnten Anpassungen am Tarifwerk, deren genaue Ausgestaltung vermutlich schwer zu ermitteln wäre, unterbleiben. Der progressive Belastungscharakter bleibt gewährleistet, weil sich die Steuerschuld aus dem progressiven Einkommensteuertarif herleitet.

Ein weiterer Grund für die Finanzierung über einen „Soli-Zuschlag“ ist ein umsetzungstechnischer: Das Steueraufkommen aus dem Solidaritätszuschlag fließt zu 100 % an den Bund und steht somit unmittelbar einem (bundeseinheitlich gestalteten) Zuschusssystem zur Verfügung, während die Einkommensteuer zu 42,5 % den Ländern und zu 15 % den Gemeinden (Vorwegabzug) zufließt.⁴⁴

Der Solidaritätszuschlag wird gegenwärtig auch auf die Körperschaftsteuer erhoben und erfasst damit als Sonderform der Einkommensteuer juristische Personen (insbesondere Kapitalgesellschaften) und andere Personenvereinigungen. Im Grundtyp 3 wird der „Soli-Zuschlag“ zur Finanzierung der Beitragszuschüsse auf natürliche Personen beschränkt und somit ausschließlich auf die Lohn- und Einkommensteuerschuld erhoben.⁴⁵

3.3 Systematik der Umstellungswirkungen auf die Versicherten

Ein Vorteil des beschriebenen Bezuschussungsverfahrens in Grundtyp 3 ist die einfache Herleitung der Belastungsgrenze: Die durchschnittliche Beitragsbelastung des Status quo lässt sich in einem Verhältniswert ausdrücken, der für alle Beitragszahler zur einheitlichen Norm erhoben wird. Damit wird das Ziel erreicht, dass die Beitragsbelastung nach der Umstellung auf Grundtyp 3 maximal ein Ausmaß erreicht, das in etwa der durchschnittlichen Beitragsbelastung im Status quo entspricht. Das bedeutet nicht, dass sich die Nettoeinkommenspositionen der heutigen Beitragszahler infolge des Übergangs zu Grundtyp 3 nicht u. U. deutlich verschieben könnten.

⁴⁴ Dieser Verteilungsschlüssel muss im Hinblick auf das zusätzliche Steueraufkommen, das infolge der Ausschüttung der bisherigen Beitragszuschüsse und der damit einhergehenden Erhöhung der Bruttoeinkommen entsteht, entsprechend angepasst werden. Dies gilt ebenfalls, wenn zur Finanzierung der Beitragszuschüsse die Einkommensteuer erhöht würde.

⁴⁵ Ein solches Vorgehen könnte allerdings insofern problematisch sein, als hiermit eine erneute Spreizung in der Unternehmenssteuerbelastung zwischen Körperschaften und Personengesellschaften verbunden wäre.

„*Bruchstellen*“ eines *Übergangs* ergeben sich zwangsläufig, weil die Belastungsnorm einerseits aus dem Beitragssystem der GKV im Status quo hergeleitet, andererseits in der integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 3 mit einem veränderten Beitragssystem angewandt wird.

- So entspricht die *Belastungsnorm* der durchschnittlichen Belastungssituation *nur der heute GKV-Versicherten*, im Grundtyp 3 wird er dagegen als Normgröße für ein integriertes Krankenversicherungssystem herangezogen, das die gesamte Wohnbevölkerung umfasst. Das bedeutet, dass die GKV-bezogene Belastungs-Referenzsituation nun auch für alle Versicherten zur Norm erhoben wird, die gegenwärtig nicht der GKV angehören.⁴⁶
- Die *individuelle wirtschaftliche Leistungsfähigkeit* wird – gemäß der hier gewählten Vorgabe für die Grundtypen 2 und 3 – umfassender abgegrenzt als im Status quo. Dies äußert sich in einem Wechsel sowohl des relevanten Einkommensbegriffs als auch der Versicherteneinheiten, an die ein Beitragszuschuss gezahlt wird.
 - Der Belastungsgrenze liegt ein Verhältniswert zugrunde, der sich auf die beitragspflichtigen Einkommen in ihrer heutigen Abgrenzung gemäß SGB V bezieht. In Grundtyp 3 wird dieser Verhältniswert dagegen auf die *Summe der Einkünfte* bezogen. Die Einkünfte nach EStG umfassen einerseits mehr Einkommensarten als die gegenwärtig beitragspflichtigen Einkommen (zumindest der heute Pflichtversicherten), andererseits sind bei ihnen Werbungskosten und Betriebsausgaben als die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit mindernde Tatbestände berücksichtigt.
 - Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird in Grundtyp 3 stets auf der Ebene von *Bedarfsgemeinschaften* festgestellt. Entsprechend sind die Empfänger von steuerfinanzierten Beitragszuschüssen, die bei Überschreiten der Belastungsgrenze gezahlt werden, ebenfalls immer Bedarfsgemeinschaften. Dies führt in allen denjenigen Fällen zu Abweichungen vom Status quo, in denen eine Bedarfsgemeinschaft mehr Versicherte umfasst als jeweils eine heute beitragszahlende Person inklusive ihrer beitragsfrei mitversicherten Angehörigen (falls vorhanden).

⁴⁶ Der umfassendere Versichertenkreis könnte beispielsweise dadurch im Zuschusssystem des Grundtyps 3 Berücksichtigung finden, dass die Belastungsnorm dem Referenzbeitragssatz der hypothetischen Situation entspricht, die sich ergäbe, wenn (zuvor) Grundtyp 2 umgesetzt würde.

- Schließlich begründen auch die **zusätzlichen Steuerbelastungen**, die mit einem Übergang zu Grundtyp 3 verbunden sind, eine „Bruchstelle“. Die gegenwärtig steuer- und abgabenfrei gestellten Beitragszuschüsse werden zwar für alle bisherigen Zuschussempfänger zu steuerpflichtigen Einkommensbestandteilen; die individuelle Steuerlast auf die Zahlungsbeträge kann aber ganz unterschiedlich ausfallen. Dies gilt analog auch für die zusätzlichen Steuerbelastungen aus dem „Soli-Zuschlag“: Insofern diese Zusatzbelastungen zur Finanzierung der Beitragszuschüsse in Grundtyp 3 als unumgänglich und damit für diesen Typ der integrierten Krankenversicherung als konstitutiv angesehen werden, ergibt sich aus ihnen ebenfalls eine zwangsläufige „Bruchstelle“ des Übergangs, die zu Verschiebungen in den relativen Nettoeinkommenspositionen führen kann.

Gedanklich lässt sich die Veränderung der Belastungssituation der Versicherten infolge einer Umstellung auf Pauschalbeiträge mit steuerfinanzierten Beitragszuschüssen in vier Schritte zerlegen:

1) **Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse**

Für alle bisherigen Zuschussempfänger erhöht sich das Bruttoeinkommen entsprechend, allerdings zumeist nicht um den vollen Zahlungsbetrag. Als Bruttoeinkommensbestandteile werden die bislang steuer- und abgabenfreien Beitragszuschüsse regulär steuer- und abgabenpflichtig. Da für die anderen Sozialversicherungszweige die Maßgabe der Aufkommensneutralität der Umstellung auf Grundtyp 3 gelten sollte (vgl. Abschnitt 3.2), resultiert aus der Auszahlung keine zusätzliche Abgabenbelastung. Dagegen wird der Zahlungsbetrag durch anfallende Steuerzahlungen gemindert. Bewirkt die Auszahlung zudem den Aufstieg in einer höheren Progressionsstufe des Einkommensteuertarifs, ergeben sich zudem Steuermehrbelastungen im Hinblick auf das bisherige Einkommen. Dem Teil der Versicherten, für die sich eine Steuerveranlagung erübrigt, kommt dagegen der Zahlungsbetrag ungemindert zugute.⁴⁷

2) Umstellung von einkommensabhängigen auf **pauschale Beiträge**

Betrachtet man die Umstellung separat (ohne Beitragszuschüsse), ergeben sich zunächst stark regressive Verteilungswirkungen, deren Ausmaß

⁴⁷ Hierbei handelt es sich um Personen, deren Einkommen den Grundfreibetrag des Steuerrechts nicht überschreitet – vor allem Rentner, bei denen nur ein (Ertrags-)Anteil der Rente steuerlich veranlagt wird – bzw. deren Einnahmen nicht steuerpflichtig sind (z. B. Sozialhilfe oder Arbeitslosengeld/-hilfe nach § 3 Abs. 2 EStG).

jedoch nach oben infolge der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze gedeckelt wären. Alle Personen mit einem im Status quo beitragspflichtigen Einkommen, das bei Anwendung des für sie relevanten Beitragssatzes einen Beitrag ergibt, der unter dem Pauschalbeitrag ihrer Kasse liegt, werden belastet, alle anderen Personen werden (bis zur Beitragsbemessungsgrenze des Status quo zunehmend) entlastet.

3) **Steuerfinanzierter Beitragszuschüsse** nach Maßgabe der Belastungsgrenze

Die Zuschüsse sind so bemessen, dass die Beitragsbelastung ein Ausmaß in Höhe von 12,9 % der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einer Bedarfsgemeinschaft nicht überschreitet. Dieser Verhältniswert entspricht ungefähr dem für die gesamte GKV ausgabendeckenden ermäßigten Beitragssatz im Status quo (hier: auf der Datenbasis 2003, nach Abzug des zusätzlichen Beitragssatzes). Im Vergleich zu den beitragspflichtigen Einkommen im Status quo wird die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, wie sie in Grundtyp 3 definiert ist, durch die Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse erhöht und durch den Abzug von Werbungskosten oder Betriebsausgaben gemindert.

4) **Umstellungsinduzierte Steuermehrbelastungen**

Schließlich ergeben sich Einkommensbelastungen aus den fiskalpolitischen Maßnahmen, die der Aufbringung zusätzlicher Steuermittel zur Finanzierung der Beitragszuschüsse dienen, also konkret aus dem vorgesehenen „Soli-Zuschlag“.

Die Gesamtwirkung der Umstellung in Grundtyp 3 ergibt sich also aus dem Zusammenspiel der Veränderung der effektiven Beitragsbelastung (Umstellung auf Pauschalbeitrag und evtl. Beitragszuschuss) einerseits sowie der Veränderung des Bruttoeinkommens durch Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse und die damit verbundenen Steuermehrbelastungen andererseits. Hinzu kommen Umverteilungseffekte, die daraus resultieren, dass Beitragszuschüsse nicht mehr an einzelne Beitragszahler, sondern an Bedarfsgemeinschaften gezahlt werden.

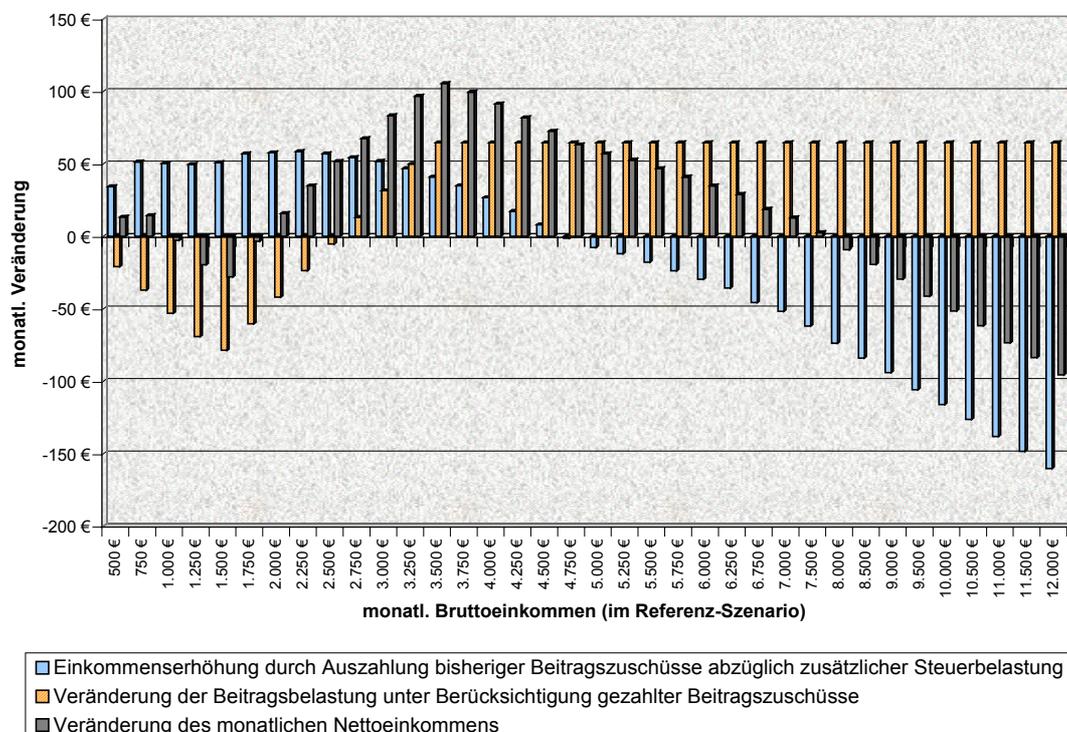
Der Teil 2 des Berichts enthält Ergebnisse von Simulationsberechnungen auf Basis empirischer Mikrodaten, mit denen die finanziellen Umstellungswirkungen der Grundtypen auf die Versicherten geschätzt werden. Da Grundtyp 3 durch sehr grundlegende Veränderungen im Beitragssystem gekennzeichnet ist, wurden als vorbereitende Ergänzung und auch zur Plausibilisierung dieser Ergebnisse für diesen Grundtyp **Beispielrechnungen** durchgeführt. Sie dienen der Darstellung von prinzipiellen Verteilungsef-

fekten des Grundtyps 3, ohne dass sie Aussagen zur empirischen Relevanz dieser Wirkungen erlauben.

Für die Beispielrechnungen wurden zwei sehr spezifische Typen von Bedarfsgemeinschaften ausgewählt: eine alleinstehende Person (ohne Kinder) und ein „Alleinverdiener-Ehepaar“ mit zwei (minderjährigen) Kindern. Für diese beiden Typen wurden für verschiedene Einkommenshöhen – und unter ansonsten stark vereinfachten Annahmen – die Einkommensveränderungen der Umstellung einer GKV-Mitgliedschaft auf Grundtyp 3 ermittelt.

Dargestellt sind in den Abbildungen 1 und 2 verschiedene Stufen des monatlichen Bruttoeinkommens (x-Achse) und die dazu ermittelten monatlichen Veränderungen a) des Einkommens infolge der Ausschüttung der bisherigen Beitragszuschüsse abzüglich zusätzlicher Steuerbelastungen, b) der Beitragsbelastung unter Berücksichtigung gezahlter steuerfinanzierter Beitragszuschüsse und c) des Nettoeinkommens als Gesamteffekt der Umstellung auf Grundtyp 3.

Abbildung 1: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 (Typ „Single“)



Quelle: IGES

Für den Alleinstehende (ohne Kinder) ergeben die Beispielrechnungen merkbare Entlastungswirkungen im mittleren Einkommensbereich. Sie sind vor dem Hintergrund zu sehen, dass im gegenwärtigen System eine deutliche Umverteilung zugunsten von Geringverdienern primär zu Lasten mittlerer Einkommen stattfindet.

Eine Begründung hierfür liegt darin, dass heute ein bedeutender Teil „wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit“ nicht zur Begünstigung der Geringverdiener herangezogen wird. Dabei handelt es sich um Einkommen, das nicht beitragspflichtig ist, weil es a) oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, b) aufgrund der Einkommensart nicht in die Beitragsbemessung einbezogen wird (z. B. Vermögenseinkünfte) oder c) von Personen bezogen wird, die von der Pflichtmitgliedschaft in der GKV befreit und anderweitig versichert sind. Hiervon profitieren i. d. R. Personen mit insgesamt höheren Einkommen. Im Grundtyp 3 werden durch die Umstellung auf steuerfinanzierte Beitragszuschüsse prinzipiell sämtliche Einkommen bzw. Einkommensarten und Personen, die der Steuerpflicht unterliegen, in die Umverteilung von hohen zu niedrigen Einkommen einbezogen. Insofern wird die erwähnte „asymmetrische“ Umverteilungslast des heutigen Systems korrigiert.⁴⁸

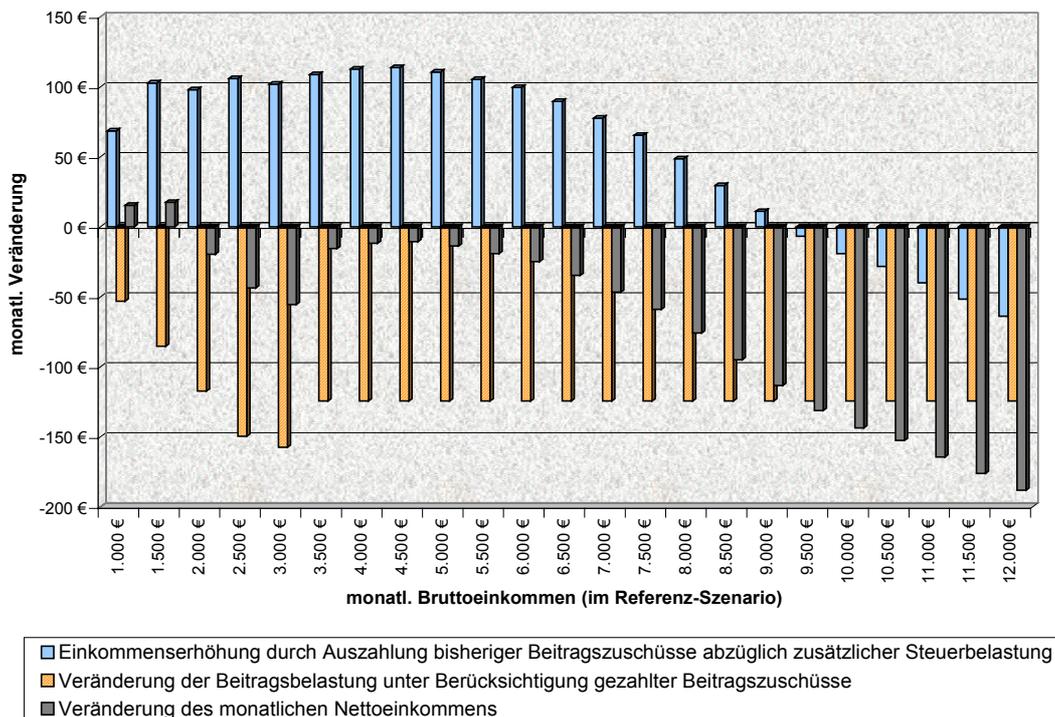
Die Beispielrechnungen zeigen, dass das Regelwerk des Grundtyp 3 das Belastungsverhältnis zwischen mittleren und hohen Einkommen im Vergleich zum Status quo unter Verteilungsaspekten konsistenter gestaltet. Der typische Verlauf der Nettobelastungsveränderung durch Grundtyp 3 (dunkelgraue Balken in Abbildung 1) ist zunächst progressiv, d. h. auch prozentual betrachtet nehmen zunächst mit steigendem Einkommen die Vorteile aus der Umstellung ab bzw. die Nachteile zu. Es folgt ein regressiver Bereich und schließlich, bei hohen Einkommen, wieder ein progressiver Verlauf.

Beim Typ „Alleinverdiener-Ehepaar“ verdoppelt sich die Beitragszahlung dadurch, dass für zwei erwachsene Versicherte jeweils der Pauschalbeitrag entrichtet werden muss, während eine der beiden erwachsenen Personen in der GKV im Status quo bislang beitragsfrei mitversichert ist. Infolge der höheren Beitragszahlungen fallen aber auch die Ansprüche der Bedarfsgemeinschaft auf steuerfinanzierte Beitragszuschüsse größer aus. Die Steuer-mehrbelastungen sind deutlich geringer als im Beispiel der alleinstehenden Person, weil verheiratete Alleinverdienende einer günstigeren Steuerklasse zugeordnet werden und für sie das steuerliche Ehegatten-Splitting Anwendung findet. Außerdem gelten für Kinder Freibeträge beim Solidaritätszu-

⁴⁸ In diesem Zusammenhang wird häufig kritisiert, dass in der Realität die zahlreichen weiteren, in den Beispielrechnungen nicht berücksichtigten Abzugsmöglichkeiten von der Bemessungsgrundlage eine stärkere Einbeziehung höherer Einkommen in die Umverteilung faktisch stark begrenzen. Diese Kritik trifft (nur) zu, insoweit in der steuerrechtlichen Realität die „wirtschaftliche Leistungsfähigkeit“ nicht umfassender und adäquater erfasst und operationalisiert wird als im heutigen Beitragssystem.

schlag. Insgesamt ergibt sich eine Verbesserung der Nettoeinkommensposition aber nur bei geringen Einkommen.

Abbildung 2: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 (Typ „Alleinverdiener-Ehepaar mit Kindern“)



Quelle: IGES

Die Beispielrechnungen verdeutlichen, dass der Wegfall der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern ohne eigenes Einkommen im Vergleich zum Prototyp einer alleinstehenden Person eine Niveaushiftung des Verlaufs der (Netto-)Belastungsveränderung „nach unten“ bewirkt. Bei geringen Einkommen wirken Elemente des Steuersystems stärker begünstigend, für mittlere Einkommen überwiegt dagegen der Belastungseffekt durch die nun „doppelte“ Beitragszahlung. Vergleichbar mit dem Beispiel der alleinstehenden Person bleibt die stärkere Belastung hoher Einkommen. Hiermit wird auch der verteilungspolitisch fragwürdige Aspekt korrigiert, dass heute die beitragsbezogene Begünstigung von Lebenspartnern ohne Einkommen unabhängig von der Einkommenssituation des Paares (bzw. der Bedarfsgemeinschaft) gewährt wird.

Gesondert zu erläutern sind die *Verteilungswirkungen für Transferempfänger*. Für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe gelten im Grundtyp 3 grundsätzlich dieselben Zuschussregeln wie für alle anderen Versicherten auch. Die Ausgangssituation vor der Umstellung auf das neue Zuschusssystem gestaltet sich für sie jedoch deutlich anders, so dass mit systematisch unterschiedlichen Wirkungen der Umstellung auf die Einkommenssituation zu rechnen ist.

Während im Status quo Arbeitnehmer und Bezieher von GRV-Renten in der Regel 50 %-Zuschüsse erhalten, werden für Transferempfänger heute dagegen quasi 100 %-Zuschüsse gezahlt (vgl. Abschnitt 3.2.3).⁴⁹ Im Grundtyp 3 werden auch diese bisherigen Beitragszuschüsse voll ausgezahlt und damit Bestandteil der Transferzahlungen. Konsequenterweise sind sie bei der Feststellung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einzubeziehen und unterliegen der allgemeinen Steuer- und Abgabepflicht. Da die Transferempfänger überwiegend keine Steuern zahlen, ist davon auszugehen, dass ihnen die Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse der Träger weitgehend ungeschmälert zugute kommt.

Bezieher von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe zahlen in der Regel keine Lohn- bzw. Einkommensteuer, weil ihre Einnahmen nicht steuerpflichtig sind bzw. ihre Gesamteinnahmen unterhalb des Grundfreibetrags liegen. Fallen, wie im Grundtyp 3 unterstellt (vgl. Abschnitt 3.2.4), umstellungsinduzierte Steuermehrbelastungen nur im Bereich der direkten Steuern an, käme den Transferempfängern die umstellungsbedingte „Aufstockung“ des Arbeitslosengeldes bzw. der Sozialhilfe ohne steuerliche Abzüge zugute. Dies trifft insbesondere auf ganzjährig arbeitslose Personen zu. Auch Sozialversicherungsabgaben dürften die Erhöhung der Transferzahlungen nicht reduzieren, wenn man davon ausgeht, dass die Beiträge zur Renten- und Pflegeversicherung für die Bezieher von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe nach wie vor vollständig von den Arbeitsagenturen bzw. Sozialhilfeträgern gezahlt werden.⁵⁰ Unter der Annahme, dass die Auszahlungen bisheriger Krankenversicherungszuschüsse unter der Prämisse der Aufkommensneutralität in anderen Sozialversicherungszweigen vorgenommen wird (vgl. Fußnote 35), entstehen diesen aber hieraus keine Mehrbelastungen.

⁴⁹ Im Fall der Sozialhilfe werden gegenwärtig nur für diejenigen Sozialhilfebezieher Beitragszuschüsse gezahlt, die freiwillig versicherte Mitglieder in der GKV sind oder eine bereits bestehende PKV-Versicherung weiterführen. In einer integrierten Krankenversicherung werden dieselben Regeln auf alle Sozialhilfebezieher angewandt.

⁵⁰ Für Beiträge zur Altersvorsorge gilt gegenwärtig: Beim ALG I werden für die Zeit des Leistungsbezuges von der Arbeitsagenturen Pflichtbeiträge an den Rentenversicherungsträger entrichtet, wenn der ALG I-Bezieher im letzten Jahr vor Beginn des ALG zuletzt rentenversicherungspflichtig war. (Beim ALG II entrichten die Arbeitsagenturen den Mindestbeitrag für die Rentenversicherung). Bei Sozialhilfe können die Sozialhilfeträger (nach § 33 SGB XII) freiwillige Beiträge für die Alterssicherung (i. d. R. zur GRV) übernehmen. Die Beitragszahlung hat zum Ziel, dass ein Leistungsberechtigter die Mindestbeitragszeiten (Wartezeit) für eine Altersrente erfüllt bzw. vorhandene Ansprüche soweit erhöht werden, dass im Alter keine Hilfebedürftigkeit besteht.

Für (ganzjährig) Arbeitslose, die Arbeitslosengeld (bzw. seit 1.1.2005 ALG I) beziehen, fällt der bisherige Zuschuss nicht nur deshalb relativ hoch aus, weil er bei 100 % des Krankenversicherungsbeitrags liegt. Hinzu kommt, dass sich der bisherige Zuschuss der Arbeitsagentur zur Krankenversicherung auf das „Bemessungsentgelt“ bezieht, das 80 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts beträgt, während der Zahlbetrag an den Bezieher des Arbeitslosengeldes i. d. R. niedriger ist; er liegt in einer Größenordnung von 60 % des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts. Zusammen mit der vorigen Überlegung, dass die Auszahlung der bisherigen Zuschüsse den Transferempfängern weitgehend ungeschmälert durch Steuern oder Abgaben zugute kommen, lassen sich zwei Effekte auf die Veränderung der Nettobelastung prognostizieren:

- Der Auszahlungsbetrag (d. h. der bisherige Zuschuss der Arbeitsagentur) ist stets höher als der „zumutbare Eigenanteil“, der sich ergibt, wenn man die prozentuale Belastungsnorm auf den neuen, um den Auszahlungsbetrag erhöhten Zahlbetrag des Arbeitslosengeldes bezieht.
- Der Auszahlungsbetrag und die steuerfinanzierten Beitragszuschüsse nach Maßgabe der Belastungsgrenze sind zusammen stets höher als der Pauschalbeitrag. Dies gilt auch dann, wenn der (die) Arbeitslose noch für einen (einkommens- und sozialtransferlosen) Ehepartner den Pauschalbeitrag entrichten muss.

Abbildung 3 zeigt diese Effekte anhand von Beispielrechnungen für drei unterschiedliche Höhen des zuletzt erzielten Brutto-Arbeitsentgelts eines Arbeitslosen. Für den bisherigen 100 %-Zuschuss wird ein allgemeiner Beitragssatz in Höhe von 13,7 % (nach Abzug des zusätzlichen Beitragssatzes nach § 241a SGB V) unterstellt, die Höhe des durchschnittlichen Pauschalbeitrags in Grundtyp 3 wird mit 189 € angesetzt.⁵¹

⁵¹ Beide Werte entsprechen den Ergebnissen der Simulationsrechnungen in Teil 2 des Berichts.

Abbildung 3: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 auf Bezieher von Arbeitslosengeld

letztes Brutto-Arbeitsentgelt		2.000,00 €	1.500,00 €	1.000,00 €	800,00 €
Bemessungsgrundlage	80,0%	1.600,00 €	1.200,00 €	800,00 €	640,00 €
Auszahlungsbetrag (bisheriger "Zuschuss")	13,7%	219,20 €	164,40 €	109,60 €	87,68 €
Zahlbetrag	60,0%	1.200,00 €	900,00 €	600,00 €	480,00 €
"neues ALG"		1.419,20 €	1.064,40 €	709,60 €	567,68 €
Belastungsgrenze ("zumutbarer Eigenanteil")	12,9%	183,08 €	137,31 €	91,54 €	73,23 €
Pauschalbeitrag		189,00 €	189,00 €	189,00 €	189,00 €
neuer Beitragszuschuss		5,92 €	51,69 €	97,46 €	115,77 €
Erhöhung des ALG nach Beitragszahlung		36,12 €	27,09 €	18,06 €	14,45 €

Quelle: IGES

Auf der Grundlage der Beispielrechnungen können Bezieher von Arbeitslosengeld bei einer Umstellung auf Grundtyp 3 mit einer Einkommensverbesserung im Vergleich zum Status quo rechnen (letzte Zeile in Abbildung 3). Für das ALG II kommen einfache Beispielrechnungen zu denselben qualitativen Ergebnissen.

Auf der Ebene Fiskus/Parafiski kommt es ebenfalls zu Verteilungseffekten. Insoweit durch die übernommenen Beitragszahlungen der Arbeitsagenturen und der Sozialhilfeträger die Pauschalbeiträge nicht gedeckt werden⁵², fallen Beitragszuschüsse nach dem neuen Zuschusssystem an. Diese werden annahmegemäß aus Steuermitteln des Bundes finanziert. Im Pauschalbeitragsmodell teilen sich also Arbeitslosenversicherung/Sozialhilfeträger einerseits und Bund andererseits die Beitragslasten der Bezieher von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe. Im Hinblick auf Sozialhilfebezieher handelt es sich zwar bei beiden Quellen um Steuermittel, allerdings in einem Fall um kommunale, im anderen um die des Bundes.

⁵² So beträgt heute (2005) der GKV-Beitrag, den Arbeitsagenturen für ALG II-Bezieher an die Krankenkassen zahlen, 115,40 € (West) und 113,65 € (Ost) (gemäß § 232a Abs. 2 und § 246 SGB V). Unsere Berechnungen (vgl. Teil 2 des Berichts) ergeben eine durchschnittliche Höhe des Pauschalbeitrags in Grundtyp 3 von 189 €.

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 (Typ „Single“)	43
Abbildung 2: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 (Typ „Alleinverdiener-Ehepaar mit Kindern“)	45
Abbildung 3: Beispielrechnung zu den Verteilungswirkungen von Grundtyp 3 auf Bezieher von Arbeitslosengeld	48

Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2005): Übersicht über das Sozialrecht.
- Meinhardt, Volker; Zwiener, Rudolf (2005): Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung.
- Rürup, Bert; Wille, Eberhard (2004): Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. Gutachten.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2004): Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05.
- Sehlen, Stephanie; Schröder, Wilhelm F.; Schiffhorst, Guido (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell –, Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten.
- Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) (2005): Die Entwicklung und Verteilung des Vermögens privater Haushalte unter besonderer Berücksichtigung des Produktivvermögens, Abschlussbericht zum Forschungsauftrag des BMGS, Fassung vom 21.06.05.

Finanzierungseffekte der Grundtypen im Vergleich

Dr. Martin Albrecht, Peter Reschke, Guido Schiffhorst

Inhalt

1	Vorbemerkung	52
2	Rahmendaten des Referenz-Szenarios.....	54
3	Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1	56
4	Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2.....	59
5	Vergleich der Strukturen der Beitragsaufkommen in den Grundtypen 1 und 2.....	67
5.1	Unterscheidung nach Einkommensarten	67
5.2	Unterscheidung nach Eigenleistung der Versicherten und Zuschussgebern	69
6	Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 3.....	72
7	Verteilungswirkungen einer integrierten Krankenversicherung auf die Versicherten.....	73
7.1	Methodische Vorbemerkungen.....	73
7.2	Verteilungswirkungen auf unterschiedliche Typen von Bedarfsgemeinschaften.....	76
7.3	Verteilungswirkungen differenziert nach heutigem Krankenversicherungsstatus	79
7.4	Verteilungswirkungen auf ausgewählte sozioökonomische Gruppen.....	81
8	Tabellenverzeichnis	84
9	Abbildungsverzeichnis	84

1 Vorbemerkung

Die Finanzierungseffekte der einzelnen, in Teil 1 des Berichts konzeptionell spezifizierten Formen einer integrierten Krankenversicherung werden auf Basis von Simulationsrechnungen quantitativ geschätzt. Hierbei gilt die **Annahme einer sofortigen Umsetzung** der einzelnen Grundtypen, zeitlich gestreckte Übergänge werden nicht modelliert.

Für die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen werden folgende Arten von Finanzierungseffekten nach ihrer jeweiligen Wirkungsebene unterschieden:

- **Aufkommenseffekte:** Berechnungsgröße sind hier Veränderungen des Beitragsaufkommens der Krankenversicherung und seiner Struktur. Die Aufkommensberechnungen schließen die Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten sowie der Beitragssätze ein. Die Berechnung der Beitragssätze wiederum setzt die Quantifizierung der Ausgaben für Leistungen und Verwaltung der Krankenversicherung voraus. Schließlich wird die Struktur des Beitragsaufkommens nach Einnahmearten in den jeweiligen Szenarien ermittelt.
- **Verteilungseffekte Zuschussgeber:** Bei einem Großteil der beitragspflichtigen Einnahmen werden zu den hieraus erbrachten Beiträgen hälftige Beitragszuschüsse gezahlt. Berechnet wird hier die Veränderung des Zuschussaufkommens differenziert nach Zuschussgeber, also nach privaten Arbeitgebern, öffentlicher Dienst und Rentenversicherungsträgern. Hinzu kommen die Zuschussaufkommen von Arbeitsagenturen und Sozialhilfeträgern, die Beitragszahlungen vollständig übernehmen.
- **Verteilungseffekte Versicherte:** Es wird berechnet, wie sich die finanzielle Situation der Versicherten durch die Einführung einer integrierten Krankenversicherung verändert. Für diese Verteilungsanalyse werden die einzelnen Versicherten zu Bedarfsgemeinschaften und, im Hinblick auf die beitragsfreie Familienversicherung, zu Beitragszahler-Einheiten zusammengefasst.

Die Berechnung der Aufkommens- und Verteilungseffekte in Grundtyp 3 weicht hiervon ab: Einerseits entfällt die Analyse von Strukturveränderungen im Beitragsaufkommen, weil sich bei Pauschalbeiträgen eine Unterscheidung nach Einkommensarten und diesbezüglichen Zuschussgebern erübrigt. Andererseits wird in die Berechnungen zusätzlich das Steuersystem einbezogen, aus dem Beitragszuschüsse finanziert werden und das daher die Verteilungseffekte auf der Ebene der Versicherten mit bestimmt.

Die Simulationsberechnungen stützen sich unter anderem auf die Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) der Befragungsjahre 2001 und 2002. Die Bevölkerungs- bzw. Versichertenstruktur wurde an die Ergebnisse des Mikrozensus des Jahres 2003 angepasst. Die beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten sowie die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung wurden ebenfalls an die Werte des Jahres 2003 adjustiert (gemäß Angaben des BMG bzw. des BVA).

Die Simulationsrechnungen umfassen fünf Schritte:

- 1) Bestimmung der **beitragspflichtigen Einnahmen** der Versicherten in den Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen (entfällt in Grundtyp 3): Ausgehend von den für die Beitragsbemessung grundsätzlich relevanten Einnahmen wird unter Berücksichtigung der jeweiligen Regelspezifikationen der Szenarien bezüglich Bemessungsgrenzen und Sonderregelungen (z. B. Geringfügigkeitsschwelle) der beitragspflichtige Teil der Einnahmen bestimmt.
- 2) Bestimmung der **Leistungsausgaben**: Für alle Versicherten werden die Sachleistungsausgaben geschätzt. Hierzu werden die Befragungsergebnisse zur Leistungsanspruchnahme im SOEP sowie die nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen differenzierten Ausgabenprofile des Risikostrukturausgleichs zugrunde gelegt. Über die individuell unterschiedliche Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen werden Morbiditätsunterschiede der Versicherten implizit erfasst, insoweit sie Auswirkungen auf die Ausgaben haben.¹
- 3) Bestimmung der **Beitragssätze** für das Referenzszenario des Status quo und für die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen: Durch Division der Summe der Sachleistungsausgaben und der damit verbundenen Verwaltungskosten durch die beitragspflichtigen Einnahmen erhält man den Teilbeitragssatz für Sachleistungen. Dieser Beitragssatz wird ergänzt um einen geschätzten Teilbeitragssatz für Krankengeld. Für Grundtyp 3 wird die Höhe eines für das gesamte Krankenversicherungssystem durchschnittlichen **Pauschalbeitrags** ermittelt, indem die Summe der Sachleistungsausgaben und der damit verbundenen Verwaltungskosten durch die Anzahl der beitragspflichtigen Versicherten (alle Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben) dividiert wird.

¹ Eine geringere Morbidität von bislang in der PKV vollversicherten Personen wird insofern abgebildet, als sich den Befragungsdaten des SOEP eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entnehmen lässt. Da in einer integrierten Krankenversicherung die Leistungen für alle Versicherten gleich vergütet werden, gelten in den Berechnungen für alle dieselben Ausgabenprofile, die sich den Daten des Risikostrukturausgleichs entnehmen lassen.

- 4) Bestimmung des *Beitragsaufkommens* in den Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen: Durch die Anwendung der ermittelten Beitragssätze auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach den jeweiligen Regelspezifikationen ergibt sich das Beitragsaufkommen. Da sämtliche Beitragssätze ausgabendeckend kalkuliert sind, entspricht das Beitragsaufkommen den Ausgaben.
- 5) Bestimmung der *Verteilungseffekte*: Für jedes Krankenversicherungsmitglied im Datenbestand lassen sich auf Grundlage der Regelspezifikationen in den Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen individuell die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen, die hierauf anzuwendenden Beitragssätze sowie die Beitragszuschüsse ermitteln. Die resultierende Beitragsbelastung wird dann mit derjenigen, die für das Referenz-Szenario des Status quo ermittelt wurde, verglichen. Für Grundtyp 3 wird der Unterschied zwischen dem durchschnittlichen Pauschalbeitrag – gemindert um einen evtl. Beitragszuschuss in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – verglichen mit der Beitragsbelastung im Referenz-Szenario. Zusätzlich wird bei diesem Grundtyp die beitragsseitige Belastungsveränderung saldiert mit den Veränderungen der Steuerbelastung und dem Einkommenseffekt durch Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse (von Arbeitgebern u. a.).

2 Rahmendaten des Referenz-Szenarios

Das Referenz-Szenario beschreibt die Situation, mit der die im vorigen spezifizierten Formen einer integrierten Krankenversicherung verglichen werden. Die Vergleiche zeigen, mit welchen Veränderungen in finanzieller Hinsicht zu rechnen ist, wenn die integrierte Krankenversicherung in den jeweiligen Ausgestaltungsvarianten sofort umgesetzt würde.

Mit dem Referenz-Szenario soll der Status quo möglichst exakt abgebildet werden. Als Basisjahr wurde das Jahr 2003 gewählt, weil dieses zum Untersuchungszeitpunkt das aktuellste Jahr mit vollständiger Datenverfügbarkeit war.² Alle Niveau- und Strukturvariablen der Mikrodatenbasis wurden an die amtlichen Daten für das Jahr 2003 angepasst, darunter die Anzahl und die Struktur der Versicherten (Mikrozensus 2003), die beitragspflichtigen Einnahmen (BVA) sowie Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der GKV (BMG und BVA).

² So wird der Krankenversicherungsstatus im Mikrozensus nur alle vier Jahre erfragt, zuletzt 1999 und 2003. Die Ergebnisse für das Jahr 2003 konnten infolge einer beauftragten Auszählung durch das Statistische Bundesamt vorzeitig bezogen werden.

Das Regelwerk für die Beitragsbemessung, das dem Referenz-Szenario zugrunde liegt, wurde hingegen weitestgehend an den aktuellen Rechtsstand des Jahres 2005 angepasst. Diese Anpassung beinhaltet im wesentlichen zwei Veränderungen zum Rechtsstand 2003, die auf das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) zurückzuführen sind:

- **Versorgungsbezüge** (Betriebsrenten, Pensionen, andere Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung, darunter auch z. B. Kapitalleistungen aus Direktversicherungen) zählen vollständig (vorher: nur zur Hälfte) zu den beitragspflichtigen Einnahmen. Diese Regelung gilt seit dem 1.1.2004.
- Von den Mitgliedern wird ein **zusätzlicher Beitragssatz** in Höhe von 0,9 % erhoben, zu dem keine Beitragszuschüsse gezahlt werden. Das Prinzip der paritätischen Finanzierung wird hierdurch eingeschränkt.

Insoweit Veränderungen des Regelwerks für die Beitragsbemessung seit dem Jahr 2003 Niveaugrößen betreffen, bleiben sie im Referenz-Szenario unberücksichtigt. Dies gilt insbesondere für die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze und der Bezugsgröße (für Mindestbeiträge); für sie sind nach wie vor die Werte des Basisjahres 2003 maßgebend. Die Beitragsbemessungsgrenze, die den Berechnungen zugrunde liegt, beträgt demnach 3.450 € monatlich.

Ebenfalls unberücksichtigt bleibt im Referenz-Szenario das „4. Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ („Hartz IV“), das seit dem 1.1.2005 auch Auswirkungen auf die Krankenversicherungsbeiträge für Langzeitarbeitslose und Sozialhilfebezieher hat. Zum Zeitpunkt dieser Untersuchung lagen noch keine zuverlässigen Daten zu den Auswirkungen dieser Neuregelungen vor, so dass unklar ist, welcher Teil der Mikrodaten an die neue Rechtslage angepasst werden müsste.

Die differenzierten Regelungen zur Höhe der Sozialversicherungsabgaben, die seit dem 1.4.2003 aus den Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung zu zahlen sind, können nur in stark vereinfachter Form mit den Mikrosimulationsberechnungen erfasst werden.

3 Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1

Das konstitutive Element einer integrierten Krankenversicherung ist, dass für die gesamte Wohnbevölkerung ein Versicherungssystem mit einheitlichem Regelwerk für die Leistungs- und Beitragsbemessung gilt. Der Grundtyp 1 einer integrierten Krankenversicherung wurde im Rahmen dieser Untersuchung mit der Vorgabe konzipiert, dass die Integration von GKV und PKV möglichst unter sonst gleichen Bedingungen, insbesondere im Hinblick auf die Beitragsbemessung, geschieht (vgl. „Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung“, Kapitel 1). Dementsprechend zeigen die nachfolgenden Ergebnisse, mit welchen Finanzierungseffekten in der Krankenversicherung zu rechnen wäre, wenn sich mit einer Integration die Beitragsbemessung für die heute nicht der GKV angehörenden Versicherten³ nach den gegenwärtigen Regeln einer freiwilligen GKV-Mitgliedschaft – in einer notwendigerweise etwas modifizierten Form – richtet.

Die Beitragssatzeffekte einer Integration aller Versicherten in einem Krankenversicherungssystem zeigt Tabelle 1. Dargestellt sind die Versichertengruppen der gegenwärtig nicht in der GKV versicherten Personen, unterschieden nach sozioökonomischem Status. Auf Grundlage von Simulationsrechnungen wurden die Auswirkungen auf die beitragspflichtigen Einnahmen, die Ausgaben für Sachleistungen sowie auf die Beitragssätze geschätzt. Der obere Teil der Tabelle zeigt die Veränderungen von Einnahmen und Ausgaben für die einzelnen Versichertengruppen jeweils separat, während die Auswirkungen auf die Beitragssätze im unteren Teil der Tabelle in kumulierter Form dargestellt sind.

³ Ausnahme: Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen werden in die Berechnungen nicht einbezogen.

Tabelle 1: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom **Grundtyp 1**

2003	I	II	III	IV	V	VI	VII
Versichertengruppe	Referenz-szenario	Arbeit-nehmer	Selb-ständige	Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	Ruhe-ständler	Restgruppe
Veränderung Anzahl Versicherte	--	3,0%	4,0%	6,0%	1,8%	0,7%	1,2%
Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen	--	5,1%	5,3%	8,7%	2,6%	0,8%	0,6%
Veränderung der Ausgaben für Sachleistungen	--	2,5%	2,5%	4,5%	3,3%	1,8%	1,4%
Versichertenkreis	Referenz-szenario	I + Arbeit-nehmer	II + Selb-ständige	III + Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	IV + Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	V + Ruhe-ständler	VI + Restgruppe
zusätzlicher Beitragssatz gem. GMG (nach §241a SGB V)	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
ermäßigter Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen und ihre Verwaltungskosten)	12,9%	12,6%	12,3%	11,9%	12,0%	12,1%	12,2%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz ermäßigt (in früherer Logik)	13,8%	13,5%	13,2%	12,8%	12,9%	13,0%	13,1%
Beitragssatzeffekt ggü. Referenz-Szenario in Prozentpunkten (kumuliert)	--	-0,3%	-0,6%	-1,0%	-0,9%	-0,8%	-0,7%
allgemeiner Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen, Krankengeld und Verwaltungskosten)	13,7%	13,5%	13,2%	12,8%	12,9%	13,0%	13,0%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz allgemein (in früherer Logik)	14,6%	14,4%	14,1%	13,7%	13,8%	13,9%	13,9%

Quelle: IGES

Den Ergebnissen für das Referenz-Szenario (Spalte I) liegt die Datenbasis für das Jahr 2003 und (weitgehend) die aktuelle Rechtslage zugrunde. Der Versichertenkreis im Referenz-Szenario, seine beitragspflichtigen Einnahmen und die auf ihn entfallenden Sachleistungsausgaben bilden ebenso wie die sich hieraus ergebenden Beitragssätze die Bezugsgröße für alle folgenden Berechnungen. Die Beitragssätze des Referenz-Szenarios sind sowohl nach alter Logik, also vor Einführung des zusätzlichen Beitragssatzes und die damit verbundene Verschiebung der Parität, als auch nach neuer Logik dargestellt. Nach der neuen Logik wird der zusätzliche, allein von den Mitgliedern zu tragende Beitragssatz separat ausgewiesen (konstant 0,9 %), so dass sich der ermäßigte Beitragssatz nur noch auf die Sachleistungen und die mit ihnen verbundenen Verwaltungskosten nach Abzug des durch den zusätzlichen Beitragssatz finanzierten Teils bezieht. Der nachrichtlich ausgewiesene Beitragssatz nach alter Logik ergibt sich aus der Addition des zusätzlichen Beitragssatzes und des ermäßigten Beitragssatzes gemäß GKV-Modernisierungsgesetz (GMG). Entsprechendes gilt für den allgemeinen Beitragssatz, der auch die Finanzierung der Krankengeldleistungen berücksichtigt und ebenfalls in neuer und alter Logik dargestellt ist.

Der nachrichtliche allgemeine Beitragssatz (in früherer Logik) liegt im Referenz-Szenario bei 14,6 % und damit über dem für das Jahr 2003 amtlich ausgewiesenen durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz von 14,3 %. Im Unterschied zum tatsächlichen Beitragssatz ist der für das Referenz-Szenario bestimmte Beitragssatz ausgabendeckend kalkuliert, während das BMG für das Jahr 2003 eine Unterdeckung der Ausgaben durch die Einnahmen in Höhe von 3,62 Mrd. € angibt.

Die Betrachtung der einzelnen sozioökonomischen Gruppen unter den heute nicht in der GKV versicherten Personen zeigt, dass Arbeitnehmer, Selbständige und aktive Beamte inklusive ihre Familienangehörigen, die den Versichertenkreis um 13 % vergrößern,⁴ insgesamt die Finanzierungssituation der Krankenversicherung im Vergleich zur GKV heute verbessert: Bei allen drei Gruppen erhöhen sich die beitragspflichtigen Einnahmen jeweils relativ stärker als die Ausgaben für Sachleistungen. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied bei den aktiven Beamten, bei denen die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen gegenüber dem Referenz-Szenario um 4,2 Prozentpunkte über der Veränderung der

⁴ Die Anzahl der Personen, die sich gegenüber dem Mikrozensus (und auch gegenüber der SOEP-Befragung) als privat Krankenversicherte bezeichnen, fällt spürbar höher aus, als nach Statistiken des PKV-Verbandes zu erwarten wäre. Als denkbare Ursache für diese Diskrepanz kommen GKV-Versicherte in Frage, die mit ihrer Selbstauskunft eine private Zusatzversicherung gemeint hatten. Unsere Auswertungen zeigen auch unerwartet hohe Anteile von Geringverdienern unter den „behaupteten“ PKV-Versicherten. In dem Fall, dass sich gesetzlich Versicherte irrtümlich als privat Versicherte bezeichnen, obwohl sie – z. B. aufgrund ihrer Einkommenshöhe – gar kein Übertrittsrecht zur PKV hatten, würde das Verhältnis von Gesundheitsausgaben zu Einkommen "verwässert", der Beitragssatzeffekt für eine integrierte Krankenversicherung damit eher unterschätzt.

Sachleistungsausgaben liegt. Die Beitragssatzeffekte können diese Verhältnisunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen hingegen nur sehr begrenzt widerspiegeln, weil sie in kumulierter Form dargestellt werden. Die Abstände in Beitragssatzpunkten sind abhängig von der Reihenfolge, in der die einzelnen Gruppen aufgeführt sind.

Betrachtet man im Grundtyp 1 nun zunächst Arbeitnehmer, Selbständige und aktive Beamte, ergibt sich eine mögliche Beitragssatzsenkung von insgesamt einem Prozentpunkt. Dieser Effekt wird durch die übrigen Versichertengruppen konterkariert. Die Erhöhung der beitragspflichtigen Einnahmen durch die heute nicht in der GKV versicherten Pensionäre, Ruheständler sowie der Restgruppe (im wesentlichen Personen, die heute keinen Krankenversicherungsschutz haben) ist jeweils geringer als die damit verbundene Steigerung der Ausgaben für Sachleistungen. Das Einnahmen/Ausgaben-Verhältnis gestaltet sich dabei für die Pensionäre noch am relativ günstigsten. Durch diese drei Gruppen vergrößert sich der Versichertenkreis im Vergleich zum Referenz-Szenario aber nur um 3,8 %, so dass sich die Verschlechterung der Finanzierungssituation lediglich in einer Größenordnung von 0,3 Prozentpunkten niederschlägt. Insgesamt kann der Beitragssatz in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 somit um 0,7 Prozentpunkte gesenkt werden.

4 Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2

Konstitutive Elemente des Grundtyps 2 sind die Ausweitung der Beitragsgrundlagen auf weitere Einkommensarten sowie die Vereinheitlichung der Beitragsregeln für alle Versicherten (vgl. „Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung“, Kapitel 2). Die Vereinheitlichung der Beitragsregeln bedeutet, dass der Bestimmung der Beitragsbelastung für jeden Versicherten dasselbe Konzept der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zugrunde liegt. Die Beitragsbelastung wird demnach unabhängig von der Zugehörigkeit zu einer sozioökonomischen Gruppe bestimmt und sollte auch möglichst neutral gegenüber der individuellen Einkommenstruktur gestaltet sein.

Das Regelwerk der Beitragsbemessung des Grundtyps 2 enthält somit zwei wesentliche Veränderungen, die genau entgegengesetzt auf den Beitragssatz wirken:

- Zum einen werden die Beitragsgrundlagen um weitere, bislang nicht beitragsrelevante Einnahmearten erweitert. Insoweit hierdurch zusätzlich Einnahmen beitragspflichtig werden, weil bei Versicherten die Beitragsbemessungsgrenze nicht durch die bereits im Referenz-Szenario bzw. im Grundtyp 1 beitragsrelevanten Einnahmen erreicht wird, steigen die beitragspflichtigen Einnah-

men c. p. an, und der ausgabendeckend kalkulierte Beitragssatz kann entsprechend geringer ausfallen.

- Zum anderen führt die einheitliche Spezifizierung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit im Grundtyp 2 dazu, dass im Gegensatz zu den vorigen Szenarien von allen Versicherten die Bruttoeinnahmen aller Einnahmearten nur mit dem Teil der Einkünfte im Sinne des EStG für die Beitragsbemessung veranlagt werden. Dies hat u. a. zur Folge, dass von den beitragsrelevanten Einnahmen Werbungskosten abgezogen werden können (im wesentlichen Arbeitnehmerpauschbetrag und Sparerfreibetrag) sowie dass private Renten nur noch mit dem Ertragsanteil berücksichtigt werden. Hinzu kommt der Wegfall von Mindestbeiträgen, die im Status quo von freiwillig Versicherten und im Grundtyp 1 zumindest noch von hauptberuflich Selbständigen erhoben werden. Infolge dieser veränderten Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen verringern sich diese c. p., und der ausgabendeckend kalkulierte Beitragssatz muss entsprechend höher ausfallen.

Insgesamt scheinen sich diese beiden gegenläufigen Effekte ungefähr die Waage zu halten. Insgesamt kann der Beitragssatz in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2, die auch die heute nicht in der GKV versicherten Personen umfasst, um 0,6 Prozentpunkte gegenüber dem Referenz-Szenario gesenkt werden. Die Größenordnung des Beitragssatzeffekts ist somit vergleichbar mit derjenigen des Grundtyps 1.

Auch die Betrachtung der einzelnen sozioökonomischen Gruppen unter den heute nicht in der GKV versicherten Personen ergibt ein ähnliches Bild wie im Grundtyp 1. Wieder sind es die Arbeitnehmer unter ihnen, die Selbständigen und die aktiven Beamten, die die Finanzierungssituation der integrierten Krankenversicherung verbessern, und es sind die übrigen Gruppen, die eine Verschlechterung bewirken. Das jeweilige Ausmaß, in dem es zu einer Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen und der Sachleistungsausgaben durch die betrachteten Versichertengruppen kommt, ist ungefähr vergleichbar mit dem im Grundtyp 1. Dies lässt sich vor allem damit begründen, dass das Regelwerk im Grundtyp 1 bei der Beitragsbemessung für die Gruppen der heute nicht in der GKV versicherten Selbständigen, Beamten, Ruheständler und Pensionäre bereits sämtliche Einnahmen zum Lebensunterhalt berücksichtigt. Die Ausweitung der Beitragsgrundlagen im Grundtyp 2 kann bei ihnen daher im Vergleich zu Grundtyp 1 c. p. keinen zusätzlichen Effekt haben. Dennoch sind gewisse Veränderungen festzustellen. Bei den Selbständigen reduziert sich die Erhöhung ihrer beitragspflichtigen Einnahmen geringfügig infolge des Wegfalls der Mindestbeiträge, bei den Beamten ist die Reduktion ausgeprägter aufgrund der Abzüge von Werbungskosten vom Arbeitsentgelt.

Tabelle 2: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom **Grundtyp 2**

2003	I	II	III	IV	V	VI	VII
Versichertengruppe	Referenz-szenario	Arbeit-nehmer	Selb-ständige	Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	Ruhe-ständler	Restgruppe
Veränderung Anzahl Versicherte	--	3,0%	4,0%	6,0%	1,8%	0,7%	1,2%
Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen	--	5,1%	5,3%	8,5%	2,6%	0,8%	0,5%
Veränderung der Ausgaben für Sachleistungen	--	2,5%	2,5%	4,5%	3,3%	1,8%	1,4%
Versichertenkreis	Referenz-szenario	I + Arbeit-nehmer	II + Selb-ständige	III + Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	IV + Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	V + Ruhe-ständler	VI + Restgruppe
zusätzlicher Beitragssatz gem. GMG (nach §241a SGB V)	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
ermäßigter Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen und ihre Verwaltungskosten)	12,9%	12,7%	12,4%	12,0%	12,1%	12,2%	12,3%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz ermäßigt (in früherer Logik)	13,8%	13,6%	13,3%	12,9%	13,0%	13,1%	13,2%
Beitragssatzeffekt ggü. Referenz-Szenario in Prozentpunkten (kumuliert)	--	-0,1%	-0,4%	-0,8%	-0,8%	-0,6%	-0,6%
Beitragssatz Krankengeld	0,8%	1,0%					

Quelle: IGES

In der integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2 werden einige Beitragszahler stärker entlastet, als es der im Vergleich zu Grundtyp 1 etwas geringere Beitragssatzeffekt nahelegt, denn im Grundtyp 2 verringert sich zusätzlich die Bemessungsgrundlage um Werbungskosten bzw. Freibeträge. Der Abzug dieser Größen in pauschaler Höhe entlastet die Versicherten mit geringeren Einnahmen verhältnismäßig stark.

Da es im Grundtyp 2 eine eigenständige Krankengeldversicherung gibt, wird im unteren Teil der Tabelle 2 im Gegensatz zu Grundtyp 1 kein allgemeiner Beitragssatz mehr ausgewiesen. Stattdessen findet sich dort ein eigener Beitragssatz für Krankengeld, der auf 1 % geschätzt wird. Er liegt damit über dem „Teilbeitragssatz Krankengeld“, wie er für das Referenz-Szenario und den Grundtyp 1 geschätzt wird. Darin äußert sich vor allem, dass es im Grundtyp 2 keine Quersubventionierung der Krankengeldfinanzierung durch die Rentner mehr gibt (vgl. „Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung“, Kapitel 2.5).

Der Gesamteffekt einer Beitragssatzsenkung in Höhe von 0,6 Prozentpunkten bezieht sich im Grundtyp 2 lediglich auf den ermäßigten Beitragssatz. Einen allgemeinen Beitragssatz gibt es infolge der Ausgliederung des Krankengeldes nicht mehr. Für alle Versicherten, die zusätzlich eine Krankengeldversicherung haben, erhöht sich somit das Niveau ihrer Beitragslast um den Beitragssatz Krankengeld. Addiert man diesen zu dem ermäßigten Beitragssatz hinzu und vergleicht das Ergebnis mit den allgemeinen Beitragssätzen im Grundtyp 1, so ergibt sich nach den vorliegenden Berechnungen eine Mehrbelastung von ungefähr $\frac{1}{4}$ Prozentpunkt. Ruheständler, Beamte und Pensionäre benötigen dagegen keine Krankengeldversicherung. Die mit einer Umstellung auf Grundtyp 2 verbundene Beitragssatzsenkung kommt ihnen folglich ungeschmälert zugute. Insbesondere für Rentner und Pensionäre reduziert sich im Grundtyp 2 im Vergleich zum Referenz-Szenario und zum Grundtyp 1 die Beitragsbelastung, weil sie dort – anders als die aktiven Beamten – zur Krankengeldfinanzierung herangezogen und zum allgemeinen Beitragssatz veranlagt werden. Im Grundtyp 2 gilt nun auch für sie nur noch ein ermäßigter Beitragssatz.

Angesichts der unzureichenden Datenbasis bleiben Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung in dieser Schätzung der Aufkommenseffekte von Grundtyp 2 unberücksichtigt (vgl. Teil „Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung“, Kapitel 2.4.). Es kann jedoch der größtmögliche Beitragssatzeffekt einer Einbeziehung dieser Einkünfte auf aggregierter Ebene geschätzt werden. Nach den Daten der Einkommensteuerstatistik (1998) sind die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung für die Gesamtheit der Einkommensteuerpflichtigen per Saldo negativ: Positive Einkünfte in Höhe von 18,93 Mrd. Euro stehen negativen Einkünften in Höhe von 29,40 Mrd. Euro gegenüber (Saldo: -10,47 Mrd. Euro). Um das Ausmaß festzustellen, in dem negative Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung unter Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze – und damit jeweils auf der Ebene der einzelnen Beitragszahler – letztlich die Beitragsgrundlagen mindern würde, fehlen zuverlässige mikroökonomische Informationen, die

eine Aussage über die Verteilung dieser Einkünfte auf die Versicherten ermöglichen. Auf aggregierter Ebene, das heißt an dieser Stelle ohne die Verteilungsinformation und damit ohne Berücksichtigung der Beitragsbemessungsgrenze, lassen sich folgende Beitragssatzeffekte schätzen, die als Ober- bzw. Untergrenze einer Einbeziehung der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung angesehen werden können:

- Würde man lediglich die positiven Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung berücksichtigen und sie den beitragspflichtigen Einkünfte in Grundtyp 2 zurechnen, könnte der ausgabendeckende Beitragssatz um weitere 0,2 Prozentpunkte gegenüber dem Referenzszenario sinken.
- Würde man lediglich die negativen Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung berücksichtigen und sie den beitragspflichtigen Einkünfte in Grundtyp 2 zurechnen, müsste der ausgabendeckende Beitragssatz um 0,3 Prozentpunkte höher liegen. Die Absenkung gegenüber dem Referenzszenario betrüge im Grundtyp 3 dementsprechend nur noch 0,3 Prozentpunkte.
- Würde man die beitragspflichtigen Einkünfte im Grundtyp 2 im Ausmaß des nativen Saldos der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung mindern, müsste der ausgabendeckende Beitragssatz um 0,1 Prozentpunkte höher liegen. Die Absenkung gegenüber dem Referenzszenario betrüge im Grundtyp 3 dementsprechend noch 0,5 Prozentpunkte.

Die folgenden Tabellen 3 und 4 zeigen die Aufkommenseffekte im Grundtyp 2 für die *Varianten mit erhöhter Beitragsbemessungsgrenze*.

- Tabelle 3: Entspräche die Beitragsbemessungsgrenze wieder der Versicherungspflichtgrenze, wie es vor dem 1.1.2003 der Fall war, und würde sie dadurch von monatlich 3.450 € auf 3.825 € steigen (Variante a), lässt sich gegenüber dem Grundtyp 2 eine um knapp 0,4 Prozentpunkte stärkere Beitragssatzsenkung erzielen.
- Tabelle 4: Erhöht man die Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung, also differenziert nach Rechtskreis auf monatlich 5.100 € (West) und 4.250 € (Ost), ermöglicht dies im Grundtyp 2 eine Beitragssatzsenkung um 1,7 % (Variante b). Dabei erhöhen sich im Vergleich zu dem Referenz-Szenario die beitragspflichtigen Einnahmen der bereits heute in der GKV versicherten Personen sehr stark (+6,6 %; in der Tabelle nicht ausgewiesen); ihre Zunahme entspricht damit ungefähr derjenigen, die durch die Einbeziehung der heute nicht in der GKV versicherten Arbeitnehmer und Selbständigen erzielt wird. Die größte Ausweitung der beitragspflichtigen Einnahmen ist wiederum auf die Beamten zurückzuführen.

Tabelle 3: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, **Variante a**

2003	I	II	III	IV	V	VI	VII
Versichertengruppe	Referenz-szenario	Arbeit-nehmer	Selb-ständige	Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	Ruhe-ständler	Restgruppe
Veränderung Anzahl Versicherte	--	3,0%	4,0%	6,0%	1,8%	0,7%	1,2%
Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen	--	5,5%	5,7%	8,8%	2,6%	0,8%	0,6%
Veränderung der Ausgaben für Sachleistungen	--	2,5%	2,5%	4,5%	3,3%	1,8%	1,4%
Versichertenkreis	Referenz-szenario	I + Arbeit-nehmer	II + Selb-ständige	III + Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	IV + Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	V + Ruhe-ständler	VI + Restgruppe
zusätzlicher Beitragssatz gem. GMG (nach §241a SGB V)	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
ermäßigter Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen und ihre Verwaltungskosten)	12,9%	12,4%	12,0%	11,6%	11,7%	11,8%	11,9%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz ermäßigt (in früherer Logik)	13,8%	13,3%	12,9%	12,5%	12,6%	12,7%	12,8%
Beitragssatzeffekt ggü. Referenz-Szenario in Prozentpunkten (kumuliert)	--	-0,5%	-0,8%	-1,2%	-1,1%	-1,0%	-0,9%
Beitragssatz Krankengeld	0,8%	1,0%					

Quelle: IGES

Tabelle 4: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, **Variante b**

2003	I	II	III	IV	V	VI	VII
Versichertengruppe	Referenz-szenario	Arbeit-nehmer	Selb-ständige	Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	Ruhe-ständler	Restgruppe
Veränderung Anzahl Versicherte	--	3,0%	4,0%	6,0%	1,8%	0,7%	1,2%
Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen	--	6,5%	6,6%	9,4%	2,7%	0,8%	0,6%
Veränderung der Ausgaben für Sachleistungen	--	2,5%	2,5%	4,5%	3,3%	1,8%	1,4%
Versichertenkreis	Referenz-szenario	I + Arbeit-nehmer	II + Selb-ständige	III + Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	IV + Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	V + Ruhe-ständler	VI + Restgruppe
zusätzlicher Beitragssatz gem. GMG (nach §241a SGB V)	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
ermäßigter Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen und ihre Verwaltungskosten)	12,9%	11,6%	11,2%	10,8%	10,9%	11,0%	11,1%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz ermäßigt (in früherer Logik)	13,8%	12,5%	12,1%	11,7%	11,8%	11,9%	12,0%
Beitragssatzeffekt ggü. Referenz-Szenario in Prozentpunkten (kumuliert)	--	-1,3%	-1,6%	-2,0%	-1,9%	-1,8%	-1,7%
Beitragssatz Krankengeld	0,8%	1,0%					

Quelle: IGES

Tabelle 5: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, **Variante c**

2003	I	II	III	IV	V	VI	VII
Versichertengruppe	Referenz-szenario	Arbeit-nehmer	Selb-ständige	Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	Ruhe-ständler	Restgruppe
Veränderung Anzahl Versicherte	--	3,0%	4,0%	6,0%	1,8%	0,7%	1,2%
Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen	--	8,2%	8,0%	9,5%	2,7%	0,9%	0,7%
Veränderung der Ausgaben für Sachleistungen	--	2,5%	2,5%	4,5%	3,3%	1,8%	1,4%
Versichertenkreis	Referenz-szenario	I + Arbeit-nehmer	II + Selb-ständige	III + Beamte (inkl. Freie Heilfürsorge)	IV + Pensionäre (inkl. Freie Heilfürsorge)	V + Ruhe-ständler	VI + Restgruppe
zusätzlicher Beitragssatz gem. GMG (nach §241a SGB V)	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
ermäßigter Beitragssatz gem. GMG (für Sachleistungen und ihre Verwaltungskosten)	12,9%	10,6%	10,1%	9,9%	10,0%	10,1%	10,1%
<i>nachrichtlich:</i> Beitragssatz ermäßigt (in früherer Logik)	13,8%	11,5%	11,0%	10,8%	10,9%	11,0%	11,0%
Beitragssatzeffekt ggü. Referenz-Szenario in Prozentpunkten (kumuliert)	--	-2,3%	-2,7%	-3,0%	-2,9%	-2,8%	-2,7%
Beitragssatz Krankengeld	0,8%	1,0%					

Quelle: IGES

- Tabelle 5 zeigt, dass bei einer vollständigen Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze der Beitragssatz in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 2 um insgesamt 2,7 Prozentpunkte unter dem des Referenz-Szenarios liegen würde. In dieser Variante c käme die mit Abstand größte Ausweitung der beitragspflichtigen Einnahmen in der Gruppe der bereits heute in der GKV versicherten Personen zustande (+15 %; in der Tabelle nicht ausgewiesen).

5 Vergleich der Strukturen der Beitragsaufkommen in den Grundtypen 1 und 2

5.1 Unterscheidung nach Einkommensarten

Mit der Integration von GKV und PKV sowie der Verbreiterung der Beitragsgrundlagen im Hinblick auf die veranlagten Einnahmearten verändert sich die Struktur der Beitragsaufkommen. Tabelle 6 zeigt, wie sich die Anteile der einzelnen Einnahmearten am gesamten Beitragsaufkommen in den Grundtypen 1 und 2 verändern. Die Einnahmearten sind nach ihren Anteilswerten im Referenzszenario absteigend sortiert. Zu beachten ist, dass sich die Höhe des gesamten Beitragsaufkommens zwischen den Szenarien unterscheidet. Im Referenzszenario wird nur das gegenwärtige GKV-Beitragsaufkommen betrachtet; in den Grundtypen 1 und 2 bleiben die Beiträge unberücksichtigt, die bisher PKV-Versicherte für die Beibehaltung ihrer über die integrierte Krankenversicherung hinausgehenden Leistungsumfang entrichten. Diejenigen Beitragsaufkommen, die – wie die Prämien für PKV-Verträge – keiner Einkommensart zugeordnet werden können, können in der folgenden Tabelle nicht dargestellt werden.

Tabelle 6: Struktur der Beitragsaufkommen

	Referenz	Grundtyp 1	Grundtyp 2			
			Grundvariante	Variante a	Variante b	Variante c
Bruttolöhne und -gehälter	65,4%	57,6%	57,1%	56,8%	55,8%	53,2%
GRV-Renten	21,1%	17,9%	17,2%	17,1%	16,7%	15,7%
Leistungen der BA	6,9%	5,8%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%
Selbständigeneinkünfte	2,9%	6,7%	7,2%	7,7%	9,2%	13,0%
Betriebsrenten	1,5%	1,3%	1,3%	1,2%	1,3%	1,4%
Pensionen	0,8%	2,6%	2,5%	2,4%	2,3%	2,1%
Sozialhilfe	0,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
Dienstbezüge der Beamten	0,5%	7,0%	7,0%	7,0%	6,8%	6,3%
Private Renten	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%
Kapitaleinkünfte	0,1%	0,3%	0,8%	0,8%	0,9%	1,1%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quelle: IGES

Einer wesentlichen Zielsetzung der integrierten Krankenversicherung entsprechend sinken in allen Reformszenarien vor allem die Finanzierungsanteile der Bruttolöhne und -gehälter am Beitragsaufkommen. Bei einer Integration unter Fortführung der gegenwärtigen Beitragsregeln, also durch den Schritt vom Referenzszenario zum Grundtyp 1, kann ihr Finanzierungsanteil von knapp zwei Drittel auf unter 58 % gesenkt werden. Die Verbreiterung der Beitragsgrundlagen im Grundtyp 2 ermöglicht eine weitere, wenn auch geringere Reduzierung des relativen Beitragsaufkommens aus Löhnen und Gehältern. In allen Reformszenarien mit einkommensabhängigen Beiträgen stammt aber weiterhin mehr als die Hälfte des Finanzvolumens aus dieser Einnahmeart.

Auch der Anteil des Beitragsaufkommens aus GRV-Renten verringert sich merklich im Grundtyp 1. Die Integration äußert sich in deutlich höheren Anteilen der Beiträge aus den Dienstbezügen und Pensionen der Beamten im Vergleich zum Referenzszenario. Der Anteilswert der Selbständigeneinkünfte erhöht sich im Grundtyp 1 um fast vier Prozentpunkte.

Im Grundtyp 2 resultieren die strukturellen Veränderungen erwartungsgemäß aus der zunehmenden Bedeutung der Einnahmearten, die im Referenzszenario und im Grundtyp 1 nicht grundsätzlich bzw. nur bei einem geringen Teil der Versicherten der Beitragspflicht unterliegen. So erhöhen sich die Anteilswerte der Beiträge aus Kapitaleinkünften und aus privaten Renten, allerdings auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Nur in der Variante c, in der keine Beitragsbemessungsgrenze mehr vorgesehen ist, erlangen Beiträge aus Kapitaleinkünften einen Anteilswert am gesamten Beitragsaufkommen von über einem Prozent. Der Anteilswert der Beiträge aus Selbständigeneinkünften erhöht sich im Vergleich zum Grundtyp 1, weil im

Grundtyp 2 auch Einkünfte aus nebenberuflicher selbständiger Tätigkeit beitragspflichtig werden.

5.2 Unterscheidung nach Eigenleistung der Versicherten und Zuschussgebern

Durch die Veränderungen der Beitragsregeln bzw. der Bemessungsgrundlagen in den einzelnen Szenarien verschiebt sich die Verteilung der Beitragsbelastung auf die Versicherten (als Selbstzahler) einerseits und auf die Zuschussgeber andererseits. Abbildung 1 zeigt die Finanzierungsanteile am Beitragsaufkommen der Versicherten und der unterschiedlichen Zuschussgeber in den einzelnen Grundtypen der integrierten Krankenversicherung mit einkommensabhängigen Beiträgen. Im Unterschied zum vorhergehenden Abschnitt sind für diese Darstellung auch Prämien der PKV-Versicherten, hierzu gezahlte Zuschüsse und Beihilfezahlungen berücksichtigt.

Bereits im Referenzszenario tragen die Versicherten deutlich mehr als die Hälfte des Beitragsaufkommens; nicht zuletzt als Folge der Verschiebung der Parität durch das GMG liegt ihr Anteil über 50 %. Dagegen betragen die Finanzierungsanteile der privaten und der öffentlichen Arbeitgeber zusammengenommen im Referenzszenario 31 %. Das restliche Beitragsaufkommen verteilt sich auf Institutionen der sozialen Sicherung (GRV, Arbeitsagenturen, Sozialhilfeträger).

Grundtyp 1 sowie Grundtyp 2 und seine Varianten würden zu höheren Eigenleistungen der Versicherten führen: Ihr Anteil am gesamten Beitragsaufkommen würde um 3 % steigen. Der Anstieg wäre noch ausgeprägter, wenn die Beitragsbemessungsgrenze auf das entsprechende Niveau in der GRV hochgesetzt bzw. ganz aufgegeben würde (4 bzw. 6 %).

Im Vergleich zum Referenzszenario tragen Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger in den Grundtypen 1 und 2 inklusive den Varianten geringere Anteile am Beitragsaufkommen. Dies erklärt sich zum Teil durch die Verbreiterung der Beitragsgrundlagen. Die zusätzlich veranlagten Einnahmearten sind sämtlich nicht zuschussfähig, so dass die daraus resultierende Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger mit entsprechenden Mehrbelastungen der Versicherten einhergeht. Ein zweiter Entlastungseffekt ergibt sich aus der Integration der derzeit nicht in der GKV Versicherten: Der Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung sinkt gegenüber dem Referenzszenario (GKV), und damit sinken auch die Beitragszuschüsse, die derzeit bei den PKV-Versicherten (Arbeitnehmer, Rentner) am Beitragssatz bzw. am Höchstbeitrag in der GKV orientiert sind.

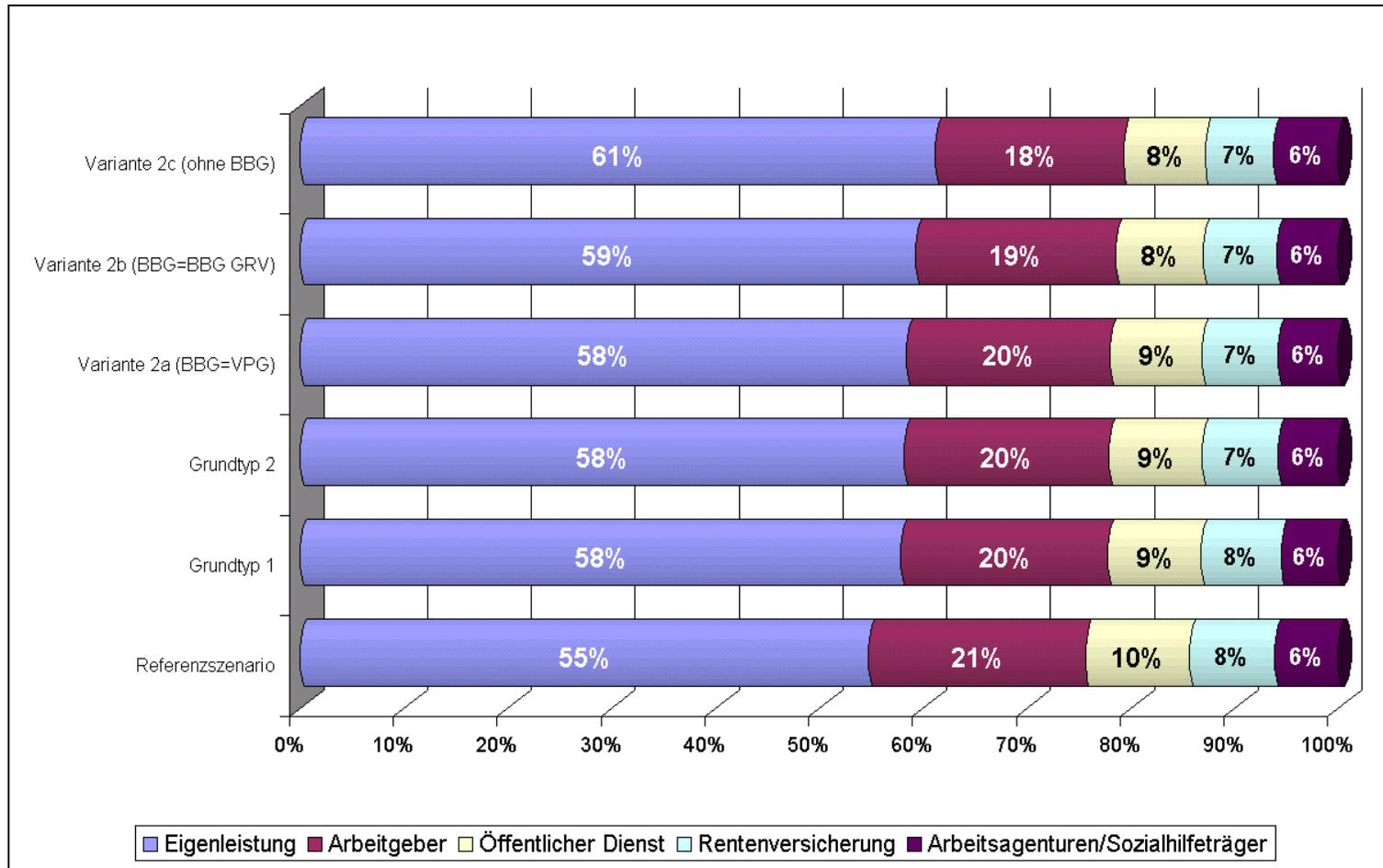
Im Grundtyp 1 ergibt sich die Ausweitung der Beitragsgrundlagen nur im Hinblick auf die Versichertengruppen, die gegenwärtig nicht in der GKV versichert sind. Im Grundtyp 2 und seinen Varianten werden zusätzlich weitere Einkommensarten, die nicht zuschussfähig sind, auch von den heute GKV-Versicherten in die Beitragsgrundlagen einbezogen. Aus diesem Grund fällt die Entlastung der Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger im Grundtyp 2 größer aus als im Grundtyp 1. In der Grundform sowie der Variante a ist diese Entlastung der privaten und öffentlichen Arbeitgeber nur im „Nachkommabereich“ sichtbar (und damit nicht Abbildung 1). Deutlicher fällt diese Entlastung gegenüber Grundtyp 1 in den Varianten b und c von Grundtyp 2 aus, wenn die Beitragsbemessungsgrenze deutlich angehoben wird bzw. komplett entfällt.

Im Gegensatz zu Arbeitnehmern und Rentnern dürfte der beschriebene Effekt bei Arbeitslosen und Sozialhilfebeziehern nur in sehr geringem Umfang auftreten, weil hier kaum mit zusätzlich veranlagten Einnahmearten zu rechnen ist. Daher sind die Finanzierungsanteile der Arbeitsagenturen und der Sozialhilfeträger in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 1 und Grundtyp 2 ungefähr konstant.

Eine Entlastung der Rentenversicherungsträger als Zuschussgeber ermöglicht prinzipiell eine weitergehende Entlastung der Arbeitgeber und aller sonstigen Träger, die Zuschüsse zu den Beiträgen an die Gesetzliche Rentenversicherung zahlen. Diese Zweitrundeneffekte werden im Rahmen der vorliegenden Analyse nicht simuliert.⁵

⁵ Generell können die durch eine Entlastung des Fiskus und der Parafiski als Zuschussgeber frei werdenden Mittel zu einer Senkung der Arbeitgeberbeiträge, zu einer Senkung der Versicherten- bzw. Selbstzahlerbeiträge und auch zur Entlastung der Steuerzahler verwandt werden.

Abbildung 1: Verteilung der Beitragsbelastung auf Versicherte und Zuschussgeber



Quelle: IGES; Abweichungen der Summe der Anteile von 100 % rundungsbedingt.

6 Aufkommenseffekte in einer integrierten Krankenversicherung vom Grundtyp 3

Bezogen auf die Daten für das Jahr 2003 beträgt die Höhe des durchschnittlichen Pauschalbeitrags in einem die gesamte Wohnbevölkerung umfassenden Versicherungssystem 189 € monatlich. Das bedeutet: Wenn im Durchschnitt aller Krankenversicherungen pauschale Beiträge in Höhe von 189 € im Monat erhoben werden, können sämtliche relevante Krankenversicherungsausgaben auf Grundlage des GKV-Leistungsniveaus im Jahr 2003 für die gesamte Wohnbevölkerung gedeckt werden. Die kassenindividuellen Pauschalbeiträge weichen von diesem Durchschnittswert entsprechend der kassenindividuellen Ausgabenpositionen (Satzungsleistungen, Kostenmanagement) ab (vgl. Teil 1 des Berichts, Kapitel 3.1).

Die Auszahlung der bisherigen Beitragszuschüsse, die dann der Besteuerung unterliegen und knapp die Hälfte zur Finanzierung der steuerfinanzierten Beitragszuschüsse in Grundtyp 3 beitragen, bemisst sich einheitlich nach der Hälfte des Referenzbeitragssatzes (gesamtausgabendeckender allgemeiner Beitragssatz gemäß GMG im Referenzszenario), also 6,85 % der beitragspflichtigen Einkommen im Referenzszenario. Die Auszahlungen belaufen sich – unter Einbezug der Ausschüttungen an Beamte und Pensionäre (Umwidmung der Beihilfe) – auf 78 Mrd. Euro.

Unter Zugrundelegung eines „zumutbaren Eigenanteils“ (Belastungsgrenze) in Höhe von 12,9 % der Summe der Einkünfte der jeweiligen Bedarfsgemeinschaften (vgl. Teil „Grundtypen einer integrierten Krankenversicherung“, Kapitel 3.2.2) beläuft sich das bei einer durchschnittlichen Pauschalbeitragshöhe von 189 € anfallende Gesamtvolumen an Beitragszuschüssen auf rd. 39 Mrd. €. Das für die Finanzierung dieser Summe erforderliche Steueraufkommen wird nach unseren Berechnungen erreicht, indem neben dem zusätzlichen Aufkommen aus der Besteuerung der ausgezahlten bisherigen Beitragszuschüsse (ca. 18,2 Mrd. €) ein zusätzlicher Solidaritätszuschlag auf die Lohn- und Einkommensteuerschuld natürlicher Personen in Höhe von 10,65 % erhoben wird (geschätztes Steueraufkommen: ca. 20,8 Mrd. €).

7 Verteilungswirkungen einer integrierten Krankenversicherung auf die Versicherten

Ein sofortiger Übergang vom heutigen Krankenversicherungssystem, das durch die Trennung in GKV und PKV gekennzeichnet ist, zu einem integrierten Krankenversicherungssystem, wie es durch die Grundtypen 1 bis 3 beschrieben wird, würde zu Veränderungen der Beitragsbelastungen und der Einkommenssituation der Versicherten führen. Diese Effekte einer Umstellung auf die Einkommensverteilung haben wir mit Simulationsrechnungen auf der Basis empirischer Daten geschätzt.⁶

7.1 Methodische Vorbemerkungen

Während die Beispielrechnungen, die im Teil 1 des Berichts für den Grundtyp 3 durchgeführt wurden, prinzipielle Verteilungswirkungen des Beitragssystems aufzeigen, erlauben die Ergebnisse dieser Simulationsrechnungen Aussagen über die empirische Relevanz von Verteilungswirkungen. Den Beispielrechnungen liegen konstruierte Einzelfälle („Prototypen“) mit einer reduzierten Merkmalskomplexität zugrunde. Die Simulationsrechnungen hingegen stützen sich auf eine Vielzahl von „Realfällen“, die überwiegend auf der Grundlage von Befragungsdaten beschrieben werden.⁷

Weder im Hinblick auf das Krankenversicherungssystem in seiner gegenwärtigen Form, noch im Hinblick auf die hier untersuchten Grundtypen ist es sinnvoll, die Verteilungswirkungen auf der Ebene von Einzelpersonen zu betrachten. Im Status quo sowie in den Grundtypen 1 und 2 sind Ehepartner und Kinder ohne eigenes Einkommen im Rahmen der Familienversicherung (gemäß § 10 SGB V) beitragsfrei mitversichert. Ein Beitragszahler kann somit den Versicherungsschutz von mehreren Personen finanzieren. Aus

⁶ Die Grundlage der Simulationsrechnungen bilden die Daten des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP). Darüber hinaus wurden Daten des Bundesversicherungsamtes (BVA), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) sowie der Lohn- und Einkommensteuerstatistik und des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

⁷ Die grundlegende Datenquelle bildet hierbei das Sozio-ökonomische Panel (SOEP), eine seit 1984 laufende jährliche Wiederholungsbefragung von Deutschen, Ausländern und Zuwanderern in den alten und neuen Bundesländern. Die unseren Berechnungen zugrunde liegende Stichprobe umfasst knapp 28.000 Personen.

diesem Grund betrachten wir stets „**Beitragszahler-Einheiten**“, die aus einer Person (keine Mitversicherung), zwei Personen (Ehepaar mit beitragsfrei mitversichertem Partner) oder mehreren Personen (beitragsfreie Ehepartner und/oder Kinder) bestehen kann. Eine Doppelverdiener-Ehepaar, in dem beide Partner der Beitragspflicht unterliegen, besteht wiederum aus zwei Beitragszahler-Einheiten.

In Grundtyp 3 wird der Anspruch auf steuerfinanzierte Beitragszuschüsse stets auf der Ebene von **Bedarfsgemeinschaften** festgestellt (vgl. Teil 1 des Berichts, Kapitel 3.3.3). Diese Zuschüsse werden also an Paare, eheähnliche Gemeinschaften bzw. Familien gezahlt. Für die Aufteilung eines gezahlten Beitragszuschusses auf die einzelnen Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft gibt es keine Vorgaben. Daher lassen sich die Verteilungswirkungen einer Umstellung auf Grundtyp 3 letztlich nur für Bedarfsgemeinschaften ermitteln. Die Berechnungen wurden für verschiedene Typen von Bedarfsgemeinschaften durchgeführt, die sich nach Art des Familienstatus (verheiratet, unverheiratet zusammenlebend, allein lebend; mit/ohne Kinder) sowie nach Art ihres gegenwärtigen Krankenversicherungsstatus (alle GKV, alle PKV, teils-teils, sonstige) unterscheiden.

In der Verteilungsanalyse interessieren häufig die Auswirkungen auf **bestimmte sozioökonomische und berufliche Gruppen**. Für „Beitragszahler-Einheiten“ ist dies problemlos möglich, weil jeweils der Status des Beitragszahlers maßgeblich ist. Unterschieden werden hierbei u. a. abhängig Beschäftigte, Ruheständler, Selbständige, Arbeitslose, Beamte, Nicht-Erwerbstätige, Pensionäre. Für Bedarfsgemeinschaften lässt sich eine differenzierte Analyse nach sozioökonomischen bzw. beruflichen Status jedoch nicht ohne weiteres durchführen, weil Bedarfsgemeinschaften, die aus mehreren Beitragszahler-Einheiten bestehen können, häufig Mischformen darstellen. Um die Ergebnisse der Verteilungsanalyse für alle Grundtypen dennoch auf allen Betrachtungsebenen vergleichen zu können, werden im Grundtyp 3 „ehemalige“ Beitragszahler-Einheiten betrachtet, d. h., es wird gezeigt, wie sich die Einkommensposition einer heutigen Beitragszahler-Einheit im Grundtyp 3 verändert. Steuerfinanzierte Beitragszuschüsse, die an Bedarfsgemeinschaften mit zwei Beitragszahler-Einheiten⁸ fließen, werden mit der Simulationsrechnung umgekehrt proportional zur wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der jeweiligen Beitragszahler-Einheit aufgeteilt.

Die Schätzung der Verteilungswirkungen auf die heute **PKV-Versicherten** setzt zunächst eine simulatorische Ermittlung ihrer gegenwärtigen Beitrags-

⁸ In der unseren Berechnungen zugrunde liegenden Stichprobe gibt es keine Fälle, in denen eine Bedarfsgemeinschaft aus mehr als zwei Beitragszahler-Einheiten besteht.

belastungen voraus.⁹ Zu diesem Zweck werden tatsächlich erhobene Prämienhöhen für Neueintritte über die Altersentwicklung fortgeschrieben. Allen PKV-Versicherten im Datenbestand werden so individuell PKV-Beiträge – differenziert nach Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus – zugeordnet. Die simulierten Prämien werden anhand des tatsächlichen Prämienaufkommens der PKV plausibilisiert. Umfasst eine „Beitragszahler-Einheit“ in der PKV mehrere Personen, so wird ihr die Summe aus der PKV-Prämie des Einkommensbeziehers und aus den PKV-Prämien für seine Angehörigen ohne eigene Einkommen zugeordnet. Für PKV-Versicherte, die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung oder GRV-Renten beziehen, wird zudem ein Beitragszuschuss (gemäß § 257 Abs. 2 SGB V bzw. § 106 SGB VI) berechnet. Für beihilfeberechtigte Privatversicherte (vor allem Beamte) wird vereinfachend stets ein Beihilfesatz in Höhe von 50 % unterstellt.

In einer integrierten Krankenversicherung – dies gilt für alle der hier untersuchten Grundtypen – entrichten die heute PKV-Versicherten Beiträge nach denselben Regeln wie alle anderen Versicherten auch und haben entsprechend dieselben Ansprüche auf evtl. Beitragszuschüsse. Im Gegenzug entfällt der Teil ihrer bisherigen PKV-Prämie, der einem der integrierten Krankenversicherung vergleichbaren Leistungsumfang deckt. Dieser Anteil wird in den Simulationsrechnungen einheitlich mit 60 % der heutigen Prämienzahlung angesetzt.¹⁰ Es wird davon ausgegangen, dass alle PKV-Versicherten ihren gegenwärtigen Versicherungsumfang insgesamt beibehalten; das bedeutet, dass neben dem Beitrag zur integrierten Krankenversicherung entsprechend eine Prämie für privaten Zusatzversicherungsschutz in Höhe von 40 % der heutigen Prämienzahlung (ohne eventuell gezahlte Beitragszuschüsse) bzw. 80 % bei Beihilfeberechtigten gezahlt wird.

Die Verteilungswirkungen auf die betrachteten Typen von Bedarfsgemeinschaften und Beitragszahler-Einheiten werden differenziert nach ***Einkommensklassen*** dargestellt. Die zugrunde liegende Einkommensgröße ist das

⁹ Zwar werden Prämienzahlungen an die PKV im SOEP erfragt; allerdings sind die diesbezüglichen Fragen im SOEP so gestellt, dass sie die komplexe Beziehung zwischen Prämienzahlung und Nettobelastung nicht ausreichend erfassen (z. B. im Hinblick auf Arbeitgeberzuschüsse zum PKV-Beitrag oder auf evtl. Beitragsrückerstattungen).

¹⁰ In den Grundtypen kann grundsätzlich nur die Beitragszahlung zur integrierten Krankenversicherung bezuschusst werden. Daher entfallen nach der Umstellung entsprechend die bisherigen Beitragszuschüsse von Arbeitgebern und Rentenversicherungsträgern an PKV-Versicherte vollständig, auch wenn sich diese Zuschüsse im Status quo auf die gesamte PKV-Prämienzahlung beziehen und damit einen über das Leistungsvolumen der integrierten Krankenversicherung hinausgehenden Versicherungsumfang betreffen können.

Jahresnettoeinkommen im Referenz-Szenario des Status quo.¹¹ Ergänzend werden die Besetzungstärken der jeweiligen Einkommensklassen innerhalb des betrachteten Typs einer Bedarfsgemeinschaft bzw. einer Beitragszahler-Einheit gezeigt; dies ermöglicht weitergehende Aussagen zur empirischen Relevanz unterschiedlicher Verteilungswirkungen. Die Verteilungswirkungen selbst werden als Veränderung des Einkommens in unmittelbarer Folge einer Umstellung auf ein integriertes Krankenversicherungssystem der Grundtypen 1 bis 3 dargestellt, ausgedrückt als prozentualer Anteil des Jahresnettoeinkommens im Status quo.

Grundsätzlich lässt sich für die verfügbaren mikroökonomischen Datensätze von einer tendenziellen Untererfassung der Einkommensbereiche am unteren und am oberen Rand ausgehen, so dass mittlere Einkommensbereiche überrepräsentiert sind.¹² Hinzu sind insbesondere im Bereich sehr geringer Einkommen Verzerrungen durch unterjährige Brüche in der Erwerbsbiographie zu vermuten. Aus diesen Gründen wird von einer Darstellung der untersten Einkommensklasse mit Jahresnettoeinkommen zwischen 0 und 7.500 € abgesehen. Folglich ergänzen sich die Prozentangaben zu den Besetzungstärken der dargestellten Einkommensklassen nicht zu 100 %.

7.2 Verteilungswirkungen auf unterschiedliche Typen von Bedarfsgemeinschaften

Für die Bedarfsgemeinschaften insgesamt betrachtet ergeben die Simulationsrechnungen, dass eine Umstellung auf die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen die Einkommenssituation bei geringen und mittleren Nettoeinkommen (bis 25.000 € p. a.) kaum verändern würde. Bedarfsgemeinschaften, die mehr verdienen, hätten Einbußen im Nettoeinkommen von durchschnittlich unter 2 %.

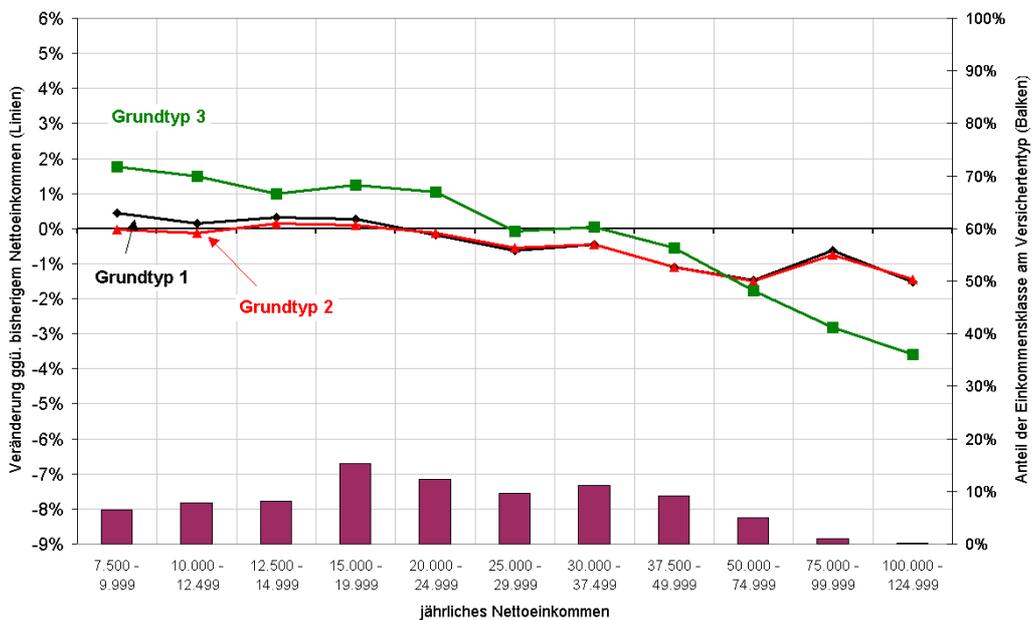
Eine Umstellung auf Grundtyp 3 würde progressiver wirken: Bedarfsgemeinschaften mit geringen und mittleren Einkommen (bis zu 30.000 € netto p. a.) würden stärker entlastet, solche mit sehr hohem Einkommen stärker belastet. Die relative Entlastung wäre mit ca. 1,8 % des bisherigen Nettoeinkommens im Grundtyp 3 am höchsten für die niedrigste Einkommens-

¹¹ Das DIW ermittelt ein Vor-Jahres-Einkommen im Sinne eines „Post-Government-Income“ nach Bezug von Renten und Transfers abzüglich simulierter Steuern und Sozialabgaben (inklusive Einkommensvorteilen aus selbstgenutztem Wohneigentum „Imputed Rent“).

¹² Vgl. Bork, Christhart (2000): Steuern, Transfers und private Haushalte. S. 100 ff.

klasse (7.500 € bis 10.000 € Nettojahreseinkommen), die 6,5 % aller Bedarfsgemeinschaften umfasst. Das Nettoeinkommen der Bedarfsgemeinschaften mit einem jährlichen Nettoeinkommen zwischen 100.000 € und 125.000 € würde sich im Grundtyp 3 durchschnittlich um 3,6 % verringern. Hiervon wäre lediglich ein Anteil von 0,2 % aller Bedarfsgemeinschaften betroffen.

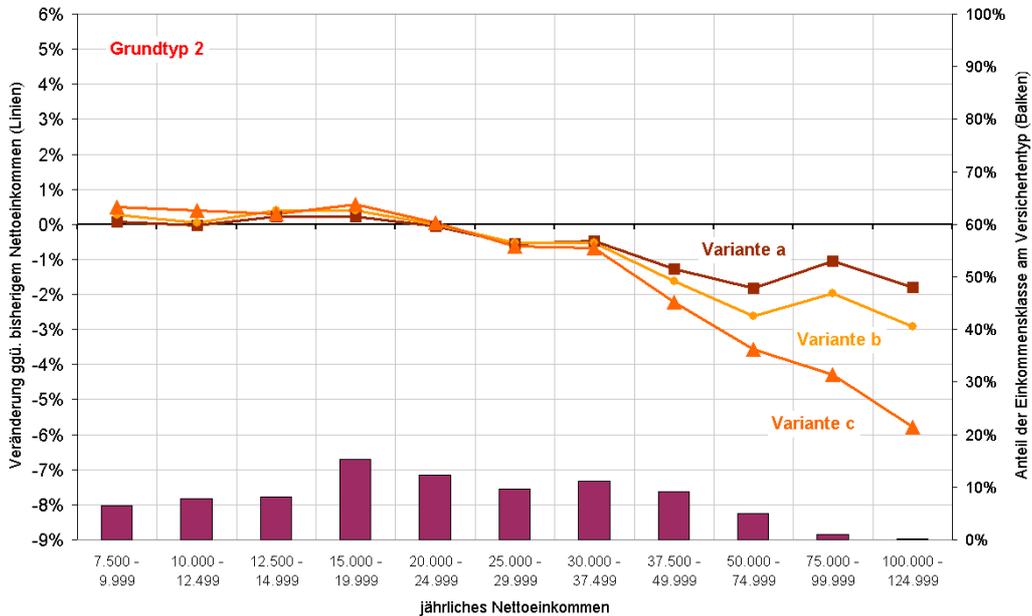
Abbildung 2: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften insgesamt



Quelle: IGES

Abbildung 3 zeigt die Verteilungswirkungen für die Varianten des Grundtyps 2 mit einer Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Versicherungspflichtgrenze in der GKV (Variante a), auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV (Variante b) und ohne Beitragsbemessungsgrenze (Variante c). Je stärker die Beitragsgrundlagen durch eine Heraufsetzung bzw. eine Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ausgeweitet werden, desto größer sind die Einkommensbelastungen einer Umstellung für Bedarfsgemeinschaften mit hohen Nettoeinkommen ab 37.500 € jährlich. In der höchsten betrachteten Einkommensklasse verschlechtert sich die Nettoeinkommensposition durchschnittlich um fast 6 % in der Variante c ohne Beitragsbemessungsgrenze.

Abbildung 3: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften insgesamt in den Varianten von Grundtyp 2

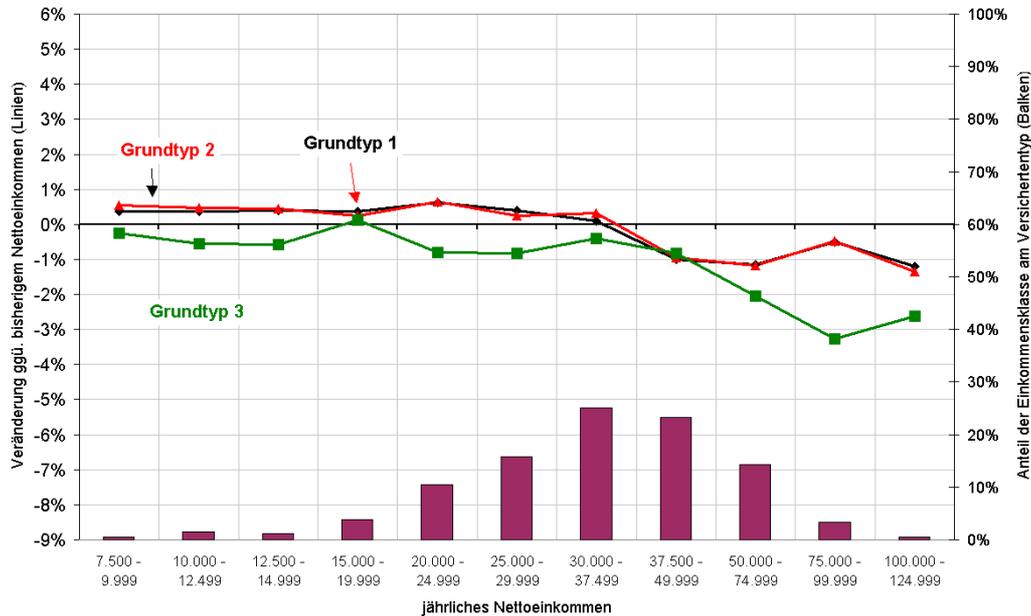


Quelle: IGES

Auffällig ist dabei, dass diesen Mehrbelastungen keine entsprechend ausgeprägten Entlastungen in den geringeren und mittleren Einkommensklassen gegenüberstehen. Darin macht sich der höhere Anteil der Eigenleistungen der Versicherten am gesamten Beitragsaufkommen bemerkbar, der in der Variante c ohne Beitragsbemessungsgrenze von 55 % auf 61 % steigt, während der Anteil der öffentlichen und privaten Arbeitgeber von 31 % auf 26 % sinkt (vgl. Abbildung 1).

Verheiratete mit einem Kind oder mehreren Kindern haben einen Anteil von 14,5 % aller Bedarfsgemeinschaften. Im Vergleich zur Gesamtheit der Bedarfsgemeinschaften sind bei diesem Typ die höheren Einkommensklassen relativ stärker besetzt. In Grundtyp 3 würden Verheiratete mit Kind(ern) überwiegend belastet, weil hier die beitragsfreie Mitversicherung von Ehepartnern und von nicht erwerbstätigen Kindern über 18 Jahre entfällt. In den Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen würden Ehepaare mit Kindern und Einkommen bis 37.500 € netto p. a. leicht entlastet. Die Be- und Entlastungen fallen überwiegend moderat aus: Sie betragen für alle Einkommen bis 50.000 € netto im Jahr durchschnittlich nicht mehr als 1 %.

Abbildung 4: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften vom Typ „verheiratet, mit Kind(ern)“

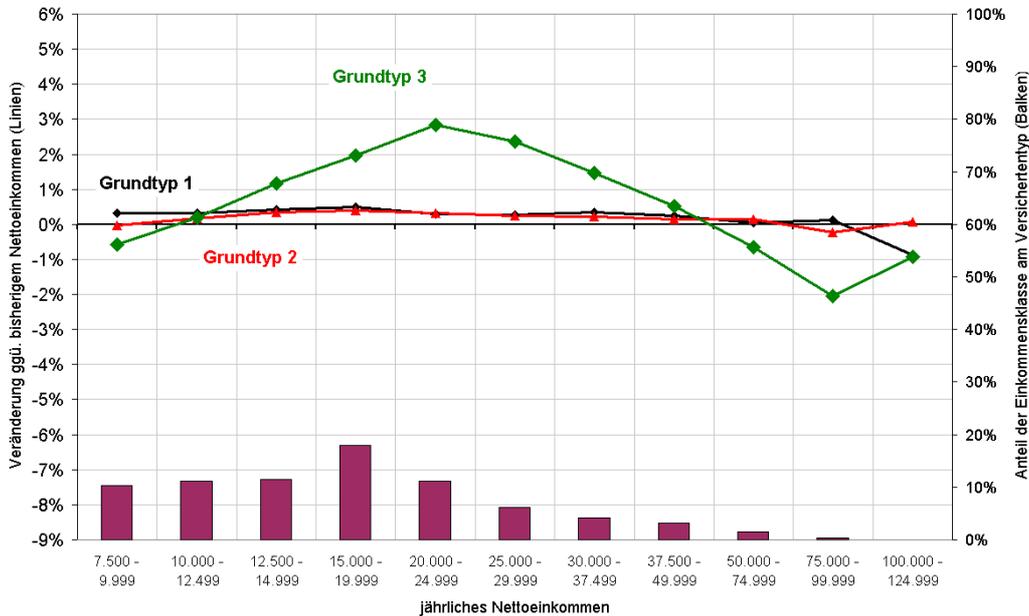


Quelle: IGES

7.3 Verteilungswirkungen differenziert nach heutigem Krankenversicherungsstatus

Für die heutigen Beitragszahler in der GKV und – soweit vorhanden – ihre mitversicherten Angehörigen („Beitragszahler-Einheiten“) ergäben sich durch Umstellung auf die Grundtypen 1 und 2 mit einkommensabhängigen Beiträgen kaum Veränderungen. Eine Umstellung auf Grundtyp 3 würde auf die heutigen GKV-Versicherten nur teilweise progressiv wirken: Für einen breiten Einkommensbereich – etwa zwischen 10.000 und 50.000 € netto jährlich – käme es zu Entlastungen, für sehr geringe Einkommen zu leichten, für hohe Einkommen z. T. auch zu stärkeren Belastungen. Bis zur Einkommensklasse von 20.000 € bis 25.000 € netto p. a. gestalten sich die Verteilungswirkungen regressiv, d. h. mit zunehmendem Einkommen gehen die Belastungen aus der Umstellung zurück bzw. nehmen die damit verbundenen Entlastungen zu.

Abbildung 5: Verteilungswirkungen auf heute GKV-Versicherte (Beitragszahler-Einheiten)

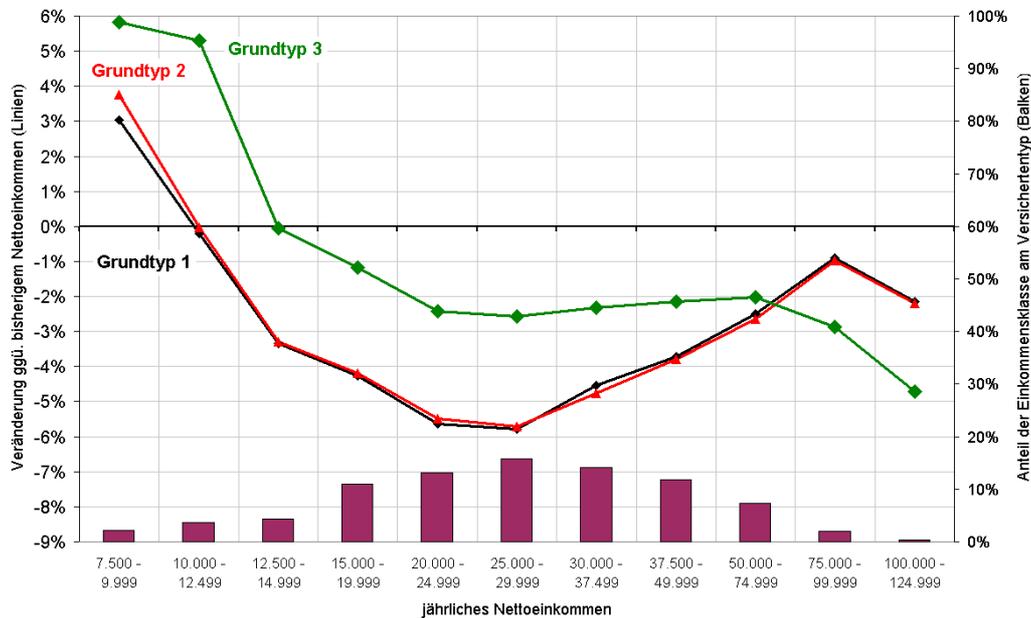


Quelle: IGES

Da heute in der PKV Versicherte in der integrierten Krankenversicherung einen Beitrag entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit entrichten, würden sie in allen Grundtypen überwiegend belastet. Dies betrifft insbesondere die Einkommensklassen ab 20.000 € netto jährlich, die von den PKV-Versicherten relativ stärker besetzt werden als von den GKV-Versicherten (vgl. Abbildung 5). Die PKV-Versicherten mit geringen Einkommen würden in allen drei Grundtypen, insbesondere im Grundtyp 3, von der Umstellung profitieren, weil sie nun einen Beitrag entsprechend ihrer (vergleichsweise geringen) wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zu zahlen hätten, während sie heute einkommensunabhängige („risikoäquivalente“) Prämien entrichten.

Bei den Berechnungen ist unterstellt, dass alle PKV-Versicherten in einer integrierten Krankenversicherung ihren gegenwärtigen Versicherungsumfang – inklusive den über das heutige GKV-Leistungsvolumen hinausgehenden Anteilen – vollständig beibehalten. Anders als heute erhalten sie in den dargestellten Grundtypen keinen Arbeitgeberzuschuss mehr für die über den Leistungsumfang der GKV hinausgehende Bestandteile ihrer privaten Vollversicherung.

Abbildung 6: Verteilungswirkungen auf heute PKV-Versicherte (Beitragszahler-Einheiten)



Quelle: IGES

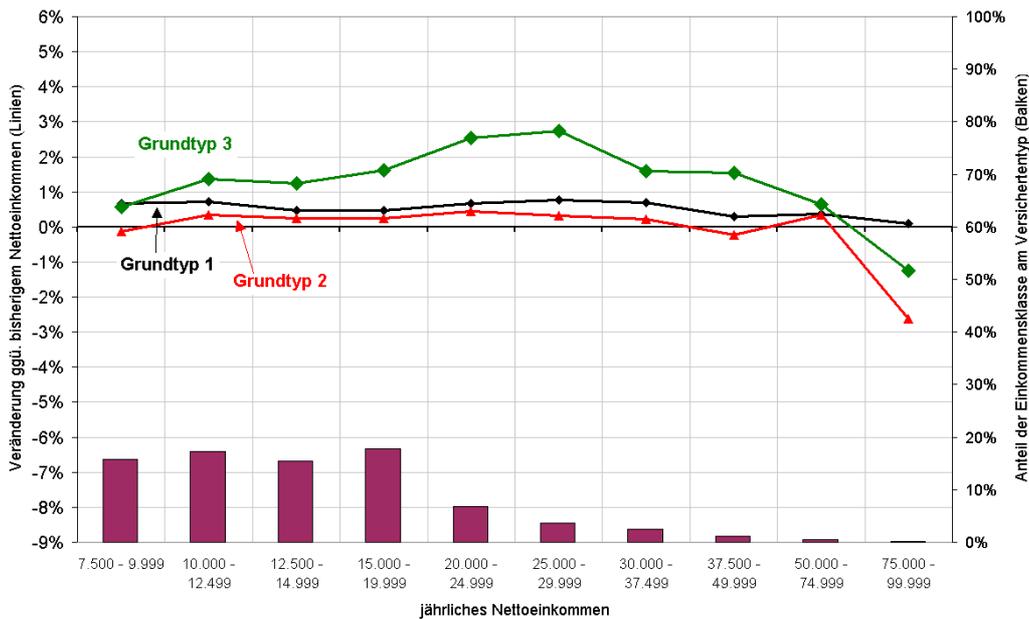
7.4 Verteilungswirkungen auf ausgewählte sozioökonomische Gruppen

Ein Viertel aller heutigen Beitragszahler sind **Ruheständler**. In der Verteilungsanalyse umfasst diese Gruppe alle Bezieher von Altersrenten (ohne Pensionäre) und die ihnen jeweils zuzuordnenden beitragsfrei mitversicherten Angehörigen. Ruheständler würden in allen drei Grundtypen von einer Umstellung profitieren. In Grundtyp 3 sind die Entlastungen am größten.

In den Grundtypen 2 und 3 würden Rentner sich nicht mehr an der Finanzierung der Krankengeldabsicherung beteiligen. In Grundtyp 2 werden die Entlastungen durch den unmittelbaren Einbezug anderer Einkommensarten in die Beitragspflicht konterkariert. Dies wirkt sich stärker auf die Nettoeinkommensposition aus als die Berücksichtigung dieser Einkommensarten im System der steuerfinanzierten Beitragszuschüsse von Grundtyp 3: Dort werden gesetzliche und betriebliche Renten zwar im Rahmen der Feststellung eines Zuschussanspruches bzw. der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit mit ihrem Zahlbetrag vollständig berücksichtigt (vgl. Teil 1 des Berichts, Kapitel 3.2.3); die Steuermehrbelastungen, die zur Finanzierung der Beitragszuschüsse im Grundtyp 3 anfallen (vgl. Teil 1 des Berichts, Kapi-

tel 3.2.4) treffen die Rentenbezieher aber weniger stark als andere Versicherte, solange Renten nur teilweise der Besteuerung unterliegen (bis zum Jahr 2005 nur mit dem Ertragsanteil).

Abbildung 7: Verteilungswirkungen auf Ruheständler (Beitragszahler-Einheiten)

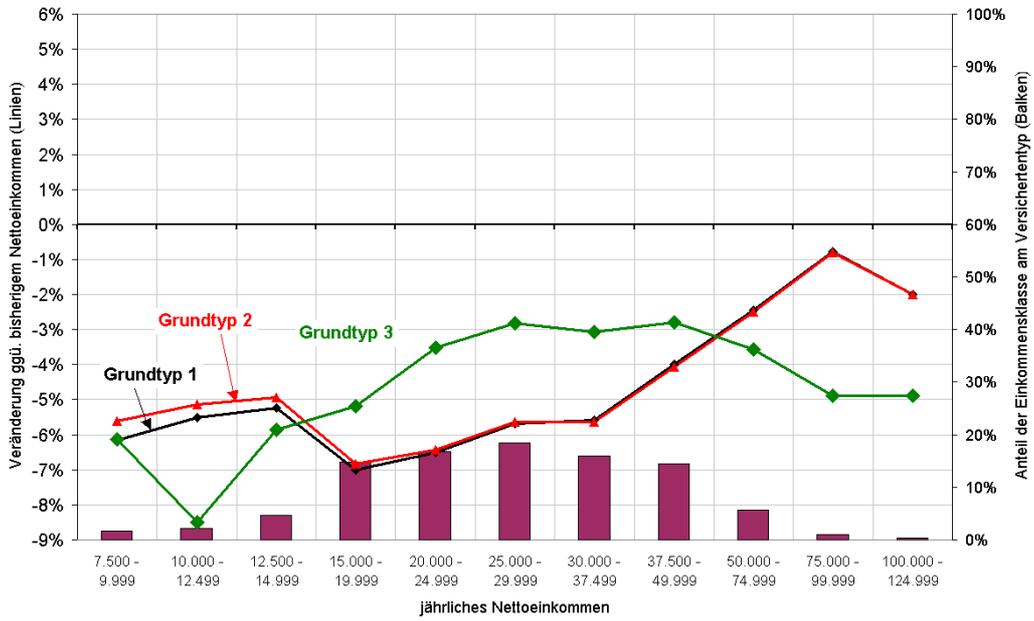


Quelle: IGES

In einem integrierten Krankenversicherungssystem erhalten *Beamte* keine Beihilfeleistungen mehr; statt dessen zahlen ihre Dienststellen Beitragszuschüsse wie andere Arbeitgeber auch (Grundtypen 1 und 2) bzw. es kommt zur Auszahlung vergleichbarer Beträge als Gehaltsbestandteile (Grundtyp 3).

Aktive Beamte (4,1 % aller gegenwärtigen Beitragszahler) werden in allen drei Grundtypen im Durchschnitt belastet. Die Belastungen ergeben sich zum einen daraus, dass Beamte entsprechend ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit einen Beitrag zur integrierten Krankenversicherung zu leisten hätten; zum anderen basieren sie auf der Prämisse, dass Beamte und andere PKV-Versicherte ihren derzeitigen Versicherungsumfang über Zusatzversicherungen weiterführen. Im Vergleich zur Gesamtheit der heute PKV-Versicherten (vgl. Abbildung 6) ergäbe sich für Beamte eine zusätzliche Beitragsbelastung dadurch, dass sie die bisher von der Beihilfe zum Teil erstatteten Zusatzleistungen über eine private Zusatzversicherung zum erreichten Eintrittsalter nachversichern müssten. Die Beiträge hierfür hätten sie dann vollständig selbst aufzubringen.

Abbildung 8: Verteilungswirkungen auf aktive Beamte (Beitragszahler-Einheiten)



Quelle: IGES

8 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 1	57
Tabelle 2: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2	61
Tabelle 3: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, Variante a	64
Tabelle 4: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, Variante b	65
Tabelle 5: Ergebnisse der Simulationsrechnungen für eine integrierte Krankenversicherung vom Grundtyp 2, Variante c	66
Tabelle 6: Struktur der Beitragsaufkommen	68

9 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Beitragsbelastung auf Versicherte und Zuschussgeber	71
Abbildung 2: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften insgesamt	77
Abbildung 3: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften insgesamt in den Varianten von Grundtyp 2	78
Abbildung 4: Verteilungswirkungen auf Bedarfsgemeinschaften vom Typ „verheiratet, mit Kind(ern)“	79
Abbildung 5: Verteilungswirkungen auf heute GKV-Versicherte (Beitragszahler-Einheiten)	80
Abbildung 6: Verteilungswirkungen auf heute PKV-Versicherte (Beitragszahler-Einheiten)	81
Abbildung 7: Verteilungswirkungen auf Ruheständler (Beitragszahler-Einheiten)	82
Abbildung 8: Verteilungswirkungen auf aktive Beamte (Beitragszahler-Einheiten)	83

Möglichkeiten zur Einbeziehung von gesetzlich und privat Krankenversicherten in eine integrierte Krankenversicherung

Dr. Stephanie Sehlen, Dr. Jürgen Hofmann, Peter Reschke

Inhalt

Vorbemerkung.....	87
1 Einleitung	89
1.1 Ausgangspunkt und Zielsetzung	89
1.2 Gang der Untersuchungen.....	90
2 Einbeziehung derzeit privat Krankenversicherter in eine nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen	93
2.1 Problemstellung: Wahrung der Interessen von GKV- und PKV-Versicherten bei Integration in eine einheitliche nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung.....	93
2.2 Prämissen für den Einsatz des Verfahrens	96
2.3 Beschreibung des Verfahrens.....	98
2.3.1 Das Verfahren in seinen Grundzügen.....	98
2.3.2 Das Verfahren im Detail.....	100
2.4 Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten	104

3	Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV für Altverträge – Übergangslösung für eine nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung	106
3.1	Prämissen für den Einsatz des Verfahrens	106
3.2	Beschreibung des Verfahrens.....	107
3.2.1	Das Verfahren in seinen Grundzügen.....	107
3.2.2	Das Verfahren im Detail	110
3.3	Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten	113
4	Einbeziehung der PKV-Alt- und PKV-Neukunden in einen gemeinsamen RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV auch für Neuverträge.....	116
4.1	Prämissen für den Einsatz des Verfahrens	116
4.2	Beschreibung des Verfahrens.....	119
4.2.1	Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA unter Weiterführung der privaten Vollversicherung – Das Verfahren in seinen Grundzügen.....	119
4.2.2	Grundzüge der Gestaltung des Wechsels zwischen Krankenversicherungen im Umlageverfahren und Krankenversicherungen im Kapitaldeckungsverfahren.....	122
4.2.3	Gestaltung des Wechsels von der GKV zur PKV im Detail	128
4.2.4	Gestaltung des Wechsels von der PKV zur GKV im Detail	130
4.3	Zwei Varianten des Verfahrens: Einsatz bei Kapitaldeckung und bei pauschaler Beitragsbemessung in der GKV	132
4.3.1	Der Einsatz des Verfahrens bei Kapitaldeckung in der GKV	133
4.3.2	Der Einsatz des Verfahrens bei pauschaler Beitragsgestaltung in der GKV	135
4.4	Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten	137
5	Die Verfahren in der Zusammenschau	141
	Verzeichnisse.....	148
	Abbildungen.....	148
	Literatur	148

Vorbemerkung

In den Diskussionen zu einer integrierten Krankenversicherung gibt es bisher noch keine konkreten Vorschläge, wie die derzeit privat Krankenversicherten, die mit ihren Beitragszahlungen für ihre private Krankenversicherung Ansprüche auf künftige Versicherungsleistungen erworben haben, einbezogen werden können.

Wie können diese besonderen Interessen der privat Krankenversicherten im Übergang zu einer integrierten Krankenversicherung gesichert werden? Wie sehen konsistente Verfahren aus, die die Beteiligung der privat Krankenversicherten an der Finanzierung einer „integrierten Krankenversicherung“ entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit vorsehen und gleichzeitig den Ansprüchen von PKV-Versicherten und PKV-Unernehmen gerecht werden?

Es sind viele Möglichkeiten der Ausgestaltung einer integrierten Krankenversicherung denkbar, die den Prämissen „Beteiligung entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ und „freier Wechsel zwischen GKV und PKV für alle Versicherten“ genügen.

Wir werden in diesem Beitrag drei Möglichkeiten aufzeigen und jeweils ein konsistentes Verfahren zur Integration der PKV-Versicherten formulieren. Diese Verfahren sollen jeweils sicherstellen, dass die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in geeigneter Weise bewahrt werden. Gleichzeitig sollen finanzielle Belastungen der Solidargemeinschaft aus weiteren Abwanderungsverlusten an der Grenze GKV zur PKV ausgeschlossen werden:

- A. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung nach den Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen der GKV –
Sofortige Einbeziehung derzeit privat Krankenversicherter in den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung unter Anrechnung der auf die GKV-äquivalenten Leistungen entfallenden Alterungsrückstellung
- B. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung nach den Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen der GKV –
Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den RSA in einer mit der Kalkulationslogik der PKV kompatiblen Weise als Übergangslösung
- C. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung unter Beibehaltung der Kalkulationsprinzipien der PKV –

Einbeziehung der PKV-Alt- und PKV-Neukunden in einen gemeinsamen RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV auch für Neuverträge

In diesem Beitrag werden die Fragestellungen aus ökonomischer und versicherungsmathematischer Perspektive behandelt. In dem hier anschließenden Beitrag von Karl-Jürgen Bieback (Universität Hamburg, WiSo-Fakultät) wird eine juristische Bewertung zum Verfahren A „sofortige Einbeziehung der PKV-Altversicherten in eine nach den GKV-Bedingungen gestaltete integrierte Krankenversicherung unter Anrechnung der relevanten Alterungsrückstellung“ vorgenommen. In diesem Gutachten untersucht er, ob bzw. inwieweit mit dem hier beschriebenen Verfahren der Anrechnung der auf die GKV-Leistungen entfallenden Alterungsrückstellung für eine umfassende Generationenumverteilung der integrierten Krankenversicherung die Ansprüche der derzeit privat Krankenversicherten hinreichend gut gewahrt werden.

1 Einleitung

1.1 Ausgangspunkt und Zielsetzung

In der politischen Diskussion zur Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen der Krankenversicherung wird von vielen Parteien vom Grundsatz her die Integration von gesetzlich und privat Krankenversicherten in ein gemeinsames System bejaht. Kassen der GKV und Kassen der PKV sollen künftig auf einem gemeinsamen Markt um alle Versicherten konkurrieren und alle Versicherten sollen hierfür entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit beteiligt werden.

In den letzten drei Jahren wurden zahlreiche Simulationsrechnungen zu den finanziellen Auswirkungen der Ausweitung der Finanzierungsbasis einer integrierten Krankenversicherung durch Berücksichtigung auch der Privatversicherten durchgeführt.¹ Einhelliges Ergebnis ist, dass durch die Einbeziehung aller bisher nicht gesetzlich Versicherten, wie privatversicherte Arbeitnehmer, Beamte und Selbständige, eine Reduktion des durchschnittlichen Beitragssatzes erreicht werden kann. Dies lässt sich insbesondere auf die hohe Finanzkraft der *derzeit* Privatversicherten zurückführen.

Bisher ging man aber davon aus, dass diese Möglichkeit nur für Neueintritte in die private Krankenversicherung realisiert werden kann. Die Tatsache, dass für die derzeit Altversicherten in ihrer privaten Krankenversicherung Alterungsrückstellungen in Milliardenhöhe vorhanden sind, galt als unüberwindbares Hemmnis für einen Wechsel nicht nur innerhalb der PKV, sondern auch zwischen GKV und PKV. Für derzeit im Kapitaldeckungsverfahren in der PKV Versicherte sei nur eine Übergangslösung möglich, mit der das angestrebte übergreifende Versicherungssystem erst nach einer langen Übergangsphase von bis zu 100 Jahren erreichbar sein würde.

¹ Vgl. etwa die Ergebnisse der Rürup-Kommission (2003) und des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004), die Ergebnisse in den Beiträgen von Langer, B. et al. (2004) und Sehlen, S.; Schröder, W.F.; Schiffhorst, G. (2004). Für aktuelle Ergebnisse vgl. Albrecht et al. in diesem Bericht.

Zwei Gründe werden genannt: Zum einen wird befürchtet, dass eine Einbeziehung der derzeit privat Vollversicherten in eine integrierte Krankenversicherung mit dem rechtsstaatlichen Vertrauensschutz nicht vereinbar ist; bereits erworbene Ansprüche der derzeit privat Krankenversicherten gingen verloren. Zum anderen wird erwartet, dass die Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten längerfristig gesehen zu einer zusätzlichen Belastung der Generationenumverteilung der gesetzlich Versicherten beiträgt; PKV-Versicherte erhalten nun Ansprüche – Ansprüche für die sie bisher keinen Beitrag geleistet haben.

Doch – rein technisch gesehen – sind Verfahren für die sofortige Umsetzung eines integrierten Krankenversicherungssystems möglich, die sowohl den Interessen der PKV-Versicherten und ihren Unternehmen als auch denen der derzeit GKV-Versicherten genügen. In diesem Bericht beschreiben wir Verfahren zu einem Kontinuum von Lösungsstrategien für die Organisation einer integrierten Krankenversicherung.

Denkbar ist die Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen Tarif der integrierten Krankenversicherung, der nach den Bedingungen der GKV gestaltet ist. Für diese Art der Ausgestaltung einer integrierten Krankenversicherung wird häufig der Begriff „Bürgerversicherung“ verwendet. Nicht mehr möglich wären hier die nach dem Kalkulationsverfahren der PKV (risikodifferenzierte Prämien und Kapitaldeckung) kalkulierten Krankheitskostenvollversicherungen. Denkbar ist aber auch – auf der anderen Seite des Spektrums – eine integrierte Krankenversicherung, die das Nebeneinander der Kalkulationsweisen von GKV und PKV belässt. Für beide Möglichkeiten einer integrierten Krankenversicherung werden wir ein konsistentes Verfahren entwickeln.

Maßgabe der Ausgestaltung der Verfahren ist, dass die erworbenen Ansprüche der PKV-Versicherten bei ihrer Einbeziehung in eine wie auch immer gestaltete integrierte Krankenversicherung bewahrt werden. Gleichzeitig sollen finanzielle Belastungen der Solidargemeinschaft aus weiteren Abwanderungsverlusten an der Grenze GKV zur PKV ausgeschlossen werden.

1.2 Gang der Untersuchungen

Im nun folgenden Abschnitt wird ein Verfahren für die sofortige Einbeziehung der PKV-Altversicherten in die einheitlich nach den Bedingungen der GKV gestalteten integrierten Krankenversicherung vorgestellt, bei dessen Ausgestaltung sowohl die Interessen der PKV-Versicherten und ihrer Un-

ternehmen als auch die der GKV-Versicherten beachtet werden sollten (Verfahren A).

Anschließend wird – für eine denkbare Rückfallposition – ein Verfahren für eine Übergangsregelung formuliert. In einem Übergang hin zur einheitlich nach den Bedingungen der GKV gestalteten integrierten Krankenversicherung wird nicht in die bestehenden Vertragsverhältnisse zwischen PKV-Altversicherten und PKV-Unternehmen eingegriffen, die PKV-Altkunden bleiben also weiterhin in ihrer nach den Prinzipien der PKV kalkulierten privaten Vollversicherung. Der Übergang zu einer alle Versicherten umfassenden integrierten Krankenversicherung zu den Bedingungen der GKV ist dann beendet, wenn alle PKV-Altversicherten verstorben sind. In der Phase des Übergangs werden PKV-Versicherte ersatzweise in den RSA einbezogen, sodass auch in Bezug auf die PKV-Altkunden der Prämisse „Beteiligung entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ entsprochen wird (Verfahren B).

Als grundsätzliche Alternative zu einer nach einem einheitlichen Finanzierungsverfahren, hier dem Generationenumlageverfahren, finanzierten integrierten Krankenversicherung wird als drittes Verfahren ein Verfahren C untersucht, bei dem PKV-Altversicherte wie potentielle PKV-Neukunden in einen GKV / PKV-übergreifenden RSA einbezogen werden, aber gleichzeitig im Kapitaldeckungsverfahren ihres privaten Vollversicherungsschutzes verbleiben. Die integrierte Krankenversicherung umfasst hier Versicherungsunternehmen, die nebeneinander in verschiedenen Finanzierungsverfahren kalkulieren – die GKV-Unternehmen nach dem Generationenumlageverfahren und die PKV-Unternehmen nach dem Kapitaldeckungsverfahren.

Um dieses Verfahren C in einen direkten Vergleich mit dem Verfahren A stellen zu können, wollen wir das Verfahren so gestalten, dass die Versicherten der GKV und die Versicherten der PKV – entsprechend den Anforderungen einer integrierten Krankenversicherung – ähnliche Wahlrechte erhalten wie Versicherte in der Lösungsmöglichkeit A, in der alle GKV- und PKV-Unternehmen demselben Finanzierungsverfahren, hier dem Generationenumlageverfahren, unterliegen: Zwischen den im Umlageverfahren organisierten GKV-Unternehmen und dem im Kapitaldeckungsverfahren organisierten PKV-Unternehmen soll in beiden Richtungen der Wechsel uneingeschränkt möglich sein. Die Risikoeigenschaft des Versicherten soll hierbei nicht von Vor- oder Nachteil sein. Die Ausgestaltung dieses Verfahrens zur RSA-Einbeziehung soll der Zielsetzung folgen, die Interessen der derzeit PKV-Versicherten und der GKV-Versicherten miteinander zu vereinbaren.

In einem gesonderten Abschnitt wird das dritte Verfahren auf die Möglichkeit seiner Anwendung hin untersucht, wenn für die GKV a) ein Kapitaldeckungsverfahren Anwendung finden sollte und b) eine pauschale Beitragsbemessung (Stichwort: Gesundheitsprämie) vorgenommen werden würde. Abschließend erfolgt eine Zusammenschau der drei Verfahren.

2 Einbeziehung derzeit privat Krankenversicherter in eine nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung unter Anrechnung vorhandener Alterungsrückstellungen

2.1 Problemstellung: Wahrung der Interessen von GKV- und PKV-Versicherten bei Integration in eine einheitliche nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung

Zunächst noch einmal zu dem Ausgangspunkt: Welche begründeten Interessen bestehen auf Seiten der derzeit PKV-Versicherten und der derzeit GKV-Versicherten, die einer Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in eine einheitlich nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung entgegen stehen? Wo liegen die eigentlichen Hemmnisse und welche Lösungswege eröffnen sich im Hinblick darauf?

Die Interessen der derzeit privat Versicherten

Vom Grundsatz her wird es derzeit privat Krankenversicherten auch unter den Bedingungen einer einheitlich nach den Bedingungen der GKV gestalteten integrierten Krankenversicherung *möglich* sein, ihren historischen Versicherungsschutz aufrecht zu erhalten: Zusätzlich zum Versicherungsschutz der integrierten Krankenversicherung, der – wie hier angenommen – dem GKV-Umfang entspricht, können sie die Leistungsbestandteile, die in ihrer privaten Vollversicherung eingeschlossen sind, aber von dem Tarif der integrierten Krankenversicherung nicht mehr abgedeckt werden, über eine Zusatzversicherung weiter versichern. Solche Zusatztarife für ambulante und stationäre Wahlleistungen werden auch jetzt von privaten Krankenversicherern gesetzlich Versicherten angeboten. Im Gegensatz zum nach dem Umlageverfahren kalkulierten Tarif der integrierten Krankenversicherung kalkulieren die Versicherungsunternehmen für die Zusatzversicherungsverträge (weiterhin) risikoäquivalente Prämien nach dem Kapitaldeckungsverfahren. Die Weiterführung des bisherigen Versicherungsschutzes ist also vom Grundsatz her möglich – alle Versicherten der integrierten

Krankenversicherung können einen ergänzenden Versicherungsschutz nachfragen.

Würden die Personen zum Zeitpunkt ihrer Einbeziehung in die integrierte Krankenversicherung einen Zusatzversicherungsvertrag *neu* abschließen, hätten sie einen Beitrag zu entrichten, der entsprechend ihres zum Eintritt in die Zusatzversicherung erreichten Alters kalkuliert wäre. Insbesondere für Ältere würde aus diesem Grund ein hoher Beitrag für die Zusatzversicherung hinzukommen.² Für den Abschluss der Zusatzversicherung würde das Unternehmen eine Gesundheitsprüfung vornehmen: Für in der Zwischenzeit – nach dem Eintritt in die PKV – aufgetretene Erkrankungen wäre ein Risikozuschlag zu entrichten; in besonders schweren Fällen würde das Unternehmen den Antrag auf Zusatzversicherung ablehnen. In einem solchen Szenario wäre die Weiterführung des bisherigen Versicherungsschutzes für viele alte und kranke Versicherte kaum finanzierbar.

Hier zeigt sich allerdings ein Lösungsweg auf: Im Gegensatz zu Neukunden haben derzeit privat Krankenversicherte bereits durch ihre Beitragszahlungen für ihre Vollversicherung Alterungsrückstellungen angespart, die zu einem gewissen Anteil auch auf die Zusatzleistungen der Vollversicherung gegenüber den Leistungen der integrierten Krankenversicherung entfallen. Dieser auf die Zusatzleistungen entfallende Anteil der vorhandenen Alterungsrückstellung stünde auch weiterhin für den damals angedachten Zweck zur Verfügung. Unter Anrechnung der vorhandenen Alterungsrückstellung können die erworbenen Rechte der derzeit privat Krankenversicherten an ihrem derzeitigen Versicherungsschutz gewahrt werden: Mit der vorhandenen Alterungsrückstellung kann ein Beitrag für die Zusatzversicherung zu historischen Bedingungen, d. h. zum ursprünglichen Eintrittsalter in die PKV und entsprechend des damals vorhandenen Gesundheitszustands, kalkuliert werden. In der Konsequenz bräuchte ein Privatversicherter für eine solche Zusatzversicherung lediglich die anteilige PKV-Prämie zu zahlen, die derzeit auf den „fiktiven“ Zusatzleistungsteil der Vollversicherung entfällt.³

² Anders als bei der Vollversicherung besteht für den Beitrag für die Zusatzversicherung keine Zuschussfähigkeit durch den Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger – der Beitrag wäre also komplett vom Versicherten aufzubringen.

³ Technisch gesehen handelt es sich hierbei um eine unternehmensinterne Umtarifierung der Versicherten aus einem Tarif der Vollversicherung in einen Zusatzversicherungstarif. Die erworbenen Rechte des Versicherten aus dem alten Tarif werden im Rahmen der Umtarifierung anerkannt. Hier ist eine Analogie zu den Vorgaben des sog. Umtarifierungsanspruchs der Versicherten gem. § 178f Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu sehen:

Nach der geltenden gesetzlichen Umtarifierungsregelung (§ 178f VVG) haben Versi-

Die Interessen der derzeit GKV-Versicherten

Dass mit der Integration der derzeit PKV-Versicherten in eine nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung auch die Interessen der derzeit GKV-Versicherten beeinträchtigt werden könnten, ist sicherlich auf den ersten Blick nicht unmittelbar einsichtig, ließe sich doch, wie eingangs beschrieben, mit der sofortigen Einbeziehung aller PKV-Versicherten der durchschnittliche Beitragssatz spürbar senken. Allerdings würde durch die Ausdehnung des Umlageverfahrens das Risiko der Belastung späterer Generationen steigen. Die Generationenumverteilung würde zwar von den PKV-Altversicherten über deren Restlebensdauer Leistungen aus dem Solidarausgleich bezüglich Einkommen erhalten, aber bezüglich der Leistungsausgaben belastet werden, da diese Personen nur in dem Abschnitt ihres Lebens Versicherte der integrierten Krankenversicherung sind, in dem die Leistungen altersbedingt höher ausfallen. Anders als derzeit GKV-Versicherte haben die derzeit PKV-Versicherten bisher keinen Beitrag für Generationenumlage der GKV eingezahlt.

Allerdings haben privat Krankenversicherte für die altersbedingte Erhöhung der Leistungsausgaben durch eigene Sparbeiträge vorgesorgt, aus denen Alterungsrückstellungen gebildet worden sind. Die auf den „fiktiven“ Leistungsteil der GKV entfallende Alterungsrückstellung wird – nach Abzug des auf die Zusatzleistungen entfallenden Anteils – nun nicht mehr für den damals angedachten Zweck benötigt.⁴ Wie man sich leicht aus den detaillierteren Ausführungen weiter unten erschließen kann, entspricht die

cherte einen Anspruch darauf, in einen anderen Tarif zu wechseln, den das Unternehmen anbietet, wobei vom Versicherer die zum Wechselzeitpunkt erworbenen Rechte des Versicherten anzurechnen sind. Dies bedeutet erstens, dass die bereits gebildeten Alterungsrückstellungen anzurechnen sind; Versicherte werden also in dem neuen Tarif nicht entsprechend ihres Alters zum Wechselzeitpunkt tarifiert. Zweitens dürfen die während der Versicherungsdauer eingetretenen Verschlechterungen des Gesundheitszustands nicht in Risikozuschlägen bzw. Leistungsausschlüssen berücksichtigt werden. Mit dieser Vorschrift sollte den Bestandsversicherten die Möglichkeit gegeben werden, aus einem sog. „vergreisenden“ Tarif in einen anderen Tarif des Unternehmens zu wechseln, der auch dem Neubestand angeboten wird und günstiger ist.

⁴ Im Jahr 2003 verwalteten die privaten Krankenversicherungsunternehmen 71,4 Mrd. Euro an Alterungsrückstellungen (Die private Krankenversicherung, Rechenschaftsbericht 2003, S.20). Hiervon entfielen allein rund 54 Mrd. Euro auf die Krankheitskostenvollversicherung (KKV) (grobe Zurechnung entsprechend dem Anteil der KKV an den Bruttobeitragseinnahmen). Nach Schätzungen früherer Untersuchungen entfallen rund 60% auf die der GKV entsprechenden Leistungen, 40% der Alterungsrückstellungen (21,6 Mrd. Euro) entfielen hiernach auf die Zusatzleistungen, vgl. Schröder, W.F.; Sehlen, S.; Hofmann, J. (2004). Bei Betrachtung des einzelnen PKV-Versicherten würde die Relation je nach Umfang des Versichertenschutzes von diesem Mittelwert abweichen. Der auf die Zusatzleistungen entfallende Anteil der Alterungsrückstellung wäre für den oben beschriebenen Zweck, der Weiterführung einer Zusatzversicherung, zu verwenden.

Höhe dieser Alterungsrückstellungsanteile ziemlich genau dem Beitrag für eine die PKV-Versicherten umfassende Generationenumlage, der der GKV bisher entgangen ist, und könnte – quasi als *nachträgliche* Generationenumlage – für die Finanzierungsbasis der integrierten Krankenversicherung herangezogen werden.

Die künftige Beitragssatzentwicklung der integrierten Krankenversicherung in der Zeit nach ihrer Einführung könnte damit positiv beeinflusst werden. Zur Finanzierung der Leistungsausgaben könnten hier zusätzlich zu den Beitragseinnahmen der integrierten Krankenversicherung auch die Auflösungsbeträge der für die integrierte Krankenversicherung relevanten Alterungsrückstellungen der derzeit PKV-Versicherten herangezogen werden. Dieser Betrag könnte aber auch zur Beibehaltung von Kapitaldeckungselementen oder für einen weiteren Aufbau von Kapitaldeckung innerhalb der integrierten Krankenversicherung verwandt werden.⁵

Eine „Nachzahlung“ für den in der Vergangenheit nicht erfolgten Solidarausgleich über den Altersausgleich hinaus (z. B. für den bisher nicht entrichteten Grundlohnenausgleich) ist dagegen nicht notwendig.

2.2 Prämissen für den Einsatz des Verfahrens

Die von verschiedenen Seiten formulierten Vorschläge für ein integriertes Krankenversicherungssystem zeigen, dass die Forderung „Beteiligung von GKV- und PKV-Versicherten entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit“ durch sehr unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten erfüllt werden kann. Das von uns formulierte Verfahren wäre vom Grundsatz universell einsetzbar für alle denkbaren Ausgestaltungsformen einer „integrierten Krankenversicherung“ im Umlageverfahren.⁶ Dies gilt auch für die Variante einer Pauschalprämie, bei der die Einkommensumverteilung nicht in der Krankenversicherung, sondern über das Steuersystem organisiert wird. Auch für diese kann das Verfahren in der unten beschriebenen Form eingesetzt werden, vgl. dazu die Beschreibungen in Abschnitt 4.3.2.

⁵ Die Sparbeiträge, die für den weiteren Aufbau von Kapitaldeckung zu entrichten wären, müssten dann allerdings über den durchschnittlichen Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung finanziert werden. Vgl. zu möglichen Alternativen Schröder, W.F.; Sehlen, S.; Hofmann, J. (2004), Abschn. 3.

⁶ Für diese Art der Ausgestaltung einer integrierten Krankenversicherung wird häufig der Begriff „Bürgerversicherung“ verwendet.

Um die Einbettung des Verfahrens in das Gesamtverfahren „plastisch“ zu machen, gehen wir allerdings von folgenden Prämissen für eine „finanzkraftorientierte“ integrierte Krankenversicherung aus:

- Zum Zeitpunkt der Einführung der integrierten Krankenversicherung werden grundsätzlich alle Personen, d. h. auch die bis dahin PKV-Versicherten, Pflichtmitglied der integrierten Krankenversicherung. Für alle Versicherten der integrierten Krankenversicherung werden Leistungen und Beiträge einheitlich nach den derzeitigen Bedingungen der GKV bemessen.
- Ab dem Einführungszeitpunkt der integrierten Krankenversicherung werden derzeit privat Krankenversicherte in den Solidarausgleich der gesetzlich Versicherten, d. h. in die Generationenumverteilung, in die Umverteilung zugunsten von Familien mit Kindern und in die Umverteilung zugunsten Versicherter mit Vorerkrankungen, einbezogen. Das bedeutet in der Konsequenz: Unter den Bedingungen der integrierten Krankenversicherung muss ein bis dato eventuell erhobener Risikozuschlag nicht mehr gezahlt werden, und die nicht erwerbstätigen Familienmitglieder sind künftig beitragsfrei gestellt. Beides gilt allerdings nur für den GKV-äquivalenten Leistungsteil der privaten Vollversicherung; die Zusatzversicherung wird wie bisher auch risikoäquivalent kalkuliert.⁷
- Die Einkommensumverteilung erfolgt weiterhin innerhalb des Krankenversicherungssystems, d. h. auch für bisher PKV-Versicherte ist der Beitrag zur integrierten Krankenversicherung einkommensabhängig.
- Die Finanzierung erfolgt – vom Grundsatz her – im Umlageverfahren. Die „Lasten“ aus künftigen Ausgabensteigerungen der integrierten Krankenversicherung werden von den Versicherten der integrierten Krankenversicherung insgesamt im Rahmen des Umlageverfahrens getragen.
- Versicherungsträger der integrierten Krankenversicherung sind gesetzliche und private Krankenversicherer. Alle gesetzlichen oder privaten Krankenkassen, die den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung

⁷ An dieser Stelle soll nicht diskutiert werden, ob unter diesen Rahmenbedingungen Zusatzversicherungsprodukte nicht auch von gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden dürfen oder ob (weiterhin) nur die privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit hierzu haben.

anbieten, werden in den Risikostrukturausgleich⁸ einbezogen. Alle Personen – sowohl ehemals GKV-Versicherte wie ehemals PKV-Versicherte – können ihren Versicherer wechseln.

2.3 Beschreibung des Verfahrens⁹

2.3.1 Das Verfahren in seinen Grundzügen

In seinen Grundzügen funktioniert das Verfahren wie folgt:¹⁰

Die zum Einführungszeitpunkt der integrierten Krankenversicherung in den PKV-Unternehmen für die sog. Krankheitskostenvollversicherung¹¹ tatsächlich vorhandenen Alterungsrückstellungen der derzeit privat Krankenversicherten werden – individuell für jeden privat Krankenversicherten – aufgeteilt in den Teil, der dem (niedrigeren) Leistungsumfang der integrierten Krankenversicherung zugerechnet werden kann („AR-GKV“), und in den Teil, der auf die Finanzierung von Mehrleistungen des bisherigen privaten Vollversicherungsschutzes gegenüber der integrierten Krankenversicherung entfällt („AR-Zusatz“). „AR-GKV“ und „AR-Zusatz“ ergeben in der Summe die in einem Unternehmen tatsächlich für einen Versicherten reservierte Gesamalterungsrückstellung für die private Vollversicherung.

Diese beiden Teile der je privat Krankenversicherten vorhandenen Alterungsrückstellung werden wie folgt behandelt:

Der Teil „**AR-Zusatz**“ wird gewertet als bereits entrichtete Prämienzahlungen für die Bedeckung der altersbedingten Ausgabensteigerungen bei den Mehrleistungen. Unter Anrechnung dieses Teils für den Abschluss einer Zusatzversicherung könnten PKV-Altversicherte ihren bisherigen Leistungsumfang zu alten Bedingungen (Alter und Gesundheitszustand bei

⁸ Ein morbiditätsorientierter RSA ist in diesem und in den folgenden Verfahren nicht zwingend für das Verfahren. Für die Konstruktion konsistenter Verfahren wird er jedoch von uns immer „mit gedacht“.

⁹ Das Verfahren A wird ebenfalls beschrieben in Sehlen, S.; Hofmann, J.; Reschke, P. (2005).

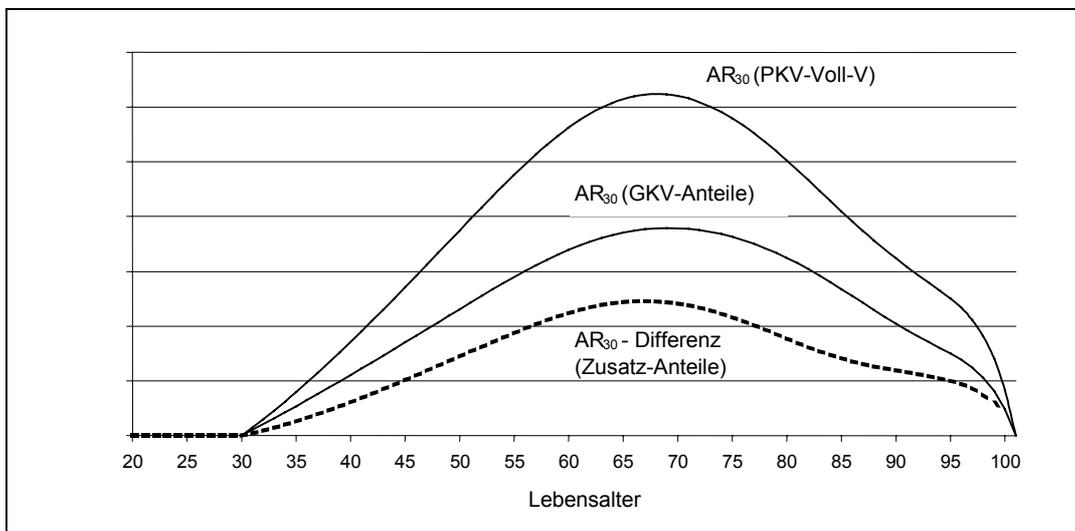
¹⁰ Die Grundzüge des Verfahrens gehen zurück auf einen einführenden Artikel von Schröder, W.F.; Sehlen, S.; Hofmann, J. (2004).

¹¹ Die hier beschriebenen Verfahren abstrahieren von den Besonderheiten der Krankengeld-Versicherung erwerbstätiger Versicherter; es empfiehlt sich die Einführung einer integrierten Krankenversicherung zum Anlass zu nehmen, um die Krankengeldabsicherung neu zu regeln, vgl. Sehlen, S.; Schröder, W.F.; Schiffhorst, G. (2004).

Eintritt in die PKV), also zu dem gleichen anteiligen Beitrag weiter versichern. Dieser Teil der Alterungsrückstellung verbleibt – wie bisher auch – solange beim privaten Versicherungsunternehmen, bis er zur Bedeckung altersbedingter Ausgabensteigerungen benötigt wird.

Der Teil „**AR-GKV**“ wird für die Finanzierung der GKV-äquivalenten Leistungen im Generationenumlageverfahren reserviert. Bis zu seiner periodischen Auflösung wird auch dieser Teil der Alterungsrückstellung vom PKV-Unternehmen treuhänderisch verwaltet. Anders als bei der „AR-Zusatz“ wird der Auflösungsbetrag nun nicht mehr zur Finanzierung der Mehrausgaben im Alter benötigt, denn das privatwirtschaftlich organisierte wie auch das öffentlich-rechtliche Krankenversicherungsunternehmen erhält die (durchschnittlichen) Mehrausgaben im Alter aus dem Risikostrukturausgleich. Stattdessen werden die Auflösungsbeträge der „AR-GKV“ der Finanzierungsbasis der integrierten Krankenversicherung (etwa einem Sonderkonto des RSA) zugeführt. Vgl. zu den Grundzügen des Verfahrens der Anrechnung Abbildung 1.

Abbildung 1: Anrechnung der „AR-GKV“ für die Generationenumlage der integrierten Krankenversicherung



Quelle: IGES, eigene Berechnungen auf Basis von Daten des BVA und des BaFin.

Erläuterung: Exemplarisch für einen männlichen Versicherten zum Eintrittsalter von 30 Jahren wird der Verlauf der Alterungsrückstellung für die PKV-Vollversicherung und ihre Aufteilung in „AR-GKV“ und „AR-Zusatz“ skizziert. Relevant ist die AR, die mit dem aktuellen Alter zum Zeitpunkt der Einführung der integrierten Krankenversicherung vorliegt. Zur Auszahlung kämen allerdings erst die im Alter des Versicherten (ab ca. 68 Jahren oder später) anfallenden kalkulierten jährlichen Auflösungsbeträge.

2.3.2 Das Verfahren im Detail

Im Detail ist das Verfahren wie folgt ausgestaltet:

Die Höhe der Alterungsrückstellung für die private Vollversicherung hängt ab vom ursprünglichen Eintrittsalter in die PKV sowie vom erreichten Alter zum Zeitpunkt der Einführung der integrierten Krankenversicherung (über Beitragszahlungen während der gesamten Versicherungsdauer wurden Alterungsrückstellungen aufgebaut), dem Geschlecht und dem Umfang des Versicherungsschutzes. Abzustellen ist individuell auf die tatsächlich im Unternehmen vorhandene (und bilanzierte) Alterungsrückstellung.

Für die Bestimmung von „AR-GKV“ bzw. „AR-Zusatz“ ist unternehmens- und tarifindividuell vorzugehen. Dies ist aus folgendem Grund notwendig: Die im Zeitverlauf stattfindenden Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen haben im Vertragsleben eines privat Krankenversicherten zu mehr oder weniger bedeutenden Beitragsanpassungen geführt. Weil die Ausgabensteigerungen nur für die kalkulatorische Restlebenszeit eines Versicherten relevant ist, werden bei Beitragsanpassungen die jeweils aktuell vorhandenen Alterungsrückstellungen nicht „vollständig“ nachfinanziert, die Ausgabensteigerungen werden dann zu einem größeren Teil über einen höheren laufenden Versicherungsbeitrag finanziert.

Auch bei gleichem Tarif und Eintrittsalter etc. kann damit die vorhandene Alterungsrückstellung je nach Beitragsanpassungshistorie unterschiedlich hoch ausfallen. – Auf Basis des aktuellen Tarifbeitrags des PKV-Altkunden sowie je Tarifkollektiv der aktuell vom Unternehmen zur Kalkulation herangezogenen, nach Alter und Geschlecht differenzierten Kopfschadenreihen, ließe sich auch von einer unabhängigen Stelle die tatsächlich in einem Unternehmen vorhandene Alterungsrückstellung ermitteln bzw. nachprüfen.

Die tatsächlich für einen PKV-Versicherten vorhandene Alterungsrückstellung könnte nach folgender Kalkulationsvorschrift in ihre Anteile „AR-GKV“ und „AR-Zusatz“ „zerlegt“ werden: Ausgangsbasis für die Berechnungen sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, differenziert nach Alter und Geschlecht. Im Ergebnis wären dies die Leistungsausgaben, die in der integrierten Krankenversicherung für die ehemals PKV-Versicherten beim aktuellen Ausgabenniveau anfielen. Diese sog. „Profile“ sollten „pauschal“ abgewichtet werden, z. B. um den über die indirekten Merkmale Alter und Geschlecht hinausgehenden Morbiditätsunterschied zwischen PKV und GKV-Versicherten.¹² Diese

¹² Die PKV verwendet für die Prämienkalkulation als Rechnungsgrundlage nicht einfach die durchschnittlichen Leistungsausgaben, differenziert nach Alter und Geschlecht, son-

Beträge sind von den Ausgabenprofilen, die von den PKV-Unternehmen zur Kalkulation der Vollversicherung herangezogen werden, abzuziehen, sodass sich als Ergebnis ein Ausgabenprofil für die Zusatzversicherung ergibt. Im weiteren Schritt werden auf Basis dieser Kopfschadenreihen Prämien nach Art der PKV für die beiden Teile „GKV“ und „Zusatz“, differenziert nach Alter und Geschlecht, berechnet;¹³ die jeweilige Prämienrelationen „GKV“ zu „Zusatz“ wird als Relation für die Aufteilung der tatsächlich vorhandenen Alterungsrückstellung in ihre Bestandteile herangezogen.¹⁴

Nach dem hier skizzierten Verfahren findet nach der Integration in die integrierte Krankenversicherung kein weiterer Aufbau von Alterungsrückstellungen in den privaten Krankenversicherungsunternehmen (bezogen auf die GKV-äquivalenten Leistungen) mehr statt. Für die jüngeren Personen, deren Alterungsrückstellungen sich zum Zeitpunkt der Einbeziehung in die umlagefinanzierte integrierte Krankenversicherung noch im Aufbau befinden, wäre der kalkulatorische Zeitpunkt festzulegen, ab dem die Auflösung der vorhandenen „AR-GKV“ beginnt. Um den Interessen der PKV-Unternehmen entgegen zu kommen, empfiehlt sich eine Lösung, bei der die Auflösung möglichst spät erfolgt, sodass erst zum kalkulatorischen Sterbealter des Versicherten die Alterungsrückstellung komplett aufgelöst ist – auch hierfür kann eine Berechnungsformel aufgestellt werden.

dem „bereinigt“ diese Durchschnittsausgaben um einen Korrekturfaktor nach unten. Auf Basis dieser korrigierten Kostenprofile kalkuliert sie die risikozuschlagslose Prämie für bei Eintritt Gesunde; Personen mit Vorerkrankungen haben zusätzlich einen Risikozuschlag zu entrichten. Allein für die gezahlten Risikozuschläge werden keine Alterungsrückstellungen gebildet – die Risikozuschläge decken jeweils laufend die erwartbaren Mehrausgaben ab. Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass für die Berechnung der „AR-GKV“ die standardisierten Leistungsausgaben „pauschal“ abgewichtet werden. Damit soll auch gewährleistet werden, dass Alterungsrückstellungen für Zusatzversicherungen („AR-Zusatz“) in angemessener Höhe verbleiben.

Der Morbiditätszustand des einzelnen Versicherten wird jedoch an keiner Stelle bei der Bestimmung seiner für die GKV-äquivalenten Leistungen anzurechnenden Alterungsrückstellung berücksichtigt: Beim Übertritt in die nach den GKV-Bedingungen gestaltete integrierte Krankenversicherung werden sowohl gesunde als auch kranke PKV-Versicherte in die Umverteilung der integrierten Krankenversicherung einbezogen. So muss eine Morbiditätsadjustierung der Alterungsrückstellung, wie sie für die im Falle eines Unternehmenswechsels mitzubehaltende Alterungsrückstellung erforderlich wäre, hier nicht vorgenommen werden.

¹³ Als weitere Rechnungsgrundlagen sind (neben den Ausgabenprofilen) die PKV-Sterbetafel und ein definierter Kalkulationszins heranzuziehen.

¹⁴ Im selben Verhältnis werden auch die Alterungsrückstellungen aufgeteilt, die aus der erzielten Überzinszuführung (§ 12a Versicherungsaufsichtsgesetz) angespart wurden sowie die Alterungsrückstellung, die sich aus dem gezahlten 10%-Beitragszuschlag ergibt (§ 12e Versicherungsaufsichtsgesetz).

Grundsätzlich sind auch andere Lösungen denkbar, die auf eine Beibehaltung oder auf einen weiteren Aufbau des Kapitalstocks in der integrierten Krankenversicherung abzielen. Eine Möglichkeit wäre, wie in Verfahren C beschrieben, die Krankheitskostenvollversicherung im Kapitaldeckungsverfahren weiterzuführen, sodass in der „integrierten Krankenversicherung“ im Umlageverfahren finanzierte Unternehmen und im Kapitaldeckungsverfahren finanzierte Unternehmen miteinander im direkten Wettbewerb stehen. Ergänzend zu der alle GKV- und PKV-Versicherten umfassenden Generationenumlage wäre in diesem Verfahren A auch eine ergänzende Kapitalumlage denkbar, die eine Kollektivgröße darstellt. Die Sparbeiträge, die für den weiteren Aufbau der Alterungsrückstellungen zu entrichten wären, müssten dann allerdings über den durchschnittlichen Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung finanziert werden.¹⁵

Sind für die Vollversicherung **Selbstbeteiligungen** vereinbart, könnte wie folgt verfahren werden: Selbstbehalte werden, soweit sie über die gesetzlichen Eigenbeteiligungen der GKV hinausgehen, komplett auf die Zusatzversicherung übertragen. Der neue Selbstbehalt für die Zusatzversicherung ist dabei so zu kalkulieren, dass die Prämie des Zusatzteils erhalten bleibt.

Die Krankheitskostenvollversicherung umfasst in aller Regel die ambulanten Leistungen (ärztliche Leistungen sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel) sowie die stationären Leistungen. Optional ist der Abschluss eines Zahntarifs. Ist eine Zahnversicherung nicht Bestandteil der Krankheitskostenversicherung, könnte auf eine Anrechnung für den Leistungsbereich „Zahn“ für die integrierte Krankenversicherung verzichtet werden.¹⁶ Die Ausgaben für diesen Leistungsbereich weisen keinen progressiven Altersgang auf, sodass die Alterungsrückstellung hierfür nur gering ausfällt. Dieser Leistungsbereich ist damit von geringer Bedeutung für die Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung.

Beihilfeberechtigte werden in Bezug auf ihren ergänzenden PKV-Schutz im Prinzip wie alle anderen PKV-Vollversicherten behandelt: Die Besonderheit ergibt sich daraus, dass wegen der laufenden Beihilfe ca. 50% der für ein vollständiges Kapitaldeckungsverfahren erforderlichen Alterungsrückstellungen „fehlen“, sowohl für den GKV-Teil als auch für den Zusatz-Teil. Für die integrierte Krankenversicherung wird damit auch nur die tatsächlich vorhandene – um rund 50% geminderte –, „AR-GKV“ herangezogen. Die Generationenumverteilung der integrierten Krankenversicherung

¹⁵ Vgl. zu möglichen Alternativen Schröder, W.F.; Sehlen, S.; Hofmann, J. (2004), Abschnitt 3.

¹⁶ Ggf. könnte nach den RSA-Hauptleistungsbereichen differenziert werden.

übernimmt damit bei den derzeit Beihilfeberechtigten die (andere) „halbe Altlast“. Diese Umlagefinanzierung hätte sich im Prinzip auch bei Weiterführung des Beihilfesystems ergeben, und zwar bezogen auf die Steuerzahler insgesamt.

Gemäß § 178e VVG haben Beihilfeberechtigte bei Minderung/Wegfall des Beihilfeanspruchs das Recht – ohne erneute Gesundheitsprüfung – den Versicherungsschutz anzugleichen, soweit der Antrag innerhalb von zwei Monaten gestellt wird. Nach dieser Vorgabe wäre allerdings die Aufstockung des Versicherungsschutzes zum erreichten Eintrittsalter zu kalkulieren. Dies würde gerade für ältere Beihilfeberechtigte einen deutlichen Prämienanstieg für ihre Zusatzversicherung bedeuten.¹⁷

Die *organisatorische Durchführung* könnte wie folgt aussehen: Zum Stichtag der Einführung der integrierten Krankenversicherung stellt jedes PKV-Unternehmen je Vollversicherten das aktuelle Alter sowie das PKV-Eintrittsalter und Geschlecht, seinen aktuellen Tarifbeitrag sowie je Tarifkollektiv die aktuell zur Kalkulation herangezogenen, nach Alter und Geschlecht differenzierten Kopfschadenreihen fest und teilt diese Daten der Aufsichtsbehörde mit.

Die Aufsichtsbehörde (ersatzweise das Unternehmen) berechnet für jeden derzeit PKV-Versicherten den GKV-äquivalenten Anteil bzw. Zusatz-Anteil der zum Startzeitpunkt tatsächlichen (bilanzierten) Alterungsrückstellung. Zudem werden die kalkulatorischen (planmäßigen) Auflösungsbeträge der „AR-GKV“ in den Folgejahren berechnet bzw. festgestellt, d. h. welche Beträge ein privates Krankenversicherungsunternehmen in den Jahren nach Einführung der integrierten Krankenversicherung bis zum Ableben aller derzeit Privatversicherten rechnerisch an die Generationenumverteilung von GKV- und PKV-Versicherten zu überweisen hätte.

Die periodischen Auflösungsbeträge der „AR-GKV“ hätte jedes PKV-Unternehmen jährlich – zusammen mit den anteilig erwirtschafteten Überzinsen – der Finanzierungsgrundlage der integrierten Krankenversicherung zu überstellen.

Als Ergebnis des Verfahrens kann die „AR-GKV“ – bis zu ihrer vollständigen Auflösung – weiterhin von den privaten Krankenversicherungsunternehmen verwaltet werden. Ausreichend ist die Festlegung der planmäßigen (statistischen) Auflösung, unabhängig vom individuellen Versichertenleben,

¹⁷ Vgl. die in Sehlen, S.; Schröder, W.F.; Schiffhorst, G. (2004), Kap. 5, simulierten Beitragseffekte, die sich für ehemals Beihilfeberechtigte bei Einführung einer nach GKV-Bedingungen gestalteten integrierten Krankenversicherung ergeben.

weshalb keine Bestandsführung ehemaliger Privatversicherter erforderlich ist. In den Jahren nach der Einführung der integrierten Krankenversicherung werden lediglich die für den GKV-äquivalenten Teil der tatsächlichen Alterungsrückstellung erwirtschafteten Kapitalerträge (sog. Überzinsen) festgestellt.

2.4 Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten

Konsequenzen ergeben sich für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, für die derzeit Privatversicherten, die gesetzlich Versicherten und die Leistungserbringer.

Die *Unternehmen der PKV* werden für ihre jetzigen Angebote zur kapitalgedeckten Vollversicherung unter den Bedingungen einer einheitlich nach den Bedingungen der GKV gestalteten integrierten Krankenversicherung keinen Absatz mehr finden, stattdessen werden die PKV-Unternehmen den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung nach den Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen der GKV anbieten. In Bezug auf den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für die GKV, d. h. gleiche Bedingungen für Leistungen und für Verträge mit Leistungserbringern, gleiche Beitragsbemessungsgrundlage etc.

Zusätzlich werden die Unternehmen – wie bisher auch – Zusatzversicherungsprodukte anbieten, die die Leistungen der integrierten Krankenversicherung ergänzen. Über diese Produkte können die derzeit Privatversicherten weiterhin den Leistungsumfang ihrer privaten Vollversicherung aufrecht erhalten. Zusatzversicherungsprodukte dieser Art – sowohl für die ambulante als auch für die stationäre Versorgung – werden auch derzeit für gesetzlich Krankenversicherte angeboten.

Der stationäre Zusatztarif deckt wahlärztliche Leistungen und die Erstattung einer Ein- bzw. Zweibettzimmerbelegung ab. Personen, die bei ihrer Krankenkasse – als Ersatz des Sachleistungsverfahrens – das Kostenerstattungsverfahren gewählt haben und infolgedessen ambulante ärztliche Leistungen zum Vergütungsniveau eines Privatpatienten in Anspruch nehmen, können zur Deckung der Ausgabendifferenz, die durch die gesetzliche Krankenkasse nicht erstattet wird, eine ambulante Zusatzversicherung abschließen. Für den Bereich Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Zahnersatz existieren ebenfalls Produkte zur Ergänzung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für die *Mitglieder der GKV* ergibt sich kein mittel- oder langfristiges Risiko von Beitragssatzsteigerungen durch die Einbeziehung der derzeit privat Versicherten in die integrierte Krankenversicherung. In dem Maße, in dem die Hinzugekommenen älter und teurer werden, fließen die planmäßigen Auflösungsbeträge aus ihren Alterungsrückstellungen der Gemeinschaft zu.

Für viele der derzeit *privat Krankenversicherten* werden sich durch die Einbeziehung in die integrierte Krankenversicherung die Kosten des Krankenversicherungsschutzes erhöhen, weil nun auch Teile des Solidarausgleichs enthalten sind und die Versicherten nun einen Beitrag entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit zu entrichten haben.¹⁸ Deshalb wird wahrscheinlich ein Teil der derzeit PKV-Versicherten seinen Zusatzversicherungsschutz kündigen. Für diesen Fall sollte juristisch geklärt werden, wofür die durch Kündigungen der Zusatzversicherung frei werdenden Rückstellungen verwendet werden dürfen – nach geltendem Recht fließen diese in den Rohüberschuss der Unternehmen. Andere Lösungen wären theoretisch denkbar. Sobald jedoch bei den Kündigungen eine Selbstselektion auftritt, sollte der verbleibende Bestand der Zusatzversicherten entsprechend entschädigt werden.

Die *Leistungserbringer* erhalten weiterhin die Vergütung aus „privatärztlicher Behandlung“, insoweit die Zusatzversicherungen von derzeit privat Krankenversicherten weitergeführt werden und auch Zusatzversicherungen von Neukunden abgeschlossen werden.

¹⁸ Vgl. die simulierten Beitragseffekte für derzeit privat Krankenversicherte bei Einbeziehung in eine integrierte Krankenversicherung in Sehlen, S.; Schröder, W.; Schiffhorst, G. (2004), Kap. 5.

3 Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV für Altverträge – Übergangslösung für eine nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung

3.1 Prämissen für den Einsatz des Verfahrens

Als Alternative zur sofortigen Einbeziehung der derzeit privat Krankenversicherten in die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung wäre auch ein Verfahren denkbar, bei dem PKV-Altkunden ihren privaten Krankenversicherungsschutz beibehalten können, aber zusätzlich in den Risikostrukturausgleich, nicht aber in die Generationenumverteilung einbezogen werden. In die bestehenden Vertragsverhältnisse der PKV-Altversicherten und PKV-Unternehmen müsste hier also nicht eingegriffen werden.

Potenzielle Neukunden der privaten Krankenversicherungsunternehmen werden – wie auch für die Lösung der sofortigen Einbeziehung in die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung beschrieben – grundsätzlich zu den Bedingungen der GKV versichert, womit per Definition auch die Neukunden in den Risikostrukturausgleich einbezogen sind. Auch in dem unten skizzierten Verfahren lassen sich die Interessen der derzeit PKV-Versicherten und der GKV-Versicherten miteinander vereinbaren.

Diese Alternativlösung ermöglicht die Weiterführung der bestehenden privaten Vollversicherungsverträge im Kapitaldeckungsverfahren, d. h. Auf- und Abbau der Alterungsrückstellung werden vom PKV-Unternehmen wie bisher vorgenommen, allerdings zeitlich befristet bis zum Ableben aller derzeit PKV-Versicherten.¹⁹ Zusätzlich zu ihrer Vollversicherung werden künftig die derzeit privat Krankenversicherten über den Risikostrukturausgleich in die solidarische Umverteilung der integrierten Krankenversiche-

¹⁹ Auch hier sind andere Lösungen denkbar, die auf eine Beibehaltung oder auf einen weiteren Aufbau des Kapitalstocks in der Krankenversicherung abzielen. Das beschriebene Verfahren wäre dafür nur leicht zu modifizieren.

rung einbezogen, und damit in die Einkommensumverteilung²⁰, in die Familienmitversicherung und die Umverteilung von Gesunden zu Versicherten mit Vorerkrankungen.

Dies bedeutet zum einen, dass die derzeit PKV-Versicherten einen einkommensabhängigen Beitrag für den Leistungsumfang der GKV entrichten. Zum anderen erhalten PKV-Altkunden bezogen auf den Leistungsumfang der GKV einen Beitragszuschuss für ihre nicht-erwerbstätigen Familienmitglieder, den sie zur Finanzierung ihrer PKV-Prämie verwenden können. Privatversicherte, die bisher einen Risikozuschlag für die Vollversicherung gezahlt haben, erhalten hierfür künftig einen entsprechenden Zuschuss aus der gemeinsamen Finanzierungsgrundlage. Ein Wechsel für PKV-Altkunden in die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung ist in der Reinform dieses Verfahrens nicht möglich.

3.2 Beschreibung des Verfahrens²¹

3.2.1 Das Verfahren in seinen Grundzügen

In seinen Grundzügen sieht das Verfahren wie folgt aus:

In den RSA werden die PKV-Altkunden selbst einbezogen, die PKV-Unternehmen haben keine direkte Beziehung zum RSA.²² Der Beitragseinzug von den derzeit PKV-Versicherten für den RSA sowie die Auszahlungen an die PKV-Versicherten aus dem RSA wird organisiert von einer gesonderten „Einzugsstelle“. Die Einzugsstelle bildet für jede Periode den Saldo aus Einzahlungen und Auszahlungen und gleicht ihn mit dem RSA ab.

Jeder derzeit PKV-Versicherte – bei Arbeitnehmern auch der Arbeitgeber (wie beim Beitragseinzug der GKV) – **zahlt** an diese „Einzugsstelle“ einen

²⁰ Auf die Variante einer Bürgerprämie wird in diesem Abschnitt nicht eingegangen, vgl. dazu die in Abschnitt 4.3.2 beschriebene Ausgestaltung.

²¹ Das Verfahren B wird ebenfalls beschrieben in Sehlen, S. ; Hofmann, J.; Reschke, P. (2005).

²² In einer Variante des Verfahrens könnte statt des Versicherten auch das PKV-Unternehmen in den RSA einbezogen werden. Über die hier beschriebene Variante lassen sich jedoch die verschiedenen Zahlungsströme einfacher verdeutlichen. Dies gilt auch für die im folgenden Satz beschriebene Institution „Einzugsstelle“; ihre Aufgaben könnten auch von der den RSA durchführenden Behörde, dem Bundesversicherungsamt, erfüllt werden.

einkommensabhängigen Beitrag für den Leistungsumfang der integrierten Krankenversicherung (im Umfang der Leistungen der GKV) zu dem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung in Bezug auf die RSA-fähigen Leistungen.²³

Jeder PKV-Versicherte *erhält* von der „Einzugsstelle“ „standardisierte Prämienzahlungen“ für die Leistungen der integrierten Krankenversicherung, die dieser zur Finanzierung seines an den Versicherer zu zahlenden PKV-Beitrags, genauer für den Beitragsteil der GKV-äquivalenten Leistungen, verwenden kann. Wie ein PKV-Beitrag auch ist die standardisierte Prämienzahlung kalkulatorisch gesehen im Lebensverlauf konstant, wird aber jährlich entsprechend der tatsächlichen Ausgabenentwicklung angepasst.²⁴ Die tatsächlichen PKV-Prämien für diesen GKV-äquivalenten Leistungsteil können von diesem Mittelwert natürlich nach unten oder nach oben abweichen.

Für alle anderen Versicherten der nach den Bedingungen der GKV im Umlageverfahren finanzierten integrierten Krankenversicherung werden über den RSA standardisierte Leistungsausgaben gezahlt, die eine Altersabhängigkeit aufweisen. Für einen jungen PKV-Versicherten würden jedoch die niedrigen standardisierten Leistungsausgaben seines Alters nicht ausreichen, um den alterskonstanten PKV-Beitrag zu finanzieren; umgekehrt erhielten ältere PKV-Versicherte weit höhere Zahlungen, als sie zur Deckung ihres PKV-Beitrags benötigen. Gedanklich entsprechen die „standardisierten Prämienzahlungen“ aus dem RSA also einem Beitragsbedarf von Kassen, die die integrierte Krankenversicherung nicht im Umlageverfahren sondern im Kapitaldeckungsverfahren durchführen.

In der Berechnung der „standardisierten Prämienzahlungen“ für einen PKV-Altkunden werden bereits beim PKV-Unternehmen gebildete Alterungsrückstellungen prämiemindernd angerechnet. Diese Anrechnung ist systemkonform, denn die derzeit PKV-Versicherten befinden sich weiterhin im Kapitaldeckungsverfahren, sodass die Generationenumverteilung in der integrierten Krankenversicherung für diese Personen nicht aufkommen

²³ Es gilt: Beitragspflichtige Einnahmen „mal“ Ausgleichsbedarfssatz (ABS), der ABS ist „grob gesprochen“ der durchschnittliche, die Leistungsausgaben der integrierten Krankenversicherung deckende Beitragssatz. Über den ABS hinaus wird noch ein Teilbeitragssatz zur Deckung der Verwaltungskosten der Einzugsstelle fällig.

²⁴ Die grobe Charakterisierung des Ausgleichsbedarfssatzes lässt sich nun konkreter fassen: Der ABS deckt die Summe aus den berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben der integrierten Krankenversicherung und den standardisierten Prämienzahlungen; er deckt sie aus der Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten der nach den GKV-Bedingungen gestalteten integrierten Krankenversicherung sowie der PKV-Altkunden.

muss. Angerechnet werden auch hier wiederum nur die Alterungsrückstellungen, die auf die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung entfallen nach den dort diskutierten Abgrenzungen.

Ein PKV-Versicherter erhält „standardisierte Prämienzahlungen“ sowohl für sich selbst als auch für seine nicht erwerbstätigen Familienmitglieder. Lagen zum Eintrittszeitpunkt in die private Vollversicherung Vorerkrankungen vor und muss der Versicherte einen Risikozuschlag an seinen privaten Krankenversicherer zahlen oder einen Leistungsausschluss hinnehmen, erhält der Versicherte zusätzlich einen standardisierten Risikozuschlag auf seine standardisierte Prämienzahlungen, der ebenfalls über den RSA finanziert wird.

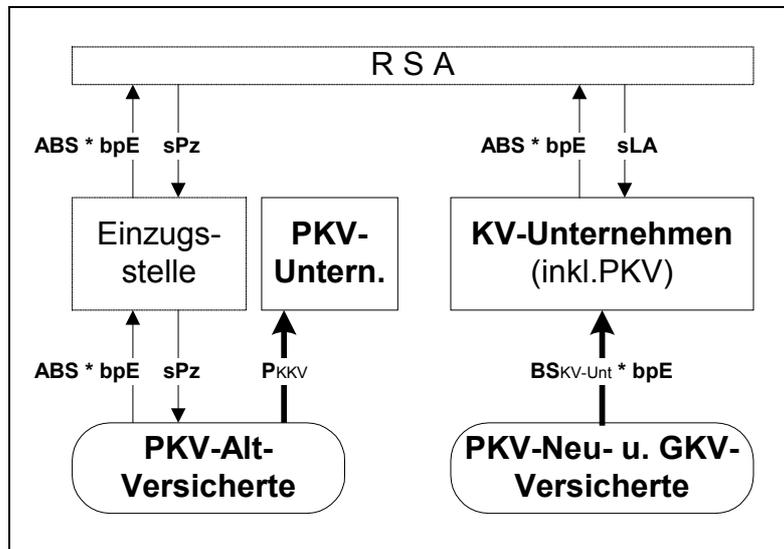
Der Grundgedanke ist also eine Zuweisung von standardisierten Prämienzahlungen, die sich an der Kalkulationslogik der privaten Krankenversicherung sowie den mittleren Eigenleistungen der privat Versicherten orientieren:

- Prämienkalkulation zum jetzigen Alter unter Berücksichtigung der bisher aufgebauten Alterungsrückstellung,
- differenziert nach Geschlecht,
- gegebenenfalls zuzüglich standardisierter Risikozuschläge.

Die Morbidität der PKV-Altkunden wird dabei – wie in der Kalkulation der PKV – lediglich zu den damaligen Eintrittszeitpunkten in die PKV berücksichtigt (standardisierter Risikozuschlag einerseits, abgewichtete Profile für nicht Risikobehaftete andererseits).

Eine darüber hinaus gehende morbiditätsadjustierte Zahlung an den Versicherten ist nicht zweckmäßig, da seine Prämienfestsetzung (mit Ausnahme des Risikozuschlags) ebenfalls nicht morbiditätsadjustiert wird. Zu den Grundzügen des Verfahrens der Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den RSA vgl. die Abbildung 2.

Abbildung 2: Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den RSA



Quelle: IGES, eigene Darstellung

Erläuterung: Derzeit PKV-Versicherte entrichten an die „Einzugsstelle“ als Beitrag zur integrierten Krankenversicherung den durchschnittlichen Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung (sog. Ausgleichsbedarfsatz, ABS) auf ihre beitragspflichtigen Einkommen (bpE) und erhalten im Gegenzug die standardisierten Prämienzahlungen (sPz), die sie zur Finanzierung ihrer Prämie für ihre private Krankheitskosten-Vollversicherung verwenden können (P_{KKV}). Versicherte der integrierten Krankenversicherung entrichten an ihren Versicherungsträger – dies kann entweder ein gesetzlicher oder privater Krankenversicherer sein – wie bisher in der GKV einen einkommensabhängigen Beitrag, kalkuliert zum individuellen Beitragssatz des Krankenversicherers (BS_{KV-Unt}). Das Krankenversicherungsunternehmen (GKV bzw. PKV) ist in den RSA einbezogen: es entrichtet den durchschnittlichen Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung auf die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten ($ABS * bpE$) und erhält im Gegenzug die standardisierten Leistungsausgaben (sLa) seiner Versicherten.

3.2.2 Das Verfahren im Detail

Im Detail wären die Zahlungsströme wie folgt zu berechnen:

Grundlage für die Berechnungen der „standardisierten Prämienzahlungen“ sind die durchschnittlichen Leistungsausgaben der integrierten Krankenversicherung (im Umfang der Leistungen der GKV), differenziert nach Alter und Geschlecht. Diese sog. „Profile“ sollten auch hier „pauschal“ abgewichtet werden, etwa um den über die indirekten Merkmale Alter und Ge-

schlecht hinausgehenden Morbiditätsunterschied zwischen PKV- und GKV-Versicherten.²⁵ Auf Basis dieser korrigierten Profile werden differenziert nach Geschlecht und erreichtem Alter zum Zeitpunkt der RSA-Einbeziehung die periodenfixen Prämien zur Deckung der künftig zu erwartenden Leistungen im Umfang der GKV berechnet.²⁶

Für die Berechnung der „standardisierten Prämienzahlungen“, die über die „Einzugsstelle“ an den Versicherten erfolgen, werden die bereits gebildeten „AR-GKV“ in Abzug gebracht.²⁷ Abgestellt wird auch hier auf die tatsächlich im Unternehmen vorhandene Alterungsrückstellung, die auf die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung entfällt. Nur auf diese Weise können sowohl die Ansprüche der PKV-Altkunden in Bezug auf ihre erworbenen Rechte als auch die Ansprüche der derzeit GKV-Versicherten sichergestellt werden. Hierfür ist das in Abschnitt 2 beschriebene Verfahren anzuwenden.

In der Konsequenz bedeutet dies, dass zum Zeitpunkt der RSA-Einbeziehung von den PKV-Unternehmen die erforderlichen Daten zur Kalkulation der tatsächlichen Alterungsrückstellung an die relevante Stelle fließen müssen, damit diese versichertenindividuell die „AR-GKV“ bestimmen und für die zu zahlenden „standardisierten Prämienzahlungen“ aus dem RSA in Abzug bringen kann. Die Informationspflicht der PKV-Unternehmen endet damit.

Diese ggf. über die Einzugsstelle entrichteten „standardisierten Risikozuschläge“ würden auf Basis einer einheitlichen Risikozuschlags-Kalkulationsstatistik berechnet werden (Rechnungsgrundlagen des morbiditätsorientierten RSA könnten hierfür genutzt werden). Ein „standardisierter Risikozuschlag“ würde auch gezahlt werden, wenn der private Versicherer aufgrund von Vorerkrankungen einen Leistungsausschluss vornimmt. Den Auszahlungsbetrag der Einzugsstelle kann der PKV-Versicherte dann verwenden, um seine Eigenleistungen zu finanzieren.

25 Wie weiter oben begründet, könnten dann der morbiditätsorientierte „GKV-Zweig“ und der demographisch organisierte „PKV-Zweig“ des RSA methodisch auseinanderfallen. Die PKV kalkuliert eine nach Alter und Geschlecht differenzierte Prämie für bei Eintritt gesunde Personen; Personen mit Vorerkrankungen haben zusätzlich einen Risikozuschlag zu entrichten.

26 Als weitere Rechnungsgrundlagen sind (neben den abgewichteten Ausgabenprofilen) die PKV-Sterbetafel und ein definierter Kalkulationszins heranzuziehen.

27 Formelmäßig gilt: $\Sigma P := \Sigma VL - AR-GKV$, mit P für die Nettoprämie und VL für die Versicherungsleistungen. "Σ" stellt jeweils die Summe der gegenwärtigen und auf die Gegenwart (Beginn der Vertragsdauer) mit dem Rechnungszinssatz abgezinsten künftigen Zahlungen dar.

Auch bei **Selbstbeteiligungen** oder bei fehlendem privaten Zahntarif werden die „standardisierten Prämien“ in voller Höhe entrichtet und stehen dem PKV-Versicherten zur Finanzierung seines verbliebenen Eigenbhalts zur Verfügung. Dies lässt sich aus dem Anspruch der PKV-Versicherten ableiten, den sie über den RSA an der integrierten Krankenversicherung haben. In der Konsequenz ergeben sich keine Probleme mit der Tarifvielfalt der privaten Krankenversicherung.

PKV-versicherte **Beamte** erhalten rund die Hälfte der „standardisierten Prämienzahlungen“ von der Einzugsstelle und haben auch nur den hälftigen durchschnittlichen Beitragssatz an die integrierte Krankenversicherung zu entrichten. Mit ihrer „anderen Hälfte“ befinden sich derzeit Beihilfeberechtigte weiterhin im Beihilfesystem.²⁸ Auch in Bezug auf die Beihilfeleitungen ließen sich die Beihilfeberechtigten in den RSA einbeziehen. Wie die GKV ist auch das Beihilfesystem nach einem Umlageverfahren finanziert, sodass die Beihilfeträger analog zu den gesetzlichen Krankenkassen in den RSA einbezogen werden könnten, vgl. die genaueren Ausführungen im noch folgenden Abschnitt 4.2.

Das Verfahren kann auch auf Personen ausgedehnt werden, die zwar keinen Versicherungsschutz haben, aber die Behandlungskosten auch nicht selbst tragen müssen (Sozialhilfe, freie Heilfürsorge usw.). In diesen Fällen würde die Leistungsstelle in den finanziellen Austausch mit dem RSA treten.

Sowohl die Einzahlungen in als auch die Auszahlungen aus der „Einzugsstelle“ beziehen sich auf aktuelle Preise in der integrierten Krankenversicherung. Erhöhen sich die Leistungsausgaben der integrierten Krankenversicherung durch **Preissteigerungen** im Gesundheitswesen, werden die Auszahlungsbeträge der „Einzugsstelle“ – entsprechend dem Kalkulationsverfahren der PKV – angepasst. Die PKV-Versicherten könnten hierüber etwaige Beitragsanpassungen für den GKV-äquivalenten Teil der Vollversicherung finanzieren. Erhöhen sich die Leistungsausgaben der integrierten Krankenversicherung stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen, wird auch der durchschnittliche Beitragssatz in der integrierten Krankenversicherung und damit der Finanzkraftausgleich angepasst.

²⁸ Die finanziellen Konsequenzen, die sich aus solch einer Übergangslösung für die öffentlichen Haushalte ergeben, sind ebenfalls simuliert in Sehlen, S.; Schröder, W.; Schiffhorst, G. (2004), Kap. 6. Es zeigt sich hier, dass es bei einem schrittweisen Übergang – Einbeziehung in die Generationenumlage der integrierten Krankenversicherung (sog. „Bürgerversicherung“) mit Arbeitgeberbeitrag für (eher jüngere) „Neubeamte“ bei fortgesetzten Beihilfezahlungen für (ältere) „Bestandsbeamte“ – vorübergehend zu Mehrbelastungen der öffentlichen Haushalte käme.

3.3 Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten

Konsequenzen ergeben sich auch hier für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, für die derzeit Privatversicherten, die gesetzlich Versicherten und für die Leistungserbringer.

Im Unterschied zu dem oben beschriebenen Verfahren A zur sofortigen Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen Tarif der integrierten Krankenversicherung zu Bedingungen der GKV unter Anrechnung der relevanten Alterungsrückstellung ändert sich für die **privaten Krankenversicherungsunternehmen** in Bezug auf die Altkunden wenig: Die derzeit PKV-Versicherten sind weiterhin in der Vollversicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren versichert. In bestehende Vertragsverhältnisse zwischen PKV-Versicherten und PKV-Unternehmen wird also nicht eingegriffen. Das Kalkulationsverfahren der PKV muss dafür nicht geändert werden. Nach dem Übergang, d.h. nachdem alle derzeit PKV-Versicherten verstorben sind, bieten die PKV-Unternehmen nur noch den Tarif der integrierten Krankenversicherung zu den Bedingungen der GKV sowie private Zusatzversicherungen an, aber keine Tarife der Krankheitskostenversicherung mehr.

Beitragsanpassungen der PKV haben in Bezug auf den GKV-äquivalenten Teil durch die Anpassungen der „standardisierten Prämienzahlungen“ eine gewisse Gegenfinanzierung aus der Finanzierungsbasis der integrierten Krankenversicherung, so dass die Problematik der finanziellen Belastung privat Krankensicherter aus hohen Beitragssteigerungen im Alter gemildert wird.

Alle potentiellen Neukunden sind hingegen Pflichtversicherte im nach dem Umlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung. Für ein PKV-Unternehmen gelten in Bezug auf den „Tarif“ „integrierte Krankenversicherung“ die gleichen Bedingungen wie für gesetzliche Krankenkassen; d.h. u.a., dass die PKV-Unternehmen in Bezug auf diese Versicherten in den RSA einbezogen werden, allerdings – wie die gesetzlichen Kassen auch – nach dem Umlageverfahren.

Für die **Mitglieder der GKV** ergibt sich kein mittel- oder langfristiges Risiko von Beitragssatzsteigerungen durch den Einbezug der derzeit privat Versicherten in den RSA: Die Altkunden sind über den RSA beteiligt, sodass der Solidargemeinschaft keine Finanzkraft mehr entzogen wird. Weil die Alt-Versicherten weiterhin im Kapitaldeckungsverfahren verbleiben, belasten sie nicht die Generationenumverteilung, Negativselektion tritt nicht mehr auf. Zum Zeitpunkt der Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA ergäbe sich ein ähnlicher Beitragssatzeffekt wie bei der sofortigen

Einbeziehung aller PKV-Versicherten in den nach dem Generationenumlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung, ein Unterschied ergibt sich allein durch die anders – für das Kapitaldeckungsverfahren – kalkulierten RSA-Zahlungen.

Für einkommensstarke derzeit *PKV-Versicherte* werden sich die Kosten des Krankenversicherungsschutzes erhöhen, weil nun auch Teile des Solidarausgleichs enthalten sind. Es kann erwartet werden, dass aus diesem Grund ein Teil der Altkunden den Vollversicherungsschutz abstocken wird. Im Gegenzug erhalten allerdings PKV-Altkunden, die aufgrund von Vorerkrankungen einen Risikozuschlag für ihre PKV-Versicherung zahlen müssen, einen von der Solidargemeinschaft finanzierten Zuschuss.

Anders als zu den Bedingungen einer sofortigen Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den nach dem Umlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung gem. Verfahren A wäre der Unternehmenswechsel für PKV-Altversicherte weiterhin eingeschränkt. Beim gegenwärtigen Stand können privat Krankenversicherte nur unter Verlust ihrer Alterungsrückstellung wechseln.

Die Eröffnung einer Wechsellmöglichkeit der PKV-Altkunden in den nach dem Umlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung ist aus Selektionsgründen mit dem oben beschriebenen Verfahren nicht zu empfehlen: PKV-Unternehmen würden profitieren, wenn sog. „schlechte Risiken“ den Bestand verlassen. Auch unter den gegenwärtigen rechtlichen Bedingungen ist ein Wechsel von der PKV zur GKV praktisch ausgeschlossen. Für die Eröffnung einer Wechseloption aus der PKV-Vollversicherung in den nach dem Umlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung wären – im Unterschied zu dem in Abschnitt 2.3 beschriebenen Verfahren A – die für die Finanzierungsbasis der integrierten Krankenversicherung anzurechnende Alterungsrückstellung bzw. ihre Auflösungsbeträge morbiditätsadjustiert zu kalkulieren (vgl. dazu die noch folgende Beschreibung von Verfahren C).

Durch die Risikoadjustierung der anzurechnenden Alterungsrückstellung könnte kein privates Krankenversicherungsunternehmen einen Vorteil erlangen, wenn sog. schlechte Risiken aus der Vollversicherung in den Tarif der integrierten Krankenversicherung wechseln; umgekehrt würde der verbleibende Bestand der PKV-Vollversicherten bei einem Abgang sog. guter Risiken nicht finanziell benachteiligt werden. Das folgende in Abschnitt 4 beschriebene Verfahren sieht die erforderlichen risikoadjustierten Zahlungen vor, mit denen auch dieses Problem gelöst wird.

Die **Leistungserbringer** erhalten weiterhin die Vergütung aus „privatärztlicher Behandlung“, insoweit die derzeit privat Krankenversicherten ihren Vollversicherungsschutz nicht abstocken und auch Zusatzversicherungen von Neukunden abgeschlossen werden.

4 Einbeziehung der PKV-Alt- und PKV-Neukunden in einen gemeinsamen RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV auch für Neuverträge

4.1 Prämissen für den Einsatz des Verfahrens

Anders als in den bisher beschriebenen Verfahren soll das hier beschriebene Verfahren den privaten Krankenversicherungsunternehmen ermöglichen, die im Kapitaldeckungsverfahren kalkulierte private Vollversicherung auch künftig anbieten zu können. Die Unternehmen können auch weiterhin einen risikoorientierten Versicherungsbeitrag kalkulieren und unterschiedliche im Kapitaldeckungsverfahren kalkulierte Tarife der Vollversicherung anbieten und Neukunden aufnehmen. Alle bestehenden Unterschiede zur GKV bleiben also – anders als in den oben beschriebenen Szenarien einer integrierten Krankenversicherung mit gleichen Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen – nicht nur für die PKV-Altkunden, sondern weiterhin auch für potentielle Neukunden bestehen.

Anders als heute werden aber die privat Krankenversicherten – bezogen auf den Leistungsumfang der GKV – in einen GKV- und PKV-übergreifenden Risikostrukturausgleich einbezogen, sodass hier wie in den Verfahren A und B eine gemeinsame Finanzierungsbasis über alle GKV- und PKV-Versicherten entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit – zum Leistungsumfang der GKV – erreicht wird.²⁹

Dies bedeutet wiederum, dass die PKV-Versicherten, wie die GKV-Versicherten auch, einen einkommensabhängigen Beitrag für den Leis-

²⁹ Vorschläge zur Einbeziehung der PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich der GKV wurden schon früher geäußert, vgl. z.B. Pfaff, M. (1995), Bohm, S.; Jacobs, K.; Reschke, P. (1996) und jüngst Wasem, J.; Greß, S. (2004). Alle dort beschriebenen Verfahren sehen jedoch Zahlungsströme vor, die nicht kompatibel sind mit dem Kapitaldeckungsverfahren und der risikoorientierten Beitragskalkulation der privaten Krankenversicherung. Die Zahlungsströme in dem hier beschriebenen Verfahren harmonisieren mit dem Auf- bzw. Abbau von Alterungsrückstellungen der PKV-Unternehmen, so dass zumindest für diesen Zweig der Krankenversicherung durch Kapitaldeckung eine Vorsorge gegenüber demographischen Veränderungen erfolgen kann. Das Verfahren wird ebenfalls beschrieben in Sehlen, S.; Hofmann, J.; Reschke, P. (2006).

tungsumfang der GKV entrichten; PKV-Versicherte erhalten hierfür einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers bzw. des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, der sich anders als heute allein auf die GKV-äquivalenten Leistungen bezieht und strikt einkommensproportional ist.

Im Gegenzug erhalten die PKV-Versicherten bezogen auf den Leistungsumfang der GKV eine standardisierte Prämienzahlung für sich und ihre nicht-erwerbstätigen Familienmitglieder und ggf. Risikozuschläge, die sie insgesamt zur Finanzierung ihrer PKV-Prämie verwenden können.

Anders als für das Übergangsszenario für eine integrierte Krankenversicherung nach den Bedingungen der GKV in Abschnitt 3 angenommen, wird für dieses Verfahren C entsprechend den Prämissen einer integrierten Krankenversicherung gefordert, dass hier die Versicherten erweiterte Wahlrechte erhalten sollen: Mit der Erweiterung des Risikostrukturausgleichs auf die PKV-Versicherten soll ein Unternehmenswechsel nicht nur innerhalb der GKV, sondern zwischen GKV und PKV in beiden Richtungen uneingeschränkt möglich sein. Schließlich wurde der Risikostrukturausgleich in der GKV begleitend zur Einführung der allgemeinen Wahlfreiheit innerhalb der GKV eingeführt, um zu verhindern, dass sich Risikoeigenschaften des Versicherten vor- bzw. nachteilig im Kassenwettbewerb auswirken.

In diesem Szenario erhalten alle Personen, d.h. nicht nur die jetzt freiwillig GKV-Versicherten die Möglichkeit, alternativ zur GKV die – im Kapitaldeckungsverfahren geführte – private Vollversicherung zu wählen. Dies erfordert die Definition einer erweiterten Versicherungsfreiheit: Soweit Pflichtmitglieder der GKV einen privaten Krankenversicherungstarif vorweisen, dessen Leistungsumfang mit dem Leistungsumfang der GKV vergleichbar ist, können sie sich auf Antrag von der Versicherungspflicht befreien lassen. Umgekehrt wäre eine unbeschränkte Rückkehrmöglichkeit von PKV-Versicherten in die Mitgliedschaft der GKV einzuführen. In Konsequenz der Neugestaltung der Wahlrechte sollen alle Personen eine unbeschränkte Wechselmöglichkeit zwischen GKV und PKV und umgekehrt erhalten.

Vom Grundsatz her ist ein Verfahren für die Zwecke der Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen RSA mit der GKV relativ einfach ausgestaltbar. Die Lösung entspricht im Wesentlichen dem bereits vorgestellten Verfahren B. Die Komplexität nimmt zu, wenn nun zusätzlich gefordert wird, dass ein Wechsel zwischen der im Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV und der im Umlageverfahren finanzierten GKV – in beide Richtungen – uneingeschränkt möglich sein soll. Hierfür muss ein Verfahren so ausgestaltet sein, dass sich Selektionseffekte an der Grenze GKV / PKV nicht finanziell auswirken.

Selektionseffekte innerhalb der GKV werden „geheilt“ durch die Risikoadjustierung des (morbidityorientierten) RSA. Wegen der Nicht-Übertragbarkeit der Alterungsrückstellungen für PKV-Bestandsversicherte kommen Unternehmenswechsel zwischen den PKV-Unternehmen faktisch nicht vor; Fragen der Risikoadjustierung stellen sich daher innerhalb des Kapitaldeckungsverfahrens derzeit nicht. Um Wechseloptionen „GKV versus PKV“ zu eröffnen und gleichzeitig faire Wettbewerbsbedingungen zu gewährleisten, wollen wir hier Lösungen entwickeln, die sich auf den Leistungsumfang der GKV beziehen.

Aus diesem Grund ist etwa die Vorgehensweise für die Berechnung der Risikozuschläge in diesem Verfahren anders als in dem in Abschnitt 3 beschriebenen Verfahren B zur Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA. Denn mit der Einbeziehung der PKV-Neukunden in den RSA ergeben sich höhere Anforderungen an die Risikozuschlags-Kalkulation: Für die künftigen PKV-Kunden wären auch Risikozuschläge für solche Vorerkrankungen zu berechnen, wegen derer PKV-Interessenten momentan noch von der PKV abgelehnt werden. Die Einzelheiten hierzu werden unten in Abschnitt 3.2 bei „Details“ beschrieben.

Für die Organisation eines Unternehmenswechsels zwischen PKV-Unternehmen ist das hier beschriebene Verfahren nicht hinreichend. Hierfür wäre zusätzlich die Beibehaltung des individuellen Tarifumfangs beim aufnehmenden Unternehmen zu gewährleisten, die für das hier beschriebene Vorgehen – wegen des einheitlichen Leistungsumfangs der GKV – nicht relevant ist. Die Eröffnung dieser Möglichkeit wird deshalb mit Hilfe des hier konstruierten Verfahrens nicht angedacht.

Das in diesem Beitrag beschriebene Verfahren wäre vom Grundsatz her universell einsetzbar für alle denkbaren Ausgestaltungen der Beitragsbemessung (einkommensabhängiger Beitrag versus Pauschalbeitrag) und der Finanzierung (Umlage- versus Kapitaldeckungsverfahren) der gesetzlichen Krankenversicherung.

Um die Einbettung des Verfahrens in die RSA-Logik plastisch zu machen, gehen wir im Folgenden von der derzeitigen Ausgestaltung der GKV (Umlageverfahren, einkommensabhängige Beiträge) aus. In einem gesonderten Abschnitt werden Varianten des Verfahrens vorgestellt für die hypothetischen Anwendungszwecke, dass für die GKV a) ein Kapitaldeckungsverfahren Anwendung finden sollte bzw. b) eine pauschale Beitragsbemessung (Stichwort: Gesundheitsprämie) vorgenommen werden würde.

4.2 Beschreibung des Verfahrens

4.2.1 Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA unter Weiterführung der privaten Vollversicherung – Das Verfahren in seinen Grundzügen

Die Einbeziehung von PKV-Versicherten in den RSA kann relativ einfach hergestellt werden. Für die Definition der Zahlungsströme ist zu beachten, dass die private Vollversicherung im Kapitaldeckungsverfahren geführt wird. Durch Beiträge werden hier Alterungsrückstellungen angesammelt, die im Alter der Versicherten zur Finanzierung der Leistungsausgaben herangezogen werden. Für die PKV-Versicherten ist damit keine Generationenumverteilung über den RSA durchzuführen. Anders als der allein einkommensabhängige Beitrag zu einer gesetzlichen Krankenversicherung ist der Beitrag für eine private Vollversicherung abhängig von dem Gesundheitszustand und Alter zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses, dem gewählten Leistungsumfang der Versicherung und der Anzahl der mitversicherten Familienmitglieder. Auch diese Unterschiede sind in der Definition der RSA-Zahlungen zu beachten. Denn durch ihre Einbeziehung in den Risikostrukturausgleich werden PKV-Versicherte – bezogen auf den Leistungsumfang der GKV – Teil des „Solidarausgleichs“ und haben damit nicht nur Zahlungsverpflichtungen sondern auch Leistungsansprüche.

In den RSA werden die Versicherten selbst einbezogen, die PKV-Unternehmen haben keine direkte Beziehung zum RSA.³⁰ Der Beitragseinzug von den derzeit PKV-Versicherten für den RSA sowie die Auszahlungen an die PKV-Versicherten aus dem RSA werden organisiert von einer gesonderten „Einzugsstelle“.

Jeder PKV-Versicherte **zahlt** an die „Einzugsstelle“ einen einkommensabhängigen Beitrag für den Leistungsumfang der GKV zu dem durchschnittlichen ausgabendeckenden Beitragssatz der integrierten Krankenversicherung; PKV-Versicherte erhalten hierfür einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers bzw. des gesetzlichen Rentenversicherungsträgers, der sich anders als heute allein auf die GKV-äquivalenten Leistungen bezieht und strikt einkommensproportional ist.

³⁰ Statt der PKV-Versicherten könnte auch das PKV-Unternehmen in den RSA einbezogen werden. Über die hier beschriebene Variante lassen sich jedoch die Zahlungsströme einfacher veranschaulichen. Dies gilt auch für die im folgenden Satz beschriebene Institution „Einzugsstelle“; ihre Aufgaben könnten auch von der den RSA durchführenden Behörde, dem Bundesversicherungsamt, erfüllt werden.

Jeder PKV-Versicherte *erhält* von der „Einzugsstelle“ „standardisierte Prämienzahlungen“ für den Leistungsumfang der GKV, die der PKV-Versicherte zur Finanzierung seines PKV-Beitrags, genauer für den Beitragsteil der GKV-äquivalenten Leistungen seiner Vollversicherung, verwenden kann. Wie der PKV-Beitrag ist die „standardisierte Prämienzahlung“ kalkulatorisch gesehen im Lebensverlauf konstant, sie wird aber jährlich entsprechend der tatsächlichen Ausgabenentwicklung angepasst.

Für jeden PKV-Versicherten wird seine standardisierte Prämienzahlung in Abhängigkeit von seinem individuellen Eintrittsalter in die PKV und dem damals vorliegenden Gesundheitszustand bemessen. Im Falle von zum Zeitpunkt des Eintritts in die PKV vorhandenen Vorerkrankungen erhält der PKV-Versicherte neben seiner nach Eintrittsalter und Geschlecht kalkulierten standardisierten Prämienzahlung einen ebenfalls von der Solidargemeinschaft finanzierten Risikozuschlag, mit dem er den vom PKV-Unternehmen veranschlagten Risikozuschlag oder Leistungsausschluss finanzieren kann. Der PKV-Versicherte erhält auch für seine nicht-erwerbstätigen Familienmitglieder die standardisierten Prämienzahlungen von der Einzugsstelle, so dass auch für die PKV-Versicherten in Bezug auf die GKV-äquivalenten Leistungen die Familienmitversicherung gilt.

Leistungen, die über den GKV-Leistungsumfang hinausgehen, hat der Versicherte allein zu finanzieren. Sind Vorerkrankungen vorhanden oder weist der Versicherte ein hohes Eintrittsalter auf, hat er für die Zusatzteile der Vollversicherung eine entsprechend hohe Versicherungsprämie zu entrichten.³¹

Die gesetzlichen Krankenkassen erhalten für ihre GKV-Versicherten über den RSA wie jetzt auch standardisierte Leistungsausgaben, die eine Altersabhängigkeit aufweisen. Grund für die Altersabhängigkeit der RSA-Zahlung ist das Umlageverfahren der GKV. Für einen jungen PKV-Versicherten würden diese altersgemäß niedrigen RSA-Zahlungen nicht ausreichen, um den alterskonstanten PKV-Beitrag (für den Leistungsteil der GKV) zu finanzieren; umgekehrt erhielten ältere PKV-Versicherte mit den „standardisierten Leistungsausgaben“ weit höhere Zahlungen als sie zur Deckung ihres PKV-Beitrags benötigen. Demgegenüber wäre die Auszahlung von „standardisierten Prämienzahlungen“ mit dem Kapitaldeckungsverfahren konform.

³¹ Das Verfahren würde transparenter werden, wenn die PKV-Unternehmen die Prämien und Kalkulationen für den GKV-äquivalenten Teil und den Zusatz-Teil separat ausweisen.

Der gemeinsame Solidarausgleich von GKV und PKV finanziert damit auf der einen Seite die Sparbeiträge für die Kapitalbildung von PKV-Versicherten (im Umfang der GKV-Leistungen) und auf der anderen Seite die Generationenumlage von GKV-Versicherten. Die RSA-Auszahlung für einen GKV-Versicherten erhält seine Krankenkasse, diejenige für einen PKV-Versicherten erhält der Versicherte selbst.

Ein morbiditätsorientierter RSA innerhalb der GKV ist auch in diesem Verfahren C nicht zwingend für das Verfahren. Werden aber Selektionen an der Grenze GKV / PKV durch solche aufwändigen Verfahren glatt gestellt, ohne dass Selektionen durch gesetzliche Kassen finanziell neutralisiert würden, würden marktverzerrende Selektionseffekte dann GKV- und PKV-Unternehmen betreffen.

Die Berechnung der standardisierten Prämienzahlungen, die der privat Versicherte aus dem RSA erhält, wird nach den aktuarischen Grundsätzen der PKV vorgenommen, d.h. inklusive eines Auf- und Abbaus von Alterungsrückstellungen.³² Die für RSA-Zwecke kalkulierte standardisierte Prämienzahlung fußt anders als die private Vollversicherung auf dem Leistungsumfang der GKV, unter Berücksichtigung auch der gesetzlichen Eigenleistungen der Versicherten. Rechnungsgrundlagen sind die des RSA, anders als in den Verfahren A und B müssen hier also PKV-Unternehmens-bezogene Daten nicht herangezogen werden.³³

³² Personen, die zum Startzeitpunkt der RSA-Einbeziehung von PKV-Versicherten bereits PKV-versichert waren, sog. PKV-Altkunden, werden behandelt wie im Verfahren in Abschnitt 3 zur Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA (als Übergangslösung zu einer nach den Bedingungen der GKV gestalteten integrierten Krankenversicherung) dargestellt: Bei ihnen wird zahlungsmindernd angerechnet, dass sie bereits durch bisherige Beitragszahlungen Alterungsrückstellungen gebildet haben. Bezogen auf den Leistungsumfang der GKV haben sie in der Vergangenheit diese Beitragsanteile der solidarischen Finanzierungsbasis entzogen. PKV-Neukunden, d.h. Zugänge aus der Zeit nach der RSA-Einbeziehung von PKV-Versicherten, hatten zum Startzeitpunkt der RSA-Einbeziehung noch keine Alterungsrückstellung aufgebaut, bei ihnen ist also nichts zu berücksichtigen.

³³ Der kalkulatorische, aus RSA-Sicht unterstellte, Verlauf der Alterungsrückstellung kann also von der tatsächlich im jeweiligen PKV-Unternehmen vorhandenen Alterungsrückstellung abweichen. Insoweit sich PKV-Versicherte in einem Unternehmen versichern, das – gegenüber der standardisierten Kalkulation des RSA – eine nur unzureichende Kapitaldeckung vornimmt, um eine vergleichsweise niedrige Einstiegsprämie anbieten zu können, haben diese Versicherten die daraus erwachsenden stärkeren Beitragsanpassungen – wie jetzt auch – allein zu finanzieren. In den Szenarien A und B wird ihm diese Belastung genommen, allerdings werden die PKV-Altversicherten hier „zwangsweise“ einem Krankenversicherungssystem zugewiesen: in Verfahren B ist anders als hier ein Wechsel hin zur GKV nicht möglich.

Der Prämienzahlung der Einzugsstelle wird wie auch in dem vorhergehenden Verfahren turnusmäßig aktualisiert entsprechend der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Es werden also entsprechend den versicherungstechnischen Methoden der PKV Prämienanpassungen vorgenommen.

Die in der Zeit nach dem Wechsel zur PKV stattfindenden Veränderungen im Gesundheitszustand sind in der PKV-Vollversicherung mitversichert. Die über die Einzugsstelle ausgezahlten Prämien verändern sich nicht bei individueller Veränderung der Morbidität eines Versicherten.

In dem hier angedachten Krankenversicherungssystem erhalten alle Personen die Möglichkeit, alternativ zur – im Umlageverfahren finanzierten – GKV die – im Kapitaldeckungsverfahren geführte – private Vollversicherung zu wählen. Im Folgenden wird eine Lösungsmöglichkeit beschrieben, die den Wechsel zwischen diesen beiden Finanzierungssystemen in beide Richtungen bewältigt.

4.2.2 Grundzüge der Gestaltung des Wechsels zwischen Krankenversicherungen im Umlageverfahren und Krankenversicherungen im Kapitaldeckungsverfahren

Wichtiges Kriterium für die Konstruktion des Verfahrens ist, dass sich Selektionseffekte beim Wechsel zwischen GKV und PKV finanziell nicht auswirken.³⁴

Die Wechselmöglichkeit zwischen GKV und PKV und umgekehrt bezieht sich allein auf die GKV-äquivalenten Leistungen als Teil der Vollversicherung. Bei einem Wechsel von der PKV zur GKV sollen die auf die Zusatzanteile der Vollversicherung gegenüber den GKV-äquivalenten Leistungen erworbenen Rechte des Versicherten beim alten Versicherer beibehalten werden, so dass insoweit die Wechselbereitschaft nicht behindert wird. Wenn also PKV-Versicherte zur GKV wechseln wollen, aber den umfassenderen Versicherungsschutz ihrer bisherigen Vollversicherung beibehalten möchten, sollen sie die zusätzlichen Leistungen über eine Zusatzversi-

³⁴ Für die Organisation eines Unternehmenswechsels zwischen PKV-Unternehmen ist das hier beschriebene Verfahren allerdings nicht hinreichend. Hierfür wäre zusätzlich die Beibehaltung des individuellen Tarifumfangs beim aufnehmenden Unternehmen zu gewährleisten, die für das hier beschriebenen Vorgehen – wegen des einheitlichen Leistungsumfangs der GKV – nicht relevant ist. Die Eröffnung dieser Möglichkeit wird deshalb mit Hilfe des hier konstruierten Verfahrens nicht angedacht.

cherung zu dem bisherigen anteiligen Beitrag bei ihrem alten PKV-Unternehmen weiter versichern können.³⁵

Wechselmöglichkeit von GKV nach PKV

Mit der oben skizzierten Ausgestaltung des Verfahrens ist abschließend beschrieben, wie beim Wechsel eines Versicherten von der GKV hin zur PKV vorzugehen ist: Wie bisher zahlt der Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag für die gemeinsame Finanzierungsgrundlage der „Solidargemeinschaft“ aus GKV- und PKV-Versicherten – anstatt an die abgehende gesetzliche Krankenkasse nun an die „Einzugsstelle“. Im Gegenzug finanziert die Solidargemeinschaft den standardisierten Anteil seiner PKV-Prämie, der auf den Leistungsteil der GKV entfällt sowie die entsprechenden Prämien seiner Familienangehörigen.

Soweit risikoerhebliche Vorerkrankungen zum Zeitpunkt des Wechsels vorliegen, erhält der PKV-Versicherte zusätzlich einen Risikozuschlag. Eine Selbstselektion an der Grenze der GKV hin zur PKV ist damit zahlungsmäßig „kontrolliert“. Als RSA-Zahlung tritt der Prämienzuschuss für den PKV-Versicherten an die Stelle der standardisierten Leistungsausgaben, die früher seine gesetzliche Krankenkasse erhalten hat.

Wechselmöglichkeit von PKV nach GKV

Bei dem Wechsel von der im Kapitaldeckungsverfahren finanzierten PKV hin zu der im Umlageverfahren finanzierten GKV ist die Frage zu beantworten, wie mit der in der PKV für den Wechsler angesammelten Alterungsrückstellung zu verfahren ist. Die Antwort lässt sich aus den Prämissen des Verfahrens ableiten:

Über den gemeinsamen RSA von GKV und PKV wird der Aufbau von Kapitaldeckung für den GKV-äquivalenten Leistungsteil der PKV-Vollversicherung von der Solidargemeinschaft finanziert. Wechselt nun ein PKV-Versicherter zur GKV wird die angesammelte Alterungsrückstellung nicht mehr zur Abdeckung der Leistungsausgaben **innerhalb** des PKV-Unternehmens benötigt, sondern muss – über den RSA – der Finanzierungsbasis des gemeinsamen Solidarausgleichs (GKV und PKV) zugeführt werden. Von Relevanz ist auch hier allein der Teil der Alterungsrückstellung, der auf den Leistungsteil der GKV entfällt.

³⁵ An dieser Stelle soll nicht diskutiert werden, ob unter diesen Rahmenbedingungen Zusatzversicherungsprodukte nicht auch von gesetzlichen Krankenkassen angeboten werden dürfen oder ob (weiterhin) nur die privaten Krankenversicherungen die Möglichkeit hierzu haben.

In den Jahren nach dem Wechsel zur GKV sind also vom abgebenden PKV-Unternehmen periodisierte Zahlungen an den RSA zu entrichten. Im Folgenden geht es darum, wie diese periodisierten Zahlungen zu bestimmen sind.

In einem Szenario, das den zwangsweisen Wechsel aller PKV-Versicherten in den nach den Regeln der GKV gestalteten Tarif der integrierten Krankenversicherung vorsieht (unser Szenario A) wären einfach kalkulatorische Durchschnittsbeträge, d.h. nicht risikodifferenzierte Beträge für den RSA anzurechnen (vgl. die Ausführungen in Abschnitt 2.3). Soll aber vor dem Horizont einer weiterhin angebotenen privaten Vollversicherung der Wechsel aus der PKV-Vollversicherung hin zur GKV *wahlweise* möglich sein, müssten die Zahlungsströme risikoorientiert kalkuliert werden, um einer möglichen Selbstselektion der Versicherten zu begegnen.

Denn würde für einen Versicherten, dessen Morbidität sich während der Versicherungsdauer in der PKV schlechter entwickelt hat als das im Durchschnitt aller PKV-Versicherten der Fall war, nur die nach Alter und Geschlecht durchschnittliche Alterungsrückstellung für die Solidargemeinschaft angerechnet, müssten die höheren Leistungsausgaben, die für den Versicherten beim Übergang von PKV zu GKV von der Versichertengemeinschaft der aufnehmenden Kassen und / oder (beim morbiditätsorientierten RSA) von der Solidargemeinschaft finanziert werden. Das abgebende PKV-Unternehmen bzw. sein Versichertenbestand erhält dagegen einen finanziellen Vorteil: hätte man doch im Zeitverlauf die überdurchschnittlichen Leistungsausgaben finanzieren müssen, wenn das „schlechte Risiko“ nicht zu einer gesetzlichen Krankenkasse gewechselt wäre. Verlässt im umgekehrten Fall ein „gutes Risiko“ sein PKV-Unternehmen, führt die Durchschnittsberechnung dazu, dass die aufnehmende gesetzliche Krankenkasse und / oder (beim morbiditätsorientierten RSA) die Solidargemeinschaft finanziell bevorteilt und das PKV-Unternehmen benachteiligt wird.

Der im Folgenden beschriebene risikoorientierte Zahlungsstrom stellt sicher, dass eine stattfindende Selbstselektion beim Wechsel von der PKV zur GKV nicht zu finanziellen Vor- oder Nachteilen der beteiligten Finanzierungsträger führt:

- Zum Zeitpunkt des Wechsels wird der (aktuelle) Gesundheitszustand des Versicherten festgestellt.
- Das abgebende Unternehmen *zahlt* an den RSA die durchschnittlichen Leistungsausgaben derjenigen Versicherten, die zum Zeitpunkt des Wechsels dieselbe Morbiditäts-Kategorie für die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung aufgewiesen haben wie der Wechsler

(d.h. die GKV-Durchschnittsausgaben von Versicherten mit derselben historischen Morbiditäts-Kategorie). Es wird also für das abgebende PKV-Unternehmen unterstellt, der Wechsler würde nach seinem Wechsel zur GKV trotzdem bei ihm weiterhin Leistungen im Umfang der GKV in Anspruch nehmen, allerdings die genau durchschnittlichen Leistungsausgaben der Gruppe der Versicherten mit einem historisch (bei seinem Austritt aus der PKV) gleichen Gesundheitszustand.

- Die GKV- und PKV-übergreifende Solidargemeinschaft erhält damit die für den Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt berechneten GKV-durchschnittlichen Leistungsausgaben, die sie zur Finanzierung der standardisierten Leistungsausgaben verwenden kann, welche über den RSA an die GKV-Kasse des Versicherten entrichtet werden. Jede weitere Veränderung des Gesundheitszustands dieses PKV / GKV-Wechslers trägt die gemeinsame Finanzierungsbasis aus GKV und PKV-Versicherten.
- Im Gegenzug *erhält* das abgebende PKV-Unternehmen von dem RSA die (GKV-anteilige) Prämie, die der Versicherte bezogen auf die GKV-äquivalenten Leistungen seiner Vollversicherung an das abgebende Unternehmen „im Prinzip“ weiterhin gezahlt hätte, wenn er nicht zur GKV gewechselt wäre. Dieser Tarifbeitrag ist auf das Alter und den Gesundheitszustand beim Eintritt in das abgebende PKV-Unternehmen bezogen, das Geschlecht wird berücksichtigt. Aus Sicht der Solidargemeinschaft sind dies die standardisierten Prämienzahlungen, die der vormals PKV-Versicherte von der Einzugsstelle selbst bezogen hat, die nun nicht mehr an ihn, sondern an sein ehemaliges PKV-Unternehmen überwiesen werden. Rechnerisch sind sie mit den oben beschriebenen standardisierten Prämienzahlungen identisch.³⁶ Weder die Einzahlung in den RSA noch die Auszahlung berücksichtigen Selbstbehalte oder eine Abwahl von Tarifarten.³⁷

Eine gebildete Alterungsrückstellung bleibt damit zunächst beim abgebenden PKV-Unternehmen. Stattdessen werden laufende Zahlungen ausgelöst, die gewährleisten, dass die Alterungsrückstellung beim abgebenden PKV-Unternehmen – wie vom Unternehmen vorkalkuliert – erst im Zeitver-

³⁶ Anstatt des einen Zahlungsstroms für die Auflösungsbeträge der Alterungsrückstellung vom PKV-Unternehmen an die gemeinsame Finanzierungsgrundlage sind hier zwei Zahlungsströme aus Beitragszahlungen und Leistungsausgaben in gegenläufiger Richtung vorgesehen. Die Trennung in zwei Zahlungsströme macht es für das Verfahren hier leichter, eine morbiditätsorientierte Kalkulation vorzunehmen.

³⁷ Selbstbehalte der Vollversicherung werden bei Wechsel in die GKV auf die Zusatzversicherung übertragen, vgl. die in 3.2.2 beschriebene Verfahrensweise.

lauf aufgelöst wird. Weil sich die beiden Zahlungsströme, die mit dem Wechsel von der PKV zur GKV ausgelöst werden, lediglich auf die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung beziehen, sind die für die Zusatzelemente erworbenen Ansprüche der Versicherten hiervon nicht berührt. Der Versicherte könnte diese (Zusatz-)Leistungen nach seinem Wechsel zur GKV über eine Zusatzversicherung zu historischen Bedingungen bei seinem alten PKV-Unternehmen weiter versichern.

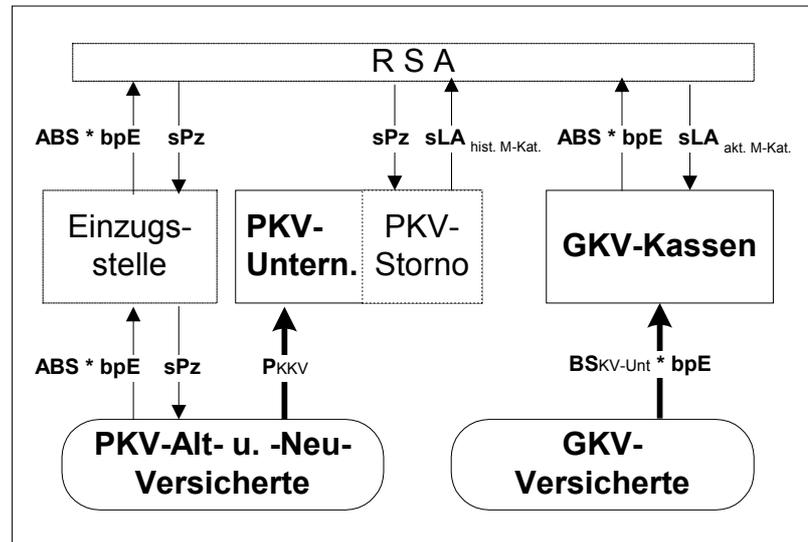
Die Berechnungen sämtlicher Transferzahlungen könnten auf Basis von GKV-Daten durchgeführt werden; unternehmensbezogene Daten von Seiten der PKV-Unternehmen wären also nicht erforderlich. Sämtliche Beträge beziehen sich damit per se auf den Leistungsumfang der GKV. Die jährlichen Ausgleichszahlungen werden ex post festgelegt und bis dahin über a-conto-Zahlungen angenähert.

Weil sich die beiden Zahlungsströme, die mit dem Wechsel von der PKV zur GKV ausgelöst werden, lediglich auf die GKV-äquivalenten Leistungen der Vollversicherung beziehen, sind die für die Zusatzelemente erworbenen Ansprüche der Versicherten hiervon nicht berührt. Der Versicherte könnte diese Leistungen nach seinem Wechsel zur GKV über eine Zusatzversicherung zu historischen Bedingungen bei seinem alten PKV-Unternehmen weiter versichern.

Für die aufnehmende gesetzliche Krankenkasse unterscheidet sich dieser Versicherte nicht von den anderen, schon bisher gesetzlich Versicherten: Aus dem RSA erhält sie für ihn – bei gleicher Morbidität – dieselben (morbiditätsadjustierten) standardisierten Leistungsausgaben wie für einen bisher GKV-Versicherten.

Die Finanzierungsströme des Verfahrens werden in Abbildung 3 veranschaulicht.

Abbildung 3: Einbeziehung von PKV-Neu- und PKV-Altkunden in den RSA bei Wechsellmöglichkeit zwischen GKV und PKV



Quelle: IGES, eigene Darstellung

Erläuterung: Derzeit PKV-Versicherte entrichten an die „Einzugsstelle“ als Beitrag zum gemeinsamen Solidarausgleich den durchschnittlichen Beitragsatz der integrierten Krankenversicherung (sog. Ausgleichsbedarfsatz, ABS) auf ihre beitragspflichtigen Einkommen (bpE) und erhalten im Gegenzug die standardisierten Prämienzahlungen (sPz), die sie zur Finanzierung ihrer Prämie für ihre private Krankheitskosten-Vollversicherung verwenden können (P_{KKV}). Versicherte der GKV entrichten an ihren Versicherungsträger, wie jetzt auch in der GKV, einen einkommensabhängigen Beitrag, kalkuliert zum individuellen Beitragsatz des Krankenversicherers ($BS_{KV-Unt.}$). Die gesetzlichen Krankenkassen und die PKV-Versicherten sind in den RSA einbezogen: Die gesetzliche Krankenkasse entrichtet den durchschnittlichen Beitragsatz der integrierten Krankenversicherung auf die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten ($ABS * bpE$) und erhält im Gegenzug die standardisierten Leistungsausgaben (sLa) ihrer Versicherten. Wechselt ein GKV-Versicherter zur PKV, werden die oben genannten Zahlungen (sPz) fällig. Wechselt ein PKV-Versicherter zur GKV, werden – für den in der Abbildung als „PKV-Storno“ bezeichneten Bereich – gesonderte Zahlungen zwischen PKV-Unternehmen und RSA fällig: Der RSA zahlt weiterhin die standardisierten Prämienzahlungen nun nicht mehr an den PKV-Versicherten, sondern an das abgebende PKV-Unternehmen. Das PKV-Unternehmen zahlt die standardisierten Leistungsausgaben, berechnet zum historischen Gesundheitsstatus beim Wechsel ($sLA_{hist. M-Kat.}$). Dies sind die erwarteten Leistungsausgaben, die der Versicherte im abgebenden PKV-Unt. „im Prinzip“ verursacht hätte, wenn er nicht gewechselt wäre.

4.2.3 Gestaltung des Wechsels von der GKV zur PKV im Detail

Für den Wechsel von der GKV zur PKV sieht die Gestaltung im Detail wie folgt aus:

Die Kalkulation der RSA-Auszahlungen an die privat Krankenversicherten ist vom Grundsatz her sehr ähnlich dem in Abschnitt 3 beschriebenen Verfahren B für die Einbeziehung der PKV-Altversicherten in den RSA als Übergangslösung für eine nach den Regeln der GKV (d.h. im Umlageverfahren) geführten integrierten Krankenversicherung. Die Solidargemeinschaft „finanziert“ die PKV-Prämie zum Niveau der GKV-Leistungen durch zum PKV-Eintrittsalter und Geschlecht sowie Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt berechnete standardisierte Prämienzahlungen. Um der hier wegen der Wechseloption gegebenen Gefahr einer Risikoselektion an der Grenze GKV zu PKV zu begegnen, sind jedoch die Anforderungen an die Kalkulation der durch die Solidargemeinschaft finanzierten Risikozuschläge der PKV-Neukunden höher: Durch den Wechsel zur PKV sollen die einzelnen Personen gegenüber früher keinen systematischen Vor- oder Nachteil dadurch erhalten, dass ihre Risikosituation zum Wechselzeitpunkt nicht richtig abgebildet wird. Für die künftigen PKV-Kunden wären auch Risikozuschläge für solche Vorerkrankungen zu berechnen, wegen derer PKV-Interessenten momentan noch von der PKV abgelehnt werden.

Dem könnte durch das folgende Verfahren der Risikozuschlagskalkulation entsprochen werden: Zuzüglich zu den nach Eintrittsalter und Geschlecht kalkulierten standardisierten Prämienzahlungen wird ein jährlich floatender (absoluter) Risikozuschlag kalkuliert, der die jeweils aktuellen aufgrund der bei Eintritt vorhandenen Vorerkrankung auftretenden Mehraufwendungen des Jahres abdeckt. Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeitsanreize werden jedoch nicht die tatsächlich entstandenen Mehraufwendungen von der Solidargemeinschaft erstattet, sondern nur durchschnittliche, genauer: die durchschnittlichen Mehrausgaben der Versicherten, die zum Wechselzeitpunkt des Versicherten von der GKV zur PKV dieselbe Morbiditäts-Kategorie sowie Altersgruppe und Geschlecht aufwiesen, aber in dem Jahr nicht gewechselt sind.

Um die standardisierten Prämienzahlungen, die der PKV-Versicherte aus dem RSA erhält, mit der tatsächlich an das PKV-Unternehmen zu entrichtenden Prämie zu harmonisieren, sollten die PKV-Unternehmen ihr derzeitiges Kalkulationsverfahren für die Risikozuschläge in der oben beschriebenen Weise ändern. Die Kalkulationsweise ermöglicht es auch den PKV-Unternehmen Risikozuschläge für Hochrisiken zu kalkulieren, die von den Unternehmen in der Regel bisher abgelehnt werden. Diese Veränderung kann mit der den Unternehmen zur Verfügung stehenden Technologie

durchgeführt werden; es ergeben sich mit der Änderung keine weiteren Anpassungen. So hat sie insbesondere keinen Einfluss auf die kalkulatorische Alterungsrückstellung der Versicherten.

Vom Grundsatz her können aber PKV-Unternehmen risikogerechte Prämien auch für Hochrisiken anbieten. Für PKV-Unternehmen wäre damit kein Grund gegeben, diese Personen abzulehnen. Sollte sich im Wettbewerb zeigen, dass hier dennoch von Seiten der PKV kein Angebot entsteht, könnte den PKV-Unternehmen ein Kontrahierungszwang auferlegt werden, PKV-Interessierten einen den GKV-Leistungen äquivalenten Versicherungsschutz anzubieten und sie zu einem definierten (Höchst-)Beitrag, der sich an den standardisierten Prämienzahlungen orientiert, zu versichern.³⁸

Wie im Verfahren B zur Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA Abschnitt 3 erläutert, sind von der Einzugsstelle an den PKV-Versicherten (Alt- und Neukunden) die „standardisierten Prämien“ in voller Höhe zu entrichten, auch wenn der Versicherte für seine private Krankheitskostenvollversicherung beispielsweise eine **Selbstbeteiligung** gewählt hat oder keinen Zahntarif abgeschlossen hat. Die insoweit den tatsächlichen PKV-Prämienanteil für die GKV-äquivalenten Leistungen „überschüssenden“ standardisierten Prämienzahlungen stehen dem Versicherten zur Finanzierung seines verbliebenen Eigenbehalts zur Verfügung. Dies lässt sich aus dem Anspruch der PKV-Versicherten aus dem gemeinsamen Solidarausgleich aus GKV- und PKV-Versicherten, den sie über den RSA mit finanzieren, ableiten.

Für eine Einbeziehung von **Beihilfeberechtigten** in den gemeinsamen Risikostrukturausgleich aus GKV und PKV muss das bestehende Beihilferecht nicht geändert werden. Wie schon in dem Verfahren zur „Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA als Übergangslösung“ beschrieben, bleiben Beihilfeberechtigte weiterhin im Beihilfesystem. Für den nach Beihilfe verbleibenden Bedarf an Versicherungsschutz erhalten sie wie PKV-Versicherte auch standardisierte Prämienzahlungen, allerdings nur für den verbleibenden, nicht durch Beihilfe gedeckten Teil. Entsprechend haben diese Personen auch nur den anteiligen Beitragssatz (1 – Beihilfesatz) auf

³⁸ Ein solcher Kontrahierungszwang könnte analog zu dem schon für die Beamten geltenden Kontrahierungszwang umgesetzt werden. Gem. § 257 Abs. 2a Nr. 2c SGB V sind PKV-Unternehmen verpflichtet, Beihilfeberechtigten, die bei einem Wechsel in die PKV einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen und deshalb nach allgemeinen Aufnahmeregeln nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden können, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Leistungen den GKV-Leistungen entsprechen, und eine Prämie, die einen definierten Höchstbeitrag nicht überschreitet.

ihre beitragspflichtigen Einnahmen an die Einzugsstelle und damit an die gemeinsame Finanzierungsbasis zu zahlen.

Auch in Bezug auf Ihren Beihilfeteil können Beihilfeberechtigte in den RSA einbezogen werden. Einbezogen werden hier allerdings nicht die Beihilfeberechtigten selbst, sondern die Beihilfeträger, die auch jetzt die Erstattungen leisten. Das Beihilfesystem ist ein Umlagesystem außerhalb der GKV. Es ist damit, anders als die PKV, ohne besondere Modifikationen in den RSA eingliederbar: Die Beihilfeträger werden technisch den gesetzlichen Krankenkassen gleichgestellt, sie erhalten also je Risikogruppe die entsprechenden standardisierten Leistungsausgaben anteilig zum Beihilfesatz und zahlen den Ausgleichsbedarfssatz auf die beitragspflichtigen Einnahmen der Beihilfeberechtigten, wiederum anteilig zum Beihilfesatz.

4.2.4 Gestaltung des Wechsels von der PKV zur GKV im Detail

Für den Wechsel von der PKV zur GKV sieht die Gestaltung im Detail wie folgt aus:

Zum Wechselzeitpunkt wird der Gesundheitszustand des Wechslers von der PKV zur GKV vom abgebenden PKV-Unternehmen anhand der bei ihm gespeicherten Leistungsabrechnungsdaten und eines einheitlichen, den Unternehmen vorgegebenen morbiditätsorientierten Klassifikationsverfahrens bestimmt.³⁹ Für den Fall, dass wegen des Selbstbehalts oder eines Beitragsrückerstattungsanspruchs Abrechnungsunterlagen nicht vorhanden sind, wird durch eine gesonderte Stelle, z.B. den medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, eine Gesundheitsprüfung vorgenommen.

Für die Bestimmung der *vom PKV-Unternehmen an den RSA* zu entrichtenden durchschnittlichen Leistungsausgaben hat die den RSA durchführende Behörde eine Stichprobe von (GKV-)Versicherten zu bilden, die in dem Jahr nicht gewechselt sind, aber in diesem Jahr denselben Gesundheitszustand sowie Alter und Geschlecht des Wechslers aufweisen. Die Vorgehensweise ist analog zu dem oben skizzierten Verfahren der Risikozuschlagskalkulation. In den Jahren nach dem Wechsel werden für die Vergleichsgruppe die durchschnittlichen Leistungsausgaben festgestellt. Dieser Betrag ist vom abgebenden PKV-Unternehmen bis zum statistischen Lebensende der Person an die Solidargemeinschaft zu entrichten.

³⁹ Zur Funktion und Ausgestaltung morbiditätsorientierter Klassifikationsverfahren vgl. Reschke, P./ Sehlen, S. (2005), vgl. zur möglichen Anwendung im Rahmen eines morbiditätsorientierten RSA Reschke, P. / Sehlen, S. / Schiffhorst, G. / Schröder, W.F. / Lauterbach, K.W. / Wasem, J. (2005).

Die durchschnittlichen Leistungsausgaben dieser Vergleichsgruppe stellen eine besondere Art von standardisierten Leistungsausgaben dar: es sind nicht die standardisierten Leistungsausgaben, wie sie im (morbidityorientierten) RSA der GKV-Unternehmen zum aktuellen Morbiditätszustand berechnet werden, sondern es sind die „standardisierten Leistungsausgaben“ zu einem historisch festgestellten Gesundheitszustand. Finden erst nach dem Wechsel Veränderungen des Krankheitsrisikos im Vergleich zu diesem Durchschnitt statt, fallen diese Ausgabendifferenzen in die Verantwortung der aufnehmenden gesetzlichen Krankenkasse, bzw. in die Verantwortung der Solidargemeinschaft.

Für die *vom RSA an das abgebende PKV-Unternehmen* zu entrichtende Prämienzahlung werden wie oben beschrieben die berechneten „standardisierten Prämienzahlungen“ angesetzt, die der vormals PKV-Versicherte erhalten hätte, wenn er nicht zur GKV gewechselt wäre. Relevant für den eventuell zu zahlenden Risikozuschlag ist auch hier der (damalige) Gesundheitszustand zum Eintrittszeitpunkt in die PKV.

Bei einem bis zum Zeitpunkt des Wechsels genau durchschnittlichen Versicherten würden die jährlichen Zahlungen von und an das PKV-Unternehmen nach dem Wechselzeitpunkt im Saldo genau der planmäßigen Auflösung der kalkulatorischen Alterungsrückstellung entsprechen.

Erhöhen sich im Zeitverlauf die Leistungsausgaben für die GKV-Leistungen durch Preissteigerungen im Gesundheitswesen, werden die Zahlbeträge in beide Richtungen entsprechend angepasst. Erhöhen sich die Leistungsausgaben stärker als die beitragspflichtigen Einnahmen aus GKV und PKV, erhöht sich der GKV-durchschnittliche Beitragssatz und damit auch der einkommensabhängige Beitrag, den die PKV-Versicherten an die Einzugsstelle zu entrichten haben.

Diese Zahlungen zwischen PKV-Unternehmen und RSA erfolgen unabhängig vom individuellen Schicksal der Person solange, bis die Vergleichsgruppe zum Wechsler statistisch betrachtet „ausgestorben“ ist. Für das Verfahren relevant ist lediglich der historische Gesundheitszustand zum Wechselzeitpunkt, nicht der aktuelle. Ein Bestandsnachweis des Wechslers ist damit nicht erforderlich, die Person kann zu einer anderen gesetzlichen Krankenkasse oder auch wieder zurück zur PKV wechseln.

