



Christin Krusenbaum

Das deutsche Kranken- versicherungssystem auf dem Prüfstand

- Ist die Bürgerversicherung die
ultimative Alternative?

Rechtswissenschaftliche
Beiträge der
Hamburger Sozialökonomie

Heft 13

Christin Krusenbaum

Das deutsche Krankenversicherungssystem auf dem Prüfstand

- Ist die Bürgerversicherung die ultimative Alternative?

Rechtswissenschaftliche
Beiträge der
Hamburger Sozialökonomie

Heft 13

Christin Krusenbaum

Absolventin des Bachelorstudienganges Sozialökonomie an der Universität Hamburg. Zuvor Ausbildung zur Kauffrau für Versicherungen und Finanzen. Seit März 2017 als Spezialistin für Sozialversicherungen bei einem großen deutschen Versicherungskonzern tätig.

Impressum

Kai-Oliver Knops, Marita Körner, Karsten Nowrot (Hrsg.)
Rechtswissenschaftliche Beiträge der Hamburger Sozialökonomie

Heft 13, Juni 2017

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikations in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISSN 2366-0260 (print)
ISSN 2365-4112 (online)

Reihengestaltung: Ina Kwon
Produktion: UHH Druckerei, Hamburg
Schutzgebühr Euro 5

Die Hefte der Schriftenreihe „Rechtswissenschaftliche Beiträge der Hamburger Sozialökonomie“ finden sich zum Download auf der Website des Fachgebiets Rechtswissenschaft am Fachbereich Sozialökonomie unter der Adresse:

<https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/professuren/koerner/fiwa/publikationsreihe.html>

Fachgebiet Rechtswissenschaft
Fachbereich Sozialökonomie
Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Universität Hamburg
Von-Melle-Park 9
20146 Hamburg

Tel.: 040 / 42838 - 3521

E-Mail: Beate.Hartmann@wiso.uni-hamburg.de

Inhalt

A.	Einleitung	5
B.	Das Krankenversicherungssystem in Deutschland	7
	I. Ausprägungen.....	7
	1. Die Gesetzliche Krankenversicherung.....	8
	a) Rechtliche Verankerung und Ziele.....	8
	b) Stuktur, Finanzierung und Leistungen.....	8
	2. Die Private Krankenversicherung.....	10
	a) Rechtliche Verankerung und Ziele.....	10
	b) Struktur, Finanzierung und Leistungen.....	10
	II. Aktuelle Problemfelder und gegenwärtige Herausforderungen.....	12
C.	Die Bürgerversicherung als alternatives Modell	15
	I. Begriffsbestimmung und Zielsetzung.....	15
	II. Konzepte, Strukturen und Leistungen.....	16
	III. Rechtliche Weichenstellungen de lege ferenda.....	17
	IV. Die Bürgerversicherung am Beispiel des Vereinigten Königreiches.....	18
	1. Grundlage und Konzeption.....	19
	2. Folgen für das Vereinigte Königreich.....	20
D.	Das Für und Wider des derzeitigen und des alternativen Systems	21
E.	Ausblick und mögliche Veränderungen	25
	I. Veränderungen und Folgen aus verbraucherschutzrechtlicher Sicht.....	25
	II. Verfassungsrechtliche Herausforderungen.....	26
	III. Reformoption aus ökonomischer Sicht.....	30
F.	Fazit	32
	Literaturverzeichnis	35

A. Einleitung

Deutschland ist europaweit das einzige Land mit einem zweigliedrigen Krankenvollversicherungssystem. Neben der gesetzlichen ist optional auch die private Absicherung möglich.¹ Diese Dualität wirft immer weitreichendere Probleme auf, die von fehlender Nachhaltigkeit und unzureichendem Wettbewerb bis hin zur Ungerechtigkeit zwischen den Versicherten reichen und in diesem Zusammenhang den immer wieder auftauchenden Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“ verstärken.² Hinzu kommen Finanzierungsprobleme, die beiden Versicherungszweigen erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Nicht nur die steigenden Kosten durch den demographischen Wandel, sondern auch die wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie immer höhere Beiträge, die diese Kosten dennoch nicht zu decken vermögen, führen zu einem immer stärker werdenden Ungleichgewicht der Einnahmen und Ausgaben. Durch diese scheinbar unüberwindbaren Probleme wird das einst gut funktionierende System nicht mehr lange im gewohnten Maße leistungsfähig sein und steht daher vor großen Herausforderungen. Es wird eine Mittelknappheit prognostiziert, die im Laufe der nächsten Jahre und Jahrzehnte die medizinischen Leistungen deutlich senken und die Beiträge weiter erhöhen wird. Ziel sollte es daher sein, Einnahmen und Ausgaben wieder in ein Gleichgewicht zu bringen.³

Es drängt sich dabei die Frage auf, ob eine Aufrechterhaltung des bestehenden Systems überhaupt weiterhin möglich ist und ob der Staat, in Anbetracht der veränderten Umstände, imstande ist, das Gleichgewicht wiederherzustellen oder ob nicht ein alternatives System Abhilfe schaffen sollte.

Um den hohen Standard der deutschen Gesundheitsversorgung zu erhalten, gab es in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Reformvorschläge und auch einige durchgesetzte Gesundheitsreformen über eine Neugestaltung der Finanzierungsgrundlage, wie beispielsweise das im Jahr 2004 erlassene Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherungen (GMG) und die Einführung des Gesundheitsfonds im Jahr 2009.⁴ Zu einer Behebung der angesprochenen Probleme hat bisher allerdings keine der verabschiedeten Reformen geführt.⁵

Eine der seit Jahren diskutierten Reformen ist die Abschaffung des dualen Systems und die Einführung einer Bürgerversicherung (BV), die durch die Verschmelzung von gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) unter den Rahmenbedingungen der GKV entstehen soll. Dadurch verspricht man sich sowohl eine nachhaltige Finanzierung als auch mehr Gerechtigkeit und Wettbewerb.⁶

Möglich ist, dass die BV eine deutlich bessere Alternative zu dem jetzt bestehenden Krankenversicherungssystem (KV-System) darstellt. Nicht ganz eindeutig ist allerdings, was überhaupt hinter dem Modell der BV steckt und ob dieses derzeit noch „unausgereifte Konzept“ nicht erst recht Finanzierungsprobleme herbeiführen und die unerwünschte „Zwei-Klassen-Medizin“ vorantreiben würde, so wie es von seinen Gegnern prophezeit wird.⁷ Es stellt sich daher die Frage, ob die BV geeignet ist, auch langfristig die Finanzierung des KV-Systems sicherzustellen und den hohen Standard an Gesundheitsleistungen beizubehalten.

1 Vgl. *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 651

2 Hierzu exemplarisch *Lauterbach*, Bürgerversicherung und Gesundheit, S. 80.

3 Siehe auch *Simonet*, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role, S. 102; sowie AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 5.

4 Vgl. *Böhme*, Verantwortliches Verhalten im deutschen Gesundheitssystem, S. 1.

5 Siehe hierzu unter anderem *Gühl*, Reformansätze für das deutsche Gesundheitswesen, S.1; sowie *Sodan*, Duales Krankenversicherungssystem, Rn. 11.

6 Siehe auch *Neumann/Schaper*, Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, S. 241-242.

7 Vgl. AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 25.

Ist die BV also auch ein tragfähiges Modell für die Zukunft? Nicht in den Hintergrund zu stellen ist in diesem Zusammenhang die Annahme, dass die Veränderung des derzeitigen Systems und die damit verbundene Abschaffung der PKV aus rechtlichen Gesichtspunkten verfassungswidrig sind, da diese nicht nur die Versicherten, sondern auch die Versicherer unverhältnismäßig in ihren Grundrechten einschränken.⁸

Vor welchen Herausforderungen das deutsche KV-System wirklich steht, in welchen Teilen die PKV ebenso von den Problemen betroffen ist wie die GKV und inwieweit eine BV als Alternative in Betracht kommt, soll daher, unter Berücksichtigung der oben aufgestellten Thesen und bis dato unbeantworteten Fragen, im Nachfolgenden geklärt werden.

Dazu soll zunächst die Ausgestaltung des derzeitigen KV-Systems in seiner Dualität im Abschnitt B. beleuchtet werden. Daran anknüpfend wird auf die sich daraus ergebenden Probleme eingegangen. In einem weiteren Schritt wird dann die BV als alternatives Modell im Abschnitt C. eingehend erörtert und hinsichtlich ihrer Struktur, der Zielsetzung und den zur Realisierung erforderlichen rechtlichen Weichenstellungen erläutert. In diesem Zusammenhang wird auch auf das im Vereinigten Königreich bereits bestehende Modell einer BV eingegangen, um mögliche Folgen für Deutschland aus bestehenden Erfahrungswerten abzuleiten.

Auf der Basis dieser Erkenntnisse kann dann das Für und Wider des derzeitigen und des alternativen Systems abgewogen werden. Der im Abschnitt E. thematisierte Ausblick soll zudem mögliche Veränderungen und Folgen, zum einen aus verbraucherschutzrechtlicher Sicht, anhand eines eigens geführten Interviews mit der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein, herausstellen. Zum anderen sollen aber auch die verfassungsrechtlichen sowie ökonomischen Herausforderungen aufgezeigt werden.

Im Fazit werden die herausgearbeiteten Informationen erneut aufgegriffen, um die entstandenen Fragen zu beantworten und um zu beurteilen, ob sich die Thesen bewahrheitet haben. Abschließend soll noch geprüft werden, ob es gelungen ist, die thematisierte Problematik eingehend darzustellen und ob die Ziele der Abhandlung erreicht werden konnten. Zunächst folgt die Betrachtung des deutschen KV-Systems.

8 Hierzu exemplarisch *Sodan*, Die „Bürgerversicherung“ als Bürgerzwangsversicherung, S. 221.

B. Das Krankenversicherungssystem in Deutschland

Deutschland ist nach wie vor ein konservativer Wohlfahrtsstaat, der auf dem Versicherungsmodell (Bismarck-Modell) basiert. In einem solchen Sozialstaat stehen die Versicherungsleistungen und der Solidaritätsgedanke im Vordergrund.⁹ Die GKV ist dabei, neben der gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Unfall- und Pflegeversicherung, eine der fünf Säulen des deutschen Sozialversicherungssystems und trat 1883 als Pflichtversicherung für Arbeiter auf Initiative des damaligen Reichskanzlers Bismarck in Kraft.¹⁰ Die PKV bildete sich schon deutlich früher heraus. Vorläufer dieser finden sich bereits im Mittelalter durch den Zusammenschluss in Zünften, Gilden und Innungen.¹¹

Das deutsche KV-System ist heute Teil der sozialen Sicherung.¹² Diese basiert auf dem in Deutschland vorhandenen Sozialstaatsprinzip, welches in Art. 20 Abs. 1 GG verfassungsrechtlich verankert ist. Ziele dieses Prinzips sind der Ausgleich zwischen Freiheit und Gleichheit und somit die Förderung der sozialen Gerechtigkeit.¹³ Dem Staat obliegt aus diesem Grund eine gewisse Daseinsvorsorge, die er unter anderem durch die Gewährleistung einer Krankenversicherung (KV) verwirklicht. Durch diese wird eine Absicherung der medizinischen Versorgung im Krankheitsfall garantiert, die unabhängig von der wirtschaftlichen und finanziellen Situation des Erkrankten ist.¹⁴

Inwieweit sich die beiden Versicherungszweige dabei allerdings unterscheiden, welche Probleme jeder für sich aufweist und welche sich grundsätzlich auch durch die Wechselseitigkeit des dualen Systems ergeben, soll im Folgenden präzisiert werden.

I. Ausprägungen

Wie eingangs bereits beschrieben, sind im Wesentlichen die GKV und die PKV zu unterscheiden. Eine Ausnahme davon stellen besondere Kostenträger, wie die Bezieher freier Heilfürsorge und auch Sozialhilfeempfänger, dar,¹⁵ die allerdings im Weiteren keine Berücksichtigung finden. Ausgehend von einer deutschen Gesamtbevölkerung von 82 Millionen Menschen,¹⁶ besitzen rund 72 Millionen Deutsche in der GKV und rund 9 Millionen in der PKV eine Krankheitskostenvollversicherung.¹⁷ Es sind demzufolge 90% der Deutschen gesetzlich versichert.¹⁸ Unter welchen Rahmenbedingungen die GKV konkret agiert, wird nachfolgend dargelegt.

9 Exemplarisch *Klenk*, Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung, S. 146.

10 Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55072/wohlfahrtsstaatliche-grundmodelle?p=all> (Stand: 22.10.2016); sowie Gühl, Reformansätze für das deutsche Gesundheitswesen, S. 5.

11 Siehe auch Göbbels, Arzt und private Krankenversicherung, S. 10 ff.

12 Vgl. exemplarisch *Böhme*, Verantwortliches Verhalten im deutschen Gesundheitssystem, S. 7.

13 Hierzu exemplarisch *Klenk*, Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung, S. 145; sowie BeckOK GG- Huster/Rux, Art. 20 GG, Rn. 212.

14 Siehe unter anderem BeckOK GG- Huster/Rux, Art. 20 GG, Rn. 211; sowie *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 74.

15 Vgl. *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 5.

16 Siehe hierzu https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=1B193888D2F71D1C87DC99B5C218B893.cae1 (Stand: 22.10.2016).

17 Hierzu exemplarisch <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versicherungszahl-im-vergleich/> (Stand: 23.10.2016).

18 Vgl. *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 82.

1. Die Gesetzliche Krankenversicherung

a. Rechtliche Verankerung und Ziele

Als Rechtsgrundlage für die GKV dient das SGB V, welches sowohl den versicherten Personenkreis, als auch die Leistungen und die Organisation der Krankenkassen regelt.¹⁹

Aus dem § 1 SGB V ergibt sich das Ziel, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern“. Dabei spielt das Angebot präventiver Maßnahmen eine ebenso große Rolle, wie die Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten. Zudem sind gemäß § 71 Abs. 1 SGB V die Beiträge stabil zu halten, um die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der GKV zu gewährleisten.²⁰

Die GKV verfolgt neben dem Ziel eines hohen Gesundheitsstandards und der Beitragsstabilität auch sozialpolitische Ziele, wie die Sicherung eines ausreichenden Einkommens bei Krankheit.²¹ Diese lassen sich an der im Nachfolgenden thematisierten Finanzierung, Struktur und Leistungen genauer erklären.

b. Struktur, Finanzierung und Leistungen

Der Versicherungsschutz wird in der GKV von den dazu per Gesetz ermächtigten Krankenkassen gewährt. Diese sind gemäß § 4 Abs. 1 SGB V Körperschaften des öffentlichen Rechts, die selbstverwaltend gesetzliche Aufgaben zu realisieren und die Regelungen des SGB V umzusetzen haben. Aufgrund ihrer öffentlich-rechtlichen Stellung ist es ihnen ferner untersagt, Gewinne zu erwirtschaften.²²

Versicherte der GKV sind freiwillige und pflichtige Mitglieder gemäß §§ 5 und 6 SGB V sowie beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige gemäß § 10 SGB V. Zu den Pflichtmitgliedern zählen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V u.a. Beschäftigte, also Arbeiter und Angestellte, die die Jahresarbeitsentgeltgrenze (JAEG), auch Versicherungspflichtgrenze genannt, nicht überschreiten. Diese lag im Jahr 2016 bei einem Bruttolohn von 56.250,- Euro jährlich bzw. 4.687,50 Euro pro Monat.²³ Außerdem sind nach § 5 Abs. 1 SGB V unter anderem auch Schüler und Auszubildende sowie Künstler und Studenten versichert.

Grundsätzlich haben alle versicherungspflichtigen und freiwilligen Mitglieder gemäß § 173 SGB V die freie Wahl, für welche GKV sie sich entscheiden. Im Rahmen dieser Wahlfreiheit haben die Kassen einen Kontrahierungszwang, der es ihnen untersagt, Personen ohne KV-Schutz abzulehnen.²⁴

Die GKV finanziert sich zum Großteil durch die Beiträge der Versicherten. Diese werden prozentual von den beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten erhoben. Die nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V Beschäftigten zahlen 14,6% ihres versicherungspflichtigen Bruttoarbeitsinkommens, wobei der Arbeitgeber gemäß § 249 Abs. 1 SGB V einen paritätischen Anteil von 7,3% übernimmt. Zudem finanziert sich die GKV zu einem geringen Anteil durch den

19 Siehe hierzu exemplarisch *Willhöft*, Tendenzen zu einem europäischen Gesundheitsdienstemarkt, S. 22.

20 Vgl. BeckK SGB V- Becker/ Kingreen, § 71 SGB V, Rn. 1; sowie *Cassel*, Demographischer Wandel, S. 87.

21 Vgl. *Hof*, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, S. 26.

22 Hierzu *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 130.

23 Siehe hierzu exemplarisch <https://www.dak.de/dak/arbeitgeber/Jahresarbeitsentgeltgrenze-1076326.html> (Stand: 24.10.2016).

24 Siehe auch *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 114, 227.

steuerfinanzierten Bundeszuschuss, der seit 2004 die Einnahmen ergänzt.²⁵ Die Beiträge und die Steuern fließen zusammen in den seit Januar 2009 bestehenden Gesundheitsfond. Aus diesem erlangen die Krankenkassen dann eine Pauschale für jeden Versicherten sowie besondere Zuschläge, die sich aus Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten ergeben. Diese Zuweisungen werden gezahlt, um dem Risikostrukturausgleich (RSA) Rechnung zu tragen. Sofern die jeweilige Krankenkasse mit der Pauschale inklusive der Sonderzahlung nicht auskommt, ist sie seit dem 1.1.2015 gemäß § 242 Abs. 1 SGB V befugt, einen Zusatzbeitrag in Höhe von durchschnittlich 1% zu erheben, der ausschließlich vom Versicherten zu zahlen ist.²⁶ Die Berechnung des Beitrages erfolgt somit in jedem Fall auf dem Leistungsfähigkeitsprinzip, was besagt, dass die Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze (BBMG) von 50.850,- Euro jährlich bzw. 4.237,50 Euro monatlich²⁷ jeweils einkommensabhängig erhoben werden. Über die BBMG hinaus müssen keine zusätzlichen Beiträge gezahlt werden. Das Alter oder der Gesundheitszustand spielen für die Beitragshöhe keine Rolle.²⁸ So basiert die Berechnung gemäß § 3 SGB V auf dem Solidaritätsprinzip, wonach sich die Versicherten gegenseitig unterstützen. Sie zahlen dabei nach ihrer jeweiligen Leistungsfähigkeit und erhalten je nach Bedürftigkeit Leistungen aus dem einheitlich festgelegten Leistungsspektrum.²⁹ Dabei kommt es sowohl zu intraperiodischen Umverteilungen, wie z.B. dem Risikoausgleich, als auch zu intertemporalen Umlagen, die sich im intergenerationalen Ausgleich widerspiegeln. Diese Finanzierungsart wird auch als Umlageverfahren bezeichnet.³⁰

Die Leistungen der GKV werden im § 2 SGB V geregelt. Im § 11 SGB V werden die verschiedenen Leistungsarten explizit erläutert. Sie erstrecken sich von der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung über die Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung und stationäre Aufenthalte bis hin zu Rehabilitationsmaßnahmen.³¹ Zusätzlich werden auch Präventionsleistungen gemäß §§ 20–24b und §§ 25–26 SGB V sowie Geldleistungen in Form von Kranken- und Mutterschaftsgeld nach § 44 und §§ 24c-i SGB V gewährt. Die Leistungen erfolgen gemäß § 2 Abs. 2 SGB V überwiegend nach dem Bedarfsdeckungs- und Sachleistungsprinzip. Der Versicherte hat im Krankheitsfall folglich Anspruch auf alle Leistungen, die nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V medizinisch notwendig, zweckmäßig sowie ausreichend und wirtschaftlich sind.³² Er kann nach Vorlage seiner Versichertenkarte einen Leistungserbringer in Anspruch nehmen, ohne diesen direkt zu bezahlen. Die Abrechnung mit dem Leistungserbringer übernimmt die GKV.³³

Neben der gesetzlichen ist für bestimmte Personengruppen die private Absicherung im Rahmen einer Krankenvollversicherung möglich. Die PKV unterscheidet sich dabei in Struktur, Finanzierung und Leistung von der GKV.³⁴ Wie weitreichend diese Abweichungen sind, wird im Folgenden präzisiert.

25 Vgl. *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 138.

26 Siehe hierzu http://aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15051.html (Stand: 24.10.2016).

27 Vgl. <https://www.tk.de/tk/beratung/versicherung-und-beitraege/bemessungsgrenzen/345818> (Stand: 24.10.2016).

28 Vgl. *Sörensen*, Kostenerstattung im ambulanten Gesundheitswesen, S. 60.

29 Hierzu exemplarisch *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 100; sowie *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 113.

30 Siehe hierzu Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Die Chance nutzen, S. 347; sowie *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 100.

31 Vgl. *Boslaugh*, Health Care Systems Around the World, S. 174.

32 Exemplarisch *Hartmann*, Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext, S. 239.

33 Vgl. hierzu *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 109, 191.

34 Dazu exemplarisch *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 100.

2. Die Private Krankenversicherung

a. Rechtliche Verankerung und Ziele

Die PKV ist neben der GKV ein wichtiger Eckpfeiler im deutschen Gesundheitswesen.³⁵ Sie bietet ebenfalls die Absicherung des finanziellen Risikos bei Krankheit und gilt in Bezug auf das Angebot der Krankenvollversicherung als substitutive KV, sofern diese gemäß § 12 Abs. 1 VAG, § 195 Abs. 1 VVG „ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann“. Rechtlich verankert sind die Regelungen über die PKV überwiegend im VVG und im VAG. Zudem finden sich vereinzelt Bestimmungen im SGB V. Die Prämienkalkulation wird in der Kalkulationsverordnung normiert.³⁶

Neben dem Ziel, „die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen“ zu erstatten und den Versicherten dadurch gegen mögliche finanzielle und wirtschaftliche Risiken bei einer Krankheit abzusichern, übernimmt die PKV gemäß § 192 Abs. 1 VVG ebenfalls die Kosten der Vorsorge zur Früherkennung von Krankheiten und Präventivmaßnahmen. Es geht in der PKV vorrangig darum, die individuellen Erwartungen des Versicherungsnehmers (VN) im Rahmen seiner versicherten Leistungen zu erfüllen.³⁷ Sie verfolgt zudem das Ziel der Gewinnerwirtschaftung. Dieses ist den privaten Krankenversicherern im Rahmen ihrer rechtlichen Stellung erlaubt, da sie, anders als die GKV, keine öffentlich-rechtlichen Körperschaften sind.³⁸

Um ein genaueres Bild dieses KV-Zweiges zu erhalten, folgt nun die Betrachtung der Struktur sowie die Erläuterung der Finanzierung und der Leistungen.

b. Struktur, Finanzierung und Leistungen

Die PKV wird von privaten Versicherungsunternehmen in Form von Kapitalgesellschaften oder Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit getragen.³⁹ Alle Personengruppen, die nicht an die Versicherungspflicht der GKV gebunden sind, haben die freie Wahl, eine Krankheitskostenvollversicherung in der GKV oder in der PKV abzuschließen. Dazu gehören gemäß § 6 Abs. 1 SGB V unter anderem Beamte, Selbstständige und die Arbeitnehmer, die über der JAEG verdienen. Somit kann sich grundsätzlich nicht jeder zu einer privaten Absicherung entscheiden.⁴⁰ Der Abschluss einer Zusatzversicherung, um die Leistungen zu erhöhen und seinen Eigenanteil bei bestimmten Behandlungen zu verringern, steht allerdings auch jedem GKV-Mitglied frei.⁴¹ Bei der Voll- sowie bei der Zusatzversicherung sind die Versicherungsunternehmen jedoch nicht dazu verpflichtet, jede Person zu versichern. Der in der GKV bestehende Kontrahierungszwang gilt für die privaten Versicherer nur im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 198 VVG und des Basistarifs. Letzterer entspricht in weiten Teilen den Leistungen der GKV und wurde zum 1.1.2009 durch Art. 44 GKV-WSG in Kraft gesetzt.⁴²

35 Dazu auch *Brüggenjürgen*, Prävention und Private Krankenversicherung, S. 220.

36 Vgl. *Schreyögg/ Busse*, Leistungsmanagement von Krankenversicherungen, S. 24.

37 Siehe hierzu unter anderem *Kirsten*, Der Tarif- und Versichererwechsel des Versicherungsnehmers in der privaten Krankenversicherung, S. 57.

38 Siehe auch *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 164.

39 Siehe auch *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 100

40 Hierzu exemplarisch *Kulbe*, Die gesetzliche und private Krankenversicherung, S. 24-25.

41 Vgl. *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 167.

42 Hierzu unter anderem *Rosenbrock/ Gerlinger*, Gesundheitspolitik, S. 159; *Simon*, Das Gesundheitssystem in

Eine Familienversicherung, in der Familienmitglieder beitragsfrei mitversichert werden, ist in der PKV ebenfalls nicht vorhanden.⁴³

Der Umfang der Leistungen in der PKV ist staatlich wenig reguliert. Sie bietet ihren Versicherten dadurch die Möglichkeit, den Versicherungsschutz an ihre individuellen Bedürfnisse anzupassen. Es werden von den privaten Versicherern verschiedene Tarife angeboten, zwischen denen der VN wählen kann. Zusätzlich kann dieser noch bestimmte Bausteine und Wahlleistungen, wie eine Chefarztbehandlung oder ein Krankenhaustagegeld, abschließen. Im Rahmen des Individualprinzips erhält so jeder VN die Leistungen, die er auch versichert hat. Ein Mindestleistungsumfang ist dabei allerdings gesetzlich vorgegeben.⁴⁴

In der PKV werden die Beiträge daher nicht, wie in der GKV, einkommensabhängig gezahlt. Die Kalkulation der Prämien erfolgt auf Basis des Äquivalenzprinzips, wonach die VN die Beiträge entsprechend ihrem persönlichen Risiko, das sich aus dem Alter, dem Gesundheitszustand und dem Leistungsumfang ergibt, zahlen.⁴⁵ Um dem Risikoausgleich gerecht zu werden, teilt man die VN in Versichertengruppen ein. Die Vollversicherungstarife werden somit überwiegend durch die Prämien der Versicherten finanziert. Diese bestehen aus einer Grundprämie für den jeweiligen Tarif und einem eventuell aufkommenden Risikozuschlag, der durch eine vorher stattfindende Gesundheitsprüfung ermittelt wurde. Zudem werden Altersrückstellungen (ARÜs), ein Sicherheitszuschlag sowie ein Betrag für die Prämienrückerstattungen und sonstige Kosten hinzuaddiert.⁴⁶ Die Finanzierung erfolgt im Kapitaldeckungsverfahren, wonach die Prämien unter Bezugnahme der Bildung von ARÜs kalkuliert werden und ein Kapitalstock aufgebaut wird, aus dem die künftigen Ansprüche der VN zu bedienen sind.

Die einbezogenen ARÜs dienen dabei dazu, die Prämie langfristig konstant zu halten. So zahlen Versicherte in jungen Jahren etwas mehr, als sie in der Regel an Leistungen in Anspruch nehmen, um einer Beitragserhöhung im Alter, aufgrund des steigenden Risikos einer Erkrankung, entgegenzuwirken.⁴⁷

Bei der Inanspruchnahme von Leistungen durch den VN, schließt dieser einen privatrechtlichen Vertrag mit dem Leistungserbringer. Der VN wickelt die Zahlung im Anschluss direkt mit diesem ab. Die PKV hat ebenfalls einen Vertrag mit ihrem VN, nicht aber mit dem Leistungserbringer. Dem VN werden, nachdem er die Leistungen beansprucht, bezahlt und diese durch entsprechende Belege vorgelegt hat, die entstandenen Kosten im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips grundsätzlich als Geldleistungen von der PKV erstattet.⁴⁸ Es gibt dabei, im Unterscheid zur GKV, kein festgelegtes Budget für jede Leistung. Der zeitliche Aufwand sowie eventuell auftretende Schwierigkeiten können vom jeweiligen Leistungserbringer in Rechnung gestellt und von den privaten Krankenversicherern bis zu einem gewissen Satz erstattet werden.⁴⁹

Nach der Gegenüberstellung wird deutlich, dass sich die GKV und die PKV stark voneinander unterscheiden. Im Weiteren sollen die aktuellen Problemfelder und Herausforderungen, die sich daraus ergeben, beleuchtet werden.

Deutschland, S. 229; sowie *Buchner/ Wasem*, Finanzmanagement in Krankenversicherungen, S. 273.

43 Vgl. *Oberender et al.*, Wachstumsmarkt Gesundheit, S. 30.

44 Siehe auch *Brüggenjürgen*, Prävention und Private Krankenversicherung, S. 219.

45 Vgl. *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 173.

46 Siehe hierzu auch *Bannenberg*, Private Krankenversicherung, S. 116.

47 Exemplarisch *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 243.

48 Siehe unter anderem *Oberender et al.*, Wachstumsmarkt Gesundheit, S. 221.

49 Vgl. *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 176.

II. Aktuelle Problemfelder und gegenwärtige Herausforderungen

Durch das zweigliedrige KV-System ergeben sich sowohl innerhalb der GKV und der PKV, als auch in der Wechselbeziehung der beiden Systeme zueinander, einige Schwierigkeiten. Ein wesentliches Problem stellt die immer größer werdende Kluft zwischen Einnahmen und Ausgaben dar, welches die GKV ebenso betrifft, wie die PKV und somit die Beständigkeit des derzeitigen Systems gefährdet.⁵⁰

Auf der Ausgabenseite werden die Probleme primär durch die überproportional steigenden Kosten im Gesundheitswesen verursacht.⁵¹ Diese lassen sich insbesondere durch den demographischen Wandel und die damit verbundenen höheren Krankheitskosten, die mit zunehmendem Alter entstehen, erklären. Weitere Gründe für die Kostensteigerungen sind zudem der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt sowie soziale Veränderungen, wie die Verlagerung der Krankenpflege von der Familie auf den Markt und den Staat.⁵² Vor allem in der PKV fällt diese Ausgabenproblematik stark ins Gewicht und stellt so deren Nachhaltigkeit entscheidend in Frage. So haben sich die Ausgaben der PKV seit 1992 fast verdreifacht, wohingegen sie sich in der GKV nur verdoppelt haben.⁵³ Hintergrund dieser Ausgabensteigerungen sind in der PKV zudem die Ausweitungen der Leistungen, fehlende Mengenbegrenzungen bei Behandlungen sowie steigende Ärztehonorare. Der PKV gelingt es aufgrund der fehlenden Vertragsbeziehung zum Leistungserbringer nicht, die Leistungen und Ausgaben gezielt zu steuern, was oftmals zu einer Überversorgung der privat Versicherten führt.⁵⁴ Damit gleichen die Ärzte in vielen Fällen die Einnahmedefizite aus, die ihnen durch die schlechtere Vergütung bei der Behandlung gesetzlich Versicherter entstehen. Dieser Umstand führt letztendlich zu der Etablierung einer „Zwei-Klassen-Medizin“, die sich in zeitnäheren Terminen und aufwändigeren Behandlungen für Privatpatienten äußert.⁵⁵

Die Problematik der sich vergrößernden Spanne zwischen Einnahmen und Ausgaben versuchte man in der GKV in der Vergangenheit vor allem durch Reformen zu lösen, die die Eindämmung der Kosten erzielen sollten. Diese Reformen, wie der RSA, der seit 1995 die Ausgaben ausgleichen soll, waren allerdings weitestgehend erfolglos. Lange Zeit unberücksichtigt blieben die Probleme auf der Einnahmeseite, die bei der GKV deutlich stärker ins Gewicht fallen, als bei der PKV.⁵⁶ Der demographische Wandel, der zum einen die Ausgaben erhöht, schlägt zudem auf der Einnahmeseite negativ ins Gewicht. Die mit der sich verändernden Altersstruktur verbundene Tatsache, dass immer weniger Menschen in die GKV einzahlen, hat demnach weitere erhebliche Einbußen zur Folge.⁵⁷ Der zunehmende Anteil an Rentnern beeinflusst die Einnahmen ebenfalls negativ, da diese in den meisten Fällen über ein geringeres zu verbeitragendes Einkommen verfügen.⁵⁸ Außerdem kam es in der Vergangenheit innerhalb

50 Siehe hierzu *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 10.

51 Vgl. <https://www.krankenkassen.de/dpa/173664.html> (Stand: 26.10.2016); sowie *Neumann/ Schaper*, Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, S. 222.

52 Siehe dazu exemplarisch *Hof*, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, S. 26-27.

53 Vgl. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=64899230&nummer=322&p_sprache=D&p_indsp=4049&p_aid=12935117 (Stand: 27.10.2016).

54 Siehe auch *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 651.

55 Exemplarisch *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 195; sowie <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179184/gkv-und-pkv>, (Stand: 28.10.2016).

56 Hierzu exemplarisch *Cassel*, Demographischer Wandel, S. 89-90.

57 Vgl. *Hoffritz*, Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere, S. 4; sowie *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 96.

58 Siehe hierzu unter anderem *Walendzik*, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 5; sowie *Ueberle*, Krankenversicherungssysteme im Vergleich, S. 37.

der Sozialversicherungszweige zu Kostenverschiebungen, bei denen der GKV Einnahmen entnommen wurden.⁵⁹ Zum Ausgleich der hohen Ausgaben wurden zunächst die Beitragssätze der GKV erhöht, wobei das Ziel der Beitragsstabilität vollkommen außer Acht gelassen wurde.⁶⁰ 1970 betrug der Satz noch 8,2%, heute verzeichnen wir einen Beitragssatz von 14,6%. Dabei ist der Eigenanteil von durchschnittlich 1% noch zusätzlich zu berücksichtigen. Diese Beitragserhöhungen konnten allerdings die auftretenden Probleme bis dato nicht lösen.⁶¹

In diesem Kontext ist ebenfalls die Bemessungsgrundlage der GKV kritisch zu betrachten, da durch diese die Einnahmen geringer als möglich ausfallen. In der GKV wird der Beitrag, wie in Abschnitt B. bereits dargelegt, ausschließlich prozentual vom Bruttoarbeitseinkommen gezahlt. Andere Einkommensarten, wie Einkünfte aus Kapitalvermögen oder Vermietung und Verpachtung, werden nicht zur Berechnung herangezogen. Diese nur partiell erfolgende Verbeitragung hat zur Konsequenz, dass nicht die gesamte Leistungsfähigkeit der Versicherten Berücksichtigung findet. Da verfügbare Einkünfte eben nicht mit den entsprechenden Beiträgen verbunden sind, wird folglich eine solidarische Finanzierung unterbunden.⁶² In diesem Zusammenhang ist auch die BBMG als problematisch anzusehen, da hierdurch der Beitrag ebenfalls begrenzt und der Solidarität entgegengewirkt wird.⁶³ Mitglieder mit Einnahmen über der BBMG werden demzufolge weniger belastet als Mitglieder mit Einnahmen unterhalb der BBMG. Ein Einkommensausgleich wird somit nicht verwirklicht.⁶⁴ Neben der fehlenden Solidarität durch die derzeitige Bemessungsgrundlage, verlieren außerdem die Arbeitsentgelte, die zur Bemessung herangezogen werden, aufgrund der fallenden Lohnquote, immer mehr an Bedeutung und werden durch andere Einkünfte substituiert. Dies führt ebenfalls zu sinkenden Einnahmen.⁶⁵

Die GKV hat somit vor allem ein Einnahmeproblem, wohingegen die PKV mit dem Kapitaldeckungsverfahren und den damit verbundenen leistungsäquivalenten Prämien von diesem praktisch verschont bleibt. Das bedeutet allerdings nicht, dass die Prämien für die VN auch konstant gehalten werden können. Durch die erhöhten Ausgaben müssen die Einnahmen in Form von Beitragserhöhungen steigen, was sich bei den VN vor allem im Alter bemerkbar macht. Die im Vorfeld genannten ARÜs können aufgrund der momentan niedrigen Zinsen weniger gewinnbringend von den privaten Versicherungsunternehmen angelegt werden.⁶⁶ Zudem werden der medizinische Fortschritt und die dadurch steigenden Kosten genauso wenig in die Prämienberechnung einbezogen wie die steigende Lebenserwartung der VN. Gemäß § 163 Abs. 1 Nr. 2 VVG dürfen die Versicherer daher die Prämien nachberechnen, um die weitere „Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gewährleisten“.⁶⁷ Vermehrt wechseln aus diesem Grund auch aktuell viele PKV-Versicherte, denen eine Wechselmöglichkeit zugestanden wird, wieder in die GKV.⁶⁸ Unklar ist allerdings, wie die PKV mit der steigenden Anzahl der VN umgeht, die ihre Prämien nicht mehr bezahlen können und keine Wechseloption haben. Nicht nur die massiv steigenden Prämien und Ausgabenprobleme, sondern auch lückenhafte

59 Vgl. *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 298; sowie http://www.ruhr-uni-bochum.de/sozial_reformen/downloads/Ringvorlesung%20Bochum%20Mai%202005.pdf, S. 10, (Stand:23.11.2016).

60 Exemplarisch *Cassel*, Demographischer Wandel, S. 89-90.

61 Vgl. hierzu <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/> (Stand: 02.12.2016); sowie *Cassel*, Demographischer Wandel S. 87.

62 Siehe auch *Bormann et al.*, Zukunft des Gesundheitssystems, S. 5.

63 Exemplarisch *Walendzik*, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 5.

64 Siehe hierzu *Rosenbrock/ Gerlinger*, Gesundheitspolitik, S. 144.

65 Hierzu unter anderem *Rosenbrock/ Gerlinger*, Gesundheitspolitik, S. 160 f.

66 Vgl. *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 651.

67 Siehe auch *Breyer*, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, S. 657.

68 Vgl. <http://www.krankenkasseninfo.de/news/neue-zahlen-pkv-verliert-mitglieder-im-sechsstelligen-bereich-59989> (Stand: 15.12.2016).

Versicherungskataloge und fehlerhaft kalkulierte Einstiegstarife lassen daher an der Beständigkeit der PKV zweifeln.⁶⁹

Problematisch ist auch, dass die genannten ARÜs, die die VN im Laufe ihrer Versicherungszeit aufbauen, nur beschränkt übertragbar sind, sofern sie zu einer anderen Versicherung oder in einen anderen Tarif wechseln wollen.⁷⁰ Da ein Versichererwechsel oft aufgrund einer erneuten Risikoprüfung und dem dann älteren Eintrittsalter unattraktiv ist, kann von einer ungewollten Verbundenheit ausgegangen werden, der die Wahlfreiheit des VN erheblich einschränkt.⁷¹ Dadurch wird der Wettbewerb um Bestandsversicherte zwischen den privaten Versicherern nahezu eingestellt und besteht demnach ausschließlich im Werben der Personen, die neu in die PKV eintreten können. Allerdings kann durch die 18-monatige Bindung der GKV-Versicherten an die gewählte Krankenkasse gemäß § 175 Abs. 4 SGB V auch nicht von einem unbeschränkten Wettbewerb unter den Kassen gesprochen werden.⁷²

Im Wechselspiel der GKV und der PKV ergeben sich zudem weitere Probleme aufgrund der unterschiedlichen Struktur und den divergenten Eintrittsvoraussetzungen. Mit der ungleichen Finanzierung und der Risikoselektion durch den nicht bestehenden Kontrahierungszwang in der PKV, der den Krankenkassen verboten ist, sind damit nur einige Beispiele genannt.⁷³ So wird die GKV von Kritikern oftmals als Sammelbecken für jene Personen gesehen, die schlechter verdienen und höhere Kosten verursachen. Nur eine kleine Personengruppe kann sich im Gegensatz dazu von der Pflicht der Einzahlung in die GKV befreien und besitzt eine Wahlfreiheit. Zudem erhält diese Personengruppe mit dem Eintritt in die PKV noch auf sie zugeschnittene Leistungen. Indem die Gesünderen und Besserverdienenden in die PKV wechseln und die übrigen in der GKV verbleiben müssen, ist eine funktionierende Solidargemeinschaft nur noch schwer zu verwirklichen. Die mit dem Sozialstaatsprinzip verbundenen Ziele von Gerechtigkeit und sozialer Gleichheit werden durch diese Einschränkungen keineswegs erfüllt. Auch eine sozialpolitische Rechtfertigung ist nicht zu finden.⁷⁴

Aufgrund der ungleichen Bedingungen besteht zwischen der GKV und der PKV zudem ein unfairer Wettbewerb. Die beiden Zweige weichen vor allem hinsichtlich ihrer Finanzierung und der Struktur zu sehr voneinander ab, als dass sie sich als gleichberechtigte Akteure auf dem Markt gegenüberstehen.⁷⁵ Da es sich hinzu nur um einen kleinen Personenkreis mit einer Wahlfreiheit zwischen PKV und GKV handelt, kann von einer deutlichen Einschränkung des bestehenden Wettbewerbs ausgegangen werden.⁷⁶

Diese Probleme stellen den Staat vor große Herausforderungen. Vor allem die zukünftige Finanzierung des Systems stellt eine unüberwindbare Hürde dar, die nicht durch weiter steigende Beiträge kompensiert werden kann und sollte.⁷⁷ Aus diesem Grund stellt sich die Frage, ob nicht eine BV als alternatives Modell die aktuellen Probleme und Herausforderungen beseitigen könnte. Dazu soll diese im Abschnitt C. erörtert werden.

69 Hierzu exemplarisch *Arentz/Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 2; sowie *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 651.

70 Vgl. *Rosenbrock/Gerlinger*, Gesundheitspolitik, S. 160.

71 Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Simon*, Das Gesundheitssystem in Deutschland, S. 251.

72 Siehe hierzu *Walendzik*, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 11.

73 Vgl. *Knappe*, Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich, S. 18; sowie *Kirsten*, Der Tarif- und Versichererwechsel des Versicherungsnehmers in der privaten Krankenversicherung, S. 55.

74 Exemplarisch *Pimpertz*, Bürgerversicherung– kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, S. 10; sowie *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 654.

75 Hierzu unter anderem *Walendzik*, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 11; sowie *Jacobs/Schulze*, Bürgerversicherung in wettbewerblicher Sicht, S. 106.

76 Hierzu unter anderem *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 105; sowie *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 653.

77 Vgl. hierzu *Pimpertz*, Bürgerversicherung– kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, S. 3 ff.

C. Die Bürgerversicherung als alternatives Modell

Die im Voraus genannten Probleme und Herausforderungen waren in der Vergangenheit Anlass für zahlreiche Reformvorschläge und auch für verabschiedete Reformen. Seit einigen Jahren wird in diesem Zusammenhang der Vorschlag unterbreitet, eine sogenannte BV einzuführen, die die aktuellen Probleme beheben soll.⁷⁸ Nachfolgend wird diese als alternatives Modell hinsichtlich der Zielsetzung, der Konzeption sowie den rechtlichen Weichenstellungen untersucht.

I. Begriffsbestimmung und Zielsetzung

Es wurden in den letzten Jahrzehnten verschiedene Varianten einer BV diskutiert. Die Grundidee aller BV-Modelle ist, die derzeit bestehende Form der Dualität im KV-System und die damit verbundenen Probleme zu unterbinden. Dies soll realisiert werden, indem alle Bürger, unabhängig von ihrem Einkommen oder ihrem Beruf, einheitlich in der BV nach dem Modell der GKV versichert werden und je nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit Beiträge entrichten. Der versicherte Personenkreis wird durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und die damit verbundene Einbeziehung der besserverdienenden Arbeitnehmer sowie durch die Einbeziehung von Beamten und Selbstständigen ausgeweitet, sodass eine allgemeine Versicherungspflicht in der BV besteht.⁷⁹ Übergeordnete Zielsetzung ist daher, das Sozialstaatsprinzip zu entfalten und somit die soziale Ungleichheit einzudämmen, um sowohl die Gerechtigkeit als auch die Solidarität zu fördern.⁸⁰ Daher soll ein öffentliches Gesundheitssystem geschaffen werden, „das den Menschen und nicht die Profitinteressen im Blick hat“⁸¹ und überdies noch die „Zwei-Klassen-Medizin“ zu überwinden versucht.⁸² Außerdem werden arbeitsmarktpolitische und finanzielle Ziele verfolgt.⁸³ Hinsichtlich der Finanzierung soll das Leistungsfähigkeitsprinzip beibehalten und darüber hinaus noch stärker verwirklicht werden. Hinzu soll die Nachhaltigkeit der Finanzierung durch eine breitere Finanzierungsbasis gewährleistet werden.⁸⁴ Die BV soll zudem den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen erhöhen, um eine bestmögliche Qualität und Wirtschaftlichkeit zu garantieren und die Konjunktur ankurbeln, indem die Lohnzusatzkosten gesenkt werden.⁸⁵ Inwiefern und unter welchen Bedingungen diese Ziele realisiert werden können, soll nachfolgend erläutert werden.

78 Vgl. *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 201.

79 Siehe auch *Arentz/Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1.

80 Exemplarisch *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 280.

81 *Weinberg*, Eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist möglich, S. 2.

82 Vgl. hierzu https://www3.spd.de/spd_organisationen/ASG/buergerversicherung/ (Stand: 29.10.2016); sowie <https://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheit.html> (Stand: 29.10.2016).

83 Siehe hierzu exemplarisch *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 296.

84 Exemplarisch hierzu *Arentz/Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1; sowie https://www3.spd.de/spd_organisationen/ASG/buergerversicherung/ (Stand: 29.10.2016); und <https://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheit.html> (Stand: 29.10.2016).

85 Vgl. *Schüffner/Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 175; sowie *Jacobs et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, S. 7; und Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, S. 149.

II. Konzepte, Strukturen und Leistungen

Grundsätzlich wird die BV von vielen Stimmen aus Politik und Wissenschaft präferiert.⁸⁶ So haben sich die SPD, DIE LINKE sowie Bündnis 90/Die Grünen in der Vergangenheit immer wieder für ein solches Modell ausgesprochen. Hinsichtlich der Struktur und Konzeption hat allerdings jede Partei eigene Vorstellungen, wie eine BV am besten realisiert werden kann. Die Konzepte weichen daher zum Teil voneinander ab.⁸⁷

Die SPD vertritt den Standpunkt, dass das duale System nicht sofort abgeschafft werden sollte. Neuzugänge zur PKV sollen allerdings unterbunden und denjenigen, die derzeit in der PKV versichert sind, soll unter bestimmten Umständen ein Wechselrecht in die GKV ermöglicht werden. Ein genereller Wechsel aller Versicherten und die damit verbundene sofortige Abschaffung der PKV werden als unsolidarisch angesehen. Gerade ältere Versicherte, die jahrelang von den guten Leistungen und im Verhältnis geringeren Beiträgen der PKV profitiert haben, kämen sonst im Alter mit dem Wechsel auch noch in den Genuss der niedrigeren Beiträge der GKV. Eine Erweiterung des versicherten Personenkreises würde daher etappenweise erfolgen. Nach dem Ansatz der SPD könnte die PKV somit nach und nach das Modell der Krankenvollversicherung im Rahmen der Individualversicherung auslaufen lassen, sodass sich das eingliedrige KV-System schrittweise etabliert.⁸⁸ Bündnis 90/Die Grünen und auch die SPD möchten dazu eine einheitliche KV schaffen, die sowohl von den privaten Versicherungsunternehmen als auch von den Krankenkassen angeboten wird. So könnten die Bürger frei zwischen einer BV in der GKV und der PKV wählen. DIE LINKE möchte hingegen die Vollversicherung in der PKV sofort unterbinden und ausschließlich die Möglichkeit einer Versicherung in der GKV gewährleisten.⁸⁹

Es sollen laut Bündnis 90/Die Grünen außerdem sämtliche Einkommensarten und nicht, wie derzeit in der GKV, nur das Bruttoarbeitseinkommen zur Berechnung der Beiträge herangezogen werden. Neben der Ausdehnung der Bemessungsgrundlage, die von einer lohn- zu einer einkommensabhängigen Finanzierung umgestaltet werden soll, ist außerdem die Erhöhung der BBMG auf das Niveau der Rentenversicherung angedacht. DIE LINKE möchte hingegen langfristig komplett von einer BBMG absehen, sodass es keine Deckelung der Beiträge mehr gibt.⁹⁰ Die SPD sieht von einer Abschaffung der BBMG für den Arbeitnehmer ab, will diese allerdings jährlich anheben und eventuell eine zweite BBMG für Einkünfte aus Kapitalvermögen einführen.⁹¹ Für den Arbeitgeberbeitrag soll die BBMG laut ihrem Konzept aber ganz entfallen. Die Bemessungsgrundlage soll ebenfalls nicht so weit ausgedehnt werden, wie es in den Modellen von DIE LINKE und Bündnis 90/ Die Grünen beabsichtigt wird. So sollen ausschließlich Kapitalerträge, nicht aber Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung zur Bemessung herangezogen werden. Auch hinsichtlich der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen sind sich die Parteien nicht ganz einig. Die SPD möchte diese wie gewohnt beibehalten, wohingegen Bündnis 90/ Die Grünen schon einige Veränderungen in Bezug auf die Mitversicherung von Lebenspartnern und Ehegatten vorsehen und DIE LINKE sich diesbezüglich derzeit noch nicht festgelegt hat.⁹²

86 Siehe auch *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 39.

87 Exemplarisch *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 175.

88 Siehe hierzu *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 298.

89 Vgl. dazu auch *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 175.

90 Exemplarisch *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1.

91 Vgl. <http://www.ruhr-uni-bochum.de/sozialreformen/downloads/Ringvorlesung%20Bochum%20Mai%202005.pdf>, S. 21 (Stand: 23.11.2016).

92 Hierzu exemplarisch auch *Sauerland*, Künftige Ausgabenentwicklung in der GKV und ihre Finanzierung, S. 673; sowie *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 52-53.

Bei einer Vereinheitlichung des KV-Systems soll zudem, da sind sich die genannten Parteien einig, der Kontrahierungszwang für alle Anbieter gelten, sodass Bürger mit hohen Gesundheitsrisiken nicht ausgeschlossen werden können. Dies würde die Gerechtigkeit und auch den Wettbewerb stärken.⁹³ Ein damit verbundenes Diskriminierungsverbot verhindere zudem die Prämienkalkulation nach individuellen Risiken, wie dem Gesundheitszustand oder dem Alter.⁹⁴

Alle Modellvarianten haben demzufolge gemeinsam, dass die PKV das Krankenversicherungsgeschäft im Rahmen der individuellen Vollversicherung im gewohnten Stil aufgibt und überwiegend Zusatzversicherungen und, wie von der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen in Erwägung gezogen, die BV anbietet.⁹⁵

Die Finanzierung soll, mit einigen kleinen Änderungen, auf dem bisherigen Modell der GKV basieren. Es soll folglich ein Bürgerbeitrag erhoben werden, der aus dem jetzigen Arbeitnehmerbeitrag der GKV sowie aus einem Arbeitgeberbeitrag und einem Steuerbeitrag besteht. Letzterer ergibt sich aus dem Bundeszuschuss und einem dynamischen Steueraufschlag.⁹⁶

Die Leistungen, die nach wie vor im Rahmen des Sachleistungsprinzips erfolgen sollen, orientieren sich bei allen Konzepten an dem Leistungskatalog der GKV, welcher noch weiterentwickeln ist. So kann eine homogene Honorierung der Ärzte festgesetzt werden, die eine einheitliche Versorgung aller Bürger gewährleistet.⁹⁷

Sofern es zu einer Einigung hinsichtlich der Einführung kommt, müssen im Vorfeld einige rechtliche Weichenstellungen erfolgen. Diese werden im nächsten Abschnitt aufgezeigt.

III. Rechtliche Weichenstellungen de lege ferenda

Sollte es zur Realisierung einer BV und somit auch zu einer grundlegenden Veränderung des deutschen KV-Systems kommen, so müssten bereits zur Einführung dieser einige prägnante rechtliche Weichenstellungen erfolgen und zahlreiche Gesetze verändert, gestrichen sowie verabschiedet werden. Die in der Vergangenheit bereits umgesetzten Reformen, vor allem die des GKV-WSG, die sich beispielsweise im Kontrahierungszwang des § 193 Abs. 5 VVG äußern, haben zunächst nachweislich den Weg für eine Durchsetzung der BV geebnet. Auch die fast jährliche Anhebung der JAEG und die damit verbundene Vergrößerung des Versichertenkreises der GKV ist ein nicht zu unterschätzender Schritt auf dem Weg zur BV, da hiermit das Ziel der Solidarität nachweislich gestärkt wird.⁹⁸

Um konkrete rechtspolitische Vorstellungen zu realisieren, muss zunächst auch ein klar umrissenes Konzept bestehen, wie genau die BV ausgestaltet werden soll. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) neigt in Bezug auf das Sozialwesen grundsätzlich dazu, dem Gesetzgeber relativ viel Spielraum bei der Ausgestaltung und Ausweitung der gesetzlichen Grundlagen einzuräumen. Nicht zuletzt ist dies der Tatsache geschuldet, dass das Sozialstaatsprinzip hochgradig unbestimmt ist und das Grundgesetz in diesem Fall absichtlich Zurückhaltung und Neutralität bewahrt, um keine leeren sozialen Versprechen zu machen.⁹⁹

93 Vgl. SPD Parteivorstand, Die Bürgerversicherung, S. 17; sowie <https://www.die-linke.de/index.php?id=3166> (Stand: 29.10.2016).

94 Vgl. dazu *Breyer*, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, S. 656.

95 Siehe hierzu unter anderem *Jacob et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, S. 11; sowie *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 175.

96 Vgl. SPD Parteivorstand, Die Bürgerversicherung, S. 12; sowie <https://www.die-linke.de/index.php?id=3166> (Stand: 29.10.2016).

97 Exemplarisch hierzu <https://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheit.html> (Stand: 29.10.2016); sowie SPD Parteivorstand, Die Bürgerversicherung, S. 7.

98 Siehe auch *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 201; sowie MüKo VVG- Hütt § 206 Rn. 43.

99 Vgl. *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 393-394.

Bei der Prüfung der Verfassungsmäßigkeit einer BV würde sich das BVerfG vor allem auf den Schutz des Gemeinwohls stützen.¹⁰⁰ Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die Einführung vor allem auch die Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Rahmen ihrer Zuständigkeit berührt.¹⁰¹ Eine einheitliche BV, die sowohl von den Krankenkassen als auch von den privaten Versicherern angeboten werden kann, muss demnach „von der Kompetenz des Bundes zur Regelung der Sozialversicherung gedeckt sein.“¹⁰² Möglich wäre, dass der Kompetenzbegriff der in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG genannten Sozialversicherung deutlich überspannt wird, da die privaten KV-Unternehmen keine „Sozialversicherungen“ im eigentlichen Sinne sind und demnach dieser auch nicht zugerechnet werden können.¹⁰³ Die in Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG genannte Sozialversicherung beschränkt sich allerdings nach h.M. wohl nicht ausschließlich auf den wörtlichen und „vorgrundgesetzlichen Normenbestand“¹⁰⁴ und kann dem Bund daher durch eine weite Auslegung zugewiesen werden.¹⁰⁵

Grundsätzlich würde die Neuordnung der KV demnach auch eine Neuordnung des SGB V sowie des VVG mit sich bringen. Aufgrund des Wegfalls der privaten Krankheitskostenvollversicherung könnten viele Teile im VVG gänzlich gestrichen werden. Die im SGB V enthaltenen Grundsätze und Regelungen könnten erhalten und erweitert werden. Es müssten anhand klarer Gesetze einheitliche Spielregeln und Wettbewerbsbedingungen für den gesamten Markt geschaffen werden, damit ein fairer Wettbewerb entstehen kann.¹⁰⁶

Zudem ist zu beachten, dass für diejenigen, die aktuell in der PKV versichert sind, besondere Regelungen getroffen werden müssten, da einer sofortigen Überführung dieser Personengruppen in die BV verfassungsrechtliche Gründe entgegenstehen.¹⁰⁷ Für die VN, für die eine Wechseloption besteht, muss allerdings gesetzlich festgelegt werden, was mit den ARÜs passiert, sofern sie von der PKV in die BV wechseln. Nach der derzeitigen Rechtslage würden die Ansprüche daraus verfallen. Es sollte folglich eine Möglichkeit geschaffen werden, diese mitzunehmen.¹⁰⁸

Welche konkreten verfassungsrechtlichen Herausforderungen bei der Einführung einer BV bestehen, soll im Abschnitt E. im Rahmen des Ausblickes noch näher erläutert werden. Zunächst werden nun die BV und deren Folgen am Beispiel des Vereinigten Königreiches betrachtet, um aus den bestehenden Erfahrungswerten mögliche Probleme für Deutschland abzuleiten.

IV. Die Bürgerversicherung am Beispiel des Vereinigten Königreiches

Das Vereinigte Königreich ist, genauso wie Deutschland, ein Wohlfahrtsstaat. Dieser basiert allerdings nicht auf dem Versicherungs-, sondern auf dem Fürsorgemodell, welches auch als Beveridge-Modell bekannt ist. Das Beveridge-Modell hat eine eher liberale Ausgestaltung und wird größtenteils durch Steuern finanziert. Die KV wird in dieser Art Wohlfahrtsstaat über einen Nationalen Gesundheitsdienst, den sogenannten National Health Service (NHS)

100 Hierzu unter anderem *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 201.

101 Vgl. in diesem Zusammenhang auch AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 24.

102 *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 127.

103 gl. *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29.

104 *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 395.

105 Hierzu exemplarisch *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 127.

106 Vgl. *Jacobs et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, S. 11.

107 Siehe hierzu auch *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 52.

108 Exemplarisch SPD Parteivorstand, Die Bürgerversicherung, S. 10.

organisiert, der grundsätzlich dem Modell einer BV entspricht und bereits seit 1948 besteht.¹⁰⁹ Wie genau die BV im Vereinigten Königreich konzipiert ist und welche Folgen sie mit sich bringt, soll nachfolgend dargelegt werden. Dabei ist zu erwähnen, dass das Vereinigte Königreich im Kontext als Einheit verstanden wird, da der NHS in jedem der zugehörigen Länder die Gesundheitsversorgung übernimmt und es lediglich einige kleine Abweichungen innerhalb der Länder gibt, die allerdings im Verlauf dieser Untersuchung keine Rolle zu spielen vermögen.

1. Grundlage und Konzeption

Der NHS ist eine staatliche Einrichtung. Er wird demnach öffentlich verwaltet und versichert die gesamte Bevölkerung. Er teilt sich in regionale Gesundheitsbehörden auf, die das Versorgungssystem vor Ort überwachen und steuern. Dazu erhalten sie vom NHS ein bestimmtes Budget, welches von der Anzahl der zu versorgenden Einwohner abhängt.¹¹⁰ Eine wichtige Rolle im Gefüge des NHS spielen zudem die Anbieter von Gesundheitsleistungen, wie Krankenhäuser oder Ärzte, die jeweils staatlich oder privat organisiert sind. Sie bilden die Grundlage, die das System funktionsfähig hält und stehen außerdem im Wettbewerb um öffentliche Gelder zueinander.¹¹¹ Die Finanzierung des NHS erfolgt überwiegend über Steuereinnahmen und wird von der Regierung übernommen. So ist jeder Bürger gesetzlich dazu berechtigt, Leistungen zu beanspruchen, ohne spezifisch bezifferte Beiträge in die KV einzuzahlen.¹¹² Die Leistungen werden in der Regel als Sachleistungen kostenlos gewährt und in Ausnahmefällen als einheitliche, pauschale Geldleistungen erbracht. Grundsätzlich ist das Leistungsspektrum des NHS deutlich weniger gut definiert als das in Deutschland. Die Regierung verspricht allerdings, die Leistungen zu decken, die angemessen sind.¹¹³ Zahn- und auch augenärztliche Behandlungen sowie andere besondere Leistungen bedürfen einer Zuzahlung des Bürgers. Diesen steht es jedoch frei, sich für verschiedene Leistungen, die nicht vom Umfang der staatlichen Versorgung abgedeckt werden, im Rahmen von Zusatzversicherungen privat abzusichern.¹¹⁴

Im Vereinigten Königreich besteht ein Primärarztssystem, welches den Bürger dazu verpflichtet, zunächst für alle Beschwerden seinen Hausarzt aufzusuchen, der in einer Sonderstellung als Mittelverwalter dann die Entscheidung einer Überweisung trifft. So hat ein Patient, mit Ausnahme von Notfällen sowie bei zahn- und augenärztlicher Behandlung, keinen direkten Zugang zu Fachärzten oder Krankenhäusern.¹¹⁵

Das Konzept des NHS ist nur dann effizient, sofern die Regierung auch in dieses investiert. Es steht allerdings schon im Rahmen des wohlfahrtsstaatlichen Typus im Vordergrund, auch eigenverantwortlich Vorsorge zu treffen, um im Krankheitsfall nicht ausschließlich auf die Mittel des Staates angewiesen zu sein.¹¹⁶ Welche konkreten Folgen von diesem Konzept ausgehen, wird nachfolgend erörtert.

109 Vgl. *Hagist*, *Demography and Social Health Insurance*, S. 116,119; sowie *Pilz*, *Der Sozialstaat*, S. 51; und *Boslaugh*, *Health Care Systems Around the World*, S. 488.

110 Hierzu exemplarisch <https://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0200> (Stand: 24.11.2016).

111 Vgl. *Boslaugh*, *Health Care Systems Around the World*, S. 488; *Iliffé*, *Allgemeinpraxis und regulierter Markt*, S. 134; sowie *Hartmann*, *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext*, S. 247.

112 Siehe hierzu auch *Hartmann*, *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext*, S. 247; sowie *Boslaugh*, *Health Care Systems Around the World*, S. 488-489.

113 Siehe unter anderem *Hagist*, *Demography and Social Health Insurance*, S. 120.

114 Exemplarisch <https://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0200> (Stand: 24.11.2016); sowie *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 401.

115 Vgl. *Zimmermann*, *Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems*, S. 53; sowie *Danner*, *Soziale Zukunft und Eurokrise*, S. 140.

116 Dazu exemplarisch *Hartmann*, *Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext*, S. 247.

2. Folgen für das Vereinigte Königreich

Der NHS hat sich vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg sozialpolitisch als fortschrittlich erwiesen. Durch drastische Reduzierungen der Investitionen für Krankenhäuser und das Ärztenetzwerk in den 1980er und 1990er Jahren hat er allerdings einige schwerwiegende Einbußen erlitten, sodass eine zweckerfüllende KV heute nicht mehr in vollem Maße gewährleistet ist.¹¹⁷

Vor allem die Veränderung der Altersstruktur führt zu fiskalpolitischen Problemen und wirkt sich negativ auf den NHS aus, da sein System im intergenerationalen Kontext nicht ausbalanciert ist. Hinzu kommen, wie auch im deutschen KV-System, medizinische und medizinisch-technische Fortschritte, die die Kosten erhöhen und folglich entweder durch höhere Steuern oder Leistungskürzungen kompensiert werden müssen.¹¹⁸ Außerdem wird das Ungleichgewicht zwischen armen und reichen Bürgern immer stärker, da es sich letztere, im Gegensatz zu den ärmeren, leisten können, teure Zusatzversicherungen abzuschließen oder Behandlungen zu beanspruchen, die sie ganz oder teilweise selbst zahlen müssen. Dadurch wird nicht zuletzt eine „Zwei-Klassen-Medizin“ geschürt, die das Konfliktpotenzial unter den Bürgern verstärkt.¹¹⁹

Außerdem kam es im Vereinigten Königreich in der Vergangenheit aufgrund der knappen Finanzierung und den ausbleibenden, aber notwendigen, Investitionen immer wieder zum Abgang von Ärzten und Krankenschwestern.¹²⁰ Dies betrifft vor allem Allgemeinmediziner, weil diese als Vertragspartner des NHS oftmals vor allem dazu dienen, um Krankheiten abzuwenden, die eventuell zu teuren stationären Aufenthalten geführt hätten, im Vergleich allerdings viel zu gering entlohnt werden. Die Folge dieser Abwanderungen sind unter anderem unverhältnismäßig lange Wartezeiten für Behandlungen.¹²¹ Im Vergleich hat das Vereinigte Königreich aufgrund seiner sparsamen Ausgaben im Gesundheitswesen nicht nur weniger Ärzte, sondern auch weniger Krankenhauskapazitäten und ist wesentlich schlechter mit essentiellen Gerätschaften und neuen Technologien ausgestattet, als andere Länder.¹²² Aus diesem Grund werden Patienten mit akuten Gesundheitsproblemen oftmals ins westliche Ausland oder in teure Privatkliniken überwiesen.¹²³

Die Regierung hat zu kalkulieren, wie viel für das Gesundheitssystem an Mitteln zur Verfügung steht und was davon auch ausgegeben werden soll. Das Problem liegt dabei vorrangig nicht in der Knappheit der Mittel, sondern in deren Verteilung. Dabei gehen die Meinungen weit auseinander.¹²⁴ Wie in den Grundlagen bereits erwähnt, berücksichtigt der NHS im Rahmen der Leistungen die Angemessenheit als Kriterium für Erstattungen. Die ungenaue Definition, was als angemessen erachtet wird, lässt allerdings Spielraum für Interpretationen. Fest steht, dass das Spektrum bei weitem nicht alle benötigten Leistungen umfasst. Vor allem aufgrund der Struktur des NHS, die auf unterschiedlichen Gesundheitsbehörden basiert, kommt es schon zum Teil regional zu Unterschieden im Leistungsumfang. Auch dies führt dazu, dass viele Bürger beispielsweise lange auf Termine und Behandlungen warten oder ihnen Leistungen aus Kostengründen komplett verweigert werden.¹²⁵

117 Vgl. *Simonet*, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role, S. 102; sowie *Hartmann*, Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext, S. 247.

118 Siehe auch *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 132; sowie *Ham et al.*, Where next for the NHS reforms?, S. 1.

119 Exemplarisch *Ham et al.*, Where next for the NHS reforms?, S. 3; sowie *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 52.

120 Siehe hierzu auch *Simonet*, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role, S. 102.

121 Vgl. *Iliffe*, Allgemeinpraxis und regulierter Markt, S. 134.

122 Siehe hierzu unter anderem *Dixon et al.*, Health Care reform in the UK's National Health Service, S. 49.

123 Vgl. <https://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0200> (Stand: 24.11.2016).

124 Hierzu exemplarisch *Hopkinson*, Defending the UK's National Health Service, S. 27.

125 Siehe unter anderem *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 120; sowie Verband der Privaten

Nur wenige erhalten demzufolge Leistungen aus dem Sicherungssystem. Die staatliche Fürsorge beschränkt sich zudem ausschließlich auf Bedürftige, die diese Bedürftigkeit auch nachweisen. Das Niveau der Sozialleistungen ist, im Vergleich, deutlich niedriger als das in Deutschland.¹²⁶

Das Vereinigte Königreich hat allerdings ein völlig anderes Verständnis von einem Wohlfahrtsstaat. Grundsätzlich zeichnet sich das Beveridge-Modell allein schon durch die Absicht aus, nur einen limitierten Schutz zu gewährleisten und so die Eigenverantwortung der Bürger zu bekräftigen und eben nicht einen möglichst hohen Leistungsumfang zu garantieren.¹²⁷ Aus diesem Grund kann der NHS auch nur in Maßen auf das deutsche KV-System angewendet werden. Was in Deutschland aktuell für und gegen das derzeitige System spricht und wie das alternative Modell zu bewerten ist, soll nachfolgend im Abschnitt D. präzisiert werden.

D. Das Für und Wider des derzeitigen und des alternativen Systems

Nachdem ein konkretes Bild des dualen Versicherungssystems, aber auch von dem Konzept der BV verschafft werden konnte, gilt es nun, die wichtigsten Fakten herauszustellen, die für und gegen das derzeitige und das alternative System sprechen.

Es ist das Finanzierungsproblem der GKV zu nennen, welches im Rahmen des Umlageverfahrens, vor allem durch demographische Veränderungen und die fehlende Ausbalancierung der intergenerationalen Herausforderungen, immer stärker zum Vorschein kommt.¹²⁸ Die Erhöhungen der Beiträge in der GKV entlasten diese nur kurzfristig und führen folglich nicht zu einer nachhaltigen Finanzierung. Auch die im Abschnitt B. thematisierten steigenden Beiträge und die hohen Ausgaben der PKV stellen das Gesundheitssystem vor eine große Herausforderung.¹²⁹ Diese Probleme sollen durch die Einführung einer BV behoben werden, indem zunächst die PKV, wie sie derzeit strukturiert ist, langfristig gesehen eingestellt wird. Zudem soll die Vergrößerung des Versichertenkreises sowie die Ausweitung der Bemessungsgrundlage und die dadurch entstehende Verbeitragung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit die derzeitigen Probleme beseitigen.¹³⁰ Auch der intergenerative Ausgleich würde mehr gelebt werden. So könnten sich durch die Erweiterung der Bemessungsgrundlage auch Rentner, die z.B. Einkünfte aus Vermietung oder Verpachtung erzielen, aber ansonsten nur eine niedrige Rente erhalten, stärker an der Finanzierung beteiligen.¹³¹ Durch die BV und die damit verbundene Abschaffung der Risikoselektion verspricht man sich somit nicht nur ein nachhaltiges System, sondern auch mehr Gerechtigkeit und Solidarität. Sobald alle Bürger in eine Versicherung zahlen, kann dies im Durchschnitt sogar zu einer wirtschaftlich entlastenden Senkung der Beiträge führen.¹³²

Krankenversicherung e. V., Vorteile des deutschen Gesundheitssystems, S. 2.

126 Vgl. *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 51-52; sowie *Boslaugh*, Health Care Systems Around the World, S. 177, 491.

127 Vgl. auch *Simonet*, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role, S. 96.

128 Vgl. in diesem Zusammenhang *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1; sowie *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 96.

129 Siehe hierzu *Hagist*, Demography and Social Health Insurance, S. 96.

130 Hierzu auch *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 297; sowie *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 288.

131 Dazu exemplarisch *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29; sowie *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 288.

132 Vgl. *Pilz*, Der Sozialstaat, S. 297; sowie *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 62.

Dabei ist allerdings zu bedenken, dass, nach den Konzepten der SPD und dem Bündnis 90/ Die Grünen, grundsätzlich nur Neukunden der ehemaligen PKV in die Finanzierung der BV einbezogen werden sollen, was die Übergangsphase so langwierig gestaltet, dass die BV erst nach ungefähr 50 Jahren von der gesamten Bevölkerung finanziert würde.¹³³ Kritiker wenden außerdem ein, dass sich die Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit nicht verbessern, da vor allem der thematisierte demographische Wandel die auf der Umlagefinanzierung gestützte BV überfordern und die Beiträge langfristig doch erhöhen wird.¹³⁴ Denn das bestehende Ungleichgewicht zwischen älteren und jüngeren Versicherten kann auch durch die Ausweitung des Personenkreises nicht abgemildert werden, sondern bleibt nach wie vor bestehen. Den zusätzlich generierten Beiträgen stehen mittel- und langfristig die entstehenden Ansprüche der Versicherten auf medizinische Heilbehandlung gegenüber, ohne dass es zu einer Verringerung der Beitragssätze kommt.¹³⁵ Möglich ist, dass die Abschaffung der PKV die Probleme sogar verstärkt, da die bisher privat Versicherten dann, genau wie die gesetzlich Versicherten, keine eigenen Rücklagen mehr bilden, sondern im Alter ebenfalls auf die kommenden Generationen angewiesen sind.¹³⁶ Auch die Ausgabenproblematik kann mit der Umstellung nicht vollends behoben werden. Letzterem kann allerdings entgegengehalten werden, dass die GKV grundsätzlich mit einem Einnahmen- und weniger mit einem Ausgabenproblem zu kämpfen hat und diese Tatsache demzufolge auch, aufgrund der gleichen Struktur, auf die BV anzuwenden ist.¹³⁷

Die Gegner der BV sprechen im Zusammenhang mit dieser oft von einer Zwangskollektivierung und einer Einheitskasse und sehen den heute herrschenden Systemwettbewerb gefährdet, sofern die GKV und die PKV nicht mehr im gewohnten Maße miteinander konkurrieren. Mit der Einschränkung des Wettbewerbes sehen sie in diesem Kontext auch die Möglichkeit des Staates, eine Reduzierung der Leistungen deutlich leichter durchzusetzen als aktuell.¹³⁸ Demzufolge ständen, langfristig gesehen, schlechtere Leistungen gleichbleibenden oder eventuell sogar steigenden Beitragssätzen gegenüber.¹³⁹ Diese Argumente können allerdings nicht standhalten, da gerade im Rahmen des derzeitig zweigliedrigen KV-Systems immer wieder der unzureichende Wettbewerb in der GKV und der PKV beanstandet wird. Der noch bestehende Wettbewerb ist dabei in der GKV allerdings stärker ausgeprägt als in der PKV und wurde in der Vergangenheit durch die Einführung des Zusatzbeitrages noch weiter vorangetrieben. Eine Weiterentwicklung der GKV hin zu einer BV mit stabiler Finanzierung bildet daher eine gute Voraussetzung für einen lebhaften Wettbewerb. Zudem ist zu berücksichtigen, dass die PKV im neuen KV-System neben dem Angebot von Zusatzversicherungen ebenfalls die BV anbieten könnte. So würde sich der versicherungsfähige Personenkreis der PKV nicht nur auf die derzeitigen 10%, sondern auf alle Bürger erstrecken. Dies würde nicht nur den Wettbewerb der privaten Versicherungsunternehmen untereinander, sondern auch den Wettbewerb zwischen der PKV und der GKV erhöhen. Die Wettbewerbssteigerung könnte langfristig zu einer größeren Effizienz und Qualität des Gesundheitssystems führen.¹⁴⁰

133 Siehe unter anderem *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 65; sowie *Breyer*, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, S. 658.

134 Exemplarisch *Pimpertz*, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, S. 19.

135 Vgl. *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 2.

136 Hierzu unter anderem *Römer/ Borell*, Die Bürgerversicherung: Die falsche Medizin für die Krankenversicherung, S. 29; sowie *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 2.

137 Siehe auch *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 289; sowie *Römer/ Borell*, Die Bürgerversicherung: Die falsche Medizin für die Krankenversicherung, S. 29.

138 Vgl. *Jacobs/ Schulze*, Bürgerversicherung in wettbewerblicher Sicht, S. 89; sowie AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 15-16.

139 Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 65.

140 Vgl. *Jacobs et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, S. 8; sowie *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 175.

In der derzeitigen Dualität der PKV und der GKV zueinander stellt sich zudem die Frage, ob durch diese Trennung überhaupt das Solidaritätsprinzip, welches sich aus dem SGB V ergibt, allumfänglich berücksichtigt wird. Die PKV ermöglicht es bestimmten Gruppen, sich dem Solidarausgleich zu entziehen, indem für sie eine individuelle Entsolidarisierungsoption besteht.¹⁴¹ Eine BV würde, im Gegensatz zur derzeitig unsolidarischen Vorgehensweise, alle Bürger zur Finanzierung heranziehen und durch das Einführen eines einheitlichen Kontrahierungszwanges und die Erhöhung bzw. Abschaffung der BBMG nicht nur ein gerechteres, sondern auch ein nachhaltigeres Gesundheitssystem schaffen.¹⁴² Befürworter eines Nebeneinanders von GKV und PKV sehen dagegen das Bestehen der PKV als Merkmal einer freiheitlichen Gesellschaft an. Zudem trage vor allem die PKV zu einer effizienten Versorgung bei, indem sie eine Quersubventionierung der Ärzte vornimmt. Diese seien aufgrund der nicht kostendeckenden Versorgung bei der Behandlung von GKV-Versicherten auf die höheren Zahlungen der PKV-Versicherten angewiesen, um überhaupt wirtschaftsfähig zu sein.¹⁴³ Allerdings kann diesem Argument entgegengehalten werden, dass die Wirtschaftsfähigkeit der Leistungserbringer nicht ausschließlich von den privat Versicherten abhängt und doch eher die Qualität der erbrachten Leistungen und nicht die Anzahl an Privatpatienten vorrangig für den Erfolg und die Einkünfte des Leistungserbringers seien sollten. Im derzeitigen System werden folglich falsche Anreize geschaffen, die die BV beseitigen würde. Diese verfolgt das Ziel, den Ärzten die Motivation zu einer unterschiedlichen Behandlung zu nehmen, indem sie einheitlich entlohnt werden. Dadurch soll die „Zwei-Klassen-Medizin“ abgeschafft werden, die bisher nur den privat Versicherten Vorteile verschaffte. Bei einer Vereinheitlichung kann so die Gerechtigkeit und Solidarität, die im momentanen System fehlen, besser ausgelebt werden, ohne dass maßgebliche Einbußen in der Gesundheitsversorgung festzustellen wären.¹⁴⁴

Rein rechtlich betrachtet geht es allerdings im Rahmen der „Zwei-Klassen-Medizin“ weniger um die Frage einer unterschiedlichen Behandlung der Versicherten als um die finanzielle Möglichkeit der Eigenbeteiligung eines gesetzlich Versicherten bei der Behandlung.¹⁴⁵ Ob daher die „Zwei-Klassen-Medizin“ wirklich mit der Einführung der BV aufgelöst wird, bleibt umstritten, da weiterhin Zusatzversicherungen zur Aufbesserung des Leistungsumfanges angeboten werden. Diese Zusatzversicherungen werden folglich von denen abgeschlossen, die es sich leisten können, sodass letzten Endes wieder diejenigen die besseren Leistungen erhalten, die mehr Geld haben.¹⁴⁶

Bedenklich ist zudem, dass es derzeit noch keine einheitliche Konzeption für eine BV gibt. Es ist daher nicht garantiert, dass es zu einer Klärung zwischen den Parteien und ihren unterschiedlichen Vorstellungen kommen wird. Allerdings ist das oberste zu realisierende Ziel, und da sind alle Parteien der gleichen Meinung, eine nachhaltige und qualitative Gesundheitsversorgung. Auch wenn momentan noch keine Einigung in allen Punkten erfolgt ist, so sind sich die Parteien doch bezüglich der Rahmenbedingungen der BV einig.¹⁴⁷

141 Siehe unter anderem *Breyer*, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, S. 656.

142 Vgl. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179184/gkv-und-pkv>, (Stand: 28.10.2016).

143 *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 195; sowie <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179184/gkv-und-pkv>, (Stand: 28.10.2016).

144 Siehe auch *Breyer*, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, S. 657; sowie *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 654.

145 Hierzu unter anderem *Gaßner/ Strömer*, Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden?, S. 564.

146 Vgl. *Gaßner/ Strömer*, Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden?, S. 561.

147 Hierzu exemplarisch *Jacobs et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale, S. 7; sowie AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 5.

Kritisch zu betrachten ist allerdings die Tatsache, dass eine BV bisher noch nicht absehbare Kosten birgt. Es ist nach wie vor fraglich, wie die Ausweitung der Bemessungsgrundlage durchgeführt und die zusätzlichen Beiträge eingezogen werden sollen.¹⁴⁸ Bei der Berücksichtigung sämtlicher Einkommensarten für die Beitragsberechnung müsste sich vermutlich jeder Versicherte einer Leistungsfähigkeitsprüfung unterziehen. Nicht nur die Umverteilung, sondern vor allem auch die Ausweitung, werden einen erheblichen zusätzlichen Kontroll- und Verwaltungsaufwand mit sich bringen, der sich von der Prüfung der Steuererklärungen bis hin zur Einforderung von Selbstauskünften erstrecken wird.¹⁴⁹

Die praktische Umsetzung einer BV wird aufgrund der thematisierten Probleme nicht ohne weiteres zu realisieren sein.¹⁵⁰ Welche Veränderungen sich in der Zukunft ergeben können und vor welchen Herausforderungen die Verwirklichung einer BV noch steht, soll im Abschnitt E. erläutert werden.

148 Siehe hierzu auch *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29

149 Vgl. *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1; sowie *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 52.

150 Exemplarisch *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 54.

E. Ausblick und mögliche Veränderungen

Ein Ausblick und mögliche Veränderungen sollen im Folgenden zum einen aus verbraucherrechtlicher Sicht erfolgen. Hierzu wurde am 25. Oktober 2016 ein Interview mit Herrn Herte, dem Referenten für Finanzdienstleistungen der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein, geführt. Zum anderen werden die Veränderungen aus verfassungsrechtlichen und ökonomischen Gesichtspunkten beleuchtet.

I. Veränderungen und Folgen aus verbraucherrechtlicher Sicht

Das Interview, welches mit der Verbraucherzentrale Schleswig-Holstein bezogen auf deren Einschätzung des derzeitigen KV-Systems und die mögliche Alternative der BV geführt wurde, ergab, dass diese dem derzeitigen System äußerst kritisch gegenüberstehe. Aufgrund der Erfahrungen, die durch die Verbrauchieranfragen gemacht werden, spreche sich die Verbraucherzentrale ohne Vorbehalte gegen das derzeitige System und für die Einführung einer BV aus. Herr Herte ist der Ansicht, dass durch eine Verschmelzung von GKV und PKV eine größere Solidargemeinschaft geschaffen und dadurch den derzeitigen Problemen entgegengewirkt werden könne. Aus langjähriger Erfahrung kann Herr Herte zudem bestätigen, dass die PKV nur für diejenigen interessant sei, die in jungen Jahren und mit einem geringen Krankheitsrisiko eintreten. Je älter diese Versicherten werden, desto uninteressanter sei für sie auch der Verbleib in der PKV, da die Prämien im höheren Alter für die meisten kaum noch tragbar seien. Selbst der Basistarif der PKV sei, so Herte, so teuer, dass ein Wechsel im Alter unattraktiv erscheine.

Die momentan größte Herausforderung ergebe sich sodann aus verbraucherrechtlicher Sicht vor allem durch Beitragssteigerungen in der PKV. So bekäme die Verbraucherzentrale auch vermehrt Anfragen von PKV-Versicherten, die aufgrund der immer höher werdenden Prämien wieder in die GKV wechseln möchten. Dies sei allerdings nur in den wenigsten Fällen möglich. Selbst die Tarifwechsel innerhalb der PKV gemäß § 204 VVG beäugen die privaten Versicherer kritisch und geben erfahrungsgemäß ungerne Auskunft über günstigere offene Tarife.

Die Absicherung in der PKV lohne sich, so Herte, eigentlich nur für Beamte, da es für diese aufgrund des Zuschusses der Dienstherren zur PKV nicht attraktiv sei, in die GKV einzutreten. Diese stellen im eigentlichen Sinne auch die originäre Zielgruppe der PKV dar. Bedenklich sei dabei allerdings, dass mittlerweile selbst Beamte immer häufiger Anfragen bezüglich eines möglichen Wechsels im Rentenalter stellen, da auch für sie die Beiträge im Alter kaum noch zahlbar seien.

Aus verbraucherrechtlichen Gesichtspunkten sieht Herr Herte das derzeitige System nicht länger als tragfähig an und stützt sich dabei vor allem auch auf seine Erfahrungen in der täglichen Beratung von Bürgern zu diesem Thema. Er prognostiziert allerdings für die Zukunft keinen „Einsturz“ auf Seiten der GKV, sondern geht, im Gegensatz dazu, eher davon aus, dass sich die Problematik in der PKV über kurz oder lang zuspitzen werde. Wenn diejenigen, die heute in der PKV versichert sind, irgendwann die Beiträge zu dieser aufgrund der Beitragserhöhungen nicht mehr zahlen können, werde dies den privaten Versicherern unter Umständen so sehr zur Last fallen, dass es ihnen nicht mehr möglich sei, kostendeckend zu wirtschaften. Denn gerade in Anbetracht der derzeitigen wirtschaftlichen Lage, auch in Bezug auf die Zinspolitik, seien es vor allem viele privat versicherte Selbstständige und Freiberufler, die es immer schwerer haben, die Kosten für ihre PKV zu tragen. Diese müssen ihre Beiträge im Alter allein durch Ersparnisse oder fällige Lebensversicherungen zahlen, wobei letztere, aufgrund der niedrigen Zinsen, einen viel geringeren Ertrag ausschütten als erwartet.

Die PKV-Unternehmen seien vom Umstand der Niedrigzinsphase zusätzlich negativ betroffen, da sie ihre Versicherungen auf Kapitalanlagen stützen, die ebenfalls deutlich weniger Rendite erbringen als kalkuliert.

Die Einführung einer BV bringe daher, so Herte, viele positive Veränderungen mit sich. Die derzeitigen Probleme der GKV können durch die Vergrößerung des Personenkreises und die Ausweitung der Bemessungsgrundlage behoben werden. So gehe er auch nicht von einer Einschränkung hinsichtlich der Leistungen in der BV aus. Dieses Argument seitens der Kritiker sieht er als haltlos an und betrachtet es vor allem als „Einschüchterung“ und „Angstmache“ der privaten Versicherungsunternehmen, die selbst um ihre Existenz fürchten. Auch die von den Ärzten oft angemerkt wirtschaftlichen Probleme, die bei der Aufhebung der PKV entstehen können und das Argument, dass diese nur an den privat versicherten Patienten verdienen, hält er ebenfalls für unbegründet. Er geht davon aus, dass der Markt sich diesbezüglich selbst regulieren werde. Sobald es zu einer Verschmelzung komme, könne durch die stärkere Auslebung der dann bestehenden Solidarität vor allem die „Zwei-Klassen-Medizin“ abgeschafft werden.

Herr Herte sieht es außerdem als problematisch an, dass viele die Einführung einer BV ablehnen, um die Branche der PKV zu schützen. Im freien wirtschaftlichen Wettbewerb werden andere Branchen auch selten verschont. Daher könne das Argument, dass mit der Abschaffung der PKV fraglich sei, ob diese sich nur durch das Anbieten der BV und das Zusatzversicherungsgeschäft über Wasser halten könne, nicht standhalten. Die Kassen der GKV müssten sich schließlich auch durch die Höhe der Zusatzbeiträge im Wettbewerb untereinander behaupten.

Anregend zu den derzeitigen Konzepten der BV führt Herr Herte abschließend noch an, dass diese durch eine Art Bonusprogramm ausgestattet werden könne, um neue Anreize für Versicherte zu schaffen. Denkbar wäre ein Programm, das sich an der Beitragsrückerstattung der PKV orientiere, sodass die Versicherten am Jahresende Geld zurückerstattet bekommen, sofern sie Versicherungsleistungen nur im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen.

Ob die Durchsetzung einer BV nicht allerdings doch an verfassungsrechtliche Grenzen stößt, gilt es nachfolgend zu klären.

II. Verfassungsrechtliche Herausforderungen

Das derzeitig duale System verfolgt anhand beider Zweige eine gemeinsame Sozialverantwortung. Es ist daher mit dem GG vereinbar, sie als gleichwertig zu betrachten. Eine Benachteiligung eines der beiden Zweige ohne verfassungsrechtliche Notwendigkeit ist aus diesem Grund nicht zulässig.¹⁵¹ Die Einführung der BV und die damit verbundenen Veränderungen des KV-Systems stellen somit neben den im Vorfeld diskutierten sozialpolitischen vor allem auch verfassungsrechtliche Bedenken in den Vordergrund. Bei Diskussionen zu diesem Thema setzt das GG rechtliche Grenzen, denen Beachtung zu schenken ist.¹⁵²

Befürworter der BV sind nach wie vor der Meinung, dass ein Systemwechsel verfassungsrechtlich unproblematisch wäre.¹⁵³ Indem allerdings alle Bürger in einer Art „Zwangvereinigung“ dazu verpflichtet werden, sich in der GKV zu versichern, wird die sozialstaatliche Bevormundung der Bürger ausgeweitet.¹⁵⁴

151 Vgl. *Leisner*, Sozialversicherung und Privatversicherung, S. 48, 162.

152 Siehe hierzu auch *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 179.

153 Exemplarisch *Lenze/ Zuleeg*, Europa- und verfassungsrechtliche Aspekte der Neugestaltung der sozialen Sicherung, S. 459.

154 Siehe auch *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 204.

Dies ist insofern bedenklich, als dass der Gesetzgeber bei der Konkretisierung des Sozialstaatsprinzips grundsätzlich kollidierende Abwägungsfaktoren, wie beispielsweise die Freiheitsrechte und das Prinzip der Verhältnismäßigkeit, zu berücksichtigen hat. Kritiker der BV sprechen von einem unverhältnismäßigen Eingriff in die Grundrechte der Versicherten, aber auch der Versicherungsunternehmen.¹⁵⁵

Mit der Einführung einer BV könnte aufgrund ihres Zwangscharakters das Grundrecht auf Vereinigungsfreiheit gemäß Art. 9 Abs. 1 GG verletzt werden.¹⁵⁶ Die Vereinigungsfreiheit gewährt jedem Deutschen die Möglichkeit, Vereine und Gesellschaften zu bilden. Diese beinhaltet allerdings auch die Freiheit, aus einem Verein oder einer Gruppe auszutreten oder ihr gar nicht erst beizutreten.¹⁵⁷ Indem man die bisher versicherungsfreie Personengruppe, die eine Wechseloption zwischen GKV und PKV hat, in die BV eingliedert, zwingt man dieser daher einen Schutz auf, der ihre derzeitige Wahlfreiheit beeinträchtigt. Der Eingriff in Art. 9 Abs. 1 GG wird für die Versicherungspflichtigen, die bereits zwangsweise in der GKV versichert sind, derweil mit dem Bedürfnis nach sozialem Schutz gerechtfertigt. Dabei wird nicht auf die Schutzbedürftigkeit des Einzelnen, sondern auf die der Allgemeinheit abgestellt. Möglich ist, die Begründung für die derzeitige Pflichtversicherung in der GKV auf die Versicherung in der BV zu übertragen und so den damit verbundenen Eingriff in die Vereinigungsfreiheit ebenfalls zu rechtfertigen.¹⁵⁸ Diesem Argument kann jedoch entgegengehalten werden, dass, nach h. M., ein Eingriff nur erlaubt ist, sofern der Schutz auch notwendig erscheint. Diese Notwendigkeit würde folglich nur diejenigen betreffen, die noch keiner Versicherung angehören. Aus diesem Grund wäre eine sofortige Versicherung aller Bürger in der BV wegen der fehlenden Schutzbedürftigkeit bereits Versicherter nicht verfassungskonform.¹⁵⁹ Da die Folgen einer Pflichtmitgliedschaft auch im Auffanggrundrecht des Art. 2 Abs. 1 GG verortet sind, gilt es, dieses nachfolgend zu prüfen.¹⁶⁰

Gemäß Art. 2 Abs. 1 GG hat jeder das Recht, eigenverantwortlich zu handeln.¹⁶¹ Übertragen auf die Absicherung im deutschen KV-System beinhaltet diese allgemeine Handlungsfreiheit dabei nicht nur die Freiheit, eine Krankheitskostenvollversicherung in der PKV oder der GKV abzuschließen, sondern auch den Bestand des dabei abgeschlossenen Vertrages.¹⁶² Kritiker sehen in der Einführung der BV, durch die Abschaffung der Vollversicherung in der PKV, allerdings eine unverhältnismäßige Einschränkung dieser Handlungsfreiheit. Außerdem wird von ihnen angemerkt, dass die Privatautonomie, die als Teil der allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 GG gewährleistet wird,¹⁶³ durch den Kontrahierungszwang und den einheitlichen Leistungskatalog in der BV ebenfalls eingeschränkt werden könnte.¹⁶⁴

155 Hierzu unter anderem *Sodan*, Die „Bürgerversicherung“ als Bürgerzwangsversicherung, S. 221.

156 Vgl. *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 398.

157 Dazu exemplarisch *Kom-GG - Maunz/ Dürig*, Art. 9 GG, Rn. 34; sowie *Volkman*, Staatsrecht II, S. 309.

158 Vgl. *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 398.

159 Siehe hierzu *Kirchhof*, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 4

160 Vgl. in diesem Zusammenhang *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 398; sowie *Volkman*, Staatsrecht II, S. 310.

161 Vgl. *Singer*, Selbstbestimmung und Verkehrsschutz im Recht der Willenserklärung, S. 1.

162 Exemplarisch dazu *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 183.

163 Siehe hierzu BVerfG, NJW 1994, S. 36.

164 Siehe unter anderem *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29; sowie *Kirchhof*, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 3.

Unter Beachtung des in Art. 20 Abs. 1 GG verankerten Sozialstaatsprinzips i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG, das sowohl die soziale Gerechtigkeit als auch die Freiheit und Gleichheit als Ziele hat, kann dem allerdings entgegengehalten werden, dass die allgemeine Handlungsfreiheit aus Art. 2 Abs. 1 GG ebenso wie der Gleichbehandlungsgrundsatz gemäß Art. 3 Abs. 1 GG doch bereits für den Großteil der Bevölkerung eingeschränkt sind, da dieser im derzeitigen System weder eine Wahlfreiheit zwischen GKV und PKV besitzt, noch individuelle Leistungen erhält.¹⁶⁵ Die Einschränkung durch eine Versicherungspflicht in der GKV ist allerdings nicht nur durch die zuvor genannte Schutzbedürftigkeit gerechtfertigt. Im Rahmen der verfassungsmäßigen Ordnung gemäß Art. 2 Abs. 1 Hs. 2 GG ist ein Eingriff nach h.M. zulässig, sofern durch die Zwangsmitgliedschaft eine legitime Aufgabe, wie hier ein besonderes Gemeinschaftsinteresse, verfolgt wird. Damit verstößt die Pflichtmitgliedschaft der GKV ebenfalls nicht gegen Art. 2 Abs. 1 GG, da sie die Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips zum Ziel hat.¹⁶⁶ Auch die jährliche Ausdehnung des versicherten Personenkreises durch die Anhebung der JAEG wird vom BVerfG nicht beanstandet.¹⁶⁷

Im Umkehrschluss kann man dann aber auch nicht von einer unzulässigen Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit bei Einführung der BV ausgehen. Sie scheint noch dazu in Anbetracht der Erfüllung des Art. 20 Abs. 1 GG durch die stärkere Ausübung des Solidaritätsgedanken und die Verwirklichung des Sozialstaatsprinzips sowie durch die Einhaltung des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG rechtmäßig.¹⁶⁸ In diesem Zusammenhang ist noch die Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen, wobei sowohl die Geeignetheit als auch die Erforderlichkeit zu prüfen sind.¹⁶⁹ Mit der Einführung der BV wird ein legitimes Ziel, wie die Stärkung der Solidarität und der Gerechtigkeit, verfolgt. Die Unternehmungen, um dieses Ziel zu erreichen, sind zudem geeignet, da sie deren Umsetzung durch entsprechende Maßnahmen, wie die Verschmelzung der GKV und PKV, fördern.¹⁷⁰ Die Erforderlichkeit ist gegeben, sofern es kein milderes Mittel gibt, um die angestrebten Ziele zu erreichen.¹⁷¹ Da allerdings weitere Ansätze zur Veränderung des derzeitigen KV-Systems diskutiert werden, die im Rahmen dieser Untersuchung keine Berücksichtigung finden, kann die Erforderlichkeit nicht zweifelsfrei bejaht werden.

Es ist zudem zu beachten, dass das Maß der den Einzelnen durch seine Pflichtzugehörigkeit treffenden Belastung noch in einem vernünftigen Verhältnis zu den ihm und der Allgemeinheit erwachsenden Vorteilen steht.¹⁷² Kritiker sind der Auffassung, dass die Solidarität nicht maßlos ausgedehnt werden kann und die Möglichkeit einer privaten Absicherung nach wie vor bestehen muss.¹⁷³ Hinsichtlich der Beständigkeit der Altverträge scheint der Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit, ebenso wie der Eingriff in die Vereinigungsfreiheit, daher unverhältnismäßig, weshalb für diese im Rahmen des Vertrauens- und Bestandschutzes sowie aufgrund der fehlenden Schutzbedürftigkeit bereits Versicherter in jedem Fall eine Weiterführung gewährleistet werden muss.¹⁷⁴

165 Vgl. *Lenze/ Zuleeg*, Europa- und verfassungsrechtliche Aspekte der Neugestaltung der sozialen Sicherung, S. 459; sowie *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 144.

166 Vgl. dazu auch *Sodan*, Verfassungsrechtliche Grundlagen der Krankenversicherung, Rn. 103,105; sowie *Kirchhof*, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 2.

167 Siehe hierzu BVerfGE 44, 70 (90); BVerfG, NZS 2005, S. 479 (481).

168 Exemplarisch *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29.

169 Vgl. *Volkman*, Staatsrecht II, S. 39.

170 Siehe hierzu *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 148.

171 Vgl. *Volkman*, Staatsrecht II, S. 42.

172 Vgl. BVerfGE 30, 292 (316); BVerfG, NJW 1971, S. 1255.

173 Hierzu exemplarisch *Sodan*, Verfassungsrechtliche Grundlagen der Krankenversicherung, Rn. 106.

174 Vgl. *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 52; sowie *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 398-399.

Auch aufgrund der ARÜs, die die VN im Laufe ihrer Versicherungszeit für das Alter bilden und auf die sie gemäß Art. 14 Abs. 1 GG Anspruch im Rahmen der Eigentumsfreiheit haben, müssen die Bestandsverträge grundsätzlich bestehen bleiben.¹⁷⁵

Die Abschaffung der PKV hinsichtlich der Krankheitskostenvollversicherung und die Aufrechterhaltung nur im Rahmen von Zusatzversicherungen stellen außerdem mögliche Eingriffe in die Berufsfreiheit der privaten Versicherungsunternehmen, die sich aus Art. 12 Abs. 1 GG ergibt, und in deren Eigentumsfreiheit gemäß Art. 14 Abs. 1 GG, dar.¹⁷⁶ Dabei schützt Art. 14 GG grundsätzlich das Erworben, Art. 12 GG den Erwerb als solches.¹⁷⁷ Ausgehend davon, dass im Jahr 2014 rund 75% der Beiträge durch das Angebot von Krankheitskostenvollversicherungen eingenommen wurden,¹⁷⁸ kann man von einer Beeinträchtigung der gewerblichen Tätigkeit ausgehen, die den Art. 12 Abs. 1 GG berührt.¹⁷⁹

Dem kann allerdings entgegengehalten werden, dass das Grundrecht zum einen eben nicht die bloßen Erwerbchancen garantiert¹⁸⁰ und dass die PKV, zum anderen, nach vielen der derzeitigen Konzepte, die Möglichkeit haben soll, ihr Tätigkeitsfeld hinsichtlich des Angebots der BV zu vergrößern. Zudem ist es ihr möglich, den Bereich der Zusatzversicherungen weiter auszubauen. Diesem wird ohnehin eine größere Bedeutung zukommen, sofern durch die BV alle Bürger die gleichen Leistungen erhalten.¹⁸¹ Somit kann man davon ausgehen, dass die PKV als solche bestehen bleibt und nicht die Berufswahl, sondern, wenn überhaupt, die Berufsausübung hinsichtlich veränderter Versicherungsmodalitäten grundgesetzlich berührt wird.¹⁸² Diese darf rechtmäßig durch ein Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Einschränkungen der Berufsausübungsregelungen können somit, sofern verhältnismäßig, durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls verfassungsmäßig gerechtfertigt sein. Die Rechtfertigung des Gemeinwohls scheint schon deshalb legitim, da die BV den Bürger zu schützen vermag.¹⁸³

Allerdings ist anzumerken, dass die Vergrößerung des Personenkreises durch die Einbeziehung der Beamten in die BV die Grundsätze des Berufsbeamtentums gemäß Art. 33 Abs. 5 GG zu verkennen vermag. Ein Wegfall der Beihilfe ohne adäquaten Ersatz könnte demnach einen Verfassungsverstoß darstellen.¹⁸⁴ Da sich die Grundsätze des Art. 33 Abs. 5 GG allerdings nicht ausschließlich auf die Krankenversorgung in der PKV beziehen, sondern lediglich ein hochwertiger und sicherer Schutz zu garantieren ist, kann dies vermutlich auch im Rahmen einer BV gewährleistet werden. Der Dienstherr hat dabei allerdings nicht das Recht seine bestehende Fürsorgepflicht gegenüber den Beamten an den Staat abzugeben.¹⁸⁵

Verfassungsrechtlich bedenklich ist zudem die Erhebung der Beiträge in der BV. Sofern sich der versicherte Personenkreis zwangsweise auf alle Bürger erstreckt, wird dies dem

175 Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 183; sowie *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 204.

176 Siehe hierzu unter anderem *Dillmann/ Musil*, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29.

177 Siehe auch *Völkmann*, Staatsrecht II, S. 272.

178 Vgl. http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys_921.xwdevkit/xwd_init?Gb_e.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=28724115&nummer=245&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=28204_362 (Stand: 22.11.2016).

179 Vgl. unter anderem *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 150; sowie *Isensee*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 401.

180 Siehe hierzu konkret BVerfGE 34, 252 (256); BVerfG, NJW 1973, S. 499.

181 Hierzu exemplarisch *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 204.

182 Vgl. *Beske/ Drabinski*, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 191; sowie *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 150.

183 Hierzu auch *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 152.

184 Siehe unter anderem AG der KZVn, Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, S. 24; sowie *Schüffner/ Franck*, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 183.

185 Exemplarisch hierzu *Gaßner/ Strömer*, Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden?, S. 562; sowie *Depenheuer*, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, S. 206.

herkömmlichen Verständnis eines Sozialversicherungsbeitrages als „*Risikoprämie mit sozialem Ausgleich*“ vollkommen zuwiderlaufen.¹⁸⁶ Auch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage und der diskutierte Wegfall einer BBMG scheint für die Kritiker weniger mit einem Sozialversicherungsbeitrag als doch eher mit einer Gesundheitssteuer zu tun zu haben, die vor allem auf das Vermögen der Versicherten abzielt. Dabei würden vor allem wohlhabendere Bürger, die nicht einmal eine soziale Schutzbedürftigkeit aufweisen, übermäßig belastet werden. Eine derartig als Beitrag getarnte Steuer ist nach h.M. unzulässig und birgt die Gefahr einer Kollision mit der Finanzverfassung. Sofern man den Beitrag als Steuer einordnet, müsste er gemäß Art. 105 GG erlassen werden und geriete mit der in Art. 106 GG erwähnten Ertragshoheit für Steuern in Konflikt, da Art und Struktur von den herkömmlichen Grundsätzen abweichen.¹⁸⁷ Die Befürworter einer BV sehen im Beitrag hingegen keine Ähnlichkeiten zu einer Steuer und führen eindeutige Unterschiede auf. So wird der Beitrag beispielsweise direkt an die Sozialversicherungsträger und eben nicht an den Staat gezahlt und ist, anders als eine Steuer, zweckgebunden.¹⁸⁸ Außerdem erlangt der Bürger für die Entrichtung des Beitrages eine Gegenleistung, die seine Krankheitskosten abdeckt.¹⁸⁹ Auch die mögliche Beseitigung der BBMG könnte im Rahmen des Solidaritätsprinzips gerechtfertigt werden, weil dadurch die Verbeitragung vollkommen anhand der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erfolgen würde.¹⁹⁰

Nachdem die verfassungsrechtlichen Gesichtