

Dr. Manfred Zipperer
Ministerialdirektor a.D.
Lochnerstr. 46
53757 Sankt Augustin
Tel.: 02241 338721
Fax : 02241 344568
e-mail : dr.zipperer@t-online.de

Gutachten

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat mich beauftragt, ein Gutachten zu den administrativen Problemen zu erstellen, die sich bei der Einführung einer Bürgerversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben könnten.

I.

Begriff und Umfang der Bürgerversicherung

1. Das geltende Recht geht von der Überlegung aus, dass im Krankheitsfall nicht die gesamte Wohnbevölkerung durch ein gesetzlich vorgeschriebenes und für alle Einwohner Deutschlands verpflichtendes System der sozialen Sicherung geschützt werden muss. Es überlässt es bestimmten Personengruppen, Sicherungsmöglichkeiten außerhalb des gesetzlich eingerichteten Sozialversicherungssystems einzugehen oder sich überhaupt nicht abzusichern.

Das geltende Recht orientiert sich dabei am Grundsatz der Schutzbedürftigkeit und sieht eine zwangsweise eintretende gesetzliche Sicherung grundsätzlich nur für Arbeitnehmer vor. Selbständig Tätige und nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehende Personen unterliegen deshalb grundsätzlich nicht der Versicherungspflicht. Auch Beamte und ihnen vergleichbare Personen sowie Soldaten sind nicht versicherungspflichtig, weil der Dienstherr für sie ein Sicherungssystem in Form der Beihilfe (ggf. mit einer diese ergänzenden quotierten Krankheitskostenvollversicherung) bzw. der freien Heilfürsorge zur Verfügung stellt und damit für ihren Schutz im Krankheitsfall sorgt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommt hinzu, dass Arbeitnehmer mit einem Bruttojahresarbeitsentgelt von (in 2003) mehr als 45 900 Euro (3825 Euro monat-

Dr. Manfred Zipperer
Ministerialdirektor a.D.
Lochnerstr. 46
53757 Sankt Augustin
Tel.: 02241 338721
Fax : 02241 344568
e-mail : dr.zipperer@t-online.de

Gutachten

Der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. hat mich beauftragt, ein Gutachten zu den administrativen Problemen zu erstellen, die sich bei der Einführung einer Bürgerversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben könnten.

I.

Begriff und Umfang der Bürgerversicherung

1. Das geltende Recht geht von der Überlegung aus, dass im Krankheitsfall nicht die gesamte Wohnbevölkerung durch ein gesetzlich vorgeschriebenes und für alle Einwohner Deutschlands verpflichtendes System der sozialen Sicherung geschützt werden muss. Es überlässt es bestimmten Personengruppen, Sicherungsmöglichkeiten außerhalb des gesetzlich eingerichteten Sozialversicherungssystems einzugehen oder sich überhaupt nicht abzusichern.

Das geltende Recht orientiert sich dabei am Grundsatz der Schutzbedürftigkeit und sieht eine zwangsweise eintretende gesetzliche Sicherung grundsätzlich nur für Arbeitnehmer vor. Selbständig Tätige und nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehende Personen unterliegen deshalb grundsätzlich nicht der Versicherungspflicht. Auch Beamte und ihnen vergleichbare Personen sowie Soldaten sind nicht versicherungspflichtig, weil der Dienstherr für sie ein Sicherungssystem in Form der Beihilfe (ggf. mit einer diese ergänzenden quotierten Krankheitskostenvollversicherung) bzw. der freien Heilfürsorge zur Verfügung stellt und damit für ihren Schutz im Krankheitsfall sorgt.

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommt hinzu, dass Arbeitnehmer mit einem Bruttojahresarbeitsentgelt von (in 2003) mehr als 45 900 Euro (3825 Euro monat-

lich) nicht mehr als schutzbedürftig angesehen werden und deshalb auch nicht mehr der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen.

2. Die Vertreter der Idee einer Bürgerversicherung wollen diese unterschiedlichen Sicherungsmöglichkeiten einebenen und – vielleicht nicht bereits in einem Gesetzgebungsakt, aber mittel - bis längerfristig – die gesamte Wohnbevölkerung in das System der Sozialversicherung einbeziehen. Jeder Einwohner soll kraft Gesetzes zu den gleichen Bedingungen gegen dieselben Risiken geschützt werden. Kein Einwohner soll die Möglichkeit haben, sich von dieser Versicherungspflicht befreien zu lassen und einen die gesetzliche Versicherung ersetzenden Schutz außerhalb des gesetzlichen Sicherungssystems in Anspruch zu nehmen. Deshalb sollte man – auch wenn sich der Begriff der Bürgerversicherung in der öffentlichen Diskussion eingebürgert hat, korrekter von einer „Einwohnerversicherung“ sprechen.

3. Die Idee einer Bürgerversicherung umfasst nicht nur die zwangsweise Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung in den Sozialversicherungsschutz. Sie erstreckt sich auch auf eine Verbreiterung der Beitragsbemessung. Dies ist die logische Folge der Ausdehnung auf die gesamte Bevölkerung ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte ein Einkommen hat oder nicht und woher er dieses Einkommen bezieht. Es sollen nämlich nicht nur wie bisher bei den Pflichtversicherten lediglich das Arbeitsentgelt und die es ersetzenden Sozialleistungen in die Beitragspflicht einbezogen werden, sondern die gesamten Einnahmen zum Lebensunterhalt. Die Beitragslast soll künftig die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Versicherten berücksichtigen (vgl. schon heute § 240 Abs. 1 SGB V für die beitragspflichtigen Einnahmen freiwilliger Mitglieder in der GKV).
Dabei ist auch die Frage zu entscheiden, ob eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt werden soll. Jede Beitragsbemessungsgrenze entlastet die Bezieher höherer Einkommen und wirkt entsolidarisierend. Deshalb hat die Schweiz, die in der Alterssicherung (AHV) eine Grundsicherung eingeführt hat, keine Beitragsbemessungsgrenze vorgesehen (bei der schweizerischen GKV ist eine Beitragsbemessungsgrenze wegen der Kopfprämie nicht erforderlich). Wenn eine Beitragsbemessungsgrenze eingeführt werden soll, müsste noch geklärt werden, ob an der derzeit geltenden GKV-spezifischen Beitragsbemessungsgrenze festgehalten, oder sie an die in der Rentenversicherung/Arbeitslosenversicherung geltende Grenze angeglichen werden soll.

4. Die Ausdehnung des für alle verpflichtenden gesetzlichen Versicherungsschutzes wird zwar in erster Linie für den Schutz im Krankheitsfall diskutiert, weil die Wahlmöglichkeit insbesondere der höher verdienenden Arbeitnehmer als besonders solidaritätsstörend empfunden wird. Sie dürfte sich aber auch auf die gesamte Sozialversicherung beziehen und auch andere Risiken umfassen. Eine nur auf die GKV beschränkte Bürgerversicherung wäre wohl sozialpolitisch nicht erklärbar und auch nicht vertretbar, zumal sie zu einer Spaltung der Beitragsbemessung führen würde.

Dieses Gutachten befasst sich aber auftragsgemäß nicht mit den Problemen, die sich bei der Einführung einer Bürgerversicherung auch für andere Sicherungssysteme ergeben, sondern konzentriert sich auf die für die GKV spezifischen Fragen.

II.

Erfassung des versicherungspflichtigen Personenkreises

Sollte eine die gesamte Wohnbevölkerung umfassende Bürgerversicherung in der GKV eingeführt werden, müssten die Krankenkassen alle in Deutschland wohnenden Personen ohne Rücksicht auf ihre Staatsangehörigkeit erfassen. Dazu bedarf es der Einführung einer krankenversicherungsrechtlichen Meldepflicht für alle Einwohner zu einer von ihnen gewählten Krankenkasse. Diese Meldepflicht existiert für bestimmte Gruppen von Versicherten bereits heute und wird entweder vom Arbeitgeber oder vom Versicherten selbst erfüllt.

1. Aus verfassungsrechtlichen Gründen wird es nicht möglich sein, die bereits in der privaten Krankenversicherung (PKV) versicherten Personen bei der Einführung einer Bürgerversicherung zum Eintritt in diese zu zwingen. Die Versicherungspflicht kann sich deshalb insoweit nur auf Personen erstrecken, die nach Inkrafttreten der Bürgerversicherung die PKV verlassen und damit in den Anwendungsbereich der Bürgerversicherung überwechseln. Alle nicht bereits in der PKV versicherten Personen werden mit dem Inkrafttreten der Bürgerversicherung von der Versicherungspflicht in der Bürgerversicherung erfasst.

2. Die GKV kennt die in ihr nicht versicherten Personen nicht. Eine Bürgerversicherung läßt sich deshalb nur im Rahmen einer allgemeinen Meldepflicht aller in Deutschland lebenden Personen zu der von ihnen gewählten Krankenkasse realisieren. Diese Meldepflicht muss zu ihrer besseren Umsetzbarkeit bußgeldbewehrt sein (vgl. § 307 SGB V).

Die Meldepflicht würde bei Einführung der Bürgerversicherung nur von den Bürgern erfüllt werden müssen, die nicht schon – wie fast 90 % der Wohnbevölkerung – bereits in der GKV versichert sind oder die in der PKV verbleiben können (siehe oben 1.1). Das sind hauptsächlich nichtkrankenversicherte Personen wie Soldaten, Bezieher von Sozialhilfe oder Asylbewerber. Nach Inkrafttreten der Bürgerversicherung werden, da dann keine anderen Vollabsicherungsmöglichkeiten mehr zulässig sind, alle nach diesem Zeitpunkt geborenen oder nach Deutschland ziehenden Personen und alle aus der PKV ausscheidenden Personen erfasst.

3. Das zentrale Problem der Erfassung aller Personen ist der Umstand, dass jeder Versicherte sich seine Kasse wählen kann (ausgenommen die besonderen Wahlrechte zur See-Krankenkasse und zur Bundesknappschaft sowie die Mitgliedschaft in der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung, die wegen der Besonderheiten der Finanzierung dieser Kassenart eine Spezialregelung erfahren muss). Wie kann kontrolliert werden, dass jeder Einwohner seiner Meldepflicht und Kassenwahl nachkommt, zumal die Meldung und Kassenwahl mit der Beitragspflicht verbunden ist, der sich manche Versicherte zu entziehen versuchen werden ?

Da die Krankenkassen selbständig sind, läßt sich dieses Problem m.E. nur dadurch lösen, dass alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland gemeinsam eine Einrichtung gründen und betreiben, an die alle Versicherten gemeldet werden, die sich für die Mitgliedschaft (einschließlich Familienversicherung) in einer bestimmten gesetzlichen Krankenkasse entschieden haben. Diese Einrichtung gleicht die ihr gemeldeten Mitgliedschaften sofort mit den Daten der Einwohnermeldeämter ab. Sie hat bei der Einführung der Bürgerversicherung bereits die Versicherungsdaten von über 72 Millionen Personen zu verwalten und zu pflegen. Jede versicherungsrelevante Änderung der persönlichen Verhältnisse (z.B. Namensändern wegen Heirat, Ausscheiden aus der Familienversicherung, Wechsel der Krankenkasse, Beendigung der Versicherung wegen Wegzugs aus dem Bundesgebiet) muss von ihr erfasst und mit den Meldungen der betreffenden Krankenkasse

verglichen werden. Nur durch den ständigen Abgleich der Daten dieser gemeinsamen Meldestelle aller Krankenkassen mit den Einwohnermeldeämtern kann sichergestellt werden, dass wirklich die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland in der GKV versichert ist. Möglicherweise muss dieser Abgleich dadurch unterstützt werden, dass bestimmte Personengruppen, (z.B. Sozialhilfebezieher, Asylbewerber) Sozialleistungen nur erhalten, wenn sie ihre Meldung zur GKV nachweisen (vgl. die für Studenten vorgesehene Lösung in § 254 SGB V).

Um zu gewährleisten, dass die gesamte Wohnbevölkerung im Krankheitsfall geschützt ist, müsste wohl jedes noch in der PKV im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung geschützte Mitglied (vgl. oben II.1) gegenüber dieser Meldestelle nachweisen, dass es nicht verpflichtet ist, der Bürgerversicherung anzugehören.

Die Errichtung einer solchen zentralen Sammelstelle dürfte allerdings datenschutzrechtlichen Bedenken begegnen. Auch bei Einsatz moderner Informations- und Kommunikationstechnik – alle Krankenkassen müssen wohl mit dieser Einrichtung online vernetzt sein – dürfte Errichtung und Betrieb der Einrichtung erhebliche Kosten verursachen, die von den Krankenkassen gemeinsam als Verwaltungsausgaben zu tragen sind. Falls die Bürgerversicherung auch auf die gesetzliche Rentenversicherung erstreckt wird, wird sich die Frage stellen, ob an die schon bestehende Datensammelstelle der Rentenversicherung (vgl. § 146 Abs. 2 SGB VI) angeknüpft werden kann, um Erfassungs- und Abgleichkosten zu sparen.

III.

Erfassung der sonstigen Einkünfte

Weit größere administrative Probleme wirft die Erfassung der sonstigen Einkünfte auf, die im Rahmen einer Bürgerversicherung in die Beitragsbemessung einbezogen werden sollen (vgl. oben I.3).

1. Nach geltendem Recht werden Einkünfte, die nicht Arbeitsentgelt oder dieses ersetzende Sozialleistungen sind, grundsätzlich nicht zur Beitragsbemessung herangezogen (§§ 226 ff. SGB V). Eine Ausnahme macht das Gesetz bei freiwillig versicherten Mitgliedern : Die Satzung der Krankenkasse muss sicherstellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt (§ 240 Abs.

1 SGB V). Das bedeutet, dass das freiwillige Mitglied gegenüber seiner Krankenkasse die Höhe der der Beitragspflicht unterliegenden Einnahmen nachweisen muss, soweit sich nicht durch Erreichen oder Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (2003 : 3450,- € monatlich) ein solcher Nachweis im einzelnen erübrigt.

In der Praxis lassen sich die Krankenkassen zum Nachweis der beitragspflichtigen Einnahmen in der Regel den jüngsten Einkommenssteuerbescheid vorlegen. Wegen steuerrechtlicher Gestaltungsmöglichkeiten hat dies in der Vergangenheit häufig zu einer Beitragsbemessung geführt, die nicht den gesetzlichen Anforderungen und der Wirklichkeit entsprach. Deshalb hat der Gesetzgeber in § 240 Abs. 2 SGB V vorgeschrieben, dass die Satzung mindestens die Einnahmen des freiwilligen Mitglieds zu berücksichtigen hat, die bei einem vergleichbaren versicherungspflichtigen Beschäftigten der Beitragsbemessung zugrunde zu legen sind. Außerdem hat er in § 240 Abs. 4 SGB V für freiwillig versicherte Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, zur Beitragsbemessung eine Mindesteinnahme festgelegt.

2. Diese Konsequenzen des Gesetzgebers machen bereits deutlich, dass die Beitragsbemessung auf der Grundlage der gesamten wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit schwierig ist. Wird sie korrekt durchgeführt, erfordert sie einen verhältnismäßig hohen administrativen Aufwand und kann Mitglieder verärgern. Da freiwillige Mitglieder häufig schon allein wegen ihrer hohen Beiträge gute Risiken sind, die es sich zu halten lohnt, sind die Anreize für eine Krankenkasse, bei diesem Personenkreis die Beitragsbemessung besonders gründlich zu prüfen, schon nach geltendem Recht gering. Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander hat dazu geführt, dass die Aufsichtsbehörden immer wieder die zu großzügige Praxis von Krankenkassen beanstanden mussten. Auch solange der Risikostrukturausgleich u. a. auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen und nicht allein auf das Morbiditätsrisiko abstellt, wird die Bereitschaft der Krankenkassen, durch eine intensive Kontrolle und Überwachung möglichst hohe Beitragseinnahmen zu erzielen, gering sein.

3. Die Einbeziehung der gesamten Wohnbevölkerung und die Erstreckung der Beitragsbemessung auf alle Einkünfte potenziert diese Probleme. Es muss damit gerechnet werden, dass zahlreiche Versicherte ihre über Arbeitsentgelt und Entgeltersatzleistungen hinausgehenden Einnahmen der Krankenkasse nicht oder nicht vollständig mitteilen. Das be-

deutet, dass die Krankenkassen bei Einführung einer Bürgerversicherung umfangreiche Kontrollmechanismen einführen müssten. Deren Notwendigkeit verschärft sich noch, wenn die Beitragsbemessungsgrenze an die der Rentenversicherung angeglichen oder – wie in der schweizerischen Rentenversicherung (AHV) völlig aufgehoben wird. Der Verwaltungsaufwand der Krankenkassen, der vielfach schon als zu hoch kritisiert wird, würde deutlich zunehmen, von den psychologischen Auswirkungen auf die schärfer kontrollierten Beitragszahler ganz zu schweigen.

Als Nachweis dürfte wie schon bisher bei freiwillig Versicherten der neueste Einkommenssteuerbescheid dienen. Dieser Nachweis liefert aber in vielen Fällen nur grobe Anhaltspunkte für die Bemessung der beitragspflichtigen Einnahmen, weil er auf steuerlichen Gestaltungsmöglichkeiten beruht und vielfach eine Situation abbildet, die längere Zeit zurück liegt. Da relativ viele Steuerbescheide vorläufig ergehen und später berichtigt werden, würde das auch bei den Krankenkassen zu aufwändigen Korrekturmaßnahmen führen.

Noch geklärt werden muss die Frage, wie Steuervergünstigen und Abschreibungen gehandhabt werden sollen. Der Einkommensmillionär zum GKV-Mindestbeitrag ist eine sozialpolitisch unerträgliche Vorstellung. Ebenfalls offen ist die Frage, wie bei Erstattungen von Einkommenssteuer und bei Steuernachzahlungen z.B. auf Grund von Betriebsprüfungen zu verfahren ist.

Was geschieht in den Fällen, in denen der Versicherte die Höhe seiner sonstigen Einkünfte nicht oder nicht ausreichend (z.B. durch Vorlage des letzten Einkommenssteuerbescheides) nachweist? Hier müsste die Krankenkasse wie schon nach geltendem Recht die Einkünfte unter Berücksichtigung aller ihr zur Verfügung stehenden Erkenntnisse schätzen. Außerdem wäre zu überlegen, ob die Finanzämter nicht gesetzlich verpflichtet werden sollten, den Krankenkassen auf Anforderung entsprechende Mitteilungen zu machen.

4. Feststehen dürfte auf jeden Fall, dass die Überprüfungstätigkeit der Krankenkassen insbesondere in der Anfangsphase einer Bürgerversicherung einen außerordentlichen Umfang annehmen wird, weil praktisch jeder Versicherte als potentieller Empfänger von sonstigen Einkünften angesehen werden muss. Hier werden sich zahlreiche Auslegungsprobleme ergeben. Große Schwierigkeiten dürfte etwa die Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen bereiten, wie die umfangreiche BSG-Rechtsprechung zur Beitragspflicht von Sozialleistungen oder zur Feststellung der monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten bei der Befreiung von der Zuzahlungspflicht nach §§ 61, 62 SGB V

zeigt (vgl. dazu z.B. Wasem, GKV-Komm. § 240 SGB V Rdnr. 5 ff oder die umfangreiche Tabelle zu Gesamteinkommen und Einnahmen zum Lebensunterhalt im Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 14.3.2002, abgedruckt bei Zipperer, GKV-Komm. § 10 SGB V Rdnr. 41a). Selbst wenn – womit zu rechnen ist – der Gesetzgeber eine umfassende flexible Formulierung wählt, wird es wegen der finanziellen Konsequenzen dieser Regelung ständig zu Widersprüchen gegen Beitragsbescheide der Krankenkassen und zu zahlreichen Sozialgerichtsverfahren zwischen beitragsverpflichteten Versicherten und ihren Krankenkassen kommen.

5. Der außerordentliche Verwaltungsaufwand, den die Krankenkassen insbesondere bei der erstmaligen Feststellung der beitragspflichtigen Einnahmen treffen müssen, ruft förmlich nach administrativen Erleichterungen wie z.B. Freibeträgen oder gesetzlichen Vermutungen. Man muss sich aber darüber im Klaren sein, dass ein der Verwaltungsvereinfachung dienendes kursorisches Feststellungsverfahren die dringend benötigten Beitragseinnahmen verringert und den Anreiz für die Versicherten erhöht, die Angaben gegenüber der Krankenkasse vereinfachenden Vorgaben anzupassen.

IV.

Abführung der Beiträge

1. Die Abführung der Beiträge an die Krankenkasse wird gespalten erfolgen : Soweit es um Beiträge aus Arbeitsentgelt, Entgeltersatzleistungen (z.B. Rente, Arbeitslosengeld) und Versorgungsbezügen geht, werden sie wie nach geltendem Recht vom Arbeitgeber im Rahmen des Gesamtsozialversicherungsbeitrags (vgl. § 253 SGB V), vom Rentenversicherungsträger (vgl. § 255 SGB V) oder von der Zahlstelle der Versorgungsbezüge (vgl. § 256 SGB V) einbehalten und abgeführt. Bei Studenten ist die „normale“ Beitragszahlung bisher in der Weise sichergestellt, dass sie sich ohne Nachweis der Beitragszahlung nicht bei der Universität einschreiben oder zurückmelden können (vgl. § 254 SGB V).
2. Die sonstigen Einkünfte lassen sich nur über den sie beziehenden Versicherten ermitteln. Wie jüngste Erfahrungen mit der Überprüfung von Leistungen nach dem Bundesausbil-

dungsförderungsgesetz zeigen, muss bei der Angabe sonstiger Einkünfte mit einer erheblichen „Dunkelziffer“ und zahlreichen Falschangaben gerechnet werden. Versicherte müssen die auf der Grundlage der von ihnen angegebenen Einkünfte berechneten Beiträge selbst tragen und an die Krankenkasse abführen, nachdem diese in einem Beitragsbescheid ihre Höhe verbindlich festgestellt hat. Die Zahlung kann direkt an die Krankenkasse per Einzelüberweisung, per Dauerauftrag oder per Einzugsermächtigung erfolgen. Wie die Erfahrungen aus der Schweiz zeigen, rechnet man dort mit einem Versickerungseffekt von circa 8 % bei den Kopfprämien, d.h. sie werden nicht oder nicht korrekt gezahlt. Sind die Beiträge von den sonstigen Einkünften im Beitragsbescheid rechtsverbindlich festgesetzt und führt sie der Versicherte nicht termingerecht ab (zur Fälligkeit laufender Beiträge, die geschuldet werden, vgl. § 23 SGB IV), hat er für jeden angefangenen Monat der Säumnis einen Zuschlag von 1 v.H. des rückständigen, auf 50 € nach unten gerundeten Betrages zu zahlen. Bei einem rückständigen Betrag von unter 100 € wird der Säumniszuschlag nicht erhoben, wenn ihn die Krankenkasse gesondert schriftlich anfordern müsste (vgl. § 24 SGB IV).

3. Die Krankenkasse muss deshalb ständig überwachen, ob die von ihr festgesetzten Beiträge termingerecht eingehen. Sind die gesetzlich festgelegten oder ggf. noch festzulegenden Nichtbeanstandungsgrenzen überschritten, muss die Krankenkasse gegen den Beitragsschuldner vollstrecken. Sie hat zwar die Möglichkeit der Stundung, Niederschlagung oder des Erlasses der Beitragsforderung (vgl. § 76 SGB IV) und kann auch einen Vergleich über rückständige Beitragsansprüche schließen, wenn dies für sie wirtschaftlich und zweckmäßig ist. Diese Möglichkeiten kommen aber in erster Linie in Sonderfällen in Betracht, in denen der Beitragseinzug für den Beitragszahler mit erheblichen Härten verbunden oder unbillig wäre, oder die Kosten der Einziehung außer Verhältnis zur Höhe des Beitragseinzuges stehen. Für das Massengeschäft, das auf die Krankenkassen bei der Einbeziehung sonstiger Einkünfte in die Beitragsbemessung zukommt, sind diese Regelungen nicht bestimmt. Die Krankenkasse ist nach wie vor verpflichtet, die Beiträge vollständig zu erheben.

Für das schon seit 60 Jahren bestehende Lohnabzugsverfahren (vgl. oben IV. 1) gibt es in Form der Beitragszahlungsverordnung und der Beitragsüberwachungsverordnung umfangreiche und detaillierte Regelungswerke, die die Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Krankenkassen festlegen. Es ist davon auszugehen, dass noch umfangreichere Regelungswerke für die Abführung und Überwachung der Beitragsteile geschaffen wer-

den müssen, die der Versicherte selbst tragen und zahlen muss. Die Krankenkasse muss also ein doppeltes Kontrollverfahren durchführen, das sich auf die im Abzugsverfahren und auf die von den Versicherten selbst entrichteten Beiträge erstreckt.

4. Die vorstehenden Ausführungen zur Festsetzung und Abführung der Beiträge gehen davon aus, dass es – wie heute schon in der schweizerischen AHV (die Krankenversicherung arbeitet dort mit einer einkommensunabhängigen Kopfpauschale) – keine Beitragsbemessungsgrenze gibt. Die sonstigen Einkünfte unterliegen in unbeschränkter Höhe der Beitragsbemessung. Wird hingegen eine Beitragsbemessungsgrenze vorgesehen, erleichtert und erschwert dies das gesamte Beitragseinzugsverfahren, mindert allerdings das erfasste Beitragsvolumen.

Die Beitragsbemessungsgrenze erleichtert den Beitragseinzug insofern, als bei allen Versicherten, die wegen Erreichens oder Überschreitens der Beitragsbemessungsgrenze den Höchstbeitrag zahlen, eine Ermittlung oder Überprüfung der sonstigen Einkünfte entfällt. Auch bei den Versicherten, die ohne nähere Angaben einfach den Höchstbeitrag zahlen, weil sie ihre Einkommensverhältnisse nicht offenbaren wollen, ist nicht damit zu rechnen, dass die Krankenkasse Überprüfungen anstellt, zumal die GKV künftig wahrscheinlich ohnehin nur noch Sachleistungen erbringen wird, bei denen die Einkommens- und Beitragshöhe keine Rolle spielt. Je niedriger diese Beitragsbemessungsgrenze festgelegt wird, desto einfacher wird der Beitragseinzug, desto niedriger wird allerdings auch das Beitragsvolumen aus den sonstigen Einkünften.

Die Beitragsbemessungsgrenze erschwert den Beitragseinzug in den Fällen, in denen die schon kraft Gesetzes von Dritten abzuführenden Beiträge unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze bleiben und in jedem Einzelfall ermittelt werden muss, ob die Beitragsbemessungsgrenze überschritten wird. Gerade bei schwankenden Einkünften wird es immer wieder vorkommen, dass zuviele Beiträge gezahlt worden sind und deshalb erstattet werden müssen (vgl. die schon heute bestehenden Regelungen in § 231 SGB V). Dies ist bereits nach geltendem Recht ein sehr verwaltungsaufwändiges Verfahren und wird bei Einbeziehung der sonstigen Einkünfte in die Beitragsbemessung an Bedeutung zunehmen.

V.

Auswirkungen auf die Familienversicherung

Die Bürgerversicherung soll alle Einwohner Deutschlands umfassen. Damit ist aber noch nicht gesagt, dass es bei der Trennung von Mitgliedern und beitragsfrei geschützten Versicherten bleiben muss. Ebenso wenig müssen die bisher beitragsfrei versicherten Familienangehörigen weiterhin beitragsfrei bleiben.

1. Bereits nach geltendem Recht endet die beitragsfreie Familienversicherung, wenn das Gesamteinkommen regelmäßig im Monat ein Siebtel der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV überschreitet. Bei Renten wird der Zahlbetrag ohne den auf Entgeltpunkte für Kindererziehungszeiten entfallenden Teil berücksichtigt (vgl. § 10 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Damit sind alle Familienversicherten mit einem Monatseinkommen bis zu 340 Euro monatlich (2003) beitragsfrei versicherte; bei geringfügig Beschäftigten beträgt diese Grenze seit 1.4. 2003 400 Euro monatlich. Die Ermittlung dieses Gesamteinkommens stellt die Krankenkassen schon jetzt vor eine Fülle rechtlicher und praktischer Probleme, wie die umfangreiche Rechtsprechung zeigt (vgl. z.B. Zipperer, GKV-Komm. § 10 SGB V Rndrn. 37 ff.).
2. Es ist durchaus denkbar, dass man bei einer Neuordnung der Versicherungspflicht und Beitragsbemessung von diesem verwaltungsaufwändigen Verfahren abgeht und jeden Familienangehörigen verpflichtet, einen Mindestbeitrag zu zahlen, wenn er kein Einkommen hat oder wenn sein Einkommen unter einer vom Gesetzgeber festgelegten Grenze liegt. Es werden auch Modelle diskutiert, dem nichterwerbstätigen Ehegatten die Hälfte des Einkommens des erwerbstätigen Ehegatten für die Beitragsbemessung zuzurechnen. Sie machen allerdings nur dann Sinn, wenn es bei einer Beitragsbemessungsgrenze bleibt, weil die Kappung beim erwerbstätigen Ehegatten im Vergleich zu Ehepaaren, bei denen beide Partner unbeschränkt beitragspflichtig sind, zu sozialpolitisch unerwünschten Ergebnissen führt.

3. Bei einer Abschaffung der Familienversicherung und Einbeziehung aller Einwohner in die Mitgliedschaft (und damit auch Beitragspflicht) in der GKV müssen die Krankenkassen die Einkommensverhältnisse aller bisher beitragsfrei versicherten Familienangehörigen erstmals prüfen, soweit sie sich nicht schon auf schon bisher durchgeführte Ermittlungen stützen können. Auch dieser Personenkreis muss künftig beitragsmäßig überwacht und regelmäßig geprüft werden.

VI.

Zusammenfassung

1. Im Gegensatz zum geltenden Recht erfasst die GKV in Form einer Bürgerversicherung alle Einwohner Deutschlands (deshalb richtiger „Einwohnerversicherung“).
2. Wenn alle Einwohner ohne Rücksicht darauf erfasst werden, ob und wie sie erwerbstätig sind, muss sich die Versicherung aus Beiträgen finanzieren, die aus allen Einkünften der Versicherten zu bemessen sind.
3. Die Einführung einer Bürgerversicherung nur für den Schutz im Krankheitsfall wird sich auf Dauer sozialpolitisch nicht vertreten lassen. Sie muss auch auf alle anderen Risiken ausgedehnt werden.
4. Die Einführung einer Bürgerversicherung setzt voraus, dass alle Versicherten einer Meldepflicht unterliegen. Sie müssen sich bei freier Kassenwahl von einer bundseinheitlichen Meldestelle der GKV erfassen und registrieren lassen, um Doppelmeldungen oder Nichtmeldungen zu vermeiden. Diese zentrale Meldestelle muss ihre Daten ständig mit den Einwohnermeldeämtern und auch mit der PKV abgleichen.
5. Die Erfassung der Einkünfte, die der Versicherte selbst seiner Krankenkasse melden und nachweisen muss, wird große Durchführungsprobleme aufwerfen, da sie nicht wie bisher nur für die relativ kleine Gruppe der freiwillig Versicherten gilt, sondern für alle Versi-

cherten. In jedem Fall muss ein neuer Beitragsbescheid erstellt werden, der die Einkünfte erfasst, für die nicht bereits von Dritten Beiträge an die Krankenkasse abgeführt werden.

6. Die Krankenkassen werden künftig nicht nur die Abzugsverfahren sondern auch die von den Versicherten selbst entrichteten Beiträge erfassen und überwachen müssen. Wie bisher gemachte Erfahrungen zeigen, dürfte die rechtliche Abgrenzung der beitragspflichtigen Einnahmen große Schwierigkeiten in der Praxis der Krankenkassen verursachen.
7. Der Nachweis mit Hilfe des letzten Einkommenssteuerbescheides ist ein praktikabler Weg, der aber in vielen Fällen nur grobe Anhaltspunkte liefern wird. Auf jeden Fall werden die Krankenkassen auf eine enge Zusammenarbeit mit den Finanzämtern angewiesen sein.
8. Freibeträge und gesetzliche Vermutungsregelungen erleichtern die administrative Durchführung, können aber das Beitragsvolumen spürbar verringern.
9. Soweit Beiträge allein durch den Versicherten abzuführen sind, hat das zur Folge, dass die Krankenkassen zusätzlich zu den schon bisher im Rahmen des Abzugsverfahrens bestehenden Überwachungspflichten den Abführungsprozess überwachen, ggf. Säumniszuschläge festsetzen und Vollstreckungen durchführen müssen. Dabei ist insbesondere in der Einführungsphase der Bürgerversicherung mit zahlreichen Widersprüchen und Klagen zu rechnen.
10. Die Einführung bzw. Beibehaltung einer Beitragsbemessungsgrenze kann den ganzen Beitragseinzug erleichtern, führt aber auch zu zusätzlichen administrativen Schwierigkeiten.
11. Die Einführung einer Bürgerversicherung wird sich auch auf die Ausgestaltung der beitragsfreien Familienversicherung auswirken und kann für die versicherten Angehörigen beitragsrechtliche Konsequenzen haben, die zu zusätzlichen Ermittlungs- und Überwachungspflichten der Krankenkassen führen dürften.

Sankt Augustin, den 18. August 2003

Dr. Manfred Zipperer