Für das Berechnungsverfahren ist es unerheblich, ob der Versicherte bereits früher einmal gewechselt hat. Ein Ex-PKV-Versicherter, der über die GKV wieder zu einem (neuen) PKV-Unternehmen wechselt, wird wie ein PKV-Neukunde behandelt, d.h. er erhält von der Einzugsstelle standardisierte Prämienzahlungen, die zu seinem nun erreichten zweiten Eintrittsalter in

die PKV und seinem jetzigen Gesundheitszustand kalkuliert sind. Mit dem höheren Eintrittsalter und einer in der Zwischenzeit eingetretenen Vorerkrankung hat die Solidargemeinschaft eine höhere standardisierte Prämienzahlung zu entrichten.

Die Berechnungen sämtlicher Transferzahlungen könnten also anders als in Verfahren A und B auf Basis von GKV-Daten durchgeführt werden; unternehmensbezogene Daten von Seiten der PKV-Unternehmen wären also nicht erforderlich. Sämtliche Beträge beziehen sich damit per se auf den Leistungsumfang der GKV. Selbstbehalte in der individuellen Krankheitskostenvollversicherung oder eine Tarifabwahl bleiben damit unberücksichtigt. Selbstbehalte werden wie in Verfahren A im Übergang zur GKV auf die Zusatzversicherung angerechnet (vgl. die in Abschnitt 2.3.2 beschriebene Vorgehensweise).

Hat sich der PKV-Versicherte bei einem Unternehmen versichert, das – gegenüber der standardisierten Kalkulation des RSA – eine nur unzureichende Kapitaldeckung vornimmt, um eine vergleichsweise niedrige Einstiegsprämie anbieten zu können, entsteht hier eine Finanzierungslücke aus Sicht der Solidargemeinschaft. Diese wird gefüllt durch teilweise Anrechnung der tatsächlich im Unternehmen auf die Zusatzbestandteile entfallenden Alterungsrückstellung, sodass hier Versicherte zur Erhaltung ihres Zusatzversicherungsschutzes einen entsprechend höheren Beitrag zu zahlen haben. Gegenüber der aus Sicht der integrierten Krankenversicherung zu erwartenden vollständigen Kapitaldeckung hat der Versicherte – zu niedrigeren Beiträgen im jüngeren Lebensalter – einen zu niedrigen Kapitalstock aufgebaut. Mit dem Wechsel in die nach dem Umlageverfahren finanzierte Krankenversicherung – im Wettbewerb zwischen GKV-Unternehmen im Umlageverfahren und PKV-Unternehmen im Kapitaldeckungsverfahren – muss die aus Sicht der integrierten Krankenversicherung standardisierte Zahlung unterstellt werden. In den Szenarien A und B wird dem Versicherten diese Belastung genommen, allerdings werden die PKV-Versicherten hier „zwangsweise“ in die nach den GKV-Bedingungen organisierte integrierte Krankenversicherung einbezogen (Szenario A) oder sie verbleiben bis zu ihrem bis zu ihrem Lebensende in der privaten Vollversicherung.

4.3 Zwei Varianten des Verfahrens: Einsatz bei Kapitaldeckung und bei pauschaler Beitragsbemessung in der GKV

Im Folgenden sollen zwei Varianten des Verfahrens erläutert werden, die für den Einsatz für zwei besondere Ausgestaltungen der gesetzlichen Krankenversicherung passgenau sind:

1. für eine gesetzliche Krankenversicherung mit Kapitaldeckung und
2. für eine gesetzliche Krankenversicherung mit pauschaler Beitragsbemessung.

4.3.1 Der Einsatz des Verfahrens bei Kapitaldeckung in der GKV

Das oben beschriebene Verfahren sieht implizit eine Kapitaldeckung in der allgemeinen Krankenversicherung vor: Jeder Wechsel von GKV zur PKV initiiert eine Kapitalbildung für einen weiteren Versicherten, die durch den gemeinsamen Solidarausgleich von PKV und GKV finanziert wird.

Das oben beschriebene Verfahren sieht zudem implizit vor, dass Versicherte, die mit ihrem erstmaligen Wechsel zur PKV einmal Kapitaldeckung gewählt haben, lebenslänglich im Kapitaldeckungsverfahren bleiben, auch wenn sie in eine gesetzliche Krankenkasse zurückkehren. Denn insoweit sich die vorhandene Alterungsrückstellung zum Wechselzeitpunkt noch im Aufbau befunden hat, wird – so sehen es die oben beschriebenen Zahlungsströme vor – auch nach dem Wechsel zur GKV durch die Solidargemeinschaft die weitere Kapitalbildung für diesen Versicherten im abgebenden PKV-Unternehmen finanziert. Eine denkbare Rückkehr in die GKV beendet also in der obigen Vorgehensweise den weiteren Kapitalaufbau nicht, er wird weitergeführt, obschon der Versicherte aus dem kapitalgedeckten System wieder ausgeschert ist.

Dieses Verfahren führt somit zu einer tendenziell zunehmenden Kapitalbildung. Insbesondere bei erweiterter Wahlfreiheit ist es bedenklich, das Ausmaß der Kapitalbildung von diesen individuellen Entscheidungen der Versicherten – ob PKV oder GKV oder wieder zurück – abhängig zu machen. Die Kapitalbildung wäre weder steuerbar noch antizipierbar.

Im Hinblick auf die Abhängigkeit des oben beschriebenen Verfahrens von individuellen Entscheidungen zum Wechsel in die PKV wäre die folgende **Variante einer kollektiven Kapitaldeckung** geeigneter: Ist eine Kapitaldeckung für die allgemeine Krankenversicherung erwünscht, sollte ein Verfahren gewählt werden, bei dem ein gleichmäßiger Aufbau des Kapitals erfolgt und das nicht abhängig ist von einer individuellen Wahlentscheidung. Dies könnte erreicht werden durch eine kollektive Rücklage der Solidargemeinschaft, z.B. in einem Sonderkonto des RSA. Um eine Verstärkung im Kapitalaufbau zu erreichen, wäre ein spürbarer Kapitalaufbau erforderlich. Dieser wäre über die Finanzkraft aller GKV- und PKV-Versicherten zu finanzieren, d.h. alle Versicherten hätten zusätzlich einen

einheitlichen Teilbeitragsbedarfssatz auf ihre beitragspflichtigen Einnahmen zu entrichten.

Aus diesem Kapitalstock könnte dann der Aufbau von Alterungsrückstellung für die PKV-Neukunden finanziert werden. Für eine gleichmäßige Kapitalbildung ist der Kapitalstock der gemeinsamen Finanzierungsbasis jeweils so anzupassen, dass durch GKV-PKV-Wechsel induzierte Schwankungen kompensiert werden.

Durch eine *Variante* zum in Abschnitt 4.2 beschriebenen Verfahrens kann verhindert werden, dass nach einem Wechsel von der PKV zur GKV **keine weitere Kapitalbildung beim abgebenden PKV-Unternehmen** mehr erfolgt:

Hierfür sind für Personen, deren Alterungsrückstellung sich zum Wechselzeitpunkt noch im Aufbau befinden, nach dem Wechselzeitpunkt anstatt der standardisierten Prämienzahlung nur die niedrigeren (altersabhängigen) standardisierten Leistungsausgaben vom RSA an das PKV-Unternehmen zu entrichten, womit zum Zeitpunkt des Wechsels der weitere Kapitalaufbau beim abgebenden Unternehmen „per Automat“ gestoppt wäre. Es kann frei festgelegt werden, ab welchem Zeitpunkt die Auflösung der vorhandenen anzurechnenden Alterungsrückstellung beginnen soll.⁴⁰

Um den Interessen der PKV-Unternehmen entgegenzukommen, empfiehlt sich eine Lösung, bei der die Auflösung möglichst spät erfolgt, sodass erst zum kalkulierten Sterbealter des Versicherten die Alterungsrückstellung beim abgebenden PKV-Unternehmen komplett aufgelöst ist.

Dazu wären die (altersabhängigen) standardisierten Leistungsausgaben an das PKV-Unternehmen solange zu entrichten, bis die kumulierten standardisierten Leistungsausgaben an das PKV-Unternehmen die kumulierten ansonsten fällig gewordenen periodenfixen standardisierten Prämienzahlungen überschreiten. Wenn die Person nicht gewechselt hätte, hätte zu diesem Zeitpunkt die kalkulatorische Alterungsrückstellung – bildlich gesprochen – in der Abbauphase wieder das Niveau erreicht, das sie zum Zeitpunkt des Wechsels gehabt hätte. Ab diesem Zeitpunkt werden von der Solidargemeinschaft anstatt der (altersabhängigen) standardisierten Leistungsausgaben die periodenfixen standardisierten Prämienzahlungen entrichtet.

⁴⁰ Dasselbe galt auch für das in Abschnitt 2.3 beschriebene Verfahren zur sofortigen Einbeziehung der PKV-Altkunden in die nach den GKV-Bedingungen gestaltete integrierte Krankenversicherung. Nach dem Übergang zur integrierten Krankenversicherung findet auch dort in der beschriebenen Ausgestaltungsvariante kein weiterer Aufbau von Kapitaldeckung mehr statt.

An der Zahlung, die das abgebende PKV-Unternehmen an die Solidargemeinschaft entrichtet, ändert sich nichts.

Im Ergebnis hängt in dieser Variante des Verfahren die Kapitalbildung nicht davon ab, wie viele Personen innerhalb ihres Lebens irgendwann einmal in der PKV waren, sondern wie viele es aktuell sind. Damit entspricht das Ausmaß der Kapitalbildung wieder der derzeitigen Regelung.

4.3.2 Der Einsatz des Verfahrens bei pauschaler Beitragsgestaltung in der GKV

In diesem Abschnitt soll erläutert werden, in welcher Weise das oben skizzierte Verfahren Anwendung finden kann, wenn – anders als oben zur Illustration gewählt – die Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung über Pauschalbeiträge gespeist wird.

In Pauschalbeitragsmodellen ist vom Grundsatz her der Krankenversicherungsbeitrag unabhängig von der ökonomischen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Um die finanzielle Belastung der Versicherten durch den zu zahlenden Pauschalbeitrag zu begrenzen, sehen sämtliche vorgeschlagenen Pauschalprämien-Modelle neben der Beitragszahlung zur Krankenversicherung einen Einkommenstransfer zur Subventionierung von Beitragszahlungen vor.

Wir gehen im Folgenden für die exemplarische Gestaltung eines Pauschalprämienmodells von einer Einkommensumverteilung über das Steuersystem aus. Im derzeitigen System ist die Familienmitversicherung ein Teil des Einkommensausgleichs der GKV insgesamt. Für ein Pauschalbeitragsmodell, bei dem der Einkommensausgleich über das Steuersystem organisiert wird, ist es konsistent, die familienfreundliche Komponente ebenfalls dort zu integrieren.

Der Beitragszuschuss in Höhe des GKV-weit durchschnittlichen Pauschalbeitrags wird nach Prüfung durch das Finanzamt vom Finanzamt direkt an diejenigen Personen entrichtet, deren Beitragszahlung ansonsten ihre ökonomische Leistungsfähigkeit überschreiten würde. Das Krankenversicherungssystem ist damit vollkommen außerhalb der Organisation der Einkommensumlage gestellt. Der eine Teil des RSA, der sich gegenwärtig aus dem Finanzkraftausgleich ergibt, wäre damit nicht mehr erforderlich.⁴¹

⁴¹ Dadurch, dass in der Krankenversicherung selbst nun keine Familienmitversicherung mehr vorgesehen ist, entfällt auch diese Notwendigkeit für einen Finanzkraftausgleich

Die Herausnahme der Einkommensumverteilung aus der GKV in das Steuersystem hebt einen Großteil der Unterschiede zwischen GKV und PKV auf: GKV- wie PKV-Unternehmen veranschlagen dann einkommensunabhängige Beiträge, wobei die Beiträge der PKV noch nach Eintrittsalter, Vorerkrankungen und Tarifumfang differieren.

Durch einen übergreifenden Risikostrukturausgleich könnten vorhandene Unterschiede in der Morbiditätsstruktur von GKV- und PKV-Versicherten ausgeglichen werden. Dies ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn, wie oben angenommen, für alle Versicherte ein Wechsel von der GKV zur PKV und zurück möglich sein soll. Über die Einbeziehung in den RSA werden Selektionseffekte an der Grenze GKV / PKV sowie an der Grenze PKV / GKV „zahlungsmäßig“ internalisiert. Als Konsequenz wäre ein Wechsel zur PKV bzw. GKV für einen Versicherten unabhängig von seiner Risikoeigenschaft gleich attraktiv. Weder GKV- noch PKV-Unternehmen erhielten durch eine vom Durchschnitt abweichende Risikostruktur Vorteile oder Nachteile im Beitragswettbewerb.

Dazu wären die Zahlungsströme für den RSA in dem oben beschriebenen Verfahren der Konzeption nach nur marginal zu verändern: GKV-Versicherte entrichten an ihre gesetzliche Krankenkasse keinen einkommensabhängigen Beitrag ($BS_{KV-Unt.} * bpE$, vgl. obige Abbildung 3) mehr, sondern den Pauschalbeitrag der Kasse ($PB_{KV-Unt.}$). An den RSA entrichten GKV-Kassen und – über die Einzugsstelle – die PKV-Versicherten nun ebenfalls einen einkommensunabhängigen Beitrag, den durchschnittlichen ausgabendeckenden Pauschalbeitrag (sog. Ausgleichsbedarfsprämie, ABP). Ansonsten verändert sich nichts an dem Verfahren.

Durch eine Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA in dieser Form ist es möglich, dass auch PKV-Versicherte, die auf der einen Seite durch die Besteuerung an der Mittelaufbringung zur Subventionierung der Pauschalbeiträge für finanzschwache GKV-Versicherte teilnehmen, im Bedarfsfalle ebenfalls in den Genuss eines adäquaten Zuschusses kommen, mit dem sie ihren privaten Krankenversicherungsbeitrag finanzieren können.

Denn der Pauschalzuschuss, den das Finanzamt an einen GKV-Versicherten entrichtet, kann erheblich von dem Beitrag abweichen, den ein PKV-

innerhalb der Krankenversicherung. Wären in der Krankenversicherung Kinder und nicht-erwerbstätige Ehepartner beitragsfrei mitversichert, wäre auch weiterhin ein (entsprechend modifizierter) Finanzkraftausgleich erforderlich, da andernfalls Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von beitragsfrei Versicherten Nachteile im Beitragswettbewerb hätten.

Versicherter für den GKV-äquivalenten Leistungsteil seiner Vollversicherung an sein PKV-Unternehmen zu entrichten hat. So ist eine Differenzierung nach Eintrittsalter, Geschlecht und bei Eintritt vorhandenen Vorerkrankungen für den vom Steuerzahler finanzierten und Finanzamt ausgezahlten Beitragszuschuss bisher per Definition nicht vorgesehen. Der vom Finanzamt ausgezahlte Beitragszuschuss „passt“ also nicht für Privatversicherte.

Das Verfahren zur Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen gemeinsamen Risikostrukturausgleich liefert die organisatorischen Voraussetzungen dafür, dass PKV-Versicherte, deren Einkommen die Belastungsgrenze unterschreiten, auch in den Genuss einer angemessenen Bezuschussung ihres Krankenversicherungsbeitrags kommen.

Dafür hat der PKV-Versicherte den Beitragszuschuss, den er vom Finanzamt erhält, an die Einzugsstelle des RSA zu entrichten (vgl. die Abbildung in Abschnitt 4.2.2). Im Gegenzug erhält er von der Einzugsstelle die adäquaten standardisierten Prämienzahlungen, die er zur Finanzierung des GKV-äquivalenten Teils seiner privaten Krankenversicherung verwenden kann.

Um die Wirtschaftlichkeitsanreize der Versicherten zu wahren, sollte der Beitragszuschuss für PKV-Versicherte wie auch der Beitragszuschuss für GKV-Versicherte nicht auf den individuell tatsächlich zu zahlenden Beitrag abstellen, sondern auf kalkulatorische Durchschnittswerte.

Unbeachtet der nur geringen Anpassung dieses Verfahrens müsste das in Abschnitt 2 beschriebene *Verfahren A* zur Einbeziehung der PKV-Altkunden und ihrer Alterungsrückstellung in die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung – wie bereits in demselben Abschnitt erläutert – nicht verändert werden. Zu übertragen sind die Auflösungsbeträge der für die integrierte Krankenversicherung relevanten Alterungsrückstellung, die im Wesentlichen auf Basis von Leistungsdaten berechnet werden. Die Beitragszahlungen zur integrierten Krankenversicherung gehen hier als Rechengröße nicht ein. Aus diesem Grund ergibt sich für das Verfahren technisch und betragsmäßig kein Unterschied, ob die Bürgerversicherung über einkommensabhängige Beiträge oder über Pauschalbeiträge finanziert wird.

4.4 Konsequenzen des Verfahrens für die Beteiligten

Auch mit diesem Verfahren ergeben sich Konsequenzen für die privaten Krankenversicherungsunternehmen, für die derzeit PKV-Versicherten, die

gesetzlich Versicherten und für die Leistungserbringer; wie nehmen hier Bezug auf die in den Abschnitten 4.2 / 4.3 beschriebene Grundform:

Die Veränderungen, die sich für die *privaten Krankenversicherungsunternehmen* im Hinblick auf ihr Kalkulationsverfahren und ihre Produktgestaltung ergeben, sind hier im Vergleich zu den Anforderungen einer entsprechend den GKV-Bedingungen gestalteten integrierten Krankenversicherung deutlich geringer: Die Unternehmen können weiterhin die im Kapitaldeckungsverfahren geführte private Vollversicherung anbieten und risikodifferenzierte Prämien kalkulieren. Durch die neu gefassten Wahlfreiheiten zwischen GKV und PKV erweitert sich der potenzielle Kundenkreis auf die gesamte Bevölkerung.

Um sicherzustellen, dass alle wechselwilligen GKV-Versicherten unabhängig von ihrer Risikoeigenschaft auch faktisch bei einem privaten Krankenversicherer einen Versicherungsschutz erhalten, könnte für die PKV-Unternehmen ein Kontrahierungszwang eingeführt werden. Hiernach werden PKV-Unternehmen verpflichtet, GKV-Versicherten einen definierten Versicherungstarif zur Abdeckung GKV-äquivalenter Leistungen zu einem definierten (Höchst-)Beitrag anzubieten, der sich an der standardisierten Prämienzahlung orientiert.

Im derzeitigen Verfahren wird prämiemindernd berücksichtigt, dass Kündiger ihre zum Kündigungszeitpunkt vorhandenen Alterungsrückstellungen an ihr altes Versichertenkollektiv verlieren, weshalb die PKV-Unternehmen die Prämie insoweit niedriger ansetzen können. Für das hier beschriebene Verfahren der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den gemeinsamen RSA unter Eröffnung der Wechselmöglichkeit von GKV zu PKV und umgekehrt, können Stornierungen in Richtung der GKV nicht mehr prämiemindernd berücksichtigt werden: Die für die GKV-äquivalenten Leistungen vorhandene Alterungsrückstellung wird ja gerade wieder der gemeinsamen Finanzierungsbasis der Krankenversicherung zugeführt. Dies hat zur Folge, dass die Unternehmen die Versicherungsprämien entsprechend anheben müssten.

Wie oben erläutert, ermöglicht das hier beschriebene Verfahren den Wechsel von der PKV zur GKV. Es ist aber nicht dafür gedacht, auch den Wechsel von einem PKV-Unternehmen zu einem anderen PKV-Unternehmen zu bewerkstelligen. Hierzu wäre zusätzlich die Beibehaltung des individuellen Tarifumfangs beim abgebenden Unternehmen zu gewährleisten.

Zwar ermöglicht das hier beschriebene Verfahren den Wechsel zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen über den Umweg der GKV, die gegenüber dem abgebenden PKV-Unternehmen vorhanden An-

sprüche für die Zusatzteile gegenüber den GKV-Leistungen werden jedoch nicht mitübertragen. Um allerdings den Wechsel PKV-GKV nicht zu behindern, muss gesichert sein, dass der Versicherte den Zusatzteil beim abgebenden PKV-Unternehmen fortführen kann.

Anders als heute haben mit der Einbeziehung der PKV-Versicherten Beitragsanpassungen in der PKV bezogen auf den GKV-äquivalenten Teil eine Gegenfinanzierung, die durch die Solidargemeinschaft aufgebracht wird: Die von der Einzugsstelle an den PKV-Versicherten entrichteten „standardisierten Prämienzahlungen“ erhöhen sich bei Preissteigerungen im Gesundheitswesen. Damit wird die Problematik der finanziellen Belastung von privat Krankenversicherten aus hohen Beitragszahlungen im Alter abgemildert.

Für die Mitglieder der **gesetzlichen Krankenversicherung**, insbesondere für die Pflichtmitglieder ergibt sich als erweiterte Wahlmöglichkeit, neben unterschiedlichen gesetzlichen Krankenkassen nun auch zur PKV zu wechseln. Personen, die aufgrund ausgabenträchtiger Vorerkrankungen bisher eine PKV-Prämie nicht bereit waren zu finanzieren, erhalten nun den erforderlichen Risikozuschlag aus solidarischer Finanzierung.

Weil GKV-Versicherte nach ihrem Übertritt zur privaten Vollversicherung weiterhin in den GKV-PKV-übergreifenden Risikostrukturausgleich einbezogen sind, wird dem System durch PKV-Wechsel keine Finanzkraft mehr vorenthalten. Da für die Berechnung der Zahlungsströme „Risikozuschlag“ und „Auflösungsbeträge der Alterungsrückstellung“ die Versichertenmorbidity berücksichtigt wird, wirkt sich eine Negativselektion nicht aus.

In Folge der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA wird die Kapitalbildung in der PKV für den Leistungsteil der GKV-äquivalenten Leistungen über den gemeinsamen Solidarausgleich finanziert. Wenn Versicherte die PKV und damit das Kapitaldeckungsverfahren wählen, sind also die erforderlichen Mittel über einen höheren Beitragssatz aufzubringen. Das Umlageverfahren der GKV wird dann aber von den PKV-Versicherten nicht mehr belastet. Finanziell gesehen ist dies mit der heutigen Situation vergleichbar: Wenn heute ein junger Versicherter aus der GKV zur PKV wechselt, so müssen die Mittel, die er ansonsten in die Generationenumverteilung der GKV entrichtet hätte, durch die verbleibenden GKV-Versicherten ersetzt werden.

Für einkommensstarke **PKV-Versicherte** werden sich wie in den anderen Verfahren auch die Kosten des Krankenversicherungsschutzes erhöhen, weil sie nun auch über den RSA einen Beitrag zum übergreifenden Solidarausgleich leisten müssen. Zu erwarten ist wiederum, dass aus diesem Grund

ein Teil der PKV-Vollversicherten ihren Versicherungsschutz abstocken wird. Die PKV-Versicherten hätten die uneingeschränkte Möglichkeit, zu einer gesetzlichen Krankenkasse zu wechseln, nicht aber zu einem anderen PKV-Unternehmen. Das oben beschriebene Verfahren greift – wie oben erläutert – bei einem (direkten) Wechsel von PKV zu PKV nicht.

Wie in dem vorhergehenden Verfahren auch erhalten die **Leistungserbringer** weiterhin die Vergütung aus „privatärztlicher Behandlung“, insoweit die privat Krankenversicherten ihren Vollversicherungsschutz nicht abstocken und ggf. sogar verstärkt, insoweit sich der PKV-Neuzugang für die höheren Leistungen der privaten Vollversicherung entschließt.

5 Die Verfahren in der Zusammenschau

Es sind viele Möglichkeiten der Ausgestaltung einer integrierten Krankenversicherung denkbar, die den Prämissen „Beteiligung aller Versicherten entsprechend ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit“ und „freier Wechsel zwischen GKV und PKV für alle Versicherten“ genügen.

In diesem Vorhaben wurden mehrere Varianten für ein übergreifendes Krankenversicherungssystem entwickelt, mit denen eine sofortige Integration der PKV-Versicherten möglich ist. Denkbar ist die Einbeziehung der PKV-Versicherten in einen Tarif der integrierten Krankenversicherung, der nach den Bedingungen der GKV gestaltet ist, nach dem Kalkulationsverfahren der PKV (risikodifferenzierte Prämien und Kapitaldeckung) kalkulierte Krankheitskostenvollversicherungen wären hier nicht mehr möglich. Denkbar ist aber auch – auf der anderen Seite des Spektrums – eine integrierte Krankenversicherung, die das Nebeneinander der Kalkulationsweisen von GKV und PKV belässt.

Gegenüber früheren Arbeiten sind durch Vorarbeiten zur Morbiditätsorientierung des RSA in der GKV nunmehr passgenaue Instrumente verfügbar, die die in diesem Beitrag vorgestellten Konzepte ermöglicht haben.

Maßgabe der Ausgestaltung der Verfahren war, dass die erworbenen Ansprüche der PKV-Versicherten bei ihrer Einbeziehung in eine wie auch immer gestaltete integrierte Krankenversicherung bewahrt werden. Ein Verfahren ermöglicht die Beibehaltung der Krankheitskostenversicherung nach dem Kalkulationsverfahren der PKV (risikodifferenzierte Prämien und Kapitaldeckung). Rein organisatorisch würde sich hier nichts ändern, allerdings hätten hier komplexere Zahlungsströme zu erfolgen als wenn alle Krankenversicherer nach einheitlichem Beitrags- und Finanzierungsverfahren wirtschaften würden.

Wir haben drei Möglichkeiten aufgezeigt und jeweils ein konsistentes Verfahren formuliert. Die Verfahren stellen jeweils sicher, dass die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in geeigneter Weise bewahrt werden. Gleichzeitig werden finanzielle Belastungen der Solidargemeinschaft aus weiteren Abwanderungsverlusten an der Grenze GKV zur PKV ausgeschlossen.

Die Lösungsvorschläge basieren in ihrem Kern auf folgendem Konzept:

- Der private Krankenvollversicherungsvertrag umfasst (virtuell) zwei Leistungskomponenten: die Leistungen, die dem jeweiligen Tarif der GKV entsprechen, und die Leistungen, die über diesen Tarif hinausgehen (Zusatzversicherung). Für beide Komponenten wurden insgesamt über Beitragszahlungen Alterungsrückstellungen gebildet.
- Die Einbeziehung in eine integrierte Krankenversicherung betrifft allein die erste Leistungskomponente, der Versicherungsschutz für die Zusatzleistungen bleibt unangetastet, d. h. die Versicherten können ihn zu unveränderten Beitragsbedingungen weiterversichern.
- Ab ihrer Einbeziehung in die integrierte Krankenversicherung haben auch die PKV-Versicherten vom Grundsatz her einen Beitrag nach den Regeln der integrierten Krankenversicherung zu entrichten. So werden alle Versicherten entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit an der Finanzierung der integrierten Krankenversicherung beteiligt, und zwar unabhängig davon, ob die Finanzierung weiterhin über einkommensabhängige oder aber über pauschale Beiträge erfolgt.
- Im Gegenzug erhalten PKV-Versicherte einen Beitragszuschuss zu ihrer privaten Vollversicherung für sich und die nicht-erwerbstätigen Familienangehörigen, berechnet für den Teil der GKV-äquivalenten Leistungen. Zudem erhalten sie entsprechende Zuschüsse für Risikozuschläge, die die PKV-Unternehmen erheben, wenn zum Zeitpunkt des Eintritts in die PKV Vorerkrankungen vorliegen.

Alle Verfahren sehen vom Grundsatz her vor, dass die in den PKV-Unternehmen vorhandenen Alterungsrückstellungen – wie jetzt auch – solange beim PKV-Unternehmen verbleiben, bis sie sukzessive zur Deckung der Ausgaben aufgelöst werden.

Im Folgenden erfolgt eine Zusammenschau der drei Szenarien einer integrierten Krankenversicherung (A bis C), zu denen wir jeweils Verfahren der Einbeziehung der PKV-Versicherten entwickelt haben:

- A. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung nach den Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen der GKV –
Sofortige Einbeziehung derzeit privat Krankenversicherter in den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung unter Anrechnung der auf die GKV-äquivalenten Leistungen entfallenden Alterungsrückstellung:

In diesem Szenario ist das Angebot der privaten Krankheitskostenvollversicherung, die nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu risikogerechten Prämien kalkuliert wird, nicht mehr möglich, nur die nach PKV-

Prinzipien kalkulierten Zusatzversicherungen werden weiterhin Absatz finden. Die PKV-Versicherten werden in den nach dem Umlageverfahren finanzierten Tarif der integrierten Krankenversicherung einbezogen.

Das relativ einfach gestaltete Verfahren ermöglicht die Eingliederung der PKV-Versicherten in eine gemeinsame Generationenumlage mit den GKV-Versicherten. In der Konsequenz würden die PKV-Unternehmen in Neuverträgen Alterungsrückstellungen nur noch für die Zusatzversicherungsbestandteile bilden. Die auf die GKV-äquivalenten Leistungen anrechenbaren Alterungsrückstellungen würden hierbei – nach ihrer kalkulierten Auflösung – in eine kollektive Kapitalreserve überführt werden und bis dahin unter treuhänderischer Verwaltung der PKV-Unternehmen stehen. Durch die gemeinsame Finanzierung aller Versicherten könnte dieser zweite Kapitalstock weiter aufgebaut werden.

In einem gesonderten juristischen Gutachten von Karl-Jürgen Bieback (Universität Hamburg) wird gezeigt, dass das Konzept zur Anrechnung der Alterungsrückstellungen der PKV-Altkunden für eine integrierte Krankenversicherung die Grundrechte der Privatversicherten nicht berührt und im Einklang steht mit den Grundrechten der Versicherungsunternehmen.

- B. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung nach den Finanzierungs-, Beitrags- und Leistungsbedingungen der GKV – Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den RSA in einer mit der Kalkulationslogik der PKV kompatiblen Weise als Übergangslösung:

Das Verfahren stellt eine denkbare Rückfallposition für Szenario A dar. Hier wird in einem Übergang hin zur einer nach den Bedingungen der GKV ausgestalteten integrierten Krankenversicherung nicht in die bestehenden Vertragsverhältnisse der PKV-Altversicherten und PKV-Unternehmen eingegriffen. Die PKV-Altkunden bleiben also weiterhin in ihrer privaten Vollversicherung, ein Wechsel in die nach den GKV-Bedingungen gestaltete integrierte Krankenversicherung ist für sie nicht möglich. Der Übergang ist dann beendet, wenn alle PKV-Altkunden verstorben sind. Erst dann wird eine integrierte Krankenversicherung, die auch der Prämisse „freier Wechsel zwischen GKV und PKV für alle Versicherten“ genügt, erreicht.

In der Phase des Übergangs werden die PKV-Altversicherten ersatzweise, wie die anderen Versicherten der integrierten Krankenversicherung auch, in den Risikostrukturausgleich einbezogen, sodass auch in Bezug

auf die PKV-Altkunden der Prämisse „Beteiligung entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ entsprochen wird. Die Zahlungen des RSA werden nach den Methoden der PKV für ein Kapitaldeckungsverfahren berechnet. In der Bestimmung der RSA-Zahlung an die PKV-Altkunden wird berücksichtigt, dass bereits (außerhalb der GKV aufgebaute) Rücklagen in der PKV vorhanden sind. Damit ist das Verfahren kompatibel mit dem Kapitaldeckungsverfahren und den risikodifferenzierten Prämien der privaten Krankenversicherung und es stellt ebenfalls sicher, dass die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in Bezug auf ihre Zusatzleistungen gewahrt bleiben.

Für PKV-Unternehmen wie PKV-Versicherte ändert sich nur wenig gegenüber der Möglichkeit A „Sofortige Einbeziehung der PKV-Altkunden in den nach den Bedingungen der GKV ausgestalteten Tarif der integrierten Krankenversicherung“. So hätten die PKV-Unternehmen für potentielle Neukunden auch hier den „Tarif“ der integrierten Krankenversicherung anzubieten, für den die gleichen Bedingungen wie für gesetzliche Krankenkassen gelten. Mit ihrer Einbeziehung in den RSA werden PKV-Altversicherte finanziell gesehen ähnlich gestellt wie im Szenario A: Sie sind Teil der Solidargemeinschaft und haben hierfür wie die anderen Versicherten der integrierten Krankenversicherung einen einkommensabhängigen Beitrag zu entrichten.

Zum Zeitpunkt der Einbeziehung der PKV-Altkunden in den RSA ergäbe sich ein ähnlicher Beitragseffekt wie bei der sofortigen Einbeziehung aller PKV-Versicherten in die nach den Bedingungen der GKV ausgestaltete integrierte Krankenversicherung. Ein Unterschied ergibt sich allein dadurch, dass die RSA-Zahlungen für ein Kapitaldeckungsverfahren anders kalkuliert sind als die standardisierten Leistungsausgaben im Umlageverfahren A.

- C. Gestaltung der integrierten Krankenversicherung unter Beibehaltung der Kalkulationsprinzipien der PKV
Einbeziehung der PKV-Alt- und PKV-Neukunden in einen gemeinsamen RSA unter Beibehaltung der Kapitaldeckung in der PKV auch für Neuverträge:

Mit den beiden obigen Verfahren haben wir bereits das Instrumentarium entwickelt, mit dem wir auch diese dritte Möglichkeit der Einbindung von PKV-Versicherten in eine integrierte Krankenversicherung konstruieren können. Vom Grundsatz her ist das Verfahren der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den RSA relativ einfach gestaltbar, die Lösung entspricht im Wesentlichen dem bereits vorgestellten Verfahren B.

Entsprechend den Prämissen einer integrierten Krankenversicherung „Beteiligung entsprechend der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ und „freier Wechsel zwischen GKV und PKV“ haben wir das Verfahren so formuliert, dass ein Wechsel zwischen GKV und PKV in beiden Richtungen möglich ist. Die Risikoeigenschaft eines Versicherten soll hierbei nicht von Vor- oder Nachteil sein. Im Verfahren A wird dies durch das gegenwärtige Instrument des (morbiditätsorientierten) RSA gewährleistet, in diesem Verfahren C sind dafür noch risikoorientierte Zahlungsströme definiert worden.

Dieses Verfahren ist damit kompatibel mit dem Kapitaldeckungsverfahren der privaten Krankenversicherung und es stellt sicher, dass bei einem Wechsel von der PKV zur GKV die Ansprüche der derzeit PKV-Versicherten in Bezug auf ihre Zusatzleistungen gewahrt bleiben. Das Verfahren stellt außerdem sicher, dass sich Selektionseffekte durch Unternehmenswechsel an der Grenze GKV / PKV und an der Grenze PKV / GKV nicht finanziell auswirken.

Das beschriebene Verfahren kann auch angewendet werden, wenn für den einkommensabhängigen Beitrag in der GKV ein Pauschalbeitrag eingeführt wird. Zur Subventionierung von Beitragszahlungen würde eine ergänzende Einkommensumlage – in unserem Beispiel – über das Steuersystem vorgenommen werden. Auch bei pauschaler Beitragsgestaltung in der GKV würde das Verfahren sicherstellen, dass Selektionseffekte durch Wechsel zwischen GKV und PKV in geeigneter Weise internalisiert werden. Zudem wird es durch diese Form der Einbeziehung der PKV-Versicherten in den gemeinsamen RSA möglich, dass auch PKV-Versicherte, die auf der einen Seite durch die Besteuerung an der Mittelaufbringung zur Subventionierung der Pauschalbeiträge für finanzschwache GKV-Versicherte teilnehmen, auf der anderen Seite – im Bedarfsfall – ebenfalls in den Genuss einer Beitragssubventionierung kommen können.

Auch die Einführung eines Kapitaldeckungsverfahrens für die GKV wäre mit diesem Verfahren kompatibel. So sieht es schon implizit eine Kapitaldeckung im Gesamtsystem vor: Jeder Wechsel von der GKV zur PKV initiiert eine Kapitaldeckung für einen weiteren Versicherten, die durch den gemeinsamen Solidarausgleich von PKV und GKV finanziert wird.

In allen Szenarien (A bis C) haben alle Versicherten der GKV und der PKV einen einheitlichen vom Einkommen abhängigen Solidarbeitrag zur Finanzierung einer Krankenversicherung zum Niveau der GKV zu finanzieren. Der bisher gegebene Unterschied, dass PKV-Versicherte hiervon ausgenommen sind, wird aufgehoben. Durch Einbeziehung in einen übergreifenden RSA würden auch die wettbewerblichen Vorteile der PKV durch die bessere Risikostruktur ihrer Versicherten aufgehoben werden.

Anders als A) ermöglicht C) die Beibehaltung zweier unterschiedlich gestalteter Krankenversicherungsangebote von GKV und PKV. Unter den Bedingungen eines solchen Verfahrens C erscheint es aber – anders als in dem heutigen System – vom Grundsatz her möglich, ähnliche Startbedingungen für einen „fairen“ Wettbewerb zu erhalten:

So wird in Verfahren C der Aufbau einer Kapitaldeckung in der PKV bezogen auf die GKV-äquivalenten Leistungen finanziert von der Solidargemeinschaft insgesamt und nicht (nur) von den PKV-Versicherten. Aus den Unterschieden im Finanzierungsverfahren (Kapitaldeckung versus Umlage) können also für den Einzelnen keine systematischen Beitragsunterschiede zwischen GKV- und PKV-Unternehmen mehr resultieren.

Für vergleichbare Rahmenbedingungen wären natürlich noch weitere Regelungen zu treffen, die zu einer Angleichung führen. Darunter fällt z.B., dass neben PKV-Unternehmen auch GKV-Unternehmen Zusatzversicherungen anbieten dürfen etc.

Juristisch wäre vor der Einführung des Verfahrens zu prüfen, ob nicht in dieser Konstellation, in der die Alterungsrückstellung für die GKV-äquivalenten Leistungen von der Solidargemeinschaft aus GKV *und* PKV-Versicherten finanziert werden, die Übertragung der Alterungsrückstellung für den direkten Wechsel zwischen PKV-Unternehmen gefordert werden muss. Denn das Verfallen der Alterungsrückstellung im Zuge des Unternehmenswechsels von PKV nach PKV bedeutet einen Verlust von solidarisch finanziertem Kapital.⁴²⁻⁴³

42 Zwar ergeben sich durch die kalkulatorische Berücksichtigung von „stornierten“ Alterungsrückstellungen auch niedrigere standardisierte Prämienzahlungen, die – solidarisch finanziert – über die Einzugsstelle an PKV-Versicherte gezahlt werden. Hier ist jedoch nur ein pauschaler Ansatz von Stornoquoten möglich. Über die einkalkulierte Stornoquote hinausgehende Kündigungen aus einzelnen PKV-Unternehmen heraus bleiben damit unberücksichtigt.

43 Die Alterungsrückstellung, die auf die Zusatzanteile der Vollversicherung gegenüber dem GKV-Schutz entfällt, wird in dem hier vorgestellten Verfahren nicht solidarisch, sondern individuell finanziert. Die Behandlung dieser auf die Zusatzleistungen entfallen-

Aus den hier vorgestellten Verfahrenstechniken ließen sich auch Vorgehensweisen für etwas andere Ausgestaltungen der Beziehungen zwischen privaten und gesetzlichen Versicherungsunternehmen im Kontext einer wie auch immer gestalteten integrierten Krankenversicherung konstruieren.

den Alterungsrückstellung im Rahmen des Unternehmenswechsels wirft daher vermutlich eine etwas andere juristische Fragestellung auf.

Verzeichnisse

Abbildungen

- Abbildung 1: Anrechnung der „AR-GKV“ für die Generationenumlage der integrierten Krankenversicherung..... 99
- Abbildung 2: Einbeziehung der derzeit PKV-Versicherten in den RSA 110
- Abbildung 3: Einbeziehung von PKV-Neu- und PKV-Altkunden in den RSA bei Wechselmöglichkeit zwischen GKV und PKV 127

Literatur

- Bohm, Steffen; Jacobs, Klaus; Reschke, Peter (1996): Notwendigkeit und Möglichkeiten eines Umbaus der Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Konzeptionelle und empirische Analysen in wettbewerblicher Perspektive, Düsseldorf.
- Bieback, Karl-Jürgen (2005): Die Einbeziehung der Alterungsrückstellungen der PKV in die erweiterte GKV – Rechtsgutachten zur Verwendung der Alterungsrückstellungen in einem Bürgerversicherungsmodell, Teil dieses Berichts.
- Langer, Bernhard; Mamberger, Florian; Pfaff, Anita B.; Pfaff, Martin; Freund, Florian; Rindsfüßer, Christian (2004): Beitragseffekte bei sofortiger Einführung einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, H.9-10, S. 44-50.
- Pfaff, Martin (1995): Funktionsfähiger Wettbewerb innerhalb und zwischen den gesetzlichen und privaten Krankenkassen: Einige Anmerkungen zur laufenden Diskussion, in: Arbeit- und Sozialpolitik, 49. Jg., S. 41-46.
- Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie (2005): Methoden der Morbiditätsadjustierung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, H.1/2, S. 10-19.
- Reschke, Peter; Sehlen, Stephanie; Schiffhorst, Guido; Schröder, Wilhelm F.; Lauterbach, Karl W.; Wasem, Jürgen (2005): Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Endbericht. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Schriftenreihe des BMGS, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

- Rürup-Kommission (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, herausgegeben vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). Erfolge im Ausland, Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05.
- Schräder, Wilhelm F.; Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen (2004): Gesetzliche Krankenversicherung für alle Bürger. Probleme des Übergangs bei seiner Einführung, in: Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung – Wie das Gesundheitssystem solidarischer finanziert werden kann, Hamburg: VSA-Verlag, S. 64-77.
- Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen, Reschke, Peter (2006): Privat Krankenversicherte und Risikostrukturausgleich – Zur Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, H.1/2, S. 54-64.
- Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen, Reschke, Peter (2005): Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung. Zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, H.5/6, S. 52-61.
- Sehlen, Stephanie, Schröder, Wilhelm F.; Schiffhorst, Guido (2004): Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell. Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, 2004 (www.gruene-partei.de).
- Wasem, Jürgen; Gress, Stefan (2004): Zur Integration der Privaten Krankenversicherung in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung – Wie das Gesundheitssystem solidarischer finanziert werden kann, Hamburg: VSA-Verlag, S. 78-84.

Die Einbeziehung der Alterungsrückstellungen der PKV in die erweiterte GKV - Rechtsgutachten zur Verwendung der Alterungsrückstellungen in einem Bürgerversicherungsmodell

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback

unter Mitarbeit von

Judith Brockmann und Antje Goertz, Universität Hamburg

Inhalt

A	Einleitung und Fragestellung.....	154
A.I	Anlass: Analyse der Durchführung von Modellen der „Bürgerversicherung“	154
A.II	Besondere Bedeutung der Alterungsrückstellungen.....	155
A.III	Gegenstand der Untersuchung	156
B	Kompetenzen zur Einführung der Sonderregelungen hinsichtlich der Altersrückstellungen.....	158
B.I	Annexregelungen zur Einführung der Bürgerversicherung.....	158
B.II	Kompetenz zur Regelung der „Auflösungszahlungen“ der PKV an die GKV-Bürgerversicherung	158
B.II.1.	Besondere Kompetenz zur Regelung der „Auflösungszahlungen“	159
B.II.2.	Umfang der Finanzierungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG	160
C	Eingriff in die Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 GG)	162
C.I	Die Alterungsrückstellung als Eigentumsposition der Versicherungsnehmer.....	162
C.I.1.	Funktion und Berechnung der Alterungsrückstellungen	163

C.I.2.	Die geschützten Vermögensrechte während des Ansparvorgangs der Alterungsrückstellung	164
C.I.3.	Die geschützten Vermögensrechte bei Auflösung der Alterungsrückstellung	180
C.I.4.	Ergebnis zum ersten Abschnitt	180
C.II	Die Alterungsrückstellungen als Eigentumsposition der Versicherer	180
C.II.1.	Treuhandeigentum	181
C.II.2.	Rückstellungen als Teil des Vermögens versus Sondervermögen zur Sicherung zukünftiger „Auflösungszahlungen“	181
C.II.3.	Ergebnis zum zweiten Abschnitt	183
C.III	Sonstige eigentumsgrundrechtlich geschützten Rechtspositionen	184
C.III.1.	Rechtspositionen auf Seiten der Versicherungsnehmer.....	184
C.III.2.	Rechtspositionen auf Seiten der Versicherungsgeber.....	185
C.III.3.	Ergebnis zum Abschnitt III	185
C.IV	Eingriff in von Art. 14 geschützte Rechtspositionen	186
C.IV.1.	Die Rechte der Privatversicherten	186
C.IV.2.	Die Versicherungsunternehmen.....	196
C.V	Rechtfertigung der Eingriffe in Art. 14 GG.....	200
C.V.1.	Versicherungsnehmer der PKV	200
C.V.2.	PKV-Unternehmen.....	206
D	Art. 3 GG: Besondere Anforderungen an die Zulässigkeit der „Auflösungszahlungen“	208
D.I	Besondere Anforderungen an Sonderabgaben.....	209
D.I.1.	Allgemeine Anforderungen an nichtsteuerliche Abgaben / Sonderabgaben	209
D.I.2.	„Auflösungszahlungen“ als gerechtfertigte nichtsteuerliche Abgaben	210
D.II	Mildere Anforderungen an fremdnützige Ausgleichsabgaben.....	211

E	Zusammenfassung.....	213
F	Empfehlungen.....	218
G	Literaturverzeichnis	219

A Einleitung und Fragestellung

Erbeten wird ein Rechtsgutachten zu der Frage, ob das Konzept des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) zur Einführung einer Bürgerversicherung und in diesem Rahmen zur Verwendung der in der privaten Krankenversicherung angesparten Alterungsrückstellungen für die Finanzierung der Bürgerversicherung mit der Verfassung, insbesondere dem Schutz der Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 GG) vereinbar ist.

A.I Anlass: Analyse der Durchführung von Modellen der „Bürgerversicherung“

In der gegenwärtigen politischen Diskussion um eine grundlegende Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurden vor allem zwei Modelle entwickelt, die Kopfpauschale und die Bürgerversicherung. Beide sind von der Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ („Rürup-Kommission“) 2003 alternativ vorgeschlagen worden.¹

Mitarbeiter des Forschungsinstituts „IGES“ erarbeiteten für die Variante „Bürgerversicherung“ unter anderem Umsetzungsmodi und Lösungsvorschläge zu Fragen des Übergangs in eine umfassende Bürgerversicherung unter sofortiger Einbeziehung aller derzeit PKV-Versicherten in die Bürgerversicherung. Vgl. dazu das Verfahren zur Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung, das in diesem Bericht von Sehlen / Hofmann / Reschke in Abschnitt 2 beschrieben wird.² Ziel ist die Einrichtung eines Modells der „Bürgerversicherung“, bei dem sowohl Träger der GKV wie Unternehmen der Privaten Krankenversicherung (PKV) ein einheitliches Leistungsspektrum, den „Bürgerversicherungstarif“, im Wettbewerb untereinander allen Mitgliedern der „Bürgerversicherung“ anbieten.³ Darüber hinaus bleibt die Möglichkeiten bestehen, über den „Bürgerversicherungstarif“ hinaus für zusätzliche Leistungen Zusatzversicherungen in der PKV abzuschließen. Die bisher in der PKV Versi-

1 BMGS (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme („Rürup-Kommission“), 2003, S. 147 ff.

2 Vgl. auch den aktuellen Beitrag Sehlen / Hofmann / Reschke, G+S., 52ff.

3 Die Grundzüge des Verfahrens gehen zurück auf Schröder / Sehlen / Hofmann, Reformation Bürgerversicherung, 64ff.

cherten sollen in einem Schritt in die „Bürgerversicherung“ überführt werden.⁴

Damit ist abzusehen, dass die meisten neuen Pflichtversicherten ihre alten Verträge mit der PKV nicht aufrecht erhalten werden, da sie dann für ein und denselben Versicherungsschutz für die Leistungen des „Bürgerversicherungstarifs“ doppelt versichert wären und Beiträge zahlen müssten.

A.II Besondere Bedeutung der Alterungsrückstellungen

Eine wichtige Rolle spielen hierbei die Alterungsrückstellungen in der PKV. Die §§ 12 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG) i.V.m. § 341f des Handelsgesetzbuchs schreiben zwingend vor, dass ein Teil des Beitrags zur sog. substitutiven privaten Krankenversicherung, d.h. eine privaten Krankenversicherung, die der GKV zumindest teilweise entspricht und sie ersetzen kann,⁵ ein Teil des Beitrags für die Bildung einer Alterungsrückstellung zu verwenden ist. Diese Alterungsrückstellungen müssen so kalkuliert sein, dass die PKV-Unternehmen nicht gezwungen werden, die an sich risikoadäquaten Beiträge im Alter zu erhöhen; die Alterungsrückstellungen müssen also gesondert das Risiko abdecken, dass im Alter natürlicherweise die durchschnittlichen Gesundheitskosten pro Mitglied steigen und damit gegenüber der jeweiligen Durchschnittsprämie eine höhere Prämie zu erheben wäre.⁶ Der Versicherer darf also die Prämie nicht aufgrund des Alterungsprozesses erhöhen (§ 178g VVG i.V.m. §§ 12 ff. VAG).

In dem Umlageverfahren der Bürgerversicherung sind Alterungsrückstellungen dagegen obsolet⁷, denn die Beiträge wären nicht risiko-, sondern einkommensabhängig erhoben („sozialer Risikoausgleich“)⁸ und zwischen allen Versicherungsträgern (öffentlich-rechtlichen wie privaten) der „Bürgerversicherung“ wird, wie jetzt schon in der GKV (§ 266 ff. SGB V), ein Risikostrukturausgleich durchgeführt, der u.a. auch wie schon jetzt die ungleiche Verteilung der älteren Versicherten zwischen den einzelnen Versi-

4 Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6 (7).

5 Vgl. BT-Drs. 1276959 S. 60 zu § 12 Abs. 1 S. 1 VAG; Art. 54 der 3. Schadensversicherungsrichtlinie 92/49 (EWG) v. 18.6.1992.

6 Jahresgutachten 2004/05 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucks. 15 / 4300, 393.

7 Die Rücklagen nach §§ 261 f. SGB V dienen gemäß § 82 SGB IV der Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und sind Teil des Umlageverfahrens. Hier wird demnach kein versteckter Kapitalstock gebildet.

8 Zu ihm als der wichtigsten und allgemeinsten Form des sozialen Ausgleichs in der Sozialversicherung vgl. Bieback, Bürgerversicherung 2005, S. 43 ff.

cherungsträgern ausgleicht.⁹

A.III Gegenstand der Untersuchung

Das hier zu prüfende Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ (gemäß Sehlen / Hofmann / Reschke in diesem Bericht) sieht vor, den Teil der Alterungsrückstellungen, der jenen Risiko- und Leistungsteil abdecken soll, der dem Leistungsumfang der allgemeinen Krankenversicherung, dem „Bürgerversicherungstarif“ entspricht, für die Finanzierung der allgemeinen Krankenversicherung durch die „Bürgerversicherung zu verwenden. Bis zu seiner kalkulierten (periodischen) Auflösung wird dieser Teil der Alterungsrückstellung von dem PKV-Unternehmen „treuhänderisch verwaltet“. Der Auflösungsbetrag wird der Finanzierungsbasis der allgemeinen Krankenversicherung zugeführt („Auflösungszahlungen“), indem er in den Risikostrukturausgleich eingeht, der gerade auch die altersbedingten erhöhten Leistungsaufwendungen ausgleichen soll. Der andere Teil der Alterungsrückstellung verbleibt den PKV-Unternehmen und steht (weiterhin) zur Finanzierung von Mehrleistungen in (privaten) Zusatzversicherungen zur Verfügung. Unter Anrechnung dieses Teils könnten PKV-Altversicherte ihren bisherigen Leistungsumfang zu alten Bedingungen (Alter und Gesundheitszustand bei Eintritt in die PKV) über eine Zusatzversicherung weiter versichern.¹⁰

Das Gutachten soll die Frage untersuchen,

ob durch dieses Verfahren die Interessen der ehemals privat Krankenversicherten in juristischer, insbesondere in verfassungsrechtlicher Hinsicht hinreichend gewahrt werden.

Dafür sind zwei Komplexe zu untersuchen:

1. Der Einbezug, die Umwidmung und „treuhänderische“ Verwaltung der Alterungsrückstellungen durch die PKV-Unternehmen für Zwecke der „Bürgerversicherung“ und
2. die Verpflichtung der PKV-Unternehmen zu „Auflösungszahlungen“ an die GKV-„Bürgerversicherung“.

Für die Beurteilung des ersten Aspekts ist allerdings die Art und Weise des Einbezugs der Alterungsrückstellungen in die GKV-„Bürgerversicherung“ noch nicht ganz klar. Soweit von einer „treuhänderischen“ Verwaltung der Alterungsrückstellungen durch die PKV-Unternehmen gesprochen wird,

⁹ Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6 (10).

¹⁰ Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6 (10 f.).

setzt dies voraus, dass Vermögenswerte von den PKV-Unternehmen an die GKV-„Bürgerversicherung“ übertragen worden wären. Dann wäre die GKV-„Bürgerversicherung“ Eigentümerin dieser Werte und könnte sie wiederum den PKV-Unternehmen zur treuhänderischen Verwaltung rückübertragen/belassen. Eine solche Übertragung wäre aber ein gravierender Eingriff in das Eigentum der PKV-Unternehmen; dies wird im Folgenden zu erörtern sein.

Für die Ziele des Konzepts zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung“ (gemäß Sehlen / Hofmann / Reschke in diesem Bericht) kommt es vor allem auf die späteren „Auflösungszahlungen“ an. Denn sie sollen die „Alterslast“ jener neuen Mitglieder der GKV-„Bürgerversicherung“ finanzieren, die in ihrer Jugend noch keine Mitglieder in der GKV waren und zu dieser Zeit noch nicht zum sozialen Risikoausgleich und dem in ihm eingeschlossenen sozialen Ausgleich zwischen den Generationen beigetragen haben. Zur Absicherung dieses Zieles dürfte es ausreichen, wenn die zukünftige Zahlungsfähigkeit und die zukünftigen Zahlungsverpflichtungen sichergestellt werden. Dazu ist nicht unbedingt eine Übertragung von Vermögenswerten an die GKV-„Bürgerversicherung“ notwendig. Vielmehr reicht es aus, die Zahlungsverpflichtung auf der Basis der nach dem Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung“ vorgenommenen Zweiteilung der Alterungsrückstellungen festzustellen und z. B. über die Versicherungsaufsicht die Zahlungsfähigkeit zu kontrollieren. Deshalb kommt der Auferlegung der Zahlungsverpflichtung – der 2. Aspekt - eine eigenständige Bedeutung zu. Dieser Aspekt wird deshalb auch besonders untersucht (unten D).

Die dieser Untersuchung vorgeschaltete Frage, ob die Erweiterung der GKV hin zu einer GKV-„Bürgerversicherung“ verfassungsgemäß ist in Bezug auf die beiden wichtigsten Aspekte,

- Erweiterung der Mitgliedschaft und
- Beeinträchtigung der beruflichen Betätigung der PKV-Unternehmen,

ist anderorts intensiv untersucht worden.¹¹ Basis der weiteren Untersuchung ist hier die verfassungsrechtliche Zulässigkeit des Vorhabens „Bürgerversicherung“.

11 Bieback, Bürgerversicherung 2005, S. 66 ff. und 107 ff. sowie Muckel, Reformvorschläge, SGB 2004, 583 ff. und 670 ff.

B Kompetenzen zur Einführung der Sonderregelungen hinsichtlich der Altersrückstellungen

B.I Annexregelungen zur Einführung der Bürgerversicherung

Kompetenzrechtlich fällt die Einführung der Bürgerversicherung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“), soweit es um die Einbeziehung der privaten Krankenversicherer in die Bürgerversicherung geht, auch unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG („Recht der Wirtschaft – privatrechtliches Versicherungswesen“)¹². Dies dürfte die weit überwiegende Meinung sein.¹³ Soweit hier Konflikte mit der „Finanzverfassung“ des Grundgesetzes erörtert werden, handelt es sich um materiell-rechtliche Argumente zu einer nicht gerechtfertigten Ungleichbehandlung und Freiheitsbeschränkung der betroffenen Versicherungspflichtigen bzw. der (zahlungspflichtigen) Versicherungsunternehmen (Art. 3 Abs. 1, Art. 12 Abs. 1, Art. 2 Abs. 1 GG), die nicht in die kompetenzrechtliche, sondern in die materiellrechtliche Prüfung des Gesetzesvorhabens fallen (dazu unten B, II, 2 und D).¹⁴

Soweit im Folgenden Regelungen zu prüfen sind, die die „Überführung“ der privaten Krankenversicherungsverhältnisse in die GKV-Bürgerversicherung betreffen (Recht zur Kündigung; gesetzliche Anordnung der Beendigung) sind diese notwendig mit dem Komplex der Einrichtung der Bürgerversicherung verbunden und fallen deshalb auch unter die Kompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (evtl. zus. mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG).

B.II Kompetenz zur Regelung der „Auflösungszahlungen“ der PKV an die GKV-Bürgerversicherung

Dies gilt auch für die Zahlungspflicht der PKV-Unternehmen zur Auflösung der Alterungsrückstellungen an die GKV-Bürgerversicherung, dem zentralen Punkt des Konzepts zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ (gemäß Sehlen / Hofmann / Reschke in diesem Bericht). Sie ist

12 Vgl. insoweit zur Einschlägigkeit des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG Einbeziehung der Privatversicherung in die Pflegeversicherung BVerfGE 103, 195 (215 ff.).

13 Vgl. Muckel, SGB 2004, 583 ff; Storr, SGB2004, 279 ff; Bieback, Bürgerversicherung 2005, 51 ff.

14 Vgl. dazu ausführlich auch in Verbindung mit der finanzverfassungsrechtlichen und abgabenrechtlichen Problematik Werner Wirtschaftliche Leistungsfähigkeit 2004, S. 57 ff; Bieback, Bürgerversicherung, 2005, 66 ff.

integrierter Bestandteil der Überleitung der PKV-Versicherungsverhältnisse in die GKV-Bürgerversicherung und müsste des halb schon kraft „Sachzusammenhangs“ auch unter die Kompetenz gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 (evtl. zus. mit Art. 74 Abs. 1 Nr. 11) fallen.¹⁵

B.II.1. Besondere Kompetenz zur Regelung der „Auflösungszahlungen“

Aber auch wenn man diese Zahlungspflicht isoliert als eine besondere öffentlich-rechtliche Abgabepflicht analysiert, ist sie gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 und / oder Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 kompetenzrechtlich zulässig. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgericht und herrschender Meinung in der Literatur sind nicht-steuerliche Abgaben an besondere kompetenzrechtliche und vor allem materiell-rechtliche Voraussetzungen gebunden, um die grundgesetzliche Finanzverfassung und ihre Funktion zu beachten, die Verteilung der Sachgesetzgebungskompetenzen und Einnahmen zwischen Bund und Ländern sowie den Schutz der Abgabepflichtigen zu sichern.¹⁶ Zur kompetenzrechtlichen Abgrenzung ist einmal wichtig, ob es sich bei dieser Abgabe um eine „Steuer“ handelt, die dann den besonderen Kompetenzen der Art. 104 ff GG unterworfen wäre.

Von der Steuer sind die „Auflösungszahlungen“ durch dieselben Kriterien unterschieden, die schon den zweiten Senat des Bundesverfassungsgerichts¹⁷ dazu bewogen hatten, den Sozialversicherungsbeitrag von der Steuer zu trennen und nicht den kompetenzrechtlichen Regeln der Finanzverfassung, sondern der Sachkompetenz, hier der Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG (und eventuell der Privatversicherung aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG) zu unterstellen:

- sie werden nicht zur Deckung des allgemeinen Finanzbedarfs eines öffentlichen Gemeinwesens, sondern zur Finanzierung eines besonderen Finanzbedarfs erhoben (Sonderlast),
- sie dienen der Finanzierung der GKV-Bürgerversicherung und
- sie sind organisatorisch außerhalb des allgemeinen Haushalts im Sonderhaushalt / Sonderfonds des Risikostrukturausgleichs verselbständigt.

Als nicht-steuerliche Sonderabgabe ist die „Auflösungszahlung“ deshalb der Sachkompetenz zuzuordnen, hier der Sozialversicherungskompetenz

15 Zur Annexkompetenz etc. vgl. Degenhart in: Sachs-GG, 3. Aufl. 2002, Art. 70 Rz. 30 ff.

16 Vgl. BVerfGE 108,1 (13 ff.); Vogel, Grundzüge HStR § 87, Rz. 87 ff; P. Kirchhof, Staatliche Einnahmen, HStR § 88, Rz. 221 ff.

17 BVerfGE 75, 108 (146 ff., 157/8 m.w.N.). Vgl. ansonsten noch BVerfGE 110, 370 (384); BVerfGE 87, 1 ff., BVerfGE 78, 249 (267).

gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG. Zu dieser Kompetenznorm hat das Bundesverfassungsgericht in ständiger Rechtsprechung vertreten, dass aus ihr eine eigenständige, von der Finanzverfassung getrennte Bundeskompetenz zur Regelung der Finanzierung der Sozialversicherung folge.¹⁸

Deshalb hat es das Bundesverfassungsgericht immer abgelehnt, die Kriterien, die ansonsten für nicht-steuerliche Abgaben, insbesondere Sonderabgaben gelten auf die übliche Finanzierung der Sozialversicherung, den Sozialversicherungsbeitrag, zu übertragen.¹⁹

B.II.2. Umfang der Finanzierungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG

Auch der Umfang dieser Finanzierungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG ist breit und nicht auf die Regelung der Beitragsfinanzierung begrenzt. Er umfasst deshalb auch die Regelung der „Auflösungszahlungen“.

So hat das Bundesverfassungsgericht zur sehr komplexen Finanzierung der landwirtschaftlichen Alterssicherung zur kompetenzrechtlichen Frage der Gesetzgebungszuständigkeit hervorgehoben:²⁰

Für ein sozialversicherungsrechtliches Leistungssystem ist es grundsätzlich unschädlich, wenn neben versicherten Beiträgen weitere Einnahmequellen bestehen. Soweit es sich um Zuschüsse aus Steuermitteln handelt, zeigt dies schon Art. 120 Abs. 1 Satz 4 GG“.

Diese sehr offene Formulierung macht in Übereinstimmung mit den schon zitierten früheren Urteilen des Bundesverfassungsgerichts deutlich, dass kompetenzrechtlich zu Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG „Sozialversicherung“ nicht nur die Finanzierung durch den klassischen Sozialversicherungsbeitrag zählt, sondern auch die Finanzierung durch „weitere Einnahmequellen“.

Speziell hat das Bundesverfassungsgericht in mehreren Entscheidungen deutlich gemacht, dass nicht nur die Beitragsfinanzierung kompetenzrechtlich von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst ist, sondern auch sonstige Finanzierungsformen der Sozialversicherung unter diese Kompetenznorm fallen. So hat das Bundesverfassungsgericht die Kindergeldumlage²¹ wie auch die Umlage zur Finanzierung des Konkursausfallgelds²² unter die Kompetenz

18 BVerfGE 89, 132 (144) – Konkursausfallgeldumlage; BVerfGE 75, 108 (147 ff.) - Künstlersozialversicherungsabgabe. Zur hM in der Literatur vgl. Bieback VSSR 2003, 1, 22 ff.

19 Vgl. BVerfGE 75, 108 (146 ff.), 157/8; BVerfGE 78, 249 (267).

20 BVerfG 109, 96 (110)

21 BVerfGE 11, 105 (133).

22 BVerfGE 89, 132 (144)

des Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG subsumiert, da sie – wegen der Zweckbindung und der Zuordnung zu einem besonderen Träger der Sozialversicherung – vom Erscheinungsbild her die zwei wesentlichen Kriterien für die Zuordnung zur Finanzierung der Sozialversicherung (s. o.) erfüllen. Dies lässt sich auf die „Auflösungszahlungen“ übertragen, da sie zweckgebunden an einen besonderen Fonds zur Finanzierung der GKV gehen.

Dass die „Auflösungszahlungen“, anders als Beiträge „fremdnützig“ sind, spielt dabei kompetenzrechtlich keine Rolle, wohl aber bei der materiellrechtlichen Prüfung (s. unten D, I, 2 und D, II). So hat das Bundesverfassungsgericht die „fremdnützigen Beiträge“ der Vermarkter von künstlerischen Leistungen im Rahmen der Künstlersozialversicherung als Finanzierungsform zur Sachkompetenz des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 gezählt.²³

Auch in der Auseinandersetzung um den Risikostrukturausgleich in der GKV (§§ 266 ff. SGB V) sind die kompetenz- und finanzverfassungsrechtlichen Fragen intensiv diskutiert worden. Das BSG²⁴ hat den Risikostrukturausgleich und die Finanzausgleichszahlungen zusammen mit der ganz überwiegenden Ansicht in der Literatur²⁵ zur zulässigen Finanzierung der GKV gezählt, die ihre eigenständige Kompetenzgrundlage in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG hat.²⁶

23 BVerfGE 75, 108 (146 ff.)

24 BSG vom 22.5.2003 NZS 2003, 535.

25 Vgl. dazu die zustimmende Besprechung des Urteils durch *Axer*, SGB 2003, 485, 488.

26 Das BVerfG hat die Verfassungsbeschwerde gegen das Urteil des BSG am 09.06.2004 nicht zur Entscheidung angenommen: 2BvR 1248/03 und 1249/03, die Frage der Kompetenz deshalb noch nicht entschieden.

C Eingriff in die Eigentumsfreiheit (Art. 14 Abs. 1 GG)

Mit der Einbeziehung der Alterungsrückstellungen zur Finanzierung der GKV-„Bürgerversicherung“ und Auferlegung der „Auflösungszahlungen“ wird in Vermögensbestandteile eingegriffen, die den Privatversicherten und/oder den PKV-Unternehmen zustehen. Dabei ist zuerst im Rahmen der Prüfung des Schutzbereichs der Eigentumsfreiheit zu analysieren, ob und bei wem die Alterungsrückstellungen vermögenswerte Positionen sind. Sind sie vermögenswerte, eigentumsmäßig geschützte Positionen der einzelnen Versicherungsnehmer, wäre das Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ ein „doppelter Eingriff“: 1. würden sie aus dem ursprünglichen Zusammenhang der privaten Versicherungsverträge herausgenommen und ganz anderen Zwecken dienstbar gemacht, gleichsam „umgewidmet“; 2. würden die Alterungsrückstellungen nicht mehr individuell zugeordnet, sondern in einen kollektiven Ausgleichsfonds, dem Risikostrukturausgleich eingestellt. Wären die Alterungsrückstellungen dagegen den Versicherungsunternehmen als (kollektive) Vermögensmasse zuzuordnen, läge der Eingriff nur in der „Umwidmung“ (1).

C.I Die Alterungsrückstellung als Eigentumsposition der Versicherungsnehmer

Dem subjektiv-öffentlichen Recht aus Art. 14 GG kommt als normgeprägtem Grundrecht die Aufgabe zu, „dem Träger des Grundrechts einen Freiheitsraum im vermögensrechtlichen Bereich sicherzustellen und ihm damit eine eigenverantwortliche Gestaltung des Lebens zu ermöglichen“.²⁷ Die Eigentumsfreiheit schützt vor diesem Hintergrund die rechtliche Zuordnung eines vermögenswerten Gutes an einen Rechtsträger.²⁸ Welche vermögenswerten Rechtspositionen dem Begriff des Eigentums zuzuordnen sind, ist aus der Verfassung selbst und nicht aus den Normen des einfachen Rechts zu bestimmen.²⁹ Wie jedoch Art. 14 I S. 2 GG („Inhalt und Schranken werden durch die Gesetze bestimmt“) deutlich macht, ist es durchaus Sache des einfachen Gesetzgebers, die konkrete inhaltliche Reichweite des Eigentumsschutzes festzulegen.³⁰ Daher ist nur das durch

27 BVerfGE 24, 367 (389).

28 Sachs / Wendt, Art. 14 GG Rz. 21.

29 BVerfGE 58, 300 (335).

30 BVerfGE 74, 203 (214).

die Gesetze ausgeformte Eigentum Gegenstand der Eigentumsgarantie und verfassungsrechtlich geschützt³¹.

Allgemein anerkannt ist der Schutz privatrechtlicher Vermögenswerte, die das bürgerliche Recht einem Rechtsträger als Eigentum zuordnet und zu denen neben absoluten auch die relativen Rechte, d. h. vertraglich zwischen zwei Personen begründete Rechte, zählen³². Sofern die Alterungsrückstellungen privatrechtliches Eigentum darstellen, ist durch ihren Einbezug in die Finanzierung der GKV-„Bürgerversicherung“ und die Belegung der Alterungsrückstellungen mit einer Zahlungspflicht der Schutzbereich der Eigentumsgarantie betroffen.

Zu untersuchen ist also, ob die Alterungsrückstellungen in der PKV bürgerlich-rechtliche Vermögenspositionen sind.

C.I.1. Funktion und Berechnung der Alterungsrückstellungen

Ohne Alterungsrückstellung wäre die Prämie eines jungen Privatversicherten außergewöhnlich niedrig, im hohen Alter indes um ein Vielfaches gesteigert. Statistischen Erhebungen zufolge betrüge bei Einhaltung einer strikten Äquivalenz der Beitrag eines neunzigjährigen Mannes das Neunfache der Prämie eines jungen Mannes.³³ In Zeiten, in denen der Mensch die Leistungen seiner Krankenversicherung am dringendsten benötigt, würde er sie oft mangels ausreichenden Einkommens nicht mehr oder nur unter erheblichen Einschränkungen bezahlen können. Dieses „Alterungsrisiko“ sollen die Alterungsrückstellungen absichern. Der Einzelne zahlt am Beginn seines Versicherungsverlaufs einen Beitrag, der einen Sparanteil zum Ausgleich der steigenden Kosten im Alter beinhaltet und dementsprechend das individuelle Risiko übersteigt. Der Sparanteil fließt nicht in einen auf den einzelnen Versicherungsnehmer bezogenen Topf, sondern in eine Rücklage, die für ein Kollektiv des gleichen Risikotyps gesammelt, verzinslich angelegt und bei Kostensteigerung aufgrund des Alterungsprozesses der durchschnittlichen Versichertenkohorte aufgelöst wird.³⁴

Diese rein durchschnittlich-kollektive Berechnung der Alterungsrückstellungen wird damit begründet, dass der individuelle Versicherungsverlauf und damit der Zeitpunkt, Umfang und vor allem tatsächliche Bedarf der Auflösung der Alterungsrückstellung für jede einzelne versicherte Person

31 BVerfGE 20, 351 (356).

32 Sachs / Wendt, Art. 14 GG Rz. 22; Jarass / Pieroth, Art. 14 GG Rz. 8; Isensee / Kirchhof - Leisner, Handbuch § 149 Rz. 95; Maunz / Dürig - Papier, Art. 14 GG Rz. 201; Dreier / Wienand, Art. 14 Rz. 38f.

33 Boetius, VersR 2001, 661 (663).

34 Boetius, VersR 2001, 661 (664).

bei Bildung der Rückstellung noch nicht vorhersehbar ist. Die Alterungsrückstellungen können also nicht individuell, sondern nur auf ein Kollektiv des gleichen Risikotyps bezogen angespart werden.³⁵ Versicherungsmathematisch werden gemäß §§ 1, 2, 5 und 6 KalVO statistische Wahrscheinlichkeiten und zukünftige versicherungsrelevante Größen der Prämienberechnung zugrunde gelegt. Bei der Verwendung von Erwartungswerten können alle Ansätze nur anhand des arithmetischen Mittels gelten und erst bei einer hinreichend großen Zahl von gleichartigen Risiken kann die Statistik als Rechnungsgrundlage sinnvoll sein.³⁶

Mit der beschriebenen Methode wird eine Vorfinanzierung altersbedingt steigender Leistungsausgaben erreicht.³⁷ Mit der Aussicht auf ein in der Zukunft liegendes Risiko übergeben die Versicherten ihren Vertragspartnern einen bestimmten Geldbetrag, der im Grunde eine spezifische Form des Altersvorsorgesparprozesses darstellt.³⁸

Dabei gehen die Alterungsrückstellungen nicht in einen Sonderfonds von Vermögenswerten ein, der nur aus ihnen gebildet wird. Vielmehr verlangt § 66 VAG, die Alterungsrückstellungen zusammen mit allen anderen Rückstellungen in die Bilanz als Passiva einzustellen, denen ein „Sicherungsvermögen“ als „Aktiva“ entsprechen muss. Die Vermögensgegenstände, die das „Sicherungsvermögen“ ausmachen, müssen gem. § 66 VAG besonders sicher angelegt sein. Eine gesonderte Vermögensmasse allein für die Alterungsrückstellung gibt es nicht.

Bei diesem „Ansparen“ und „Auflösen“ des Angesparten sind zwei Vermögenspositionen zu unterscheiden, je nachdem, ob die Rückstellung noch bedient oder schon aufgelöst wird:

1. Eine Gruppe betrifft die Rechte der Versichertenkohorte, deren Alterungsrückstellung sich noch im Ansparvorgang befindet,
2. die zweite Gruppe dagegen das Kollektiv, deren Prämien aufgrund altersbedingter Kostenerhöhung durch Auflösung der Alterungsrückstellung aus den Alterungsrückstellungen ausgeglichen werden.

C.I.2. Die geschützten Vermögensrechte während des Ansparvorgangs der Alterungsrückstellung

Die Zahlung der Alterungsrückstellungen beruht auf dem Versicherungs-

35 Schoenfeldt, ZVWiss 2002, 137 (151); Kalis, VersR 2001, 11 (12); Boetius, VersR 2001, 661 (666).

36 Kalis, VersR 2001, 11 (13).

37 Boetius, VersR 2001, 661 (664).

38 Jahresgutachten 2004/05 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucks. 15 / 4300, 395.

vertrag. Und der Anspruch der Versicherten auf Glättung der Prämie im Alter, finanziert aus den Alterungsrückstellungen, ist ebenfalls ein (versicherungs-) vertraglicher Anspruch. Dennoch gibt es in der Regel keine vertraglichen Regelungen über die Rechtsnatur der Alterungsrückstellungen. Insbesondere die allgemeinen Versicherungsvertragsbedingungen schweigen zu dieser Frage. Auch bleibt das Gesetz eine Klarstellung schuldig; weder in den einschlägigen Gesetzesbegründungen der §§ 12, 12a VAG noch in den Kommentierungen lässt sich eine diesbezügliche Aussage finden.

Deshalb muss analysiert werden, ob die Alterungsrückstellungen Rechtspositionen sind, die dem Versicherten gleich einem Eigentumsrecht, d. h. in irgendeiner Weise ihnen selbst (zur privatnützigen Verfügung) zugewiesen sind.³⁹ Das wäre z. B. der Fall, wenn der Versicherte bei Ausscheiden aus dem Versicherungsvertragsverhältnis die Rückzahlung der eingezahlten Sparanteile verlangen kann. In Form dieses Rückzahlungsanspruchs hätte er dann einen schuldrechtlichen Anspruch, der in den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit einbezogen wäre.

C.I.2.1 Der Sparanteil als Geldeigentum

Grundsätzlich ist ein bloßer Vermögensbetrag nicht in den verfassungsrechtlichen Eigentumsbegriff eingeschlossen, das Vermögen als solches ist nicht geschützt, vielmehr nur das Eigentumsrecht an konkreten Vermögensgegenständen.⁴⁰ Ist die Alterungsrückstellung dagegen als bürgerlich-rechtliches Geldeigentum anzusehen, könnte sie sich im grundrechtlichen Schutzbereich befinden⁴¹, wäre Ausdruck eines vermögenswerten Rechts.

Zunächst erscheint diese Annahme durchaus möglich, widerspiegelt die Alterungsrückstellung doch die verzinslich angelegte Summe aller Einzelsparanteile⁴². Die Sparsummen der Mitglieder einer Versicherungskohorte sind zu gleichen Teilen dividierbar. Jedem Mitglied des Kollektivs stünde somit der gleiche Geldbetrag zu und dieser Vermögensbestandteil wäre dem Versicherten zurechenbar. Eine solche Annahme setzt indes voraus, dass der einzelne Versicherungsnehmer, der seine Prämie grundsätzlich dem

39 Hierzu allg. BVerfGE 102, 1 (8); 101, 226 (241); v. Mangoldt/Klein/Starck-Depenheuer, Art. 14 GG Rz. 64 f.; Sachs / Wendt, Art. 14 GG Rz. 5; sowie insbes. in Bezug auf vertragliche Ansprüche und Rechte Sachs / Wendt, Art. 14 GG Rz. 22; Jarass / Pieroth, Art. 14 GG Rz. 8; Isensee / Kirchhof - Leisner, Handbuch § 149 Rz. 95; Maunz / Dürig - Papier, Art. 14 GG Rz. 201; Dreier / Wienand, Art. 14 Rz. 38f.; v. Mangoldt/Klein/Starck-Depenheuer, Art. 14 GG Rz. 156 ff.

40 BVerfGE 78, 232 (243); 81, 108 (122).

41 Das BVerfG hat im Zuge der Euro-Umstellung entschieden, dass auch das Geldeigentum als „geprägte Freiheit“ dem Sacheigentum gleichwertig und demnach von Art. 14 GG geschützt ist: E 97, 350 (371).

42 Görtdorf-Kegel, VW 2003, 856; Scholz, FS für von Maydell, 633 (645).

Versicherungsunternehmen aufgrund der schuldrechtlichen Verpflichtung aus dem Versicherungsvertrag übereignet, den Sparanteil in eigenem Eigentum belässt. Dann würde der Sparanteil dem Unternehmen lediglich zur Verwaltung anvertraut. Auf den ersten Blick ist diese Konstellation vorstellbar.

Der *BGH* hat jedoch in einer Entscheidung aus dem Jahre 1999 mit guten Gründen eine ungerechtfertigte Bereicherung des beklagten Versicherungsunternehmens nach § 812 Abs. 1 S. 2 Var. 1 BGB zurückgewiesen und ausgeführt, der Versicherer habe den der Alterungsrückstellung entsprechenden Teil der Prämie mit Rechtsgrund erhalten⁴³. Mit Rechtsgrund zu erhalten, bedeutet, dass der angesparte Teil des Beitrags Bestandteil des Vermögens des Versicherers geworden ist. Ein Indiz hierfür bietet die Bilanz, in der nur eigene Vermögensbestandteile geführt werden dürfen. Das Urteil des *Senats* geht davon aus, dass auch die Sparanteile an das Versicherungsunternehmen übereignet werden. Wäre dem nicht so, dürften die Alterungsrückstellungen nicht bilanziert und auf der Seite der Passiva geführt werden⁴⁴. Hieraus folgt, dass die Sparanteile mit der Gesamtprämie in das Eigentum des Versicherers übergehen und demnach kein Geldeigentum des Versicherungsnehmers darstellen.

C.I.2.2 Der schuldrechtliche Anspruch auf Rückzahlung eingezahlter Sparanteile

Möglicherweise existiert ein vermögenswertes, eigentumsgrundrechtlich geschütztes Recht in Form eines schuldrechtlichen Anspruchs auf Rückzahlung eingezahlter Sparanteile. Ansprüche sind vermögenswerte Rechte. Neben den absoluten zählen deshalb auch die relativen, vertraglichen Rechte zum eigentumsgrundrechtlich geschützten Bestand.⁴⁵ Die Versicherten zahlen einen konkreten Geldbetrag ein, der in die Alterungsrückstellung fließt. Wenn sie vorzeitig aus dem Vertrag ausscheiden, ist ein Rückzahlungsanspruch denkbar. Dem *Bundesverfassungsgericht* zufolge liegen die wesentlichen Merkmale des verfassungsrechtlich geschützten Eigentums darin, „dass ein vermögenswertes Recht dem Berechtigten [...] zur privaten Nutzung und zur eigenen Verfügung zugeordnet ist.“⁴⁶

Ein schützenswerter schuldrechtlicher Rückzahlungsanspruch ist daher nur

43 BGH, Urt. v. 21.04.1999, Az. IV ZR 192/98 = BGHZ 141, 214, NJW 1999, 2741 (2743).

44 BGH, Urt. v. 21.04.1999, Az. IV ZR 192/98 = BGHZ 141, 214, NJW 1999, 2741 (2743).

45 Sachs / Wendt, Art. 14 GG Rz. 22; Jarass / Pieroth, Art. 14 GG Rz. 8; Isensee / Kirchhof - Leisner, Handbuch § 149 Rz. 95; Maunz / Dürig - Papier, Art. 14 GG Rz. 201; Dreier / Wienand, Art. 14 Rz. 38f.; v. Mangoldt/Klein/Starck-Deppenheuer, Art. 14 GG Rz. 156 ff.

46 BVerfGE 83, 201 (208).

dann begründbar, wenn die Sparanteile dem Versicherungsnehmer zurechenbar sind. Die individuelle Zuordnung eines Rechtes ist die Grundvoraussetzung der Anerkennung eines Objekts als verfassungsrechtliches Eigentum. Kann die Alterungsrückstellung nicht individuell zugerechnet werden, steht sie als solche nicht unter dem Schutz des Art. 14 GG.

Einen solchen individuell zurechenbaren Anspruch hat der *BGH* in seinem Urteil v. 21.4.1999 aber bei einem Ausscheiden aus dem Versicherungsverhältnis intensiv unter allen möglichen Gesichtspunkten geprüft und verneint.⁴⁷ Er ergibt sich nicht aus dem Versicherungsvertrag selbst, auch nicht aus ungerechtfertigter Bereicherung des Versicherers (§ 812 BGB) oder eventuellen Schadensersatzansprüchen des Versicherungsnehmers gegen den Versicherer. Für die Erarbeitung eines Gesetzesvorhabens ist von diesem Urteil auszugehen, zumal es in der Literatur weitgehend Zustimmung gefunden hat.⁴⁸ Und die Einwände, die gegen das Urteil des *BGH* vorgebracht werden, vermögen nicht zu überzeugen.

Einmal wird eingewandt, eine „Mitnahme“ der Alterungsrückstellungen sei bei einem Tarifwechsel innerhalb des Versicherungsunternehmens gem. § 13 der Kalkulationsverordnung und § 178f VVG möglich, obwohl die Alterungsrückstellungen immer nur für homogene Risikogruppen innerhalb eines Tarifs gebildet werden. Aus Gründen der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG) müsse diese Möglichkeiten auf den Wechsel des Versicherungsunternehmens übertragen werden.⁴⁹ Damit wäre eine hinreichende individuelle Zuordnung der Alterungsrückstellungen zu begründen.⁵⁰ Zum anderen wird vorgetragen, ganz generell sei das aus den Beitragszahlungen der Versicherten aufgebaute Vermögen zur individuellen Vertragsabsicherung hinreichend eigentumsrechtlich zu zuordnen;⁵¹ zumindest wird dies von der *Kommission zur Reform des VVG*⁵² für den Beitragszuschlag gem. § 12a Abs. 2 VAG für möglich gehalten, der auch Zwecken der Alterungsrückstellungen dient.

Aus diesen Gründen muss die Frage, ob die Alterungsrückstellungen den Versicherten hinreichend individuell zugeordnet werden können, grundsätzlich erörtert werden.

47 *BGH*, Urt. v. 21.04.1999, Az. IV ZR 192/98 = *BGHZ* 141, 214; *NJW* 1999, 2741 (2743); ebenso die Vorinstanz: *OLG Karlsruhe* v. 2.7.1998, *VersR* 1999, 571.

48 Vgl. Scholz, *Festschrift v. Maydell*, S. 633 ff.; Kalis, *VersR* 2001, 11 (14 f.); Schoenfeldt, *ZfgVersW* 2002, 137.

49 Laubin, *VersR* 2000, 561.

50 So offensichtlich Storr, *SGb* 2004, 279 (287).

51 Meyer, *Deregulierung* 1994, 86 ff., 102 f. So wohl auch , aber sehr vage Jahresgutachten 2004/05 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, *BT-Drucks.* 15 / 4300 S. 406, Rz. 527.

52 Bericht der Kommission zur Reform des VVG vom 19.04.2004, S. 157 ff.

C.I.2.2.a Hinreichend individualisierbarer vertraglicher Anspruch auf Zuordnung / Auszahlung der Alterungsrückstellung

Oben (C, I, 1) wurde das Kalkulationsverfahren zur Bildung der Alterungsrückstellungen skizziert. Danach mündet der Sparanteil der individuell berechneten Prämie in eine Rücklage, die für den Fall der alterungsbedingten Erhöhung durchschnittlicher Schadensliquidationskosten gebildet wird.⁵³ Die Alterungsrückstellungen werden nicht individuell, sondern auf ein Kollektiv des gleichen Risikotyps bezogen angespart. Die Höhe der Alterungsrückstellungen bezeichnet demzufolge einen Schadenerwartungswert, eine bloße stochastische Bewertungsgröße.⁵⁴ Da sich der Ansparvorgang nicht am Einzelrisiko ausrichtet und ausrichten kann, ist eine Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellungen nach diesen Überlegungen zu verneinen. Sie ist – wie der BGH in Übereinstimmung mit den Autoren der Versicherungswirtschaft festgestellt hat – nach gegenwärtigem Gesetzesrecht nicht vorgeschrieben (und deshalb immer noch in der rechtspolitischen Diskussion) und im bisherigen Versicherungsvertragsrecht nicht vereinbart.

Allerdings kann nach § 13 der Kalkulationsverordnung⁵⁵ bei einem Tarifwechsel innerhalb des Versicherungsunternehmens der dem Versicherten kalkulatorisch zurechenbare Anteil grundsätzlich prämiemindernd angerechnet, die Alterungsrückstellungen also in den anderen Tarif „mitgenommen“ werden. Gleiches regelt § 178f VVG. Diese Normen interpretiert *Storr* als Beleg für die Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellung⁵⁶. Dem ist zu widersprechen. Die Regelung des § 178f VVG statuiert einen Umstufungsanspruch und soll älteren Versicherten ermöglichen, dann, wenn ihr alter Tarif für Neukunden geschlossen wird, dem zu erwartenden schlechten Kostenverlauf im alten Tarif zu entgehen⁵⁷. Die Option eines Tarifwechsels ändert jedoch nicht die Natur der Alterungsrückstellung als kollektiv gebundener Sparteil. Mitgenommen wird lediglich ein Bruchteil des Durchschnittswerts der ausschließlich im Kollektiv gebildeten Alterungsrückstellung⁵⁸. Somit wird kein individuell⁵⁹ zurechenbarer, sondern

53 Boetius, *VersR* 2001, 661 (664).

54 Zieschang, *VW* 2001, 1044 (1045); Scholz, FS für von Maydell, 633 (646).

55 Im Weiteren *KalVO*, die auf der Ermächtigungsgrundlage des § 12c VAG basiert.

56 *Storr*, *SGb* 2004, 279 (287).

57 *BT-Drucks.* 12 / 6959, 105. Der Anwendungsbereich der Norm geht aber deutlich über seinen Wortlaut hinaus, vgl. *Gerwins*, *ZfV* 2000, 106 (107).

58 Vgl. *Bohn*, *VW* 2000, 1937 (1938).

59 Die mitunter vorzufindenden unterschiedlichen Termini „Individualität“ und „Individualisierbarkeit“ der Alterungsrückstellung betreffen diverse Darstellungsformen, sind für die vorliegende Problematik aber unerheblich, weil kein Modus die auf den Einzelnen bezogene Rücklage kennt, sondern lediglich die Kollektive definiert; siehe dazu Boetius,

der rein mathematisch ermittelte Betrag in den anderen Tarif überführt.

Auch aus Art. 3 Abs. 1 GG folgt kein Gebot, hinsichtlich der „Mitnahmemöglichkeit“ den Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens mit dem zwischen Unternehmen oder dem Ausscheiden aus dem Versicherungsverhältnis gleichzusetzen. Zwar ist die Wirkung der Grundrechte, vor allem auch des allgemeinen Gleichheitssatzes (Art. 3 Abs. 1 GG) zwischen Vertragspartnern des Privatrechts umstritten, aber *Laubin* kann zu Recht darauf verweisen, dass die Beschränkung der „Mitnahme“ auf den Tarifwechsel im Versicherungsunternehmen auf intensive staatliche Regulierung und Intervention zurückzuführen ist.⁶⁰ Art. 3 Abs. 1 GG kann aber deshalb nicht angewandt werden, weil es hinreichende sachliche Gründe gibt, den Tarifwechsel innerhalb eines Unternehmens und alle anderen Formen des Wechsels und Ausscheidens unterschiedlich zu behandeln. Es ist zwar richtig, dass die Alterungsrückstellungen für jeden Tarif, auch für unterschiedliche Tarife eines Versicherungsunternehmens unterschiedlich kalkuliert werden. Das dient aber – wie gezeigt wurde – nur der versicherungsmathematischen und buchhalterischen Berechnung der Rückstellungen, die das Versicherungsunternehmen machen muss. Die Rückstellungen brauchen aber nicht jeweils als gesonderte Vermögensmassen geführt zu werden. Insofern ändert sich also bei einem Tarifwechsel innerhalb eines Versicherungsunternehmens nichts, während es bei einem Ausscheiden und der „Mitnahme“ zu viel gravierenderen Vermögensverschiebungen kommt.

C.I.2.2.b Sonderstellung des Beitragszuschlags nach § 12 Abs. 4a VAG?

Fraglich ist, ob die vorstehenden Ausführungen unter Zugrundelegung sämtlicher Finanzierungsquellen der Alterungsrückstellung Bestand haben. So suggeriert § 12 Abs. 4a VAG eine individuelle Zurechenbarkeit hinsichtlich des aus dem Beitragszuschlag gewonnenen Teils der Alterungsrückstellung. Nach § 12a Abs. 2 VAG ist dieser Betrag dem einzelnen Versicherten ab dem 65. Lebensjahr direkt gutzuschreiben. Damit soll das spezielle Problem der Kostensteigerung im Gesundheitswesen abgefangen werden und der Zuschlag der Aufstockung der Alterungsrückstellung dienen.⁶¹

Der Bericht der *Kommission zur Reform des VVG* diskutiert die Frage der Portabilität dieses Beitragszuschlags und hält seine individuelle Zuordnung für möglich.⁶² Begründet wird dies damit, dass der Beitragszuschlag im Ge-

VersR 2001, 661 (668).

60 *Laubin*, VersR 2000, 561.

61 Kommission zur Reform des VVG.2004, S. 157.

62 Kommission zur Reform des VVG 2004, S. 157 ff.

gensatz zur Alterungsrückstellung ein individueller Sparvorgang sei. Der Beitragszuschlag stelle eine Hybridkonstruktion dar, indem er „zwar mit einem pauschalen Prozentsatz des kollektiv kalkulierten Beitrags berechnet und dementsprechend der kollektiven Alterungsrückstellung zugeführt [wird]; gleichzeitig erhält er aber insoweit einen individuellen Charakter, als seine Mittel – solange sich der Versicherte im Kollektiv des PKV-Unternehmens befindet – im Alter ausschließlich für diejenigen Versicherten zu verwenden sind, aus dessen Beiträgen er gebildet wurde.“⁶³ Der Bericht muss allerdings anerkennen, dass ein Anspruch auf Auszahlung dieses Betrages bei Ausscheiden aus dem Versicherungsvertrag nicht existiert.⁶⁴

Zwar ist der Beitragszuschlag ein fester Prozentbetrag der je individuellen Prämie. Aber er wird aus der Bruttoprämie gewonnen, weshalb sich die Rückstellung aus dem Beitragszuschlag ebenso wie die sonstige Alterungsrückstellung auf kalkulatorischen Durchschnittsberechnungen gründet. Laut § 5 KalVO enthält die Prämienberechnung Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten, die in einer Ausscheideordnung vorsichtig, mit dem geringsten Ansatz, festgelegt werden. Es ist der wirtschaftliche Auftrag der privaten Krankenversicherung, durch kollektive Durchschnittsberechnungen die Prämien gering zu halten. Die Abgangswahrscheinlichkeiten sind ein prämiemindernder Faktor. Wären Rückstellungsteile bei Wechsel in andere Unternehmen mitzugeben, müssten zwangsläufig die Prämien erhöht werden, da die Stornowahrscheinlichkeiten in die Prämienberechnung einfließen. So werden bei Abgang eines Versicherten der statistische Erwartungswert bestätigt, die Annahmen der Berechnungsgrundlage erfüllt. Würde jeder Versicherte das 65. Lebensjahr erreichen und zugleich nicht stornieren, könnte der Versicherungsgeber bei alleiniger Verwendung der zehnpromzentigen Rückstellung nach aktuellen Beitragssätzen nicht jeden Versicherungsvertrag mit der jährlichen Gutschrift bedienen.

Eine individuelle Anrechnung ist deshalb gegenwärtig nur scheinbar garantiert, und an den Eintritt der Abgangserwartungen gebunden. Eine solche Rückstellung mag formal als individuell angesehen werden, ist jedoch ihrem Charakter nach von der normalen Finanzierung aufgrund der Prämien-sparanteile nicht zu unterscheiden⁶⁵. Mithin ist auch die Alterungsrückstellung aufgrund des Beitragszuschlags nicht anders zu behandeln und nicht als individuell zurechenbarer Betrag anzusehen. Hätte der Gesetzgeber eine 10%-ige Rückstellung für das Kollektiv und nicht für das Individuum vor-

63 Kommission zur Reform des VVG 2004, S. 158.

64 Kommission zur Reform des VVG 2004, S. 158..

65 So ebenfalls Boetius, VersR 2001, 661 (673), der weiterhin auf die Unterscheidung zwischen Lebens- und Krankenversicherung zur Begründung hinweist.

geschrieben, so wäre den zugrunde liegenden mathematischen Berechnungen exakter entsprochen worden und die Frage der Individualisierbarkeit leichter zu beantworten.

C.I.2.2.c Keine Änderung bei Einführung der Portabilität

Es kann festgehalten werden, dass aus dem Versicherungsvertrag oder dem Versicherungsvertragsrecht kein Rückzahlungsanspruch hinsichtlich der Alterungsrückstellung abgeleitet werden kann. Für eine solche Annahme wäre die individuelle Zurechenbarkeit eines Wertanteils der kollektiv gesammelten Geldbeträge erforderlich. Aus demselben Grund ist ein Miteigentumsanteil des einzelnen Versicherten an der kollektiv gesammelten Alterungsrückstellung zu verneinen. Charaktereigenschaft des Miteigentums im Sinne des Gemeinschaftsrechts ist vor allem die Verfügungsbefugnis jedes Eigentümers über seinen Anteil und der jederzeit mögliche Aufhebungsanspruch (vgl. §§ 747, 749 BGB).

Entscheidend ist dabei der gegenwärtige Rechtszustand. Ob eine Portabilität der Alterungsrückstellung versicherungswirtschaftlich möglich und dann auch rechtlich ausgestaltbar ist, ist für die zukünftige Rechtsgestaltung, nicht aber für diese Analyse von Belang.

Immerhin gibt es jetzt aus Reihen der PKV-Unternehmen Vorschläge, einen allgemeinen „Basistarif“ anzubieten, der das Recht der Versicherungsnehmer gewährleistet, beim Wechsel zu anderen Versicherungsunternehmen die Alterungsrückstellungen „mitnehmen“ zu können und sich keiner neuen Gesundheitsprüfung unterziehen zu müssen.⁶⁶ Die Vorschläge zeigen, dass die Bedenken gerade von Vertretern der Versicherungswirtschaft, die individuelle Zurechenbarkeit der Alterungsrückstellungen und ihre Portabilität seien nicht mit versicherungsrechtlichen Strukturprinzipien vereinbar und führten zu einer gleichheitswidrigen Risikoselektion,⁶⁷ überwindbar sind.⁶⁸ Vorliegend braucht die Frage der Portabilität keiner vertiefenden Betrachtung unterzogen werden. Das auftraggebende Institut, deren Konzept hier zugrunde zu legen ist, plant keine Änderung der jetzigen Rechtslage. Die Alterungsrückstellungen sollen zur Finanzierung der Bürgerversicherung für die in diesem Sektor angebotenen Grundleistungen verwendet

66 Financial Times v. 22.3.2005 S. A2. Vgl. Ebenfalls zu diesen Plänen Jahresgutachten 2004/05 des Sachverständigenrat, BT-Drucks. 15 / 4300 S. 409, Rz. 539.

67 Siehe vor allem Expertenkommission BT-Drs. 13/4945, S. 42 ff.; Kommission zur Reform des VVG 2004, S. 143 ff.; Boetius, VersR 2001, 661 (670 ff.); Kalis, VersR 2001, 11 (14); Schoenfeldt, ZVWiss 2002, 137 (148) .

68 Dagegen und für die Portabilität Sachverständigenrat, BT-Drucks. 15 / 4300 S. 393 Rz. 502 ff. und S. 409, Rz. 537 ff.

werden, ohne dass eine individuelle Portabilität eingeführt werden muss⁶⁹.

C.I.2.2.d Rückübereignungsanspruch aus einem Treuhandvertrag?

Neben einem Anspruch aus dem Versicherungsvertrag könnte ein schuldrechtlicher Rückübereignungsanspruch begründbar sein. Ein solcher Anspruch ist vor allem dann nahe liegend, wenn die Übertragung des Eigentums an den Sparanteilen aufgrund eines Treuhandverhältnisses geschieht. Denkbar wäre, dass im Falle des Ausscheidens des Versicherten ein Anspruch auf Auszahlung der Sparanteile gegeben ist, der auf dem entfallenen Vertragszweck beruht. Ein solcher Anspruch käme in der Konstellation eines Treuhandverhältnisses in Betracht.

aa Das Treuhandverhältnis zwischen Versicherungsnehmer und -geber

Allen Treuhandverhältnissen ist gemein, dass der Treugeber dem Treuhänder Vermögensrechte überträgt oder ihm eine Rechtsmacht einräumt, ihn aber in der Ausübung der sich daraus im Außenverhältnis ergebenden Rechtsmacht im Innenverhältnis nach Maßgabe der schuldrechtlichen Treuhandvereinbarung beschränkt⁷⁰. Bei echtem Treuhandeigentum erwirbt der Treunehmer das bürgerlich-rechtliche Eigentum, während die unechte Treuhand die Erhaltung der Eigentumsposition des Treugebers voraussetzt⁷¹. Wie gezeigt, übereignen die Versicherten ihre Prämien, in denen die Sparanteile für die Alterungsrückstellung enthalten sind, vollständig an ihre Vertragspartner. Demnach kommt lediglich die echte Treuhand in Betracht.

Das schuldrechtliche Verpflichtungsgeschäft in Form des Versicherungsvertrags statuiert die Verwaltung der Sparanteile mit der Zweckbindung, diese für die Deckung steigender Kosten aufgrund des Alterungsprozesses anzulegen und bei Eintritt der genannten Bedingung aufzulösen. Da der Versicherungsnehmer kaum Verfügungsmacht über seinen Sparanteil hat, könnte in der Tat eine echte Treuhand vorliegen.⁷² Bei dieser Konstellation erwirbt der Treuhänder das Eigentum in voller Höhe, muss aber bei Wegfall des Treuhandzwecks rückübereignen.⁷³

Ein Zweifel hinsichtlich der Einstufung der Alterungsrückstellungen als Treuhandeigentum der Versicherer ergibt sich aus der Betrachtung der Begründung von Treuhandverhältnissen. Diese enthalten schuldrechtliche Beschränkungen der Eigentumsausübung und Verpflichtungen zum Umgang

69 Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6 (10).

70 Palandt / Bassenge, § 903 BGB Rz. 33.

71 Palandt / Bassenge, § 903 BGB Rz. 34.

72 Bei der unechten Treuhand bleibt der Treugeber Vollrechtsinhaber, was wegen der aufgezählten Merkmale für die Alterungsrückstellungen nicht zutrifft.

73 Palandt / Bassenge, § 903 BGB Rz. 41.

mit dem Treugut, während im Falle der Alterungsrückstellungen vorwiegend das Gesetz die Ausgestaltung regelt.⁷⁴ Die Rechtslage, bei Ausscheiden des Versicherten seine Sparanteile dem verbleibenden Kollektiv zukommen zu lassen und nicht an ihn zurückzuzahlen, stellt grundsätzlich einen Fremdkörper in einem privatrechtlichen, von Vertragsgestaltungsfreiheit beherrschten, Rechtsgebiet dar.⁷⁵ Zwar gibt es keinen einheitlichen Typus eines Treuhandvertrags; vielmehr bestimmen die jeweiligen Vereinbarungen die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten.⁷⁶ Dies spräche dafür, Treuhandverhältnisse auch bei anscheinend atypischer Sachlage zu bejahen und weit auszulegen. Um ein Rechtsverhältnis zur Treuhand zu erklären, reicht aber eine bloße Ähnlichkeit und Verwandtschaft nicht aus. Demnach handelt es sich vorliegend allenfalls um eine treuhandähnliche Rechtsbeziehung.

bb Der Insolvenzfall

Für das Treuhandeigentum ist es charakteristisch, dass im Falle der Insolvenz des Treuhänders ein Aussonderungsrecht des Treugebers besteht⁷⁷. Diese Rechtsfolge basiert auf der wirtschaftlichen Zurechnung des Vermögensbestandteils zu dem Vermögen des Treugebers.

Fraglich ist, ob sich die skizzierte Rechtslage im Versicherungsvertragsrecht widerspiegelt⁷⁸. Die Alterungsrückstellungen werden bilanztechnisch passiviert⁷⁹ und demnach wirtschaftlich nicht als Eigen- sondern Fremdkapital behandelt. Typisch für die uneigennützig Treuhand ist die Divergenz wirtschaftlichen und rechtlichen Eigentums, so dass dieses Merkmal die Annahme von Treuhandeigentum untermauert. Tatsächlich statuieren §§ 77a Abs. 1 Nr. 1, 77b S. 2 VAG die Vorrechtsstellung der Versicherungsnehmer und Versicherten in der Insolvenz. Gemäß § 66 Abs. 1a Nr. 2 VAG gehört die Deckungsrückstellung dem Sicherungsvermögen an, welches der Befriedigung der Bevorrechtigten dient. Kraft der Vorrechtsstellung kann der Versicherte den auf ihn entfallenen Betrag der Deckungsrückstellung

74 Weil aber das Gesetz nicht ausdrücklich ein Treuhandverhältnis statuiert, kann nicht von einer gesetzlichen, sondern muss von einer rechtsgeschäftlich begründeten Treuhand ausgegangen werden. Überdies ist und bleibt die Rechtsbeziehung zwischen Versicherungsnehmer und –geber privatrechtlich und damit rechtsgeschäftlich.

75 BGH, Urt. v. 21.04.1999, Az. IV ZR 192/98.

76 Palandt / Bassenge, § 903 BGB Rz. 36.

77 Palandt / Bassenge, § 903 BGB Rz. 43.

78 Das Insolvenzrisiko wird in der Praxis mittels der für die Unternehmen der privaten Krankenversicherung gegründeten Auffanggesellschaft „Medicator AG“ gering gehalten. Die rechtstheoretische Konstruktion ist jedoch hinsichtlich der Untersuchung von Treuhandeigentum interessant.

79 OLG Karlsruhe, Urt. v. 02.07.1998, Az. 12 U 302/97 = NJW-RR 1999, 324 (326).

verlangen, was § 77b S. 2 VAG ausdrückt.⁸⁰ Im Insolvenzfall wandelt sich die Alterungsrückstellung in ein gegenständlich beschränktes Insolvenzvorrecht, das eine bevorzugte Befriedigung aus einer Sondermasse ermöglicht. Diese Vorrechte sind aber weder Aussonderungs- noch Absonderungsrechte im Sinne der §§ 47, 51 InsO.⁸¹ Treuhandeigentum gibt aber immer ein Aussonderungsrecht. Die beschränkten Vorrechte der Versicherten in der Insolvenz der Versicherungsunternehmen sprechen also nicht für die Annahme von Treuhandeigentum. Es kann somit ein Rückzahlungsanspruch aus einem Treuhandvertrag nicht bejaht werden.

C.I.2.2.e Schuldrechtlicher Anspruch auf Auszahlung der Alterungsrückstellung bei Wegfall der Vertragsgrundlage

Stattdessen weist die Behandlung der Alterungsrückstellungen im Insolvenzfall auf die Option hin, die Sparanteile bei Unmöglichkeit der Erfüllung bestehender Verträge auszuzahlen. Mit Einführung einer Bürgerversicherung würde die Vertragsgrundlage für den gesamten Kundenstamm entfallen, so dass eine gewisse Parallele zur Rechtslage bei Zahlungsunfähigkeit eines Privatkrankenversicherers besteht.⁸² Insofern könnte ein schuldrechtlicher Anspruch auf Rückzahlung der Sparanteile bei Wegfall der Vertragsgrundlage vorliegen⁸³. Ein solcher Anspruch würde unabhängig der Individualisierungsfrage sein, weil kein Kollektiv verbleibt, zu dessen Gunsten die Alterungsrückstellungen aufgelöst werden.

Eine solche Annahme führt allerdings zu einem Paradoxon. Untersucht wird, in welche Rechte bei Einführung der Bürgerversicherung eingegriffen wird. Der Anspruch auf Auszahlung der Altersdeckungsrickstellung wegen Wegfalls der Geschäftsgrundlage würde erst durch den Eingriff begründet. Das Eigentum muss aber bereits vor dem Eingriff bestanden haben und nicht durch ihn entstehen. Ein gleichwohl denkbarer Anspruch aus Wegfall der Vertragsgrundlage scheidet damit als Schutzobjekt der Eigentumsfreiheit aus.

80 Braun, Vor §§ 49 – 52 InsO Rz. 12.

81 MüKo-InsO / Ganter, Vor §§ 49 – 52 InsO Rz. 4.

82 In praxi tritt die bereits benannte Auffanggesellschaft für den Fortbestand der Versicherungsverträge ein. Übernehmen die Auffanggesellschaften aber die Verträge, dann überführen sie einen Kundenstamm in ein anderes Unternehmen, was wiederum Ähnlichkeit zu der Konstellation des Übergangs in die Bürgerversicherung aufweist.

83 Es ist anerkannt, dass Gesetzes- und Rechtsänderungen zu Äquivalenzstörungen führen können, vgl. Palandt / Heinrichs, § 313 BGB Rz. 41. Sofern eine Vertragsanpassung nicht möglich ist, begründet § 313 Abs. 3 S. 1 BGB ein gesetzliches Rücktrittsrecht im Sinne des § 346 Abs. 1 BGB. Aufgrund des Rücktritts können empfangene Leistungen zurückgefordert werden. Mithin wäre eine Rückzahlung der Sparanteile denkbar.

C.I.2.3 Das Anwartschaftsrecht

Mit den „Sparanteilen“ zum Aufbau der Alterungsrückstellungen als solcher wird also keine Eigentumsposition begründet. Daher stellt sich die Frage, ob dem einzelnen Versicherungsnehmer möglicherweise ein anderes vermögenswertes Recht im Zusammenhang mit der Alterungsrückstellung zusteht, das in den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit fällt.

Die Vorschriften, die die Alterungsrückstellungen regeln, verwenden auch die Terminologie der Anwartschaft. So sprechen § 341f Abs. 3 S. 1 HGB und § 13 Abs. 1 KalVO von einer „Anwartschaft auf Beitragsermäßigung“.

Die Alterungsrückstellungen sind nach Ansicht *Storrs* unproblematisch als erdiente Anwartschaft anzusehen, die von Art. 14 GG geschützt seien.⁸⁴ Erweist sich diese These als richtig, fallen die Alterungsrückstellungen als individueller privatrechtlicher Vermögenswert in den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit der Versicherungsnehmer. Sofern sie sich bereits aus den Allgemeinen Versicherungsvertragsbedingungen ableiten lassen, sind sie als vertragliches Anwartschaftsrecht ohne weitergehende inhaltliche Prüfung geschützt.

C.I.2.3.a Allgemeine Grundsätze zum Anwartschaftsrecht

Ein Anwartschaftsrecht besteht immer dann, wenn von einem mehraktigen Entstehungstatbestand eines Rechts so viele Erfordernisse erfüllt sind, dass von einer gesicherten Rechtsposition des Erwerbers gesprochen werden kann, die der andere, an der Entstehung des Rechts Beteiligte, nicht mehr einseitig zu zerstören vermag.⁸⁵ Das Anwartschaftsrecht setzt einen gewissen Sicherungsgrad der erstrebten Rechtsposition voraus;⁸⁶ bis zu dessen Eintritt liegt lediglich eine ungesicherte Aussicht, eine Anwartschaft vor.⁸⁷ Gegenüber dem Vollrecht ist nach Ansicht der Rechtsprechung das Anwartschaftsrecht kein aliud, sondern ein „wesentlich gleiches Minus“.⁸⁸ Es ist dadurch gekennzeichnet, dass aus ihm bei Eintritt bestimmter Voraussetzungen ipso jure das dingliche oder schuldrechtliche Vollrecht entsteht.

84 Storr, SGB 2004, 279 (287); ähnlich Kirchhof, NZS 2004, 1 (4); ohne näherer Begründung seiner zustimmenden Ansicht Isensee, NZS 2004, 393, (400). Die gesicherte Anwartschaft als eindeutig den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit angehörend deklariert auch Leisner in Isensee / Kirchhof, Handbuch § 149 Rz. 121 m.w.N.

85 Palandt / Heinrichs, Einf v § 158 BGB Rz. 9; Medicus, Bürgerliches Recht Rz. 456.

86 Medicus, Bürgerliches Recht Rz. 456.

87 Medicus, Bürgerliches Recht Rz. 456. Aus diesem Grunde ist der Ausdruck *Storrs* irreführend, er sähe die Alterungsrückstellungen als grundrechtlich geschütztes Eigentum an, vgl. SGB 2004, 279 (287).

88 So BGHZ 28, 16 (21) hinsichtlich des Anwartschaftsrechts aus einer bedingten Übereignung im Sinne des Eigentumsvorbehalts.

Liegt dem Anwartschaftsrecht ein bedingtes Rechtsgeschäft zugrunde, ist dieses vollständig wirksam, lediglich die Rechtswirkungen sind aufgeschoben.⁸⁹

C.I.2.3.b Die Bedingung als Entstehungshintergrund des Anwartschaftsrechts

Das Anwartschaftsrecht strebt stets nach Entwicklung zum Vollrecht. Im Zusammenhang mit den Alterungsrückstellungen ist als Vollrecht der auf dem Versicherungsvertrag basierende schuldrechtliche Anspruch auf Beitragsangleichung im Alter zu erkennen.

Wenn der Zeitpunkt gekommen ist, in dem die Leistungsausgaben aufgrund des Alterns der Versichertenkohorte nicht mehr den Prämieinnahmen entsprechen, hat der Einzelne einen Anspruch auf Konstanthaltung seiner Prämie. Daraus ergibt sich eine Pflicht des Versicherers, allein aufgrund des Alterns eine Prämienhöhung zu unterlassen. Der Anspruch auf Beitragsglättung kann also erst zukünftig, bei Eintritt eines im Einzelnen ungewissen Ereignisses entstehen. Die ungewissen Faktoren, die den Anspruch begründen, drücken sich in der versicherungsmathematischen Beitragskalkulation der Versicherer aus. Storno- und Sterbewahrscheinlichkeiten beeinflussen gemäß §§ 5 und 2 Abs. 1 Nr. 2 KalVO die Höhe der Einzelprämie. Laut Statistik liegt das Durchschnittsalter des Menschen zwar weit über dem Alter, in dem frühestens mit Kostenerhöhungen zu rechnen ist, die Lebenslänge des Einzelnen ist aber nicht garantiert. Damit dem Versicherungsnehmer die Einzahlung seiner Sparanteile zugute kommt, muss er (a) bei seinem Versicherungsunternehmen bleiben, (b) das Alter erreichen, das die Kostenerhöhung mit sich bringt und (c) muss sein Versichertenkollektiv tatsächlich ein erhöhtes Schadensaufkommen haben.⁹⁰ Der schuldrechtliche Anspruch setzt daher den Eintritt dreier zukünftiger, ungewisser Hauptfaktoren voraus, durch die er aufschiebend bedingt ist.

Da schuldrechtliche Ansprüche generell den Grundrechtsschutz der Eigentumsfreiheit genießen, könnte die Frage geäußert werden, ob nicht bereits die Feststellung eines aufschiebend bedingten Anspruchs auf Beitragsglättung genügt, den sachlichen Schutzbereich von Art. 14 GG zu eröffnen. Dies entspräche zumindest dem allgemeinen Rechtsgefühl. In den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit sind jedoch nur rechtlich gesicherte Rechtspositionen einbezogen:⁹¹ Art. 14 GG „gewährleistet nur Rechtspositionen,

89 Jauernig / Jauernig, § 158 BGB Rz. 7.

90 Diese Tatsache ist Ausdruck des Kollektivcharakters der Alterungsrückstellung, vgl. Boetius, VersR 2001, 661 (668).

91 Jarass / Pieroth, Art. 14 GG Rz. 22.

die einem Rechtssubjekt bereits zustehen“.⁹² Vor Bedingungseintritt gewährt ein aufschiebend bedingter Anspruch indes keinerlei gegenwärtige Rechtsstellung, sofern sich nicht aus der Bedingung selbst ein Anwartschaftsrecht ableiten lässt.

C.I.2.3.c Die gesicherte Rechtsposition des Erwerbers

Das Anwartschaftsrecht zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass eine einseitige Vereitelung des Bedingungseintritts seitens des Vertragspartners nicht möglich und eine gesicherte Rechtsstellung des Erwerbers erkennbar ist. Im Rahmen der substitutiven Krankenversicherung ist das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers nach §§ 178i VVG, 257 Abs. 2a Nr. 4 SGB V ausgeschlossen, Rücktrittsrechte sind nach drei Jahren Vertragslaufzeit gemäß § 178k VVG ebenso unmöglich. Der Anspruch auf Beitragsermäßigung im Alter ist mithin durch das Versicherungsunternehmen nicht beeinflussbar. Dies spricht für das Bestehen einer bereits gesicherten Rechtsposition.

aa Keine Differenzierung nach der Vertragsdauer

Fraglich ist aber, ob bereits mit Beginn oder erst nach einer gewissen Vertragslaufzeit von einer gesicherten Stellung des Versicherungsnehmers gesprochen werden kann. Da die Einwendungsoptionen des Versicherungsgebers jedoch bereits mit Aufnahme des Vertragsverhältnisses, jedenfalls aber nach der dreijährigen Rücktrittsfrist, wie beschrieben eingeschränkt sind, müsste konsequenterweise mit dem Anfang des Versicherungsverhältnisses ein Anwartschaftsrecht zuerkannt werden.

Anders ist zu entscheiden, wenn für eine Anknüpfung an fortgeschrittene Verträge ein sachlicher Grund ersichtlich wäre. Abgesehen von dem Versicherungsnehmer, der erst im fortgeschrittenen Alter einen privatrechtlichen Krankenversicherungsschutz erwählt, befindet sich der junge Versicherungsnehmer am Beginn seines Versicherungsverlaufs und hat dementsprechend weniger Prämien gezahlt. Ein zugegeben stark solidarisch anmutendes Argument⁹³ könnte sein, ein Fünfzigjähriger sei beispielsweise dem höheren Alter näher und habe bei langem Vertragsverhältnis bereits mehr Sparanteile eingebracht. Ob dies jedoch dem Älteren eine stärkere Position verschafft, ist zweifelhaft. Die Aussicht, ein hohes Alter zu erreichen, ist mit jedem Fortschritt medizinischer Erkenntnis für den dreißigjährigen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit versehen als für den fünfzigjährigen Ver-

92 BVerfGE 78, 205 (211); ebenso BVerfGE 68, 193 (222).

93 Der Solidargedanke ist zwar der Gesetzlichen Krankenversicherung zuzuordnen, liegt aber auch der erheblichen staatlichen Regulierung des privaten Krankenversicherungssektors zugrunde.

sicherten. Daher könnte auch für den Jüngeren eine sicherere Rechtsposition begründbar sein. Statistiken beweisen, dass die junge Generation mit jedem Geburtsjahrgang einer steigenden Lebenserwartung entgegen sehen darf. Aus dieser Perspektive ist die Annahme einer stärkeren Position eher für den jüngeren Versicherten erkennbar. In den relevanten Vorschriften des HGB, VVG, VAG und der KalVO findet sich kein Ansatz, den jüngeren oder den älteren Versicherten zu bevorzugen. Grund dieser Erkenntnis ist die fehlende Individualisierbarkeit der Alterungsrückstellung. Wer in welchem Alter wie viele Leistungen in Anspruch nimmt, ist nicht vorhersehbar. Der Durchschnitt einer Kohorte entscheidet über den Zeitpunkt der Auflösung angesammelter Alterungssparanteile. Damit lebt die Alterungsrückstellung und mit ihr der Anspruch auf Beitragsermäßigung im Alter vom Gemeinschaftsrisiko, weshalb die Rechtsposition jedes Mitglieds dieser Gefahrengemeinschaft gleich sein muss. Es kann daher keinen Unterschied machen, wie viele Prämienanteile des Einzelnen bereits in die Rückstellung geflossen sind.

bb Die Problematik des progressiven Entstehungsaktes

Diese Konklusion verbirgt allerdings eine Gefahr. Gemäß der Definition eines Anwartschaftsrechts setzt es einen progressiven Entstehungsakt voraus. Ein Anwartschaftsrecht kann daher nur dort gefunden werden, wo zwischen der Einleitung und der Vollendung des Rechtserwerbs eine gewisse Zeitspanne liegt.⁹⁴ Im vorliegenden Falle würde es mit Beginn des Versicherungsvertragsverhältnisses zeitgleich entstehen. Gerade der fortschreitende Erwerbsvorgang ist jedoch Wesenszug des Anwartschaftsrechts, das sich durch den Eintritt eines bestimmten und rechtlich relevanten Sicherungsgrades von der bloßen Anwartschaft abhebt.⁹⁵

Dies ist auch wohl der Grund, weshalb das *OLG Karlsruhe* im Urteil vom 02.07.1998⁹⁶ feststellt, der Begriff der Anwartschaft in den allgemeinen Versicherungsbedingungen⁹⁷ „kennzeichnet [...] kein Anwartschaftsrecht im eigentlichen Sinne“. Der Anspruch auf zukünftige Beitragsermäßigung sei allenfalls eine rechtlich abgesicherte Erwartung.

Unterstrichen wird dies Ergebnis anhand des Sinn und Zwecks eines Anwartschaftsrechts nach klassischem Verständnis. Es soll dem Erwerber und seinen Gläubigern ermöglichen, schon in der Zeit bis zum Vollrechtserwerb

94 Medicus, Bürgerliches Recht Rz. 457.

95 Vgl. oben unter I.2.c.(a).

96 OLG Karlsruhe, Az. 12 U 302/97 = NJW-RR 1999, 324 (326). Dieses Urteil ist die vorinstanzliche Entscheidung zu BGH, Urt. v. 21.04.1999, IV ZR 192/98. In der höchstrichterlichen Entscheidung folgt der Senat der Argumentation des OLG Karlsruhe.

97 Der dortige Terminus entspricht dem zitierten Gesetzeswortlaut der §§ 341f HGB und 13 Abs. 1 KalVO.

über den wirtschaftlichen Wert zu verfügen, den die bereits vollzogenen Teile des Erwerbsvorgangs verkörpern.⁹⁸ Hingegen kann der Versicherte über die Alterungsrückstellung nicht verfügen. Die einzige Gestaltungsmöglichkeit ist der Tarifwechsel nach § 178f VVG. Demzufolge wird der Zweck des Anwartschaftsrechts, der in der wirtschaftlichen Bewegungsfreiheit liegt, nicht erfüllt.

cc Die Unschädlichkeit fehlender Verfügungsbefugnis

Die fehlende Verfügungsbefugnis ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag und spiegelt sich in der Weitergabe der Alterungsrückstellungen an die verbleibende Versichertenkohorte bei Ausscheiden des Versicherten aus dem Kollektiv. Nicht nur bei Wechsel des Versicherers, sondern auch bei Tod des Versicherten werden die angesammelten Alterungsrückstellungen an die verbleibende Versichertenkohorte weitergegeben und damit im Todesfall nicht an den zivilrechtlichen Rechtsnachfolger vererbt.⁹⁹ Auch dies könnte gegen die Annahme eines Anwartschaftsrechts sprechen, ist es doch grundsätzlich vererblich. Fraglich ist aber, ob diese Rechtslage die Annahme eines Anwartschaftsrechts auszuschließen vermag. Hierzu hat das *BVerfG* entschieden, dass eine eingeschränkte Verfügungsbefugnis den verfassungsrechtlichen Eigentumsschutz nicht per se ausschließt,¹⁰⁰ so dass diese Merkmale allein die Ablehnung eines Anwartschaftsrechts nicht tragen können.

dd Die Beteiligten an der Entstehung des Vollrechts

Weiterhin ist es jedoch typisch für das Anwartschaftsrecht, dass der an der Entstehung des Vollrechts Beteiligte dieses nicht einseitig zu vereiteln vermag und der Erwerber praktisch allein die Erstarkung zum Vollrecht betreiben kann. Im Falle der Alterungsrückstellung kann jedoch nicht der einzelne Versicherte, sondern nur das gesamte Versichertenkollektiv, für das die Alterungsrückstellungen gebildet werden, die (ungewisse) Bedingung erfüllen, dass die Ausgaben im Alter gegenüber dem Normalaufwand steigen. Demnach liegt es nicht allein an der Person des einzelnen Versicherten, den Vollrechtserwerb herbeizuführen. Er ist stets abhängig vom Durchschnitt einer Versichertenkohorte. Diese Rechtslage spricht ebenfalls gegen das Vorliegen eines Anwartschaftsrechts.

Anders ist es zwar im Falle des aus dem Beitragszuschlag gem. § 12 Abs. 4a VAG gewonnenen Teils der Alterungsrückstellung, weil dort das Errei-

98 Schreiber, Jura 2001, 623 (624).

99 Jahresgutachten 2004/05 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, BT-Drucks. 15 / 4300, 393.

100 BVerfGE 83, 201 (210).

chen des 65. Lebensjahres des Versicherten als relevanter Zeitpunkt angegeben werden kann (vgl. oben C, I, 2, b, (b)). Wie bereits gezeigt, hängt allerdings auch die Gutschrift aus dem Beitragszuschlag vom Versicherungsverlauf der Kohorte ab. Damit kann auch in diesem Rahmen keine andere Aussage hinsichtlich des Sicherungsgrades eines insofern denkbaren Anwartschaftsrechts gemacht werden.

Zusammenfassend stellt der vertragliche Anspruch auf Beitragsermäßigung im Alter wegen der aufschiebenden Bedingung und ihrer kollektiven Natur vor ihrem Eintritt lediglich eine Erwartung, aber keine gesicherte Rechtsposition dar.¹⁰¹

C.I.2.3.d Zwischenergebnis

Ein Anwartschaftsrecht, das in den Schutzbereich der Eigentumsfreiheit der Versicherungsnehmer fiele, besteht in der „Ansparphase“ nicht.

C.I.3. Die geschützten Vermögensrechte bei Auflösung der Alterungsrückstellung

Wenn die aufgezeigten drei Bedingungen für den Anspruch auf Beitragsglättung im Alter eingetreten sind, entsteht dieser Anspruch und genießt demnach den Schutz des Art. 14 GG. Insofern liegt nicht mehr nur eine Aussicht, sondern eine existente, subjektive Rechtsposition vor.

C.I.4. Ergebnis zum ersten Abschnitt

Der in der Prämie enthaltene Sparanteil drückt eine Erwartung zukünftig dem Alter angepasster Prämiengestaltung aus, die ihrerseits keinen eigenen Schutz genießt. Wenn die Bedingung eintritt, steht dem Versicherungsnehmer ein schuldrechtlicher Anspruch auf Beitragsglättung zu, der in den Schutzbereich einbezogen ist. Dies erscheint auch eine ausreichende verfassungsrechtliche Absicherung des Versicherungsnehmers zu sein.

C.II Die Alterungsrückstellungen als Eigentumsposition der Versicherer

Sind die Alterungsrückstellungen keine vermögenswerte Rechtsposition einzelner Versicherungsnehmer, so liegt es nahe, sie alternativ den Versicherungsunternehmen in einer Weise zuzurechnen, dass sie dem Schutzbereich des Art. 14 GG unterfallen.

101 Das Anwartschaftsrecht ebenfalls verneinend Scholz, FS für von Maydell, 633 (646 f.).

C.II.1. Treuhandeigentum

Auf Seiten des Versicherungsgebers könnte die angesammelte Alterungsrückstellung eine Geldeigentumsposition im Sinne von Treuhandeigentum sein. Wie bereits im Rahmen der Eigentumsposition der Versicherungsnehmer gezeigt wurde (oben C, I, 2, b, (d)), ähnelt die Verwaltung der Alterungsrückstellungen zwar dem Treuhandeigentum, ohne aber tatsächlich eine Treuhand zu sein.

C.II.2. Rückstellungen als Teil des Vermögens versus Sondervermögen zur Sicherung zukünftiger „Auflösungszahlungen“

Bleibt zu erörtern, ob die Alterungsrückstellungen bzw. das ihnen entsprechende Vermögen auf Seiten der Versicherungsnehmer dem geschützten Eigentum zuzuordnen sind.

Wie schon erwähnt (oben C, I, 1) bilden die Alterungsrückstellungen keinen Sonderfonds von Vermögenswerten. Vielmehr verlangt § 66 VAG, die Alterungsrückstellungen zusammen mit allen anderen Rückstellungen in die Bilanz als Passiva einzustellen, denen ein „Sicherungsvermögen“ als „Aktiva“ entsprechen muss. Die Vermögensgegenstände, die das „Sicherungsvermögen“ ausmachen, müssen gem. § 66 VAG besonders sicher angelegt sein. Eine gesonderte Vermögensmasse allein für die Alterungsrückstellung gibt es nicht.

„Der verfassungsrechtliche Eigentumsschutz [...] bleibt an Rechtspositionen gebunden. Kein Eigentum im Sinn von Art. 14 Abs. 1 GG ist daher das Vermögen, das selber kein Recht, sondern den Inbegriff aller geldwerten Güter einer Person darstellt.“ Mit dieser Begründung vertritt das *Bundesverfassungsgericht*,¹⁰² dass Art. 14 GG nicht vor der Auferlegung staatlicher Geldleistungspflichten schützt. Diese seien nämlich nicht mittels eines bestimmten Eigentumsobjekts zu erfüllen, sondern werden aus dem fluktuierenden Vermögen bestritten. Demzufolge schützt die Eigentumsfreiheit nicht vor der staatlichen Inanspruchnahme des unbeständigen Vermögens. Fokussiert jedoch der Staat ein konkretes Vermögensobjekt, ist nicht mehr nur fluktuierendes Vermögen betroffen. Für die Bestimmung des Schutzbereichs des Eigentums ist mithin das staatliche Zugriffsobjekt und nicht der Vermögensstatus eines geldwerten Gutes maßgeblich.

Das führt zu schwierigen Grenzziehungen bei der konkreten Realisierung des Übergangmodells zur Anrechnung der Alterungsrückstellungen für die integrierte Krankenversicherung. Drei Alternativen lassen sich kennzeichnen, zwischen denen es Übergänge und Überlappungen geben kann.

102 BVerfGE 95, 267 (300).

1. Die Alterungsrückstellungen werden schrittweise durch eine besondere Abgabe, die „Auflösungszahlungen“, gemäß ihrem Zweck periodisch aufgelöst.¹⁰³ Die den Alterungsrückstellungen entsprechenden Vermögensmassen müssen dazu nicht ausgesondert oder besonders gekennzeichnet werden. Es dürfte wahrscheinlich ausreichen, wenn über bes. „Treuhänder“ oder die Versicherungsaufsicht sichergestellt wird, dass die zukünftigen Zahlungsverpflichtungen auch bedient werden können. (Typ 1 „Abgabenlösung“)
2. Zur Sicherung der zukünftigen Zahlungsverpflichtungen werden Vermögensmassen für die GKV-„Bürgerversicherung“ ausgesondert, zwar den Versicherungsunternehmen überlassen, aber zur Sicherung der zukünftigen Zahlungen gebunden (Typ 2 „Gebundene Eigenmittel“).
3. Es werden den Alterungsrückstellungen entsprechenden Vermögensmassen konkret auf die GKV-„Bürgerversicherung“ übertragen und allenfalls dann den Versicherungsunternehmen treuhänderisch zur weiteren Verwaltung überlassen (Typ 3 „Sicherungsübereignung“).

Im Typ 1 „Abgabenlösung“ träfe die Auferlegung der Zahlungspflicht entsprechend den Alterungsrückstellungen das unbeständige Vermögen, und damit kein konkretes Objekt; der Schutzbereich der Eigentumsfreiheit dürfte nicht tangiert sein, es sei denn die Zahlungsverpflichtungen hätten eine erdrosselnde Wirkung und brächten eine „übermäßige Belastung“,¹⁰⁴ wovon nicht (unten, bei der Prüfung des Eingriffs unter C, IV, 2, a, bb) ausgegangen werden kann. Beim Typ 2 „Gebundene Eigenmittel“ würde eine Vermögensbeeinträchtigung vorliegen, die hinsichtlich ihres Aussonderungseffekts konkret genug ist. Dann würde die besondere Bindung ein konkretes Sondervermögen, und damit Eigentum der Versicherungsunternehmen, betreffen, auch wenn das Vermögen nicht übertragen würde. Das Vorgehen nach Typ 3 „Sicherungsübereignung“ wäre dagegen eine Enteignung, da konkrete Vermögenswerte übertragen würden. Typ 3 soll hier aber nicht weiter untersucht werden, da er im Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ nicht angestrebt wird. Zudem wäre er wenig praktikabel, weil die Bildung dieses Sondervermögens und seine Verwaltung eventuell die Solvenz einiger PKV-Unternehmen gefährden könnte

¹⁰³ Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6 (11).

¹⁰⁴ Diese Ausformung des Schutzbereichs des Art. 14 Abs. 1 GG bei Abgabepflichten wird in der Literatur und Rechtsprechung vertreten. Vgl. BVerfGE 93, 121 (137); Sachs-Wendt, Art. 14 GG Rz. 38/39 und V. Mangoldt/Klein/Starck-Depenheuer Art. 14 GG Rz. 165 ff. beide m.w.N.

und einen hohen Verwaltungsaufwand mit sich brächten, ohne dass der Erfolg, eine rentierliche Anlage und die Absicherung der zukünftigen Zahlungen besser gesichert wären als nach den Typen 1 und 2. Auch wäre das Vorgehen nach Typ 3 unverhältnismäßig. Denn die Alterungsrückstellungen gehen nur auf die Sicherung zukünftiger Verpflichtungen gegenüber den Versicherten, sie stellen – wie gezeigt (C, I, 2) - noch keinen gegenwärtigen Vermögensvorteil der Versicherungsnehmer dar, auf denen die GKV-„Bürgerversicherung“ legitimerweise zurückgreifen könnte. Dieser Funktion entspricht es vielmehr, die Alterungsrückstellungen auch nur zukünftig, sukzessiv in Form von Ausgleichsansprüchen zur übertragen wie dies die Typen 1 und 2 tun.

C.II.3. Ergebnis zum zweiten Abschnitt

Es hat sich gezeigt, dass die Alterungsrückstellungen bzw. das ihnen entsprechende Vermögen nicht zum verfassungsrechtlichen Eigentum des Versicherungsnehmers zählen, sondern vielmehr dem Versicherungsgeber zuzurechnen sind. Dabei gelangen sie nicht in die Vermögensmasse des Versicherers, sondern verbleiben als Buchwert im allgemeinen Vermögen und heben sich bei auf sie bezogener Abgabeverpflichtung mithin nicht als eigenständig schützenswerte Rechtspositionen im Sinne des Art. 14 GG hervor. Anders wäre dies nur, wenn eine dem Versicherungsunternehmen verbleibende besondere Vermögensmasse zur Sicherung der „Auflösungszahlungen“ gebildet würde.

C.III Sonstige eigentumsgrundrechtlich geschützten Rechtspositionen

C.III.1. Rechtspositionen auf Seiten der Versicherungsnehmer

C.III.1.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

Was demnach bleibt, ist der Vertrag als solcher. Im Rahmen dieses Vertrages haben die Versicherten Ansprüche auf Liquidation bereits eingetretener Schäden in Form der Kostenerstattung für eine Privatbehandlung. Bestehende Ansprüche sind zu bedienen und werden unzweifelhaft von Art. 14 GG geschützt. Dieser Punkt muss bei der Überführung der Privatversicherungsverhältnisse in ein anderes Krankenversicherungssystem am Maßstab des Art. 14 GG geprüft werden.

C.III.1.2 Bestand des Versicherungsvertrags als ein solcher

Schließlich fragt sich, ob es einen eigentumsgrundrechtlichen Schutz auch hinsichtlich des Interesses an der Fortsetzung eines bestehenden Vertragsverhältnisses gibt. Da die geltenden Verträge durch den Übergang in die Bürgerversicherung faktisch obsolet werden, könnten die Versicherten dem entgegen halten, sie hätten ein rechtlich abgesichertes Interesse an bzw. einen Anspruch auf die zukünftige Fortdauer ihrer Rechtsverhältnisse.

Die Antwort auf die vorstehende Frage hängt davon ab, ob es einen verfassungsrechtlich geschützten Kontinuitätsanspruch hinsichtlich bestehender Verträge gibt. Der BGH verneinte dies in einer Entscheidung aus dem Jahre 1992 für kündbare Mietverhältnisse¹⁰⁵. Die Rechtsstellung des Mieters sei dadurch begrenzt, dass das Vertragsverhältnis durch Kündigung beendet werden kann, unabhängig davon, ob tatsächlich eine Kündigung seitens des Vermieters angestrebt wird. Der Mieter hätte insofern lediglich eine rechtlich ungesicherte Erwartung auf die Nichtbeendigung des Vertragsverhältnisses. Der *Senat* sieht demnach nur konkrete subjektive Rechte vom Schutzbereich der Eigentumsfreiheit umfasst, „die einem Rechtsträger bereits zustehen, nicht dagegen die Chancen und Aussichten, auf deren Verwirklichung ein rechtlich gesicherter Anspruch nicht besteht“.¹⁰⁶ In seinem Urteil vom 07.01.1982 hat der *BGH* betont, solange der Mieter gegen das Kündigungsrecht nicht rechtlich durch Gesetz oder Vertrag abgesichert sei, handele es sich lediglich um die Erwartung eines künftig rechtlich wirksamen Verhaltens des Vermieters.¹⁰⁷

Im Unterschied zu den höchstrichterlich entschiedenen Fällen des Mietver-

105 BGHZ 117, 236 (237).

106 BGHZ 117, 236 (237).

107 BGHZ 83, 1 (4).

hältnisses sind das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsgebers nach § 178i VVG und nach drei Jahren Vertragslaufzeit ebenso das Rücktrittsrecht gemäß § 178k VVG gesetzlich ausgeschlossen. Insoweit besteht eine rechtliche Absicherung gegen die einseitige Aufhebung des Vertragsverhältnisses. Damit ist allerdings ein Kontinuitätsanspruch noch nicht begründet. Die zitierten Senatsurteile beziehen sich auf ein konkretes vermögenswertes Recht in Form des Nutzungsrechts an einer Sache aufgrund eines Mietvertrages, welches wegen der Kündbarkeit keinen Eigentumsschutz genießt. Voraussetzung eines schützenswerten Bestandsinteresses ist hier nach eine bereits bestehende vertragliche Rechtsposition, die fortgeführt werden soll. Mithin existiert nur dann ein Kontinuitätsanspruch, wenn nicht der Fortbestand eines Vertrages als solcher, sondern ein aus ihm ableitbarer Anspruch in seiner Fortführung rechtlich abgesichert ist. Ein rechtlich abgesicherter Anspruch ist das versicherungsvertraglich begründete obligatorische Recht auf Fortsetzung der Versicherungsverhältnisse (auch mit den durch die Alterungsrückstellungen gesicherten Bedingungen) und auf zukünftige Schadensliquidation, welche durch Ausschluss einseitiger rechtsvernichtender Einwendungen und Kündigungsrechte auf Seiten des Versicherungsgebers im Interesse des Versicherungsnehmers rechtlich abgesichert sind und damit dem Schutzbereich der Eigentumsfreiheit angehört.

C.III.2. Rechtspositionen auf Seiten der Versicherungsgeber

Wie den Versicherungsnehmern stehen auch den privaten Versicherungsunternehmen Ansprüche aus den Vertragsverhältnissen zu. Die Ansprüche auf zukünftige Prämienzahlung setzten erneut ein schützenswertes Interesse am Fortbestand des Vertragsverhältnisses voraus. Anders als im Rahmen der rechtlichen Beurteilung eines solchen Interesses auf Seiten der Versicherungsnehmer können die Versicherungsgeber keine rechtliche Absicherung anführen. Das Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers nach Maßgabe des § 178h VVG ist nicht ausgeschlossen, so dass bereits aus diesem Grunde eine bloße Aussicht bzw. Chance auf den Fortbestand des Vertragsverhältnisses angenommen werden kann. Zukünftige Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sind für die Versicherungsgeber mithin nicht eigentumsgrundrechtlich geschützt.

C.III.3. Ergebnis zum Abschnitt III

Auf Seiten der Versicherungsnehmer fallen auch die Ansprüche auf Fortsetzung des Vertragsverhältnisses und auf zukünftige Schadensliquidation in den Schutzbereich des Art. 14 GG, da sie vor allem durch den Ausschluss des Kündigungsrechts des Versicherungsgebers hinreichend gefestigte vertragliche Rechtspositionen sind.

C.IV Eingriff in von Art. 14 geschützte Rechtspositionen

Von dem Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung“ sind also folgende Rechtspositionen betroffen, die in den Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG fallen:

1. Auf Seiten der Versicherungsnehmer fallen sowohl bereits entstandene Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in den Schutzbereich des Art. 14 GG als auch zukünftige Ansprüche auf Fortsetzung der Versicherungsverhältnisse und auf Schadensliquidation. Dagegen sind die Alterungsrückstellungen keine eigentumsgrundrechtlich geschützten Rechtspositionen der Versicherungsnehmer.
2. Die Alterungsrückstellungen sind auch keine eigentumsgrundrechtlich geschützten Rechtspositionen der Versicherungsgeber, sondern als rein bilanzielle Rechnungsposten nicht abgegrenzte Teile des allgemeinen Vermögens. Nur dann würde ein Eingriff in das Eigentum der PKV-Unternehmen in Betracht kommen, wenn die Alterungsrückstellungen mehr als rein bilanzielle Rückstellungen wären, indem z. B. zur Deckung der zukünftigen Verbindlichkeiten entsprechende Vermögensbestandteile innerhalb des Vermögens der PKV-Unternehmen zur Sicherung der zukünftigen Zahlungen ausgesondert und gebunden würden (Interventionstyp „Gebundene Eigenmittel“).

Im Folgenden muss nunmehr untersucht werden, ob in diesen Regelungen ein Eingriff in das Eigentum der Versicherten (1.) bzw. der PKV-Unternehmen (2.) liegt.

C.IV.1. Die Rechte der Privatversicherten

Davon ausgehend, dass die vertraglichen Ansprüche der Privatversicherten von dem Schutzbereich des Art. 14 GG umfasst sind, fragt sich, inwieweit das von Sehlen / Hofmann / Reschke in diesem Band vorgestellte Modell in diese geschützten Rechte eingreift.

C.IV.1.1 Durch Zugriff auf die Mittel der Alterungsrückstellungen

Die vertraglichen Ansprüche der Versicherten bestehen unabhängig von den durch die PKV-Unternehmen gebildeten Alterungsrückstellungen. Die vertraglichen Ansprüche sind nicht durch das Bestehen der Alterungsrückstellung bedingt. Auch die Durchsetzbarkeit hängt nicht von den Alterungsrückstellungen ab, denn die vertraglichen Ansprüche werden nicht durch die Rückstellungen gesichert. Die Rückstellungen sind lediglich Finanzmittel der PKV-Unternehmen, die zweckgebunden verwendet werden sollen, nämlich, um die vertraglichen Ansprüche auf Beitragsglättung im Alter

zu erfüllen.

Der Zugriff auf die Alterungsrückstellungen könnte sich allenfalls dann als ein Eingriff in die grundrechtlich geschützten Rechte aus dem Versicherungsvertrag darstellen, wenn eine mangelnde finanzielle Leistungskraft seitens der PKV-Unternehmen zu einem Erlöschen der vertraglichen Ansprüche führen könnte. Ein solcher Rechtsverlust könnte sich bei Unmöglichkeit der Leistungserbringung seitens der PKV-Unternehmen aus § 275 Abs. 1 BGB ergeben. Allerdings kann ein zahlungsunfähiger Schuldner sich nicht auf § 275 Abs. 1 BGB berufen, d.h., Geldleistungspflichten können nicht unmöglich werden¹⁰⁸. Der Zugriff auf die Alterungsrückstellung hätte deshalb keinen Einfluss auf den Bestand der vertraglichen Rechte, wenn sich die Verpflichtung zur Beitragsglättung als Geldleistungspflicht der PKV-Unternehmen darstellte. Die Verpflichtung zur Beitragsglättung im Alter wird seitens der Versicherer durch eine Subventionierung der Versicherungsbeiträge der einzelnen Versicherten bei Eintritt der Voraussetzungen der Glättung erfüllt. Diese Verpflichtung stellt sich daher für die PKV-Unternehmen letztlich als eine Zahlungspflicht dar. Deshalb geht der Anspruch selbst bei Zahlungsunfähigkeit der PKV-Unternehmen nicht gem. § 275 Abs. 1 BGB unter.

Gleiches gilt für die Ansprüche auf Leistungen im Krankheitsfall, zumal diese aus Deckungsrückstellungen und nicht etwa aus der Alterungsrückstellung finanziert werden.

Deshalb betrifft der staatliche Zugriff auf die Alterungsrückstellungen, gleich wie er gestaltet ist, die von Art. 14 Abs. 1 GG geschützten Rechte der Versicherten nicht.

108 Palandt / Heinrichs, § 275 BGB, Rz. 3.

C.IV.1.2 Durch Einflussnahme auf den Bestand der Versicherungsverträge

Die Einführung der Bürgerversicherung soll dadurch erfolgen, dass zu einem bestimmten Zeitpunkt alle bislang in der PKV Versicherten in die Bürgerversicherung einbezogen werden und zwar dadurch, dass sie sich bei ihrem bisherigen Versicherungsunternehmen oder einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung zu dem Bürgerversicherungstarif versichern¹⁰⁹.

Die Beurteilung der Eingriffsqualität dieser Einbeziehung hängt im Hinblick auf die von Art. 14 Abs. 1 GG geschützten Rechte der Privatversicherten wesentlich von der Frage ab, wie das Schicksal der bestehenden privaten Versicherungsverträge in diesem Zusammenhang gesetzlich geregelt und ausgestaltet wird. Immer wird die Einführung der „Bürgerversicherung“ mittelbar dazu führen, dass es für alle bisher privat Krankenversicherten nicht sinnvoll erscheint für die Leistungen des Basistarifs, des „Bürgerversicherungstarif“, die private Krankenversicherung aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus stehen dem Gesetzgeber für die Auflösung der Altverträge zwei verschiedene Instrumente zur Verfügung:

- Zur Sicherstellung der Ziele des Konzepts zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ würde es ausreichen, dass die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zum Datum des Einbezugs in die „Bürgerversicherung“ erhalten. Dies wäre ein zusätzliches Recht, aber kein Eingriff in vermögenswerte Rechtspositionen der Versicherten; es würde aber in die bestehenden Verträge zu Lasten der PKV-Unternehmen eingreifen.
- Um die PKV-Unternehmen von den Verpflichtungen aus den Altverträgen zu entlasten und den Übergang in die GKV-„Bürgerversicherung“ einheitlich und übersichtlich zu gestalten, kann das Gesetz auch eine automatische Beendigung der Altverträge vorsehen. Hierdurch würde in die vertraglichen, als Eigentum geschützten Rechte sowohl der Versicherten wie auch der PKV-Unternehmen eingegriffen.

C.IV.1.2.a Beendigung des ursprünglichen privaten Versicherungsvertrages

Im Rahmen der Einführung der Bürgerversicherung könnte gesetzlich die Beendigung der bestehenden privaten Versicherungsverträge vorgesehen

109 Sehlen/Hofmann/Reschke, in diesem Bericht, Abschnitt 2.

werden¹¹⁰. Gleichzeitig könnte die Möglichkeit geschaffen werden, den ursprünglichen Versicherungsvertrag als Zusatzversicherung zur Bürgerversicherung weiterzuführen. Hierin könnte ein Eingriff in den Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG liegen.

Fraglich ist, wie sich eine solche gesetzliche Anordnung der Beendigung der bestehenden Verträge mit der Möglichkeit der „Umwandlung“ in eine Versicherung zum Bürgerversicherungstarif und eine Zusatzversicherung auf den von Art. 14 Abs. 1 GG geschützten bestehenden Versicherungsvertrag auswirkt.

aa Keine bloße Umgestaltung bestehender Verträge

Zunächst ist fraglich, ob durch diese Regelung das bestehende Vertragsverhältnis lediglich umgestaltet wird oder die Regelung tatsächlich zu einem Ende des ursprünglichen Versicherungsvertrages und der Ersetzung durch neue Verträge führen würde.

Für die Annahme einer Umgestaltung des bestehenden Vertrages spricht, dass im besten Fall die Leistungsansprüche der vormals Privatversicherten nach Einführung der Bürgerversicherung unverändert bleiben, sie ergeben sich zum Teil aus dem Bürgerversicherungstarif und werden im übrigen durch eine private Zusatzversicherung abgedeckt.

Die besseren Argumente sprechen allerdings dagegen, in dieser Konstruktion eine bloße Umgestaltung der bestehenden Verträge zu sehen: Ursprünglich bestand zwischen den Vertragsparteien nur ein Versicherungsvertrag privatrechtlicher Natur. Nach der Neuregelung bestehen entweder ein, zwei oder mehr Vertragsverhältnisse. Diese Vertragsverhältnisse unterscheiden sich nach ihrer Rechtsnatur, ihrem Inhalt und ihrem Umfang wesentlich von dem ursprünglichen Vertrag.

Zunächst entsteht im Umfang der Bürgerversicherung ein Pflichtversicherungsverhältnis zwischen dem Versicherten und dem Versicherer. Selbst wenn dieses so ausgestaltet ist, dass der Versicherte bei dem PKV-Unternehmen einen Bürgerversicherungstarif abschließen kann, handelt es sich um ein Versicherungsverhältnis, dessen Inhalt im wesentlichen gesetzlich festgelegt ist und nicht von den Vertragsparteien privatautonom gestaltet werden kann. Dieses gilt sowohl für die Leistung, wie für die Gegenleistung und die Vertragsmodalitäten. Der Umfang der Versicherungsleistungen wird gesetzlich festgeschrieben. Im Rahmen der Bürgerversicherung kann der Versicherte anders als im Rahmen seines ursprünglichen Versicherungsvertrages nicht selbst entscheiden, welche Leistungen er in welchem Umfang versichern möchte. Auch die Beitragsbemessung wird gesetzlich

110 Hiervon geht z.B. aus Storr, SGB 2004, 279 (286).

festgelegt. Lediglich hinsichtlich des Beitragssatzes werden die PKV-Unternehmen wie heute schon die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung einen Gestaltungsspielraum haben, allerdings nur in einem gesetzlich klar definierten, sehr begrenzten und durch staatliche Genehmigungsbehörden kontrollierten Rahmen. Der Versicherte hat im Vergleich zu der PKV nur noch in sehr engen Grenzen die Möglichkeit, durch sein eigenes Verhalten Einfluss auf die Prämienhöhe zu nehmen¹¹¹, eine Rückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen kommt regelmäßig nicht in Betracht¹¹². Anders als der ursprüngliche Versicherungsvertrag wird der Bürgerversicherungstarif nicht mehr kündbar sein, allerdings wird dem Versicherten, ähnlich einem Kündigungsrecht, wie heute schon den gesetzlich Versicherten ein Wechselrecht zu einem anderen Anbieter (PKV-Unternehmen oder Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung) zustehen. Zusammengefasst bedeutet dies, dass hinsichtlich der Versicherung in der Bürgerversicherung nur zwei Faktoren gleich bleiben, nämlich der Zweck des Vertrages und die Vertragspartner. Der gesamte Vertragsinhalt ändert sich jedoch, ohne dass der ursprüngliche Vertragsbestand in die Bürgerversicherung überführt würde¹¹³, und zwar dergestalt, dass der Vertragsinhalt gerade nicht mehr privatautonom bestimmt werden kann, so dass von einer Beendigung des ursprünglichen Vertrages auszugehen ist¹¹⁴.

Es bestünde die Möglichkeit, neben diesem Versicherungspflichtverhältnis eine oder mehrere Zusatzversicherungen abzuschließen. Diese Zusatzversicherungen kämen allerdings dem ursprünglichen Versicherungsverhältnis in seiner Ausgestaltung näher, sie würde weiter die Wesensmerkmale eines privatrechtlichen Vertrages tragen. Die Parteien könnten hier die Versicherung bestimmter (zusätzlicher) Leistungen vereinbaren, Leistungsumfang und Beitragshöhe würden weiterhin risikoabhängig und unter Berücksichtigung versicherungsmathematischer Grundsätze bestimmt. Um den Eingriff in die Rechte der Versicherten möglichst gering zu halten, müsste allerdings eine Einschränkung der Privatautonomie auf Seiten der Versicherer erfolgen. Hier liegt die Schaffung eines Kontrahierungszwanges nahe, um zu gewährleisten, dass den Privatversicherten bestehende oder erworbene Vorteile aus dem ursprünglichen Versicherungsverhältnis (z.B. keine Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, sondern Zugrundelegung des Beginns des ursprünglichen Versicherungsvertrages, Erhaltung der Alte-

111 Nämlich nur noch bei einer entsprechenden satzungsrechtlichen Regelung, vgl. im Einzelnen § 65 a SGB V.

112 Siehe hierzu § 54 SGB V, der eine solche Möglichkeit nur für freiwillig Versicherte vorsieht und sie zusätzlich der Satzungsautonomie der Krankenversicherungsträger unterstellt.

113 Vgl. Kirchhof, NZS 2004, 1 (5).

114 So auch Kirchhof, NZS 2004, 1 (5).

rungsrückstellungen aus dem Altvertrag im Umfang der zusätzlich versicherten Leistungen) auch im Rahmen einer Zusatzversicherung erhalten bleiben

Gegen die Einordnung der gesetzlichen Regelung als eine Umgestaltung des bestehenden Versicherungsvertrages spricht weiter, dass eine solche Zusatzversicherung nicht zwingend besteht, sondern für die bislang Privatversicherten nur die Möglichkeit geschaffen wird, den im Vergleich zu den bisherigen privaten Versicherungsverträgen niedrigeren Leistungsumfang der Bürgerversicherung weiter abzusichern.

Deshalb ist davon auszugehen, dass eine derartige Regelung sich rechtlich als Beendigung des bestehenden Versicherungsvertrages darstellt und zugleich die Pflicht zum Abschluss eines Vertrages zum Bürgerversicherungstarif und die Möglichkeit zum Abschluss einer Zusatzversicherung geschaffen wird.

Damit würde der ursprüngliche Versicherungsvertrag, der als solcher von dem Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG umfasst ist, zunächst vernichtet. Die Tatsache, dass der Einzelne gleichzeitig einen Teil der ursprünglich in dem privaten Versicherungsvertrag abgesicherten Leistungen aus der Bürgerversicherung erhalten wird und die Möglichkeit zum Abschluss einer Zusatzversicherung besteht, ändert nach den obigen Feststellung an der Vertragsbeendigung und deren Eingriffscharakter nichts, sondern ist im Rahmen der Rechtfertigung des Eingriffs zu berücksichtigen¹¹⁵.

bb Enteignung oder Inhaltsbestimmung

Fraglich ist, inwieweit die Beendigung des Versicherungsvertrages als Eingriff in von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechte zu qualifizieren ist.

War hinsichtlich der Frage des Schutzbereichs zu trennen zwischen den unterschiedlichen Rechtspositionen der Versicherten, nämlich einerseits den Fällen, in denen bereits konkrete Leistungsansprüche aus den Versicherungsverträgen bestehen, weil der Versicherungsfall eingetreten ist bzw. weil eine Beitragsglättung nach Auflösung der Alterungsrückstellung bereits stattfindet und andererseits den Fällen, in denen das Ende des Vertrages zu dem Erlöschen der sich aus den Verträgen ergebenden Leistungsansprüche führt, so stellt sich die Frage eines Eingriffs für alle genannten Rechtspositionen gleichermaßen, da sowohl bestehende, als auch künftige oder bedingte Ansprüche bei Beendigung der Verträge erlöschen würden.

Fraglich ist, ob die Beendigung des Versicherungsvertrages jeweils als Enteignung i.S.d. Art. 14 Abs. 3 GG oder als Inhalts- und Schrankenbestim-

¹¹⁵ Vgl. zu dem Verhältnis von verfassungsrechtlicher Rechtfertigung und Eingriffswirkung eingehend Alexy, S. 302.

mung i.S.d. Art. 14 Abs. 1 S.2 GG zu qualifizieren ist.

In diesem Zusammenhang ist die Rechtsprechung des *Bundesverfassungsgerichts* zu berücksichtigen, nach der Inhaltsbestimmungen, Legal- und Administrativenteignungen drei eigenständige Rechtsinstitute sind, die jeweils in einem aliud-Verhältnis zueinander stehen¹¹⁶. Dabei ist die Eingriffsintensität grundsätzlich für die Bestimmung der Eingriffsqualität unbeachtlich, maßgeblich sind vielmehr formale Kriterien¹¹⁷.

Eine Enteignung i.S.d. Art. 14 Abs. 3 GG erfordert nach der Rechtsprechung des *Bundesverfassungsgerichts* grundsätzlich einen finalen Rechtsentzug durch Einzelakt¹¹⁸. In der Einführung der Bürgerversicherung und in einer Bestimmung, die alle alten privaten Vollkrankenversicherungsverträge beendet oder in sie ein Sonderkündigungsrecht der Versicherungsnehmer einbaut, liegt jedoch kein Einzelakt. Allerdings erkennt das *Bundesverfassungsgericht* neben der Administrativenteignung auch die Möglichkeit einer Legalenteignung an¹¹⁹. Regelungstechnisch ist es nämlich durchaus möglich, einen Bestand an subjektiven, von Art. 14 Abs. 1 GG geschützten Rechten durch eine Norm zu entziehen, z.B. dadurch, dass diese Norm allein auf Altfälle passt¹²⁰. Im Einzelnen ist umstritten, unter welchen Voraussetzungen eine Legalenteignung zulässig ist. So soll nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts eine Enteignung durch ein Gesetz nur ausnahmsweise zulässig sein, nämlich, wenn der mit der Enteignung verfolgte Zweck dem Wohl der Allgemeinheit dient und mit einer Administrativenteignung erheblich schlechter erreicht werden kann¹²¹. Diese restriktive Anwendung der Legalenteignung ist in der Literatur nicht unumstritten¹²². Der dogmatische Streit um die Voraussetzungen der Zulässigkeit von Legalenteignungen bedarf vorliegend allerdings keiner vertieften Betrachtung. Ein künftiges Gesetz zur Einführung der Bürgerversicherung wird nämlich in erster Linie einer Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht an dessen in ständiger Rechtsprechung entwickelten Maßstäben standhalten müssen.

Zudem ist für die Annahme einer Legalenteignung – unabhängig davon, wie eng die Grenzen ihrer Zulässigkeit gezogen werden – jedenfalls die

116 BVerfGE 58, 300 (330 ff.).

117 Roller, NJW 2001, 1003 (1005), zur Rechtsprechungsentwicklung auch Dreier / Wieland, Art. 14 Rz. 76.

118 BVerfGE 58, 300 (331 ff.).

119 BVerfGE 58, 300 (330 f.).

120 Kirchhof NZS 2004, 1 (5).

121 Ständige Rechtsprechung vgl. BVerfGE 95, 1 (22) m.w.N.

122 Zustimmung HdbStR / Leisner, Bd. VII § 149, Rz. 172, kritisch dagegen Dreier / Wieland, Art. 14 Rz. 87.

Finalität des staatlichen Handelns erforderlich¹²³. Dem Eingriffszweck kommt für die Qualifizierung einer Maßnahme als Enteignung zentrale Bedeutung zu und zwar in dem Sinne, dass der Zugriff auf die von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition der Erfüllung einer bestimmten öffentlichen Aufgabe dienen muss¹²⁴. Dagegen stellen Reformgesetze, die die Eigentumsordnung neu- oder umgestalten sollen, selbst dann keinen Enteignungstatbestand dar, wenn bestehende Rechte vollständig entzogen werden¹²⁵. Sie sind vielmehr als Inhalts- und Schrankenbestimmungen i.S.d. Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG zu qualifizieren, die die Eigentumsfreiheit erweitern oder verkürzen können, d.h. Eigentümerbefugnisse vermehren oder vermindern, Eigentumsnutzungen eröffnen oder verschließen.¹²⁶ Dies ist etwa dann der Fall, wenn die gesetzliche Regelung nicht darauf abzielt, zur Realisierung bestimmter öffentlicher Aufgaben entgegenstehende Rechtspositionen zu überwinden, sondern darauf, durch die Neugestaltung eigentumsrechtlicher Positionen generell-abstrakt gesetzgeberische Ziele zu verwirklichen¹²⁷, zumal wenn die von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition ohnehin für den Grundrechtsinhaber erkennbar unter dem Vorbehalt der Einschränkung bzw. Umgestaltung stand¹²⁸.

Vorliegend ist Ziel des gesetzgeberischen Handelns, alle Bürger, also auch die bislang privat versicherten, in ein (staatliches) Versicherungssystem einzubeziehen. Es geht dem Gesetzgeber also um die gesetzliche Neuordnung des Systems der Krankenversicherung, und nicht darum, bestehende Ansprüche der Privatversicherten zu vernichten oder für sich zu nutzen.

Aus dem gleichen Grund stellt auch *Kirchhof* fest, dass die Begründung der Bürgerversicherung eine Qualifizierung als Eigentumsausgestaltung nahe legt.¹²⁹ Wenn *Kirchhof* dann allerdings unter Verweis auf die erheblichen Auswirkungen der Einführung der Bürgerversicherung für die bislang Privatversicherten¹³⁰ zu dem Ergebnis kommt, dass es sich um eine gem. § 14 Abs. 3 GG entschädigungspflichtige Enteignung handle,¹³¹ folgt er nicht der Abgrenzung zwischen Enteignung und Inhaltsbestimmung anhand der formalen Kriterien des *Bundesverfassungsgerichts*, sondern weiter der frü-

123 Vgl. Sachs / Wendt, Art. 14 Rz. 151 m.w.N.

124 Roller, NJW 2001, 1003 (1005).

125 BVerfGE 83, 201 (211 f.).

126 Pieroth / Schlink, Rz. 920.

127 BVerfGE 70, 191 (200).

128 BVerfGE 70, 191 (212 f.), BVerfGE 71, 137 (145).

129 Kirchhof, NZS 2004, 1, (4).

130 Er beruft sich auf eine erhebliche Schlechterstellung wegen Umstellung der „sichereren“ Kapitaldeckung auf ein umlagefinanziertes System und die Verringerung des Leistungsspektrums.

131 Kirchhof, NZS 2004, 1, (5).

her vertretenen, auch als „Umschlagtheorie“ bezeichneten Lehre. Nach dieser Ansicht wurde zwischen Inhaltsbestimmung und Enteignung nicht als wesensverschiedenen Tatbeständen differenziert, sondern eine Unterscheidung nur anhand der Intensität der Eingriffswirkung vorgenommen.¹³² Eine Enteignung wird hier also nur deshalb bejaht, weil die Auswirkungen der Maßnahme für den Bürger als besonders belastend anzusehen seien.

Das aber lässt sich bestreiten. Denn vom Ziel und den Auswirkungen der Regelungen her, die das Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung“ erfordern, werden den vorher privat Krankenversicherten der selbe Schutz angeboten, nunmehr nur aufgeteilt zwischen einer GKV-„Bürgerversicherung“ für den Basistarif und einer privaten Krankenversicherung hinsichtlich des Zusatztarifs. Die vorher privat Krankenversicherten werden neu belastet nur durch die Zwangsmitgliedschaft in der GKV-„Bürgerversicherung“; viele von ihnen werden auch insgesamt höhere Beiträge zu zahlen haben, weil sie nunmehr in den Solidarausgleich der GKV integriert werden. Die Sicherungsfunktion des vorherigen Vertrags, der ja immer in Bezug auf die Sicherung der GKV als „substitutive“ PKV umschrieben wurde (s. oben A, II, C, I, c, (b), wird aber nicht tangiert.

C.IV.1.2.b Fortbestehen der Altverträge bei Schaffung eines Sonderkündigungsrechts

Eine weitere denkbare gesetzgeberische Gestaltungsmöglichkeit besteht darin, kein gesetzliches Ende der laufenden Verträge vorzusehen. Dann ist es allerdings zur Vermeidung einer doppelten Beitragslast erforderlich, für die einzelnen Privatversicherten die Möglichkeit zu schaffen, den laufenden Versicherungsvertrag bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Bürgerversicherung zu beenden. Insoweit erscheint es denkbar, den bislang Privatversicherten ein Sonderkündigungsrecht hinsichtlich der privaten Krankenversicherungsverträge einzuräumen, so wie es heute schon in § 5 Abs. 9 S. 1 SGB V vorgesehen ist. So behielten die Versicherten die Möglichkeit, die privaten Versicherungsverträge unverändert weiter bestehen zu lassen.

aa Mittelbarer Eingriff

Bei dieser Gestaltung entstünde keine Verpflichtung bislang Privatversicherter, ihre bestehenden privaten Versicherungsverträge zu kündigen¹³³ und die Fortführung der Verträge würde nicht verboten¹³⁴. Es könnte aller-

132 Vgl. hierzu und zur Entwicklung der Rechtsprechung eingehend Roller, NJW 2001, 1003 (1004) m.w.N.

133 So stellt es allerdings Storr dar, SGB 2004, 279 (286).

134 Kirchhof, NZS 2004, 1 (5).

dings gleichwohl ein Grundrechtseingriff vorliegen und zwar in Form eines mittelbaren Eingriffs¹³⁵. Ein solcher liegt vor, wenn eine von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition durch tatsächliches staatliches Handeln faktisch oder durch Nebenfolgen staatlichen Handelns nur indirekt beeinträchtigt wird¹³⁶.

Im Hinblick auf die Einführung der Bürgerversicherung ist davon auszugehen, dass in der Regel eine doppelte Beitragslast die finanziellen Möglichkeiten der Versicherten übersteigt¹³⁷. Deshalb wäre es für die bislang privat Versicherten ökonomisch unmöglich, mindestens aber sinnlos, die bestehenden Verträge weiterzuführen.¹³⁸ Deshalb kann man davon sprechen, dass eine Weiterführung der Privatversicherung faktisch unmöglich gemacht wird¹³⁹ und in der PKV erworbene Leistungsansprüche praktisch entwertet werden¹⁴⁰.

Auch in dieser Konstellation stellt sich die Frage nach der dogmatischen Einordnung dieser – faktischen – Auswirkungen der Einführung der Bürgerversicherung.

Hinsichtlich der Abgrenzung von Enteignung und Inhaltbestimmung kann vollumfänglich auf die obigen Ausführungen verwiesen werden. Allerdings spricht bei der hier diskutierten Gestaltungsmöglichkeit die Tatsache, dass das Ende der Verträge nicht gesetzlich angeordnet wird, sondern eine nur indirekte Folge der Einführung der Versicherungspflicht in der Bürgerversicherung ist, zusätzlich gegen die Annahme einer Enteignung. Denn hier wird umso deutlicher, dass es an der Finalität des staatlichen Handelns im Hinblick auf den Entzug einer Rechtsposition fehlt.

bb Teilergebnis

Auch bei Wahl dieser Regelungsalternative würde sich die Beendigung der Vertragsverhältnisse als Inhaltsbestimmung i.S.d. Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG darstellen.

C.IV.1.3 Vorzugswürdige Regelung

Wie dargestellt wirkt sich die Versicherungspflicht der bisher Privatversicherten zur „Bürgerversicherung“ immer dahin aus, dass die Weiterführung der Altverträge in der PKV zum „Bürgerversicherungstarif“ wirtschaftlich

135 Jarass / Pieroth, Vorb. Vor Art. 1 Rz. 26.

136 Jarass / Pieroth, Art. 14 Rz. 31.

137 Kirchhof, NZS 2004, 1 (4).

138 Kirchhof, NZS 2004, 1 (5).

139 Kirchhof, NZS 2004, 1 (5).

140 Isensee, NZS 2004, 393 (400).

völlig sinnlos ist. Selbst wenn man diese Altverträge nicht kraft Gesetzes beenden würde, wäre die Versicherungspflicht zu GKV-„Bürgerversicherung“ selbst schon ein (mittelbarer) Eingriff in Form der Inhaltbestimmung in die Rechtspositionen aus dem privaten Krankenversicherungsverhältnis. Dieser mittelbare Eingriff ist für die Versicherten nicht weniger intensiv oder belastend, als ein unmittelbarer Eingriff, der das Vertragsverhältnis kraft Gesetzes beenden würde. Deshalb scheint die gesetzliche Beendigung der Versicherungsverträge als vorzugswürdig, weil nur so sichergestellt werden kann, dass die Versicherungsunternehmen von Ansprüchen der Privatversicherten aus den Altverträgen völlig freigestellt werden und die Alterungsrückstellungen in Höhe des „Bürgerversicherungstarif“ (unten C, IV, 2) als kollektiver Zahlbetrag in Gänze für die GKV-„Bürgerversicherung“ mobilisiert werden können.

C.IV.2. Die Versicherungsunternehmen

Fraglich ist, ob der Zugriff auf die Alterungsrückstellung bei Einführung der Bürgerversicherung einen Eingriff in Rechte der Versicherungsunternehmen darstellt. Dabei sind die beiden möglichen Eingriffe zu unterscheiden (oben C, II, 2):

1. Die Alterungsrückstellungen werden schrittweise durch eine besondere Abgabe, die „Auflösungszahlungen“, periodisch aufgelöst. Dabei werden die den Alterungsrückstellungen entsprechenden Vermögensmassen nicht ausgesondert oder besonders gekennzeichnet („Abgabenlösung“), sondern verbleiben uneingeschränkt bei den PKV-Unternehmen.
2. Zur Sicherung der zukünftigen Zahlungsverpflichtungen werden Vermögensmassen für die GKV-„Bürgerversicherung“ ausgesondert, zwar den Versicherungsunternehmen überlassen, aber zur Sicherung der zukünftigen Zahlungen gebunden („Gebundene Eigenmittel“).

C.IV.2.1 „Abgabenlösung“: Geldleistungsverpflichtung und Eingriff in das Eigentum

Tatsächlich würde dieser Zugriff in der Zahlungsverpflichtung an die Versicherungsunternehmen bestehen. Eine Zahlungsverpflichtung führt nicht zu dem Zugriff auf einen konkreten (Eigentums-)Gegenstand, sondern trifft das Vermögen.

C.IV.2.1.a Kein Eingriff in das Eigentum, da nur das allgemeine Vermögen berührt wird

Wie dargestellt ist das Vermögen grundsätzlich nicht von dem Schutzbe-

reich des Art. 14 Abs. 1 GG erfasst¹⁴¹. Deshalb wird Art. 14 GG durch die Auferlegung öffentlich-rechtlicher Geldleistungspflichten i. d. R. nicht beeinträchtigt¹⁴². Belastungen des Vermögens (z.B. Steuern) müssen sich gleichwohl an den Maßstäben des Art. 14 GG messen lassen, weil der Vermögenseingriff keine das vorhandene Eigentum „erdrosselnde Wirkung“ haben darf¹⁴³. Eine staatliche Beanspruchung des Vermögens kann daher allenfalls dann gegen Art. 14 GG verstoßen, wenn die Geldleistungspflichten den Adressaten übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse grundlegend beeinträchtigt würden¹⁴⁴. Fraglich ist daher, ob ein Zugriff auf die Alterungsrückstellung sich als konfiskatorisch darstellt.

C.IV.2.1.b Keine konfiskatorische Wirkung

Wenn der Gesetzgeber den Versicherungsunternehmen Zahlungsverpflichtungen in Höhe der Alterungsrückstellungen auferlegt, führt dieses faktisch (nur) zu einer Umwidmung der Alterungsrückstellung. Dieses ergibt sich aus folgenden Überlegungen: Zwar würden die betreffenden Beträge durch die Auszahlung an die Bürgerversicherung dem Vermögen der Versicherer gänzlich entzogen. Allerdings spricht die Tatsache, dass die Versicherungsunternehmen (wie oben dargestellt) zu keinem Zeitpunkt frei über die Alterungsrückstellungen verfügen konnten, da diese von jeher zweckgebunden sind, dagegen, hierin einen gegen Art. 14 GG verstoßenden Eingriff zu sehen. Die Versicherungsunternehmen dürfen diese Gelder wegen der vertraglichen Bindung nur zugunsten des Kollektivs der Versicherten verwenden, nämlich zur Beitragssenkung im Alter.

Darüber hinaus ist im Hinblick auf die Wirkung der Zahlungsverpflichtung zu bedenken, dass mit dem Ende der ursprünglichen privaten Versicherungsverträge die PKV-Unternehmen von ihrer Leistungspflicht zur Beitragsglättung im Alter gegenüber den Versicherten frei würden. Dieses gilt allerdings nur für den Fall, dass die gesetzliche Beendigung der laufenden Verträge angeordnet würde. Ansonsten bestünde die Gefahr, dass ein – wenn auch wahrscheinlich geringer – Teil der Privatversicherten seine Versicherungsverträge zu den alten Bedingungen weiter bestehen ließe und insoweit weiterhin Ansprüche gegen die PKV-Unternehmen auf Beitragsglättung im Alter hätte.

Schließlich spricht in diesem Zusammenhang auch folgende Überlegung gegen einen rechtswidrigen Eingriff in das Vermögen der Versicherungs-

141 Ständige Rechtsprechung, vgl. BVerfGE 14, 221 (241) m.w.N., s. auch oben B.II.2.

142 Schmidt-Bleibtreu / Klein, Art. 14 Rz. 4 b sowie Jarass / Piroth, Art. 14 Rz. 16 m.w.N.

143 BVerfGE 87, 153 (169).

144 BVerfGE 14, 221 (241); BVerfGE 93, 121 (137); Sachs-Wendt, Art. 14 GG Rz. 38/39 und V. Mangoldt/Klein/Starck-Depenheuer Art. 14 GG Rz. 165 ff. beide m.w.N..

unternehmen: Bei Wegfall der Versicherungsverträge und dem damit verbundenen „Abwandern“ des Versichertenkollektivs könnte der Zweck der Beitragssenkung im Alter, dem die Rücklagen gewidmet sind, nicht mehr erreicht werden. Fraglich ist, wem dieses Vermögen in diesem Fall zuzuordnen ist.

Die Beträge gehören zunächst zu dem Vermögen der Versicherungsunternehmen. Nimmt man allerdings an, es handele sich bei den Alterungsrückstellungen um Vermögenspositionen, die fiduziarischen Treuhandeigentum vergleichbar sind, so entstünde wegen der wirtschaftlichen Zuordnung der Beträge bei Zweckfortfall ein Rückzahlungsanspruch der Treugeber, hier also der Versicherten. Ein solcher ist allerdings aus den oben dargestellten Gründen mangels Individualisierbarkeit ausgeschlossen¹⁴⁵. Fraglich ist, ob der fehlende Auszahlungsanspruch des einzelnen Versicherten dazu führt, dass die Alterungsrückstellung bei Zweckfortfall nunmehr den Versicherungsunternehmen zuzuordnen ist. Wirtschaftlich stehen die Alterungsrückstellungen wenn nicht den einzelnen Versicherten, so doch den Versicherten als Versichertenkollektiv zu. Denn in diesem Rahmen sollte der Zweck der Beitragssenkung verfolgt werden. Deshalb erscheint es bei wirtschaftlicher Betrachtungsweise nicht sachgerecht, die Alterungsrückstellungen im Vermögen der Versicherungsunternehmen zu belassen. Wenn diese schon nicht den einzelnen Versicherten ausgezahlt werden können, so erscheint es nicht zweckwidrig, sie weiterhin dem Versichertenkollektiv zur Verfügung zu stellen. Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass das Versichertenkollektiv in der alten Form nach Übergang in die Bürgerversicherung nicht mehr weiterbesteht. Die Versicherten, die ehemals das Kollektiv bei einem Versicherungsunternehmen gebildet haben, gehen nunmehr in dem Kollektiv der Bürgerversicherung auf.

Die ursprüngliche Zweckbestimmung kann deshalb am ehesten dadurch erfüllt werden, dass der Betrag der Alterungsrückstellungen dem Versichertenkollektiv (nun im Rahmen der Bürgerversicherung) zur Verfügung gestellt wird, um damit durch den Beitritt der ehemals Privatversicherten verursachte bzw. erhöhte Risiken, etwa das Alter, auszugleichen.

C.IV.2.2 „Gebundene Eigenmittel“

Auch hier ist zu prüfen, inwieweit die Beendigung die stärkere Einbindung von Vermögensmassen in Höhe der Alterungsrückstellungen als Eingriff in von 14 Abs. 1 GG geschützte Rechte und zwar als Enteignung oder Inhaltsbestimmung (s. oben C, IV, 1, b, (a), (bb)), zu qualifizieren ist. Mit der Bindung werden die PKV-Unternehmen in der Verfügung über bestimmte

145 S. ausführlich oben B.I.2.b.

Vermögensbestände eingeschränkt, verlieren sie dadurch Verfügungsrechte – welche, lässt sich allerdings noch nicht genau bestimmen, hinge von der konkreten gesetzlichen Ausgestaltung dieses Typs der Einbeziehung der Alterungsrückstellungen ab.

Nach der Rechtsprechung des *Bundesverfassungsgerichts* erfordert eine Enteignung grundsätzlich einen finalen Rechtsentzug durch Einzelakt.¹⁴⁶ Weder die Einführung der Bürgerversicherung noch die allgemeine Einbindung von Vermögensmassen sind aber – auch auf der Umsetzungsebene – ein Einzelakt. Allerdings erkennt das *Bundesverfassungsgericht* neben der Administrativenteignung auch die Möglichkeit einer Legalenteignung an¹⁴⁷. So soll nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts eine Enteignung durch ein Gesetz nur ausnahmsweise zulässig sein, nämlich, wenn der mit der Enteignung verfolgte Zweck dem Wohl der Allgemeinheit dient und mit einer Administrativenteignung erheblich schlechter erreicht werden kann¹⁴⁸. Reformgesetze, die die Eigentumsordnung neu- oder umgestalten sollen, stellen selbst dann keinen Enteignungstatbestand dar, wenn bestehende Rechte vollständig entzogen werden.¹⁴⁹ Sie sind vielmehr als Inhalts- und Schrankenbestimmungen i.S.d. Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG zu qualifizieren, die die Eigentumsfreiheit erweitern oder verkürzen können, d.h. Eigentümerbefugnisse vermehren oder vermindern, Eigentumsnutzungen eröffnen oder verschließen.¹⁵⁰ Dies ist etwa dann der Fall, wenn die gesetzliche Regelung nicht darauf abzielt, zur Realisierung bestimmter öffentlicher Aufgaben entgegenstehende Rechtspositionen zu überwinden, sondern darauf, durch die Neugestaltung eigentumsrechtlicher Positionen generell-abstrakt gesetzgeberische Ziele zu verwirklichen,¹⁵¹ zumal wenn die von Art. 14 Abs. 1 GG geschützte Rechtsposition ohnehin für den Grundrechtsinhaber erkennbar unter dem Vorbehalt der Einschränkung bzw. Umgestaltung stand.¹⁵²

Hier geht es nur um eine wesentliche Modifikation der gesetzlichen Regelungen zu den Alterungsrückstellungen, deren Rechtscharakter bisher schon sehr umstritten war (s. oben Teil C, I). Die Regelungen sollen in dem neuen Umfeld der „Bürgerversicherung“ die Funktion der Alterungsrückstellungen neu bestimmen und ihre Abwicklung völlig verändern. Die bisher nicht regelhaft, sondern nur im Falle der Insolvenz bestimmte Absonderung der

146 BVerfGE 58, 300 (331 ff.).

147 BVerfGE 58, 300 (330 f.).

148 Ständige Rechtsprechung vgl. BVerfGE 95, 1 (22) m.w.N.

149 BVerfGE 83, 201 (211 f.).

150 Pieroth / Schlink, Rz. 920.

151 BVerfGE 70, 191 (200).

152 BVerfGE 70, 191 (212 f.), BVerfGE 71, 137 (145).

Vermögenswerte für die Alterungsrückstellungen wird auf den Fall des Übergangs der Mitglieder in die GKV-„Bürgerversicherung“ ausgedehnt und die Vermögenswerte werden nur insoweit gebunden, als dies für die Realisierung ihres Zwecks notwendig ist. Ansonsten aber bleibt der Vermögensbestand den PKV-Unternehmen erhalten. Hierin liegt also nur eine Umgestaltung der Regelungen der Alterungsrückstellungen und die damit verbundenen vermögenssichernden Maßnahmen.

Auch wenn man der „Umschlagtheorie“ (s. oben C, IV, 1, b, (a), (bb) am Ende) folgt, wonach Inhaltsbestimmung und Enteignung keine wesensverschiedenen Tatbeständen, sondern eine Unterscheidung nur anhand der Intensität der Eingriffswirkung sind,¹⁵³ sind die Auswirkungen der Maßnahme für die PKV-Unternehmen nicht als besonders belastend anzusehen. Denn gleichzeitig mit der Bindung und Schaffung der zukünftigen „Auflösungszahlungen“ verlieren sie auch die rechtlichen Belastungen und Verpflichtungen, die abzusichern, die Rückstellungen gebildet worden waren. Hier gilt alles das, was schon im vorigen Abschnitt (IV, 2, a (b) „Keine konfiskatorische Wirkung“) gesagt wurde.

C.V Rechtfertigung der Eingriffe in Art. 14 GG

C.V.1. Versicherungsnehmer der PKV

C.V.1.1 Legitimes Ziel

Das mit dem Gesetzesvorhaben verfolgte Ziel müsste geeignet sein, die Einschränkungen der Eigentumsfreiheit bei den Versicherungsnehmern zu rechtfertigen. Erforderlich ist, dass die Regelung einem öffentlichen Interesse dient.¹⁵⁴

C.V.1.1.a Finanzielle Stabilität des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung

Ziel der Einführung der Bürgerversicherung ist es in der bisherigen öffentlichen Diskussion vor allem, ein tragfähiges soziales Sicherungssystem zur Absicherung der gesamten Bevölkerung im Hinblick auf das Krankheitsrisiko zu schaffen.¹⁵⁵

In der ständigen Rechtsprechung des *Bundesverfassungsgerichts* ist anerkannt, dass die Sicherung der Stabilität in der Gesetzlichen Krankenversi-

¹⁵³ Vgl. hierzu und zur Entwicklung der Rechtsprechung eingehend Roller, NJW 2001, 1003 (1004) m.w.N.

¹⁵⁴ Vgl. BVerfGE 83, 201 (212).

¹⁵⁵ Schröder / Sehlen / Hofmann, SozSich 2004, 6.

cherung im Interesse sozial Schutzbedürftiger einen Gemeinwohlbelang darstellt, der im Rahmen der Prüfung eines Eingriffs in die Grundrechte anderer zu berücksichtigen ist.¹⁵⁶

Dabei hat das *Bundesverfassungsgericht* im Hinblick auf Eingriffe in die Grundrechte aus Art. 12 GG und Art. 2 Abs. 1 GG ausdrücklich entschieden, dass auch die Finanzierbarkeit und deshalb finanzielle Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft als Teil der Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme schützenswert und damit geeignet ist, Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen¹⁵⁷. Bemerkenswert ist, dass das *Bundesverfassungsgericht* diesen Rechtfertigungsgrund zunächst nur auf Eingriffe in das Grundrecht aus Art. 12 GG zulasten von Leistungserbringern herangezogen hat¹⁵⁸. Dieses erscheint naheliegend, da die Leistungserbringer ihrerseits von dem System der Sozialversicherung profitieren. In jüngster Zeit hat die Finanzierbarkeit und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung allerdings auch dazu gedient, Grundrechtseingriffe in Rechte privater Krankenversicherungsunternehmen zu rechtfertigen.¹⁵⁹

Fraglich ist, ob dieser Maßstab ohne weiteres im Rahmen des Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG angelegt werden kann. Der Rechtfertigungsmaßstab für Inhalts- und Schrankenbestimmungen i.S.d. Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG erfordert lediglich die Verfolgung eines legitimen Ziels in verhältnismäßiger Weise unter Berücksichtigung der Anerkennung von Privateigentum durch Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG einerseits und des Sozialgebots des Art. 14 Abs. 2 andererseits¹⁶⁰. Gesetze, die in ein Grundrecht aus Art. 12 GG eingreifen, indem sie die Berufswahl einschränken oder entsprechende Auswirkungen haben, müssen dagegen die Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlicher schwerer Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut zum Ziel haben¹⁶¹. Daraus ergibt sich, dass der Rechtfertigungsmaßstab im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG geringere Anforderungen an ein Gesetz stellt, als dieses bei Art. 12 GG der Fall ist. Es sind deshalb keine objektiven Gründe ersichtlich, derentwegen dieser für Art. 12 GG anerkannte Rechtfertigungsgrund im Rahmen von Art. 14 Abs. 1 GG nicht anwendbar sein sollte. Die in der Literatur geäußerte, zum Teil heftige Kritik an der Anerkennung der Kostenstabilität als Rechtfertigungsgrund für Grundrechtseingriffe in Art. 12 GG zulasten der Leistungserbringer und privaten

156 Zuletzt BVerfG, Beschl. vom 04.02.2004, Az.: 1 BvR 1103/03 (juris), Rz. 17 m.w.N.

157 BVerfGE 70, 1 (26, 30); BVerfGE 82, 209 (230); BVerfGE 103, 172 (183 ff.); BVerfG, Beschl. vom 04.02.2004, Az.: 1 BvR 1103/03 (juris), Rz. 17 und 24 f.

158 BVerfGE 70, 1 (26, 30); BVerfGE 82, 209 (230); BVerfGE 103, 172 (183 ff.).

159 BVerfG, Beschl. vom 04.02.2004, Az.: 1 BvR 1103/03 (juris), Rz. 17 und 24 f.

160 BVerfGE 58, 300 (338).

161 Vgl. BVerfGE 103, 172 (183).

Krankenversicherer bezieht sich ausdrücklich auf die Qualifizierung dieses Interesses als „überragend wichtiges Gemeinschaftsgut“¹⁶² sowie die Wettbewerbs- und Berufsfreiheit¹⁶³ und steht deshalb einer Übertragung auf den, wie dargestellt weniger anspruchsvollen, Rechtfertigungsmaßstab des Art. 14 Abs. 1 S. 2 GG nicht entgegen. Deshalb ist die Rechtsprechung des *Bundesverfassungsgerichts* so zu verstehen, dass Fiskalinteressen des Sozialstaates einen Eingriff in die Rechte der Privatversicherten prinzipiell durchaus rechtfertigen können¹⁶⁴.

Zurecht formuliert *Schenke* deshalb: „Dass das Ziel der Bürgerversicherung, für sämtliche Bevölkerungsschichten einen bezahlbaren Versicherungsschutz zu gewährleisten, als ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut anzusehen ist, versteht sich von selbst“¹⁶⁵.

Soweit in Frage gestellt wird, dass die Verfechter der Einführung einer Bürgerversicherung tatsächlich das Ziel der Finanzstabilität des deutschen GKV-Systems im Auge haben¹⁶⁶, handelt es sich unseres Erachtens um eine Frage im Rahmen bzw. in Folge der politischen Auseinandersetzungen.

C.V.1.1.b Weitere mit der Einführung der Bürgerversicherung verfolgte Ziele

Abgesehen von der finanziellen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungssystems gibt es andere, sozialpolitische und rechtlich anerkannte Gründe für die Einführung der Bürgerversicherung. Diese sind in der öffentlichen und rechtswissenschaftlichen Diskussion weniger beachtet worden, müssten aber von dem *Bundesverfassungsgericht* im Rahmen der Prüfung der Rechtfertigung eines Eingriffs berücksichtigt werden. Dabei wäre es aus Gründen der Transparenz wünschenswert, die Bandbreite der unterschiedlichen Gründe, die den Erlass des Gesetzes motivieren, in die Gesetzesbegründung aufzunehmen. Selbst wenn dieses aber nicht der Fall sein sollte, müsste das *Bundesverfassungsgericht* im Rahmen der Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit eines Gesetzes zur Einführung der Bürgerversicherung sämtliche rechtfertigende Gründe im Sinne einer Rechtfertigung

162 Vgl. Hufen, NJW 2004, 14 (16).

163 Hufen, a.a.O. S. 18.

164 A. A. Kirchhof, NZS 2004, 1 (5), kritisch wohl auch Sodan, NJW 2003, 257 (259). Dieses entspricht aber durchaus auch der Tendenz in der Rechtsprechung des EuGH zur Rechtfertigung von Beschränkungen der von Art. 46 RG geschützten Dienstleistungsfreiheit, im Rahmen derer vom EuGH die Wahrung des wirtschaftlichen Gleichgewichts des Systems der Sozial- und Krankenversicherung eines Mitgliedsstaats als zwingender Grund des Allgemeininteresses anerkannt ist, vgl. Beer / Klahn, SGB 2004, 13 (20 f.); EuGH Slg. 1998, S. I-1931, Rz. 41 – Kohll.

165 Schenke, Die Verwaltung 2004, 475 (497) unter Verweis auf BVerfGE 70, 1 (26, 30).

166 Beer / Klahn, SGB 2004, 13, (20).

berücksichtigen, also auch solche, die nicht ausdrücklich von dem Gesetzgeber benannt worden sind¹⁶⁷. Dieses ergibt sich schon aus der Natur der Verfahren, in denen die Überprüfung erfolgt: diese sind - das gilt sowohl für die Verfassungsbeschwerde, als auch für das abstrakte und konkrete Normenkontrollverfahren - nicht kontradiktorisch, sondern dienen der objektiven Rechtmäßigkeitskontrolle.¹⁶⁸ Gegenstand der Überprüfung sind dabei der sachliche Gehalt einer Vorschrift und ihre Wirkung, auf die gesetzgeberischen Motive kommt es nicht an.¹⁶⁹

Neben der finanziellen Stabilisierung können mit der Bürgerversicherung noch fünf weitere Ziele erreicht werden:¹⁷⁰

- (1) Stabilisierung der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung,
- (2) bessere, stärker solidarische Absicherung der schutzbedürftigen kleinen Selbständigen;
- (3) Beseitigung der verteilungspolitischen Ungerechtigkeiten der Versicherungspflichtgrenze in der GKV;
- (4) Stärkung des Wettbewerbs zwischen den Versicherungsträgern;
- (5) Gewährleistung einer sachgerechten Versorgungsstruktur.

C.V.1.2 Verhältnismäßigkeit

Die Beschränkung der von Art. 14 Abs. 1 GG geschützten Rechtsposition müsste in verhältnismäßiger Weise erfolgen. Erforderlich ist insoweit, dass der Gesetzgeber geschützte Eigentumsinteressen und die Sozialbindung in Einklang bringt. Ausreichend ist die Verfolgung eines legitimen Ziels in verhältnismäßiger Weise unter Berücksichtigung der Anerkennung von Privateigentum durch Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG einerseits, und des Sozialgebots des Art. 14 Abs. 2 andererseits.¹⁷¹

C.V.1.2.a Eignung und Erforderlichkeit

Dem Gesetzgeber dürfte zur Erreichung seiner Ziele kein milderes, ebenso effektives Mittel zur Verfügung stehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass

167 A. A. wohl Sodan, NJW 2003, 257, 258, der im Bezug auf eine Beschluss vom 31.03.1998 (1 BvR 2167/93 und 1 BvR 2198/93, NJW 1998,1776 ff.) kritisiert, dass Bundesverfassungsgericht habe „zur Stützung der [damals streitgegenständlichen] sozialrechtlichen Regelung eine eigene „Gesetzesbegründung“ nachgeschoben“.

168 Sachs / Sturm, Art. 93 Rz. 42, 47, 69 m.w.N., Art. 100, Rz. 4 f.

169 Ständige Rechtsprechung, vgl. nur BVerfGE 85, 238 (245) sowie Schaich / Koriath, Rz. 531 je m.w.N.

170 Bieback, Bürgerversicherung 2005, S. 15 ff.; 69 ff.; 87 ff.

171 BVerfGE 58, 300 (338).

die Maßnahme grundsätzlich geeignet ist, zur finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen, auch wenn sich später herausstellt, dass die Maßnahme nicht nachhaltig wirkt¹⁷², wobei die grundsätzliche Eignung wohl zu verneinen sein dürfte, wenn durch die Maßnahme lediglich ein kurzfristiger finanzieller Zuwachs auf der Einnahmeseite der Sozialversicherung erfolgt¹⁷³.

Die in diesem Zusammenhang geäußerten Zweifel an der Eignung¹⁷⁴ und der Erforderlichkeit der Einführung der Bürgerversicherung und die Einschätzung, mit einer stärkeren Steuerfinanzierung stünde eine andere, weniger belastende Alternative zur Bürgerversicherung zur Verfügung¹⁷⁵ sind Teil des wissenschaftlichen und politischen Streits über eine geeignete Reformmöglichkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung und entziehen sich der rechtlichen Bewertung im Rahmen der Verhältnismäßigkeitsprüfung.

In diesem Sinne formuliert auch das *Bundesverfassungsgericht*: „Verfolgt der Gesetzgeber ein komplexes Ziel – wie die finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung – mit vielfältigen Mitteln, ist eine Maßnahme nicht ungeeignet, weil die Betroffenen anderenorts größere Einsparpotentiale sehen.“¹⁷⁶ Diese Rechtsprechung ist in der Literatur mit der Kritik bedacht worden, dass das Bundesverfassungsgericht unter Verweis auf die Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers keine eigene Eignungs- bzw. Erforderlichkeitskontrolle (mehr) durchführe und dieses mit der Ungewissheit wirtschafts- und sozialpolitischer begründe, statt sich mit den Auswirkungen der konkreten Eingriffe auseinander zu setzen¹⁷⁷. Von dem Gesetzgeber kann und muss (nicht mehr) verlangt werden, als die bei Erlass eines Gesetzes vorhandenen Kenntnisse zu berücksichtigen.¹⁷⁸ Allerdings gibt es Situationen wie die vorliegende, in der die Auswirkungen und Wirksamkeit unterschiedlicher Maßnahmen objektiv nicht feststehen, weil Sachverständige insoweit zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen¹⁷⁹. Bei komplexen Zusammenhängen kann nicht gefordert werden, dass der Gesetzgeber nur dann handeln darf, wenn die Auswirkungen eines Gesetzes

172 BVerfGE 103, 172 (189).

173 Beer / Klahn, SGB 2004, 13, (20).

174 So bezweifeln Beer / Klahn, SGB 2004, 13, (20 f.) insbesondere die Zukunftsfähigkeit des Umlagesystems und die nachhaltige Verbesserung des Haushalts der Gesetzlichen Krankenversicherung wegen der steigenden Anzahl der Leistungsberechtigten.

175 Schenke, Die Verwaltung 2004, 475 (497).

176 BVerfGE 103, 172 (183).

177 Hufen, NJW 2004, 14 (17).

178 HdbStR / Breuer, Bd. VI. § 148 Rz. 17.

179 Eingehend zu der hier angesprochenen, von ihm als „Über- bzw. Unterkonstitutionalisierung“ des Sozialversicherungsrechts bezeichneten Problematik auch Schenke, Die Verwaltung 2004, 475, 503 ff. m.w.N.

mit hinreichender Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit zu übersehen sind.¹⁸⁰ Dieses würde nämlich dazu führen, dass einerseits der Gesetzgeber bei bestehendem Handlungsbedarf zur Untätigkeit gezwungen wäre und andererseits hinsichtlich der Auswahl des Mittels in einer solchen Situation die rechtsprechende Gewalt anstelle des Gesetzgebers entscheiden würde, obgleich letzterer nach den Grundsätzen der Gewaltenteilung das Prognoserisiko trägt.¹⁸¹

Soweit die Eignung der Maßnahme mit Hilfe wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht zu klären ist, wenn insoweit keine Einigkeit zwischen den Gesundheitsökonomen herrscht, unterliegt die Wahl der Maßnahme der Einschätzungsprärogative des Gesetzgebers. Bei vielen Zielen wird man aber davon ausgehen können, dass sie durch die „Bürgerversicherung“ und die mit ihr notwendigerweise verbundene Einbeziehung der Alterungsrückstellungen erreicht werden können, wie die Stabilisierung der Mitgliedschaft und die Verbreiterung der Beitragsbasis der Sozialversicherung, bessere, stärker solidarische Absicherung der schutzbedürftigen kleinen Selbständigen und Beseitigung der verteilungspolitischen Ungerechtigkeiten der Versicherungspflichtgrenze in der GKV.

C.V.1.2.b Ausgleichsregelung

Zur Abmilderung der Folgen der Inhaltsbestimmung kann es in diesem Zusammenhang erforderlich sein, gesetzliche Ausgleichsregelungen zu schaffen. Insoweit ist die Entschädigungsregelung des Art. 14 Abs. 3 GG nicht anwendbar¹⁸², es handelt sich vielmehr um einen Ausgleichsanspruch unter Gesichtspunkten der Verhältnismäßigkeit¹⁸³. Deshalb steht die Eigentumsgarantie der Versicherten einer gesetzlichen Vertragsaufhebung jedenfalls dann nicht entgegen, wenn in der PKV erworbene Ansprüche künftig durch die Gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Bürgerversicherung erfüllt werden¹⁸⁴.

Im Rahmen der Verhältnismäßigkeit ist zu berücksichtigen, dass mit der Einführung der Bürgerversicherung der Rechtsverlust im Hinblick auf bestehende und künftige Leistungen aus der Krankenversicherung im Krankheitsfall durch entstehende Ansprüche gegen die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. PKV-Unternehmen im Rahmen der Bürgerversicherung ausgeglichen werden. Die Versicherten erwerben in dem gesetzlich definierten Umfang Leistungsansprüche gegen den Versicherungsträger

180 Vgl. AK-GG / Rittstieg, Art. 14, Rz. 177.

181 HdbStR / Breuer, Bd. VI. § 148 Rz. 17.

182 BVerfGE 83, 201 (212 ff.).

183 BVerfG a.a.O., 213.

184 Vgl. Storr, SGB 2004, 279 (286 f.).

im Rahmen des Bürgertarifs. Soweit *Storr* rügt, dass dieser Ausgleich nur einen Teil der Leistungen betreffe¹⁸⁵, übersieht er die Möglichkeit der Versicherten, für weiterreichende Leistungen eine Zusatzversicherung unter Erhalt der bislang erworbenen Vorteile abzuschließen.

Im Hinblick auf den vertraglichen Anspruch auf Beitragsglättung ist weiter zu berücksichtigen, dass die Bürgerversicherung anstelle der Alterungsrückstellung ein „funktionales Äquivalent“ setzt, nämlich die im Alter stabile und – wegen der im Alter zurückgehenden Einkünfte – vergleichsweise niedrigen Beitragslasten der Gesetzlichen Krankenversicherung.¹⁸⁶ Insofern erscheint der Vorschlag, der Gesetzgeber solle Alterungsrückstellungen bei der Überleitung in die staatliche Bürgerversicherung beitragsmindernd anrechnen¹⁸⁷, nicht nur systemfremd,¹⁸⁸ sondern auch überflüssig. Gleiches gilt für die Forderung, bestehende private Versicherungsverträge auslaufen zu lassen und die bislang Privatversicherten von der Versicherungspflicht in der Bürgerversicherung auszunehmen.¹⁸⁹ Dieses würde nicht nur den Zweck der Einführung der Bürgerversicherung konterkarieren,¹⁹⁰ sondern wäre auch praktisch wegen der versteckten Umverteilung, die in der PKV stattfindet, kaum umsetzbar.¹⁹¹

C.V.2. PKV-Unternehmen

Hinsichtlich des Zugriffs auf das Vermögen der PKV-Unternehmen durch die „Auflösungszahlungen“ ist schon festgestellt worden, dass es sich wegen der bereits zuvor vorhandenen zweckgebundenen Verwendung der in die Altersrückstellungen eingestellten Mittel nicht um einen Eingriff mit erdrosselnder Wirkung handelt. Deshalb richtet sich die Rechtmäßigkeit der Auferlegung von Zahlungspflichten im Umfang der Alterungsrückstellung – je nach dogmatischer Einordnung – nach den allgemeinen verfassungsrechtlichen Voraussetzungen für die Erhebung von Steuern bzw. Sonderabgaben (dazu sogleich).¹⁹²

185 *Storr*, SGB 2004, 279 (287).

186 *Bieback* Bürgerversicherung, S. 107.

187 *Storr*, SGB 2004, 279 (287).

188 Die Beitragsberechnung nach der finanziellen Leistungsfähigkeit wird dazu führen, dass ein Teil der bislang Privatversicherten einkommensabhängig jedenfalls im Alter ohnehin geringere Beiträge zahlt, als in der PKV, vgl. zum Ganzen *Schräder / Sehlen / Hofmann* SozSich 2004, 6 (8 ff.).

189 So fordern es z.B. *Kirchhof*, NZS 2004, 1 (5) und *Isensee*, NZS 2004, 393 (400).

190 Vgl. *Schenke*, Die Verwaltung 2004, 475 (487).

191 Vgl. *Wallrabenstein*, SGB 2004, 24 (26); *Muckel*, SGB 2004, 670 (677).

192 Deren Prüfung allerdings den Rahmen des vorliegenden Gutachtens sprengt, instruktiv

Hierbei wie bei dem 2. Typ der Einbindung der Alterungsrückstellungen in die GKV-„Bürgerversicherung“ („Gebundene Eigenmittel“), der Aussonderung und Bindung konkreter Vermögensmassen, die dem an die GKV-„Bürgerversicherung“ zu überweisenden Alterungsrückstellungen entsprechen, folgt die Rechtfertigung des Eingriffs vor allem daraus, dass dies auch Maßnahmen sind, die der besonderen Zweckbindung der Alterungsrückstellungen Rechnung tragen. Wenn die Einführung der „Bürgerversicherung“ ansonsten, vor allem im Verhältnis zu den Versicherten und der Berufsfreiheit der PKV-Unternehmen verfassungsrechtlich legitim ist, handelt es sich bei der Einbindung und Überführung der Alterungsrückstellungen nur noch um eine notwendige Folge dieser Maßnahmen. Würde man sie nicht vornehmen, dann würden die PKV-Unternehmen zwar in Höhe des „Bürgerversicherungstarifs“ von der Pflicht, die Alterungsrückstellungen aufzulösen, entlastet, behielte also zu Lasten der GKV-„Bürgerversicherung“ erhebliche Vermögenswerte, die an sich für den Zweck gebunden waren, den nun die GKV-„Bürgerversicherung“ erfüllt.

D Art. 3 GG: Besondere Anforderungen an die Zulässigkeit der „Auflösungszahlungen“

Zwar können die „Auflösungszahlungen“ kompetenzrechtlich Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zugerechnet werden, aber damit partizipieren sie noch nicht von der allgemein anerkannten Legitimität der wesentlichen Finanzierungsform der Sozialversicherung, der Beitragsfinanzierung. Denn sowohl von ihrem Anlass wie auch ihrer Ausgestaltung her unterscheiden sich die „Auflösungszahlungen“ erheblich von der normalen Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung und der GKV. Es sind Zahlungen, die nicht die Mitglieder zur Finanzierung ihres eigenen Versicherungsschutzes zu erbringen haben, sondern Dritte, die nicht Mitglieder der Sozialversicherung sind. Auch Zahlungsanlass und Zahlungsform sind völlig anders als die von Beiträgen. Deshalb ist bei der materiell-rechtlichen Prüfung die besondere Zulässigkeit dieser Finanzierungsart zu prüfen.

Soweit es dabei um Eingriffe in die Eigentums- und Berufsfreiheit geht, sind diese Aspekte schon in den vorherigen Abschnitten geprüft worden. Bei besonderen Zahlungspflichten, die nicht allen Staatsbürgern, sondern nur bestimmten Personen auferlegt werden, sind auch besondere Anforderungen aus Art. 3 Abs. 1 GG zum Schutze der Finanzverfassung zu beachten.

Dass es solche zusätzlichen, letztlich aus Art. 3 Abs. 1 GG folgende Anforderungen an nicht-steuerliche Abgaben *generell* gibt, hat das Bundesverfassungsgericht mehrfach betont:¹⁹³

„Drei grundlegende Prinzipien der Finanzverfassung begrenzen die Zulässigkeit der Auferlegung nichtsteuerlicher Abgaben (vgl. BVerfGE 93, 319 <342 f.>, im Anschluss an BVerfGE 91, 186 <202 f.>):

- (1) Zur Wahrung der Geltungskraft der Finanzverfassung bedürfen nichtsteuerliche Abgaben - über die Einnahmenerzielung hinaus oder an deren Stelle - einer besonderen sachlichen Rechtfertigung. Sie müssen sich zudem ihrer Art nach von der Steuer, die voraussetzungslos auferlegt und geschuldet wird, deutlich unterscheiden.
- (2) Die Erhebung einer nichtsteuerlichen Abgabe muss die Belastungsgleichheit der Abgabepflichtigen Rechnung tragen. Der Schuldner ei-

¹⁹³ BVerfGE 108, 1(16/17) – Universitäre Rückmeldegebühren in B – W. H. M. auch in der Literatur vgl. Siekmann, in: Sachs, GG, 3. Aufl. 2003, vor Art. 104 a GG Rz. 123 ff.

ner nichtsteuerlichen Abgabe ist regelmäßig zugleich Steuerpflichtiger und wird als solcher schon zur Finanzierung der Lasten herangezogen, die die Gemeinschaft treffen. Neben dieser steuerlichen Inanspruchnahme bedürfen nichtsteuerliche Abgaben, die den Einzelnen zu einer weiteren Finanzleistung heranziehen, einer besonderen Rechtfertigung aus Sachgründen.

- (3) Der Verfassungsgrundsatz der Vollständigkeit des Haushaltsplans ist berührt, wenn der Gesetzgeber Einnahmen- und Ausgabenkreisläufe außerhalb des Budgets organisiert. Der Grundsatz der Vollständigkeit des Haushalts zielt darauf ab, das gesamte staatliche Finanzvolumen der Budgetplanung und -entscheidung von Parlament und Regierung zu unterstellen...“

Als besondere nicht-steuerliche Abgabe müssen die „Auflösungszahlungen“ diese allgemeinen Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts erfüllen. Der erste Teil der Voraussetzung Nr. (1) und die Voraussetzung Nr. (2) formulieren besonders strikte Anforderungen aus dem Gebot der Gleichbehandlung (Art. 3 Abs. 1 GG). Gegenüber der allgemeinen Belastung der Staatsbürger durch die Steuer sollen besondere Belastungen mit öffentlich-rechtlichen Abgabepflichten jeweils strikt besonders sachlich legitimiert werden. Die weitere kompetenzrechtliche Voraussetzung in Nr. (1) 2. Teil („Unterschied gegenüber der Steuer“) ist oben B, II schon abgehandelt worden. Die Voraussetzung Nr. (3) erzwingt vor allem eine parlamentarische Legitimation und Publizität, wie sie nur das Gesetz/der Haushalt vermitteln können. Dies wird von den „Auflösungszahlungen“ insoweit erfüllt, als sie einer gesetzlichen Grundlage bedürfen. Haushaltsrechtlich werden diese Zahlungen jedoch besonders in den Etats der Sozialversicherung, speziell dem Risikostrukturausgleich verbucht.

D.I Besondere Anforderungen an Sonderabgaben

D.I.1. Allgemeine Anforderungen an nichtsteuerliche Abgaben / Sonderabgaben

Die besonderen Anforderungen an die sachliche Notwendigkeit nicht-steuerlicher Abgaben hat die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu der Hauptgruppe der nicht-steuerlichen Abgaben, den Sonderabgaben in sechs Anforderungen ausformuliert:¹⁹⁴

¹⁹⁴ Vgl. zuletzt BVerfG, 2 BvR 2335/95 vom 6.7.2005, Absatz-Nr.124 sowie BVerfGE 110, 370 (389). Zustimmend die überwiegende Literatur, vgl. Siekmann, in Sachs, GG 3. Aufl. 2003, vor Art. 104 a Rz. 146; Kirchhof, HStR IV; § 88 Rz. 221 ff.; Simon DÖV 2001, 63; Elickerer, NVwZ 2003, 304.

„Der Gesetzgeber darf sich der Abgabe nur im Rahmen der Verfolgung eines Sachzwecks bedienen, der über die bloße Mittelbeschaffung hinausgeht. Mit einer Sonderabgabe darf nur eine homogene Gruppe belegt werden, die in einer spezifischen Beziehung (Sachnähe) zu dem mit der Abgabenerhebung verfolgten Zweck steht und der deshalb eine besondere Finanzierungsverantwortung zugerechnet werden kann. Das Abgabenaufkommen muss gruppennützig verwendet werden (BVerfGE 75, 108 <147 f.>; vgl. aus der stRspr näher BVerfGE 55, 274 <305 ff.>; 67, 256 <275 ff.>; 82, 159 <179 ff.>). Zusätzlich muss der Gesetzgeber im Interesse wirksamer parlamentarisch-demokratischer Legitimation und Kontrolle die erhobenen Sonderabgaben haushaltsrechtlich vollständig dokumentieren (vgl. BVerfGE 108, 186 <218 f.>).“

Diese besonders hohen Anforderungen an Sonderabgaben werden vor allem damit gerechtfertigt, dass diese Abgaben eine große Ähnlichkeit zu Steuern aufwiesen.¹⁹⁵

D.I.2. „Auflösungszahlungen“ als gerechtfertigte nichtsteuerliche Abgaben

Die „Auflösungszahlungen“ erfüllen die Voraussetzungen für die Zulässigkeit der Sonderabgaben. Sie dienen der Verfolgung des besonderen Sachzwecks einer Neuordnung der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung hin zu einer allgemeinen Bürgerversicherung. Sie werden einer abgegrenzten, homogenen Gruppe, den PKV-Unternehmen auferlegt. Die Sachnähe der Abgabepflichtigen, insbesondere ihre Finanzierungsverantwortung für die Auflösungszahlungen folgt daraus, dass mit Einführung der „Bürgerversicherung“ die Durchführung der alten Verträge über die Vollkrankenversicherung und die zu ihrer Absicherung im Alter gebildeten Alterungsrückstellungen nicht mehr sinnvoll eingesetzt werden können. Selbst dann, wenn die Gesetzesreform die automatische Beendigung dieser Vertragsverhältnisse nicht anordnen sollte, werden die meisten Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag auflösen (allgemeines Kündigungsrecht, evtl. auch Sonderkündigungsrecht, das im Rahmen der Reform eingeführt wird). Nach dem geltenden Versicherungsvertragsrecht würden die Alterungsrückstellungen trotz Funktionsverlust bei dem Privatversicherungsunternehmen verbleiben, da es individuelle Rückzahlungsansprüche nicht gibt (s. o. C, I, 2, b). Der ganz überwiegende Teil der Alterungsrückstellungen wird funktionslos werden, da die Alterslast nunmehr von der GKV-„Bürgerversicherung“ getragen wird. Mit den „Auflösungszahlungen“ realisiert der Gesetzgeber einerseits nur die besonderen Funktionen der Alterungsrückstellungen und andererseits schöpft er die „Entlastung“ bzw. „Bereiche-

195 Vgl. BVerfGE 110, 370 (387/8) und BVerfGE 93, 319 (344) m.w.N.

rung“ der PKV-Unternehmen ab. Insoweit knüpft der Gesetzgeber an eine besondere Verantwortung der Privatversicherungsunternehmen für den Weiterbestand eines angemessenen Versicherungsschutzes der vormals bei ihnen zum Basistarif Versicherten an.

Die Verwendung der „Auflösungszahlungen“ ist *auch* gruppennützig für die damit belasteten Privatversicherungsunternehmen. Mit Einführung der GKV-„Bürgerversicherung“ und dem zumindest faktisch erzwungenen Wechsel fast aller Mitglieder der privaten Vollkrankenversicherung zu den GKV-Versicherungsträgern werden die Privatversicherungsunternehmen von ihrer Verpflichtung gegenüber ihren alten, gewechselten ehemaligen Versicherungsnehmern befreit, die Beitragsglättung im Alter vorzunehmen. Diese Befreiung von der Leistungspflicht im Alter ist unlöslich mit der Einführung der GKV-„Bürgerversicherung“ verbunden. Zwar wird diese Befreiung nicht durch die „Auflösungszahlungen“ und die mit ihnen erfolgte Erhöhung der Mittel des Risikostrukturausgleichs erreicht. Dennoch stehen die „Auflösungszahlungen“ in einem engen, funktionalen Bezug zur Entlastung der PKV-Unternehmen von der Pflicht, mit den Alterungsrückstellungen bei ihren Mitgliedern im Basistarif den alterungsbedingten Anstieg der Leistungen beitragsmäßig aufzufangen.

Die „Auflösungszahlungen“ sind zeitlich begrenzt, so dass eine periodische Überprüfung nicht notwendig ist. Sie fließen einem besonderen Fonds zu und sind deshalb leicht zu beziffern und über sie kann deshalb leicht haushaltsrechtlich besonders informiert werden – falls denn dies letzte Kriterium auch auf Zahlungen anzuwenden ist, die nicht in den allgemeinen, sondern in Sonder- bzw. Nebenhaushalten („Parafisci“ der Sozialversicherung) fließen.

D.II Mildere Anforderungen an fremdnützige Ausgleichsabgaben

Von den Sonderabgaben unterscheidet das Bundesverfassungsgericht nicht-steuerliche Abgaben, die eine Antriebs- Ausgleichsfunktion haben.¹⁹⁶ Da das Bundesverfassungsgericht diese Abgaben in einer seiner letzten Entscheidungen (Grundwasserabgabe)¹⁹⁷ besonders erwähnt und abgehandelt hatte, dürfte diese Sonderstellung der Ausgleichsabgaben auch weiterhin zu beachten sein. Allerdings ist nicht ganz klar, welche Abweichungen aus dieser Sonderstellung für die sachliche Rechtfertigung der Ausgleichsabga-

196 Vgl. BVerfGE 93, 319 (344) unter Hinweis auf die Abgabe nach dem Schwerbehindertengesetz BVerfGE 57, 139 (169; 67, 256 (277)); die Fehlbelegungsabgabe (BVerfGE 78, 249 (266)). Als weitere „Ausgleichs- Abgaben“ werden genannt: Preisausgleichsabgabe: BVerfGE 8, 274 (316); Hebammenabgabe: BVerfGE 17, 287 (292); Mehrwertabgabe: BVerfGE 18, 274 (287); Milchausgleichsabgabe: BVerfGE 18, 315 (328).

197 BVerfGE 93, 319 (344)

ben folgen. Es dürften vor allem wohl weniger Voraussetzungen an die gruppennützige Verwendung der Abgabe zu stellen sein.

Wegen ihrer besonderen Funktion, „Entlastungen“ und „Bereicherungen“ abzuschöpfen, können die „Auflösungszahlungen“ auch der Sondergruppe der „Ausgleichsabgaben“ zugerechnet werden, die das Bundesverfassungsgericht aus der Gruppe der Sonderabgaben und ihren Anforderungen herausgenommen hat.

Als „Ausgleichsabgabe“ sind die „Auflösungszahlungen“ naturgemäß eine „fremdnützige“ Abgabe. Selbst wenn man ihren stärker „fremdnützigen“ Charakter betonen und deshalb höhere Anforderungen an sie stellen will, spricht das nicht gegen ihre Zulässigkeit. Einmal hat das Bundesverfassungsgericht „fremdnützige“ Abgaben auch mehrfach anerkannt.¹⁹⁸ Zudem ist die Verwendung der „Auflösungszahlungen“ nur bedingt „fremdnützig“, entspricht ihnen doch andererseits die gleichzeitige Entlastung der Privatversicherungsunternehmen von der Verpflichtung, die Beiträge ihrer früheren Mitglieder im Alter zu stützen. Insoweit sind sie nur eine „Umwidmung“ von Mitteln, die zu einem bestimmten, jetzt von den Zahlungsverpflichteten nicht mehr durchführbaren Zweck gesammelt worden sind und die nunmehr jenen Institutionen zugeführt werden, die diesen Zweck erfüllen. Insoweit ist die „Fremdnützigkeit“ wie allgemein bei Ausgleichsabgaben, so auch bei den „Auflösungszahlungen“ sachlich notwenig und Ausdruck der speziellen Rechtfertigung dieser Abgabe.

198 Berufsbildungsabgabe: BVerfGE 55, 274 (307 ff.); Künstlersozialabgabe der Vermarkter: BVerfGE 75, 108 (157 ff.)

E Zusammenfassung

I. Gegenstand der Untersuchung

- (1) Untersucht wird das Konzept zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ (gemäß Sehlen / Hofmann / Reschke in diesem Bericht), bei dem die bisher Privatversicherten in die umfassende „Bürgerversicherung“ integriert werden. Dabei sollen die bisher in der PKV gebildeten Alterungsrückstellungen vermögensmäßig bei den PKV-Unternehmen belassen und nur über periodische „Auflösungszahlungen“ insoweit an die GKV-„Bürgerversicherung“ überführt werden, als die GKV-„Bürgerversicherung“ jetzt statt der PKV das Altersrisiko der früher PKV-Versicherten trägt. Die Alterungsrückstellungen dienen in der PKV dazu, die Unternehmen zur Ansammlung von Vermögen zu zwingen, um im Alter den Beitrag der Versicherten subventionieren zu können und nicht wegen der altersbedingt steigenden Krankheitskosten zu erhöhen (Pflicht zur Beitragsglättung). Soweit die Privatversicherten das Basisrisiko, den „Bürgerversicherungstarif“ nunmehr auch im Alter im Rahmen der solidarischen GKV-„Bürgerversicherung“ absichern, entfällt dieser Zweck der Alterungsrückstellungen. Mit der Zuweisung der Alterungsrückstellungen an die GKV-„Bürgerversicherung“ wird zwar der Zweck der Alterungsrückstellungen erfüllt, aber in Vermögen / Vermögensbestandteile eingegriffen, die eigentumsmäßig geschützt sind. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Nutzung der finanziellen Mittel, die momentan als Alterungsrückstellungen der PKV-Unternehmen dienen, im Rahmen einer zu errichtenden GKV-„Bürgerversicherung“ mit den Grundrechten von Privatversicherten und Versicherungsunternehmen in Einklang zu bringen ist. Andere verfassungsrechtliche Aspekte der „Bürgerversicherung“ werden hier nicht analysiert, da sie in der Literatur schon intensiv erörtert worden sind. Dies gilt vor allem für die Rechtfertigung, die bisher privat Krankenversicherten in den umfassenden Solidarausgleich der GKV-„Bürgerversicherung“ verpflichtend einzubeziehen und insoweit auch die Berufstätigkeit der PKV-Unternehmen einzuschränken.

II. Kompetenz zur Regelung der Alterungsrückstellungen im Rahmen der Einführung der „Bürgerversicherung“

- (2) Kompetenzrechtlich fällt die Einführung der Bürgerversicherung unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG („Sozialversicherung“), soweit es um die Einbeziehung der privaten Krankenversicherer in die Bürgerversicherung geht, auch unter Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG („Recht der Wirtschaft – privatrechtliches Versicherungswesen“). Diese Kompetenz bezieht sich auch auf die Regelung eines Teilaspekts dieses Vorhabens, die Eingliederung der Alterungsrückstellungen in die neue GKV-„Bürgerversicherung“. Dies gilt auch für die „Auflösungszahlungen“ zur Überführung der Alterungsrückstellungen in die GKV-„Bürgerversicherung“. Denn in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist davon auszugehen, dass nicht nur die Beitragsfinanzierung kompetenzrechtlich von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst ist, sondern auch sonstige Finanzierungsformen der Sozialversicherung unter diese Kompetenznorm fallen.

III. Schutz der Alterungsrückstellungen durch Grundrechte der Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber

- (3) Mit der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist davon auszugehen, dass aus den Versicherungsverträgen der PKV und dem Versicherungsvertragsrecht keine gesicherte individuelle Rechtsposition der Versicherten auf vermögensmäßige Zuordnung der Alterungsrückstellungen folgt, insbesondere haben sie keinen individuellen Rückzahlungsanspruch für den Fall, dass die Alterungsrückstellung bei Ausscheiden aus der PKV nicht mehr benötigt wird. Die Alterungsrückstellungen sind vielmehr nur bilanzmäßige Vorkehrungen dafür, dass die PKV-Unternehmen genügend Vermögen zur Erfüllung zukünftiger Verpflichtungen zur Verfügung haben.
- (4) Zwar sprechen die Vorschriften, die die Alterungsrückstellungen regeln §§ 341f Abs. 3 S. 1 HGB und § 13 Abs. 1 KalVO9 von einer „Anwartschaft auf Beitragsermäßigung“. Die Ansprüche auf zukünftige Glättung der Beiträge im Alter sind aber nicht als „Anwartschaften“ durch Art. 14 Abs. 1 GG geschützt. Denn sie hängen von mehreren aufschiebenden Bedingungen ab, die z. T. kollektiv gebunden sind, so dass keine hinreichend individuelle Sicherheit und Vorhersehbarkeit für den Rechtseintritt und vor allem die Höhe des Anspruchs besteht. Dies ist aber notwendig, um eine „Anwartschaft“ in den Schutzbereich des Eigentumsgrundrechts einzubeziehen. Zudem erwächst der Anspruch auf Beitragsglättung sofort mit Abschluss des Vertrages; er „wächst“ nicht mit dem weiteren Vertragsverlauf; auch

das spricht gegen die Annahme einer „Anwartschaft“.

- (5) Auf Seiten der Versicherungsnehmer fallen auch die Ansprüche auf Fortsetzung des Vertragsverhältnisses und auf zukünftige Schadensliquidation in den Schutzbereich des Art. 14 GG, da sie vor allem durch den Ausschluss des Kündigungsrechts des Versicherungsgebers hinreichend gefestigte vertragliche Rechtspositionen sind.
- (6) Die Alterungsrückstellungen bzw. das ihnen entsprechende Vermögen sind dem Versicherungsgeber zuzurechnen. Für die Durchführung des Übergangsmodells zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die integrierte Krankenversicherung“ ist nicht zwangsläufig erforderlich, dass die den Alterungsrückstellungen entsprechende Vermögensmasse auf die GKV-„Bürgerversicherung“ übertragen wird, sondern es reicht, dass sie als Buchwert im allgemeinen Vermögen der Versicherungsunternehmen verbleiben.

IV. Eingriffe in die Vermögenspositionen

- (7) In die Rechtspositionen der Versicherungsnehmer wird dadurch mittelbar eingegriffen, dass sie das bestehende Versicherungsverhältnis nicht mehr bis zum Ausnutzen der Alterungsrückstellungen fortsetzen können; wenn sie schon von dem Anspruch auf „Beitragsglättung“ profitieren, wird ihnen auch dieser Anspruch genommen. Darüber hinaus kann der Übergang in die GKV-„Bürgerversicherung“ auf zweierlei Weise rechtlich gestaltet werden:
 - (1) Zur Sicherstellung der Ziele des Konzepts zur „Anrechnung der Alterungsrückstellung für die nach den Bedingungen der GKV gestaltete integrierte Krankenversicherung“ würde es ausreichen, dass die Versicherten ein Sonderkündigungsrecht zum Datum des Einbezugs in die „Bürgerversicherung“ erhalten. Dies wäre ein zusätzliches Recht, aber kein Eingriff in vermögenswerte Rechtspositionen der Versicherten; es würde aber in die bestehenden Verträge zu Lasten der PKV-Unternehmen eingegriffen.
 - (2) Um die PKV-Unternehmen von den Verpflichtungen aus den Altverträgen zu entlasten und den Übergang in die GKV-„Bürgerversicherung“ einheitlich und übersichtlich zu gestalten, kann das Gesetz auch eine automatische Beendigung der Altverträge vorsehen. Hierdurch würde in die vertraglichen, als Eigentum geschützten Rechte sowohl der Versicherten wie auch der PKV-Unternehmen eingegriffen.
- (8) Als Eingriffe in Rechtspositionen der PKV-Unternehmen kommen vor allem zwei Modelle in Betracht:

- (1) Die Alterungsrückstellungen werden schrittweise durch eine besondere Abgabe, die „Auflösungszahlungen“, periodisch aufgelöst. Dabei werden die den Alterungsrückstellungen entsprechenden Vermögensmassen nicht ausgesondert oder besonders gekennzeichnet („Abgabenlösung“). Hierdurch wird das Eigentum der PKV-Unternehmen nicht tangiert, da nur ihr Vermögen betroffen ist. Da sie mit dieser Zahlungspflicht gleichzeitig die Verpflichtung, die Alterungsrückstellungen zum Altersausgleich der Beitragssätze einzusetzen und aufzulösen, verlieren, haben die Zahlungspflichten auch keine konfiskatorischen Wirkungen.
- (2) Zur Sicherung der zukünftigen Zahlungsverpflichtungen werden Vermögensmassen für die GKV-„Bürgerversicherung“ ausgesondert, verbleiben zwar den Versicherungsunternehmen, werden aber zur Sicherung der zukünftigen Zahlungen gebunden („Gebundene Eigenmittel“). Dies ist der stärkere Eingriff. Er belastet zwar konkrete Eigentumsmassen, ist aber keine Enteignung, sondern nur eine Inhalts- und Schrankenbestimmung im Rahmen einer grundlegenden Neuordnung der Krankenversicherung und der bisher schon gesetzlich geregelten zweckgebundenen Alterungsrückstellungen, da im Rahmen der Zweckbindung der Alterungsrückstellungen zur Sicherung der Versicherten, nur die Verwaltung und Auszahlung im Rahmen eines völlig gewandelten Versicherungsgeschäfts geändert werden.

V. Rechtfertigung der Eingriffe

- (9) Die Eingriffe in die Rechtspositionen der Versicherungsnehmer und Versicherungsgeber sind durch die zahlreichen und wichtigen Ziele, die mit der „Bürgerversicherung“ verfolgt werden gerechtfertigt. Auch wenn zur Zeit das Ziel, die Finanzierung der GKV zu stabilisieren, im Vordergrund steht, sind auch andere Ziele zu berücksichtigen, wie solidarische Absicherung der schützbedürftigen Selbständigen und Stabilisierung der Mitgliedschaft der GKV bei immer unsicherer Trennung von selbständigen und abhängigen Beschäftigungen. Bei der Rechtfertigung des Eingriffs ist auf Seiten der Versicherungsnehmer zu berücksichtigen, dass sie an Stelle der Privatversicherung einen Schutz durch die „Bürgerversicherung“ erhalten und ihnen der darüber hinausgehende Schutz und die ihm entsprechenden Alterungsrückstellungen erhalten bleiben. Bei der Rechtfertigung des Eingriffs ist auf Seiten der Versicherungsgeber, den PKV-Unternehmen, zu berücksichtigen, dass diese durch die Bürgerversicherung von ihrer Verpflichtung, die Alterslast ihrer Versicherten in Höhe des „Bürgerversicherungstarif“ zu tragen, befreit werden und

dieser Vermögensvorteil durch die „Auflösungszahlungen“ nur abgeschöpft wird und die Alterungsrückstellungen insoweit ihrer Zweckbestimmung zugeführt werden.

- (10) Die „Auflösungszahlungen“ erfüllen die aus Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten Anforderungen an die Zulässigkeit nichtsteuerlicher (Sonder-)Abgaben. Sie dienen der Verfolgung des besonderen Sachzwecks einer Neuordnung der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung und werden einer abgegrenzten, homogenen Gruppe von PKV-Unternehmen auferlegt. Die Sachnähe der Abgabepflichtigen, insbesondere ihre Finanzierungsverantwortung für die Auflösungszahlungen folgt daraus, dass die Alterungsrückstellungen in Höhe des „Bürgerversicherungstarif“ nicht mehr sinnvoll verwandt werden können; insoweit knüpft der Gesetzgeber an eine besondere Verantwortung der Privatversicherungsunternehmen für den Weiterbestand eines angemessenen Versicherungsschutzes der vormals bei ihnen zum Basistarif Versicherten an. Die Verwendung der „Auflösungszahlungen“ ist *auch* gruppennützig für die damit belasteten Privatversicherungsunternehmen, da sie durch die GKV-„Bürgerversicherung“ gegenüber ihren ehemaligen Versicherungsnehmern von der Verpflichtung zur Beitragsglättung im Alter befreit werden.

F Empfehlungen

1. Die Versicherungspflicht der bisher Privatversicherten zur „Bürgerversicherung“ bewirkt, dass die Weiterführung der Altverträge in der PKV zum „Bürgerversicherungstarif“ wirtschaftlich völlig sinnlos ist. Selbst wenn man diese Altverträge nicht kraft Gesetzes beenden würde, wäre die Versicherungspflicht zu GKV-„Bürgerversicherung“ selbst schon ein (mittelbarer) Eingriff in Form der Inhaltbestimmung in die Rechtspositionen aus dem privaten Krankenversicherungsverhältnis. Dieser mittelbare Eingriff ist für die Versicherten nicht weniger intensiv oder belastend, als ein unmittelbarer Eingriff, der das Vertragsverhältnis kraft Gesetzes beenden würde. Deshalb scheint von den beiden Alternativen, die Beendigung der Altverträge zu gestalten
 - 1) Sonderkündigungsrecht zum Datum des Einbezugs in die „Bürgerversicherung“ und
 - 2) automatische Beendigung der Altverträge,die gesetzliche Beendigung der Versicherungsverträge als vorzuzugs-würdig. Nur so kann sichergestellt werden, dass die Versicherungsunternehmen von Ansprüchen der Privatversicherten aus den Altverträgen völlig freigestellt werden und die Alterungsrückstellungen in Höhe des „Bürgerversicherungstarif“ als kollektiver Zahlbetrag in Gänze für die GKV-„Bürgerversicherung“ mobilisiert werden kann.
2. Mit Rücksicht auf den Eigentumsschutz zugunsten der PKV-Unternehmen wäre die am wenigsten eingreifende Lösung, nicht direkt auf die Rückstellungen und die zu ihrer Deckung angesammelten Mittel zuzugreifen oder entsprechende Vermögensmassen besonders zu binden, sondern den Unternehmen lediglich Geldleistungspflichten zum Ausgleich der Alterungsrückstellungen aufzuerlegen, die die PKV-Unternehmen mit Finanzmitteln ihrer Wahl erfüllen können. Auch hier könnte man durch aufsichtsrechtliche Mittel sicherstellen, dass die PKV-Unternehmen ihre zukünftigen Pflichten zu „Auflösungszahlungen“ auch erfüllen können. Hält man dennoch eine weitergehende, konkretere Absicherung für notwendig, dürfte es ausreichend sein, bestimmte Vermögensmassen für die GKV-„Bürgerversicherung“ auszusondern, sie ansonsten aber bei den PKV-Unternehmen zu belassen und die Unternehmen nur besonders in der Verfügung und Verwaltung dieser Mittel zu binden („Gebundene Eigenmittel“).

G Literaturverzeichnis

- Alexy, Robert: Theorie der Grundrechte, Baden-Baden 1985
- Axer, Peter: Der Risikostrukturausgleich auf dem Prüfstand des Bundessozialgerichts, SGB 2003, 485
- Beer, Daniela / Klahn, Dominik: Rechtliche und ökonomische Eckpunkte einer Bürgerversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, 13
- Bieback, Karl-Jürgen, Begriff und verfassungsrechtliche Legitimation von Sozialversicherung, Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2003, 1
- Bieback, Karl-Jürgen: Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung, Baden-Baden 2005
- Boetius, Jan: Alterungsrückstellung und Versicherungswechsel in der PKV, in: Versicherungsrecht 2001, 661
- Bohn, Klaus: Der § 178 f VVG: Zwischen Kundenerwartung und Versicherungstechnik, in: Versicherungswirtschaft 2000, 1937
- Braun, Eberhard: Insolvenzordnung Kommentar, 2. Aufl., München 2004
- Dreier, Horst: Grundgesetz Kommentar, Band I Art. 1 – 19 GG, Tübingen 1996
- Elicker, Michael, Der Grundsatz der Lastengleichheit als Schranke der Sonderabgaben, Inpflichtnahmen und Dienstleistungspflichten, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (NVwZ) 2003, 304
- Expertenkommission zur Untersuchung der Problematik steigender Beiträge der privat Krankenversicherten im Alter, Gutachten BT-Drs. 13/4945 v. 18.6.1996
- Gerwins, Theodor: Zu den Auswirkungen des Umstufungsrechts nach § 178 f VVG, in: Zeitschrift für Versicherungswesen 2000, 106
- Görsdorf-Kegel, Susanne: Die Deckungsrückstellung der PKV ist kein Sparkapital, in: Versicherungswirtschaft 2003, 856 f.
- Hufen, Friedhelm: „Grundrechtsschutz der Leistungserbringer und privaten Versicherer in Zeiten der Gesundheitsreform“ in: Neue Juristische Wochenschrift 2004, 14
- Isensee, Josef: „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2004, 393
- Jarass, Hans / Pieroth, Bodo: Grundgesetz Kommentar, 6. Aufl., München 2002
- Jauernig, Othmar: Bürgerliches Gesetzbuch Kommentar, 10. Aufl., München 2003
- Kalis, Bernhard: Mitgabe der Alterungsrückstellung in der Privaten Krankenversicherung, in: Versicherungsrecht 2001, 11
- Kirchhof, Ferdinand: Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten-„Bürgerversicherung“, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht 2004, 1

- Kirchhof, Hans-Peter / Lwowski, Hans-Jürgen / Stürner, Rolf (Hrsg.): Münchener Kommentar zur Insolvenzordnung Band 1 §§ 1-102 InsO, InsVV, München 2001
- Kirchhof, Paul, Staatliche Einnahmen, in: in: Isensee/Kirchhof, (Hrsg). Handbuch des Staatsrechts (HStR), Bd. IV, 2. Aufl. 1999, § 88
- Kommission zur Reform des VVG, Abschlußbericht vom 19.04.2004
- Laubin, Sandra, Der Verlust der Altersrückstellung infolge der Kündigung der privaten Krankenversicherung im Lichte des Art. 3 Abs. 1 GG, Versicherungsrecht 2000, 561
- Leisner, Walter, Eigentum in: Isensee/Kirchhof, (Hrsg). Handbuch des Staatsrechts (HStR), Bd. VI, 1989, § 149
- Maunz, Theodor / Dürig, Günter: Grundgesetz Kommentar, Band II Art. 6 – 16a GG, Loseblattsammlung, Stand München 2004
- Maunz, Theodor / Schmidt-Bleibtreu, Bruno / Klein, Franz / Bethge, Herbert: Bundesverfassungsgerichtsgesetz Kommentar, Stand 23. EL, München, Januar 2004
- Medicus, Dieter: Bürgerliches Recht, 19. Aufl., Köln u.a. 2002
- Meyer, Ulrich, in: Schwintowski (Hrsg.), Versicherungswissenschaftliche Studien, Deregulierung, Private Krankenversicherung, Kfz-Haftpflichtversicherung, 1994, 86
- Muckel, Stefan: Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, Teil I: S. 583 , Teil II: S. 670
- Niesel, Klaus et al.: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand 45. EL. München Dezember 2004
- Palandt, Otto: Bürgerliches Gesetzbuch, 62. Aufl., München 2003
- Pieroth, Bodo / Schlink, Bernhard: Grundrechte, Staatsrecht II, 20. Aufl., Heidelberg 2004
- Roller, Gerhard: Enteignung, ausgleichspflichtige Inhaltsbestimmung und salvatorische Klauseln – Eine Bestandsaufnahme im Lichte der neuen Judikatur des BVerfG, in: Neue Juristische Wochenschrift 2001, 1003
- Sachs, Michael: Grundgesetz Kommentar, 3. Aufl., München 2003
- Schenke, Ralf Peter: Reform der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen Verfassungs- und Europarecht, in: Die Verwaltung 2004, 475
- Schlaich, Klaus / Koriath, Stefan: Das Bundesverfassungsgericht, 5. Aufl., München 2001
- Schmidt-Bleibtreu, Bruno / Klein, Franz: Kommentar zum Grundgesetz, 9. Aufl., Neuwied / Kriftel 1999
- Schoenfeldt, Christian: Reform der privaten Krankenversicherung- insbesondere Reformfragen der Alterungsrückstellung und der künftigen Produktgestaltung, in: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 2002, 136
- Scholz, Rupert: Zur Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung: „Mitgabe“ beim Versicherungswechsel?, in: Festschrift für Prof. von Maydell, S. 633

- Schräder, Wilhelm F. / Sehlen, Stephanie / Hofmann, Jürgen: Gesetzliche Krankenversicherung für alle Bürger: Probleme des Übergangs bei der Einführung, in: Ursula Engelen-Kefer (Hrsg.): Reformoption Bürgerversicherung – Wie das Gesundheitssystem solidarischer finanziert werden kann, Hamburg: VSA-Verlag, 2004, S. 64-77.
- Schräder, Wilhelm F. / Sehlen, Stephanie / Hofmann, Jürgen: Übergangsprobleme zur Bürgerversicherung: Integration von privat Krankenversicherten, in: Soziale Sicherheit 2004, 6
- Schreiber, Klaus: Anwartschaftsrechte, Jura 2001, 623
- Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen, Reschke, Peter: Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsbasis einer allgemeinen Krankenversicherung, September 2005, Teil dieses Berichts
- Sehlen, Stephanie; Hofmann, Jürgen, Reschke, Peter: Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung. Zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 2005, H.5/6, S. 52-61.
- Seifert, Karl-Heinz / Hömig, Dieter: Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Taschenkommentar, 5. Aufl., Baden-Baden 1995
- Simon, Stefan: Der Rechtsgrund der Sonderabgaben, Die öffentliche Verwaltung (DÖV) 2001, 63
- Sodan, Helge: Verfassungsrechtsprechung im Wandel – am Beispiel der Berufsfreiheit, in: Neue Juristische Wochenschrift 2003, 257 ff.
- Storr, Stefan: Neuorganisation der Sozialen Sicherungssysteme – zu den verfassungsrechtlichen Grenzen von Reformen in der Sozialversicherung am Beispiel der Krankenversicherung, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, 279
- Surminski, Arno: Die Übertragbarkeit der Alterungsrückstellung, in: Zeitschrift für Versicherungswesen 2000, 498
- v. Münch, Ingo / Kunig, Philip: Grundgesetzkommentar, Band 3: Art. 70-146, 5. Aufl., München 2003
- Vogel, Klaus, Grundzüge des Finanzrechts des Grundgesetzes, in: Isensee/Kirchhof, (Hrsg). Handbuch des Staatsrechts (HStR), Bd. IV, 2. Aufl. 1999, § 87
- Wallrabenstein, Astrid: Kopfprämien auf versicherte Bürger und weitere Ungereimtheiten zur Reform des Gesundheitswesens, in: Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, 24
- Zieschang, Bernd: Portabilisierung der Alterungsrückstellungen in der PKV, in: Versicherungswirtschaft 2001, 1044