

Henke, Klaus-Dirk

Article — Digitized Version

Das Karlsruher Urteil zur Beitragsbemessung in der GKV

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Henke, Klaus-Dirk (2001) : Das Karlsruher Urteil zur Beitragsbemessung in der GKV, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Springer, Heidelberg, Vol. 81, Iss. 12, pp. 692-696

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/40863>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Klaus-Dirk Henke

Das Karlsruher Urteil zur Beitragsbemessung in der GKV

Das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe hat die unterschiedliche Beitragsbemessung für Pflichtmitglieder und für freiwillige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Gruppe der Rentner für unzulässig erklärt. Dieses Urteil wirft grundlegende Fragen des Beitragsrechts und damit der Finanzierung der GKV auf. Welche Optionen bestehen?

Das jüngst ergangene Urteil des Bundesverfassungsgerichts¹ zur ungleichen Behandlung von pflichtversicherten und freiwillig versicherten Rentnern in der gesetzlichen Krankenversicherung, das bis zum 31. März 2002 eine Neuregelung erfordert, legt es nahe, Fragen der Mittelaufbringung und der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos in den Vordergrund zu stellen und die Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes einer systemübergreifenden und grundsätzlichen Reform näherzubringen. Zu einer derartigen Analyse sollte der vom Bundesverfassungsgericht vorgegebene Zeitrahmen genutzt werden, um die Mittelaufbringung in der Krankenversicherung auf den Prüfstand zu bringen, gründlich zu überdenken und (europatauglich) umzugestalten.

Das Urteil des Ersten Senats aus Karlsruhe rügt auf der Grundlage entsprechender Vorlagen des Bundessozialgesetzbuches (§ 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 – GKV-Gesundheitsreform 2000 – vom 17.12.1999) einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 1 GG bei der Beitragszahlung zwischen freiwillig- und pflichtversicherten Rentnern in der gesetzlichen Krankenversicherung. Hinter diesem Urteil des Bundesverfassungsgerichts verbirgt sich Sprengstoff, da das Urteil grundlegende Fragen des Beitragsrechts und damit fundamentale Probleme der Finanzierung dieses Zweiges der Sozialversicherung aufwirft.

Freiwillig versicherte Rentner zahlen derzeit zum Teil erheblich höhere Beiträge, da bei ihnen auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus dem Vermögen als Bemessungsgrundlage herangezogen werden. Ihre Beiträge aus Versorgungsbezügen und gegebenenfalls aus Arbeitseinkommen werden mit dem vollen Beitragssatz belastet, während Pflichtversicherte nur den halben (Arbeitnehmerbeitrags-) Satz zu bezahlen haben. Diese Ungleichbehandlung führte zu dem von Fachleuten schon länger erwarteten Urteil des Bundesverfassungsgerichts.

Das Urteil läßt Präferenzen des Bundesverfassungsgerichts für eine Beitragsbemessung auf der Grundlage der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten erkennen und damit für einen Weg, der nicht nur verfassungsrechtlich bedenklich ist², sondern auch aus ökonomischer Sicht wenig Unterstützung erfährt.

Bei den Sozialverbänden und Gewerkschaften führte das Urteil zu der Forderung, den Zugang in die günstigere Pflichtversicherung für rund eine Million freiwillig versicherte Rentner wieder, wie vor der Neuregelung, zu ermöglichen. Der Einnahmeausfall für die gesetzliche Krankenversicherung in Höhe von etwa 650 Mill. DM jährlich müsse getragen werden. Er wäre allerdings erheblich höher, wenn die in der Vergangenheit zuviel gezahlten Beiträge erstattet werden müßten.

Nach den vorliegenden Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen einer Einbeziehung aller Rentner (Rentner aus der Krankenversicherung der Rentner und freiwillig versicherte Rentner) in die breitere Bemessungsgrundlage für die Beitragszahlungen in die gesetzliche Krankenversicherung käme es rechnerisch zu Mehreinnahmen von fast 14 Mrd. DM und

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, 59, Ordinarius für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Finanzwissenschaft, an der TU Berlin, ist Direktor am Europäischen Zentrum für Staatswissenschaft und Staatspraxis Berlin und Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen.

¹ Vgl. BVerfG, 1 BvL 16/96 vom 15.3.2000; <http://www.bverfg.de/>.

² Siehe J. Becker: Anmerkung zum Urteil, in: JuristenZeitung, Heft 3, 56. Jg., 2. Februar 2001, S. 141 – 148.

damit zu einer Beitragssatzsenkung bei aufkommensneutraler Umstellung um 0,8 Prozentpunkte.

Die Richter geben dem Gesetzgeber bei der erforderlichen Neuregelung Gestaltungsspielraum und vor allem Zeit, die genutzt werden sollte. Würde nicht gehandelt, so wird in dem Urteil ausgeführt, bestimmt sich der Zugang der Rentner zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder nach der alten Regelung aus dem Jahre 1988. Es käme zwar dann wohl nicht zu Erstattungen, aber zu der Entlastung der freiwillig versicherten Rentner und damit zu den genannten Mindereinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ohne tiefer in die Einzelheiten des Urteils zu gehen, ist mit dieser Entscheidung und der erforderlichen Lösung die generelle Frage nach der Bemessungsgrundlage für die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung aufgeworfen, die schon seit langem ungelöst auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung steht.

Beitragspflichtige Einkunftsarten?

Würden die pflichtversicherten Rentner genau wie die freiwillig versicherten Rentner mit ihrem höheren Einkommen zur Beitragszahlung herangezogen, würde das Beitragsaufkommen erheblich steigen. Bei dieser Angleichung würde die früher geltende Annahme aufgehoben, daß Arbeitnehmer oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze typischerweise mehr Vermögen bilden können als solche, die ihr ganzes Leben pflichtversichert waren. Angesichts des immer geringer werdenden Anteils von Löhnen und Gehältern am individuell verfügbaren Einkommen erscheint diese Annahme überholt. Gleiches gilt auch für die zunehmende Vermögensbildung durch Erbschaften und Zuwendungen unter Lebenden. Es gilt als sehr wahrscheinlich, daß dieser Vermögenszuwachs auch einem wachsenden Teil aller rund 40 Mill. pflichtversicherten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommt. Je mehr diese Einschätzung zutrifft, desto weniger wäre es gerechtfertigt, bei pflichtversicherten Rentnern anders als bei freiwillig Versicherten auf bestimmte Einkünfte zu verzichten.

Breitere Bemessungsgrundlage?

Da sich die Bemessungsgrundlage schon heute bei den freiwillig versicherten Rentnern auf fast alle Einkunftsarten bezieht, wird deutlich, daß die vom Urteil des Bundesverfassungsgerichts ausgehende Diskussion sich auf die gesamte, also auch die pflichtversicherte Bevölkerung ausdehnen wird. Es stellt sich

dann für die gesetzliche Krankenversicherung die Frage, ob zusätzlich zu den Löhnen und Gehältern die Vermögenserträge in die Beitragsbemessungsbasis, also mehr und mehr das zu versteuernde Einkommen, herangezogen werden soll.

Berechnungen über die finanziellen Auswirkungen einer Einbeziehung aller Mitglieder (Pflichtversicherte, Rentner und freiwillig versicherte Rentner) in die breitere Bemessungsgrundlage (einschließlich Vermögenserträge) ergeben rein rechnerisch, unter anderem unter der Annahme einer totalen Erfassung der Einkommen aus Vermögen bei der Beitragserhebung, Mehreinnahmen in Höhe von über 35 Mrd. DM. Diese Mehreinnahmen würden bei konstanter Einnahmehöhe der GKV in einer Modellrechnung die Beitragssätze auf der Grundlage von Löhnen und Gehältern um knapp 2 Beitragssatzpunkte senken. Dieses Ergebnis überrascht nicht, denn bei aufkommensneutraler Umstellung der Beitragssätze auf eine breitere Bemessungsgrundlage sinken natürlich die Beitragssätze – und angesichts dieser Summe sogar erheblich.

Äquivalenz oder Leistungsfähigkeit?

Die breitere Bemessungsgrundlage allein für die pflichtversicherten Rentner wurde sowohl mit Leistungsfähigkeitsüberlegungen als auch mit dem Äquivalenzprinzip gerechtfertigt und auch zur Verbesserung der Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen gefordert. Das Leistungsfähigkeitsprinzip hat zwar nur im Rahmen der Einkommensbesteuerung eine klare normative Kraft, wird aber zunehmend auch als Orientierungshilfe in der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen. Sofern die zukünftige Finanzierung allein durch eine Belastung der Löhne und Gehälter der Erwerbstätigen sichergestellt wird, droht sie diese Gruppe immer stärker zu belasten, und zwar vor allem deshalb, weil das Solidaropfer für die Rentner immer größer wird. Da die Gruppe der pflichtversicherten Rentner aber infolge der Renten, Miet- und Kapitaleinkünfte der Unterstützung immer weniger bedarf, kommt es nach Ansicht der Kritiker zu einer Schiefelage in der intergenerationellen Solidarität.

Diese Einschätzung übersieht nicht, daß die heutigen Rentner in ihrer Erwerbstätigkeitsphase die Krankenversorgung der damals alten Menschen mitfinanziert haben und nunmehr im Rahmen des Generationenvertrages ein Anrecht auf eine analoge Unterstützung durch die arbeitende Bevölkerung erwarten dürfen. Es ist aber zu berücksichtigen, daß nicht allein die demographische Entwicklung zu einer steigenden Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung führt, son-

dem auch die zunehmende Behandlungshäufigkeit und -intensität im Alter bei steigender Lebenserwartung und Lebensqualität erhebliche Kosten hervorruft. Hierzu trägt selbstverständlich auch der wünschenswerte medizinische Fortschritt erheblich bei.

Unter Abwägung dieser Gesichtspunkte läßt sich zumindest eine höhere Belastung aller pflicht- und freiwillig versicherten Rentner sowohl mit Äquivalenz als auch mit Leistungsfähigkeitsaspekten begründen. Fraglich ist nur, ob eine solche Regelung dem Art. 3 GG genügt. Unter dem Aspekt einer wünschenswerten Gleichbehandlung wird aller Voraussicht nach nur die Alternative rechtlich Bestand haben, die entweder alle Mitglieder auf der Basis einer breiteren Bemessungsgrundlage belastet oder die freiwillig versicherten Rentner entlastet und somit wieder genauso stellt wie vor der Neuregelung durch den Gesetzgeber.

Abgrenzung des Einkommens

Ob bei einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die Sozialversicherungsbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung die bisher nicht beitragspflichtigen Einnahmen dann in vollem Umfang oder anteilig einbezogen werden sollen, ist eine andere Frage. Bei einer generellen Ausdehnung der Bemessungsgrundlage besteht keinerlei Notwendigkeit, sich etwa strikt an das steuerrechtlich definierte Einkommen (nach § 2 EStG) zu halten. Es ließe sich eine eigenständige Beitragserhebung über eine Individual- oder Haushaltseinkommensgröße zumindest vorstellen, um auf diese Weise einkommensteuerliche Erhebungsprobleme möglichst zu vermeiden.

Strittig ist allerdings, ob die Erweiterung der Bemessungsgrundlage erhebliche Erfassungsprobleme bei den verschiedenen Einkunftsarten mit sich bringt und, wenn ja, welche. Der Versichertenkreis, bei dem sich die beitragsrelevanten Einkünfte nicht nur auf Löhne und Renten beschränken, vergrößert sich. Dabei steht außer Zweifel, daß von allen Einkunftsarten Löhne und Renten als wenig manipulierbare Größen den Krankenkassen die verlässlichste Planungsgrundlage an die Hand geben. Erhebungsbilligkeit verlangt überdies, daß die Kosten der Erhebung in einem angemessenen Verhältnis zu den Beitragseinnahmen stehen, eine Aussage, die natürlich auch für die Entrichtung der Beiträge gilt.

Das geltende Recht verpflichtet freiwillig Versicherte schon heute zu Auskünften und Mitteilungen, die der Feststellung des Versicherungstatbestandes und der Beitragseinstufung dienen. Auf Verlangen hat der Versicherte erwünschte Unterlagen den Krankenkassen

in deren Geschäftsräumen unverzüglich vorzulegen (§ 206 Abs.1, s. 2 SGB V). In den meisten Fällen überprüfen die Krankenkassen die beitragsrelevanten Einnahmen einmal jährlich per Fragebogen; in Zweifelsfällen muß der Versicherte seine Einkommensverhältnisse anhand seiner Einkommensteuererklärung nachweisen.

Die Rolle des Kassenwettbewerbs

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen bedarf es keiner großen Phantasie, daß hier, schon um Wettbewerbsvorteile zu realisieren, die Genauigkeit der Angaben nicht allzu gründlich überprüft werden wird. Diese gezielte Nachlässigkeit würde bei einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die gesamte Bevölkerung noch an Bedeutung zunehmen. Eine durchgängige Überprüfung der Einkunftsarten anhand von Einkommensteuerbescheiden wird nicht möglich sein, denn die Lohnbüros als Inkassostellen der Sozialversicherung stehen für andere Einkunftsarten als Löhne und Gehälter sicherlich nicht zur Verfügung. Das Inkasso der Beiträge rückt in die Nähe einer Finanzamtslösung. Damit verbunden wären Probleme der Vorauszahlungen, Erstattungen und Nachzahlungen von Beiträgen zur Krankenversicherung, die den sich zu Versicherungsunternehmen mutierenden Krankenkassen das Inkasso erschwerten und bei den Beitragszahlern sicherlich auch zu vielfältigen Anpassungsproblemen führten.

Von den Protagonisten breiterer Bemessungsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird daher ein anderer Einkommensbegriff gefordert, aber im einzelnen wenig erklärt, wie der Beitragseinzug erfolgen soll. Es gibt den Vorschlag, daß jeder Versicherte grundsätzlich einen zu definierenden Höchstbeitrag zu zahlen hat. Eine Verminderung gäbe es nur durch Nachweis geringerer Einkünfte. Aber selbst wenn ein solcher Beitragseinzug möglich wäre und den Beitragspflichtigen die bei Überzahlung und entsprechendem Nachweis der Steuerbescheide vom Arbeitgeber oder dem Träger bzw. Zweig der Sozialversicherung errechneten Beträge erstattet werden müßten, paßt eine derartige praktikabel erscheinende Lösung nicht recht zum Wettbewerb unter den Kassen. Die Lohnbüros der Unternehmen als Inkassostellen für die (erwerbstätigen) Pflichtversicherten der gesetzlichen Krankenkassen müßten zwar die bekannten Beitragssätze abziehen, deren für den Wettbewerb relevanter Absolutbetrag aber immer erst ex post, oft nach langen Zeiträumen mit der Vorlage des Steuerbescheids, festliegen würde.

Im Falle der pflichtversicherten Rentner müßte die derzeitige unbefriedigende Regelung für freiwillig versicherte Rentner übernommen werden, was zu den schon beschriebenen und noch zusätzlichen Überprüfungs- und Kontrollproblemen führt. Für Rentner wird nämlich der Arbeitgeberbeitrag in einer Regelung, die sich nur aus ihrer historischen Entwicklung erklären läßt, von der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen einer Form des parafiskalischen Finanzausgleichs übernommen und direkt an die gesetzliche Krankenversicherung überwiesen.

Was also für den einzelnen Versicherten bei weiterer Beitragsbemessungsbasis nicht feststeht, ist wegen der unklaren Bemessungsgrundlage die Höhe der Beitragszahlung, die sich aus dem Beitragssatz ergibt. Aus wettbewerblicher Sicht besteht zwar insoweit Transparenz, als der Versicherte weiß, daß er mit seinem Beitragssatz von 13% ceteris paribus besser fährt als bei einer Kasse mit einem Beitragssatz von 14%, ohne allerdings jeweils den konkreten Beitrag zu kennen.

Kompliziertere Rückwirkungen dürften sich zumindest bei heutiger Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs ergeben, denn die Höhe der zu berücksichtigenden Einkünfte der Versicherten beeinflusst die sogenannte Grundlohnsumme einer Kasse. Diese geht wiederum als ein wichtiges Element neben Alter, Geschlecht, Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und anderen Größen in den Finanzausgleich unter den Kassen ein. Durch die sich aus dem diskutierten Beitragseinzug ergebende zeitliche Verzögerung wären hier ständige nachträgliche Anpassungen im Risikostrukturausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen erforderlich. Auf diesem Umweg ergeben sich durch die Unsicherheit in der Finanzlage der beteiligten Krankenkassen wiederum Auswirkungen auf die Wettbewerbssituation unter den gesetzlichen Krankenkassen. Soweit die Neuregelung des Risikostrukturausgleichs keine Abkehr vom Einnahmenausgleich vorsieht, bliebe dieses Problem auch in den Reformmodellen bestehen.

Was wird aus den Arbeitgeberbeiträgen?

Die hier geführte Diskussion läuft ordnungspolitisch in die verkehrte Richtung. Das wird vollends klar, wenn man sich die zukünftige Rolle des Arbeitgeberbeitrags im gegenwärtigen System vor Augen führt. Andere Einkunftsarten, die bei einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage Berücksichtigung finden sollen, werden vom Arbeitgeber als Bemessungsgrundlage seiner Zahlungen mit Sicherheit weder anerkannt noch übernommen, so daß nicht nur die hälftige Auf-

bringung der Beiträge nicht mehr funktioniert, sondern auch der Beitragseinzug der restlichen Beitragsbestandteile neu geregelt werden müßte.

Weiterhin nimmt der bestehende Risikostrukturausgleich den Kassen jeden Anreiz, eine lückenlose Durchsetzung ihrer Beitragsforderungen zu forcieren. Der Wettbewerb unter den Krankenkassen führt zu einem Gefangenendilemma, das im Ergebnis dazu führen kann, daß die Kassen zusätzliche Einnahmen ihrer Mitglieder gar nicht eintreiben werden und damit den Kassen insgesamt erhebliche Einnahmen verlorengehen.

In dieser durch das Karlsruhe Urteil zu Recht neu entfachten Diskussion der zukünftigen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes wird einer größeren Öffentlichkeit hoffentlich deutlich, wie wenig transparent schon allein die Mittelaufbringung in der Krankenversicherung ist. Neben dieser Mittelaufbringung, die auch als „äußere Finanzierung“ bezeichnet werden kann, tritt die „innere Finanzierung“ in Form der Vergütung und Bezahlung von erbrachten Gesundheitsleistungen. Der Zusammenhang zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung, der in der gesetzlichen Rentenversicherung nur im Bereich der Rehabilitation eine Rolle spielt, soll hier jedoch nur erwähnt und nicht vertieft werden.

Was bleibt, ist der für einige Betrachter und Betroffene (z.B. Leistungsanbieter und Vertreter der privaten Krankenversicherung) möglicherweise positive Gesamteindruck, daß die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage bei gleichen Beitragssätzen mit Sicherheit erheblich mehr Einnahmen in das „System“ der gesetzlichen Krankenversicherung bringt. Unabhängig von der erforderlichen Regelung aufgrund des Urteils aus Karlsruhe über den Zugang von Rentnern zur Krankenversicherung, bleibt damit die Diskussion über die Beitragsbemessungsbasis auf der Tagesordnung der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung.

Eine Lösung, die zu einer breiteren Bemessungsgrundlage führt, kann auch als ein erwünschter Schritt in Richtung einer proportionalen (Einkommen-) Steuerfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung mißinterpretiert werden und so den vermeintlichen politischen Einfluß in diesem Zweig der Sozialversicherung möglicherweise zumindest aus psychologischer Sicht weiter stärken.

Zusammenfassend erscheint die Gleichstellung der freiwillig versicherten Rentner mit den pflichtversicherten Rentnern ein grundgesetzlich zwar gangbarer Weg, wobei hier offen bleiben muß, ob es aus rechtlicher Sicht zur Rückerstattung in der Vergangenheit zuviel gezahlter Beiträge durch die freiwillig versicher-

ten Rentner durch die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherungen kommen muß oder nicht.

Zurück zur Ausgangslage

Selbst wenn die Verbreiterung der Bemessungsgrundlage für die gesamte Bevölkerung oder nur für alle Rentner vor dem Hintergrund der geführten Diskussion von der einen oder anderen Gruppe befürwortet werden wird, darf nicht übersehen werden, daß der eingangs skizzierten Problem- und Ausgangslage ein ganz anderes Spannungsverhältnis zugrunde lag.

Bei der vorzubereitenden Reform der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos geht es um die Finanzierung des medizinisch Notwendigen vor dem Hintergrund aller machbaren und auch wünschenswerten Gesundheitsleistungen. Die Frage nach dem Grundleistungskatalog, der in keinem Land Europas derzeit so umfangreich ist wie in Deutschland, steht auf der Tagesordnung und bedarf einer anderen Herangehensweise als die vorhergehenden Ausführungen zum Urteil aus Karlsruhe. Erfreulicherweise haben die Verfassungsrichter den Gestaltungsspielraum bei der zukünftigen Finanzierung von Gesundheitsleistungen erkannt und den nunmehr folgenden Vorschlag einer Mindestversicherungspflicht für alle mit Wahl- und Wechselmöglichkeiten für jeden und individueller Zusatzsicherung nicht ausgeschlossen.

Mindestversicherungspflicht für alle

Die zukünftige Finanzierung könnte losgelöst werden von den Löhnen und Gehältern und damit von der Einkommensentstehungsseite und den Lohnkosten. Es könnten altersabhängige Kopfpauschalen oder auch Kopfprämien von jedermann entrichtet werden. Diese Ausgaben für den Krankenversicherungsschutz haben mit irgendeiner (steuerlichen) Einkunftsart nichts mehr zu tun. Eine Reform der Beitragsfinanzierung, bei der das Lohnkostenargument keine Rolle mehr spielen würde, setzt anders an, führt zu der Ausgangsfrage einer Absicherung von Krankheitsrisiken zurück und schließt unter anderem an frühere und aktuelle Überlegungen des Sachverständigenrats zur Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung an.

Die zukünftige Sicherung der Krankenversorgung und der gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung umfaßt im Rahmen einer Mindestversicherungspflicht (a) einen für die gesamte Bevölkerung gesetzlich vorgeschriebenen Pflichtschutz und (b) eine individuelle darüber hinausgehende und bereits bestehende

Nachfrage nach Gesundheitsleistungen verschiedenster Art. Wettbewerb mit Anbieterpluralität und Kontrahierungszwang für die zu versichernde Bevölkerung ist das konstituierende Element des nunmehr zur Diskussion gestellten Modells.

Ein solches System bedarf zahlreicher Veränderungen der derzeitigen Situation, die durch einen vielfach verzerrten und in der jetzigen Form rational kaum zu begründenden Wettbewerb zwischen privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen gekennzeichnet ist. Die beiden Systeme stoßen in einer Art aufeinander, die zwar zu erklären ist, aber nahezu jeder sachlichen Rationalität entbehrt. Die Unterscheidung zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen in der bestehenden Art wird aufgehoben. Die gesetzlichen Krankenversicherungen werden in Wettbewerbsunternehmen überführt. Damit entfiele auch die Diskussion über Art und Höhe der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze.

Wahl- und Wechselmöglichkeit

In dem vorgeschlagenen System besteht im Rahmen der Versicherungspflicht für die gesamte Bevölkerung ein Zwang für alle Krankenversicherungen, also für Unternehmen jedweder Rechtsform, alle Bürger zu versichern. Der zu regulierende Wettbewerb um eine kostengünstige und qualitätsgesicherte Grundsicherung, die nahe an der derzeitigen Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung liegen könnte, verlangt eine neue Versicherungsaufsicht, die demokratisch legitimiert sein muß. Sie hat dafür zu sorgen, daß im Rahmen des Grundschutzes tatsächlich jeder Bürger Versicherungsschutz bekommt. Gleiche Wettbewerbsbedingungen für alle Anbieter am Markt sind durch entsprechende Rahmenbedingungen sicherzustellen. Hierzu gehört es auch, daß alle Unternehmen den gleichen steuerlichen und kapitalmäßigen Anforderungen unterliegen. Qualität wird neben Beiträgen/Preisen und Leistungen zum Hauptparameter des Wettbewerbs.

Eine demokratisch legitimierte Regelungsinstanz hätte die Aufgabe, eine wünschenswerte Dynamik der Standard- oder Grundsicherung (Mindestschutz) sicherzustellen. Diese Mindestsicherung der gesamten (alternden) Bevölkerung verlangt eine regelmäßige und vor allem regelhafte Veränderung dessen, was ein hochwertiger Versorgungsstandard sein soll. Ein entsprechender Verbraucherschutz unterstützt diese Aufsicht, wie es schon eh und je in anderen Bereichen der Fall ist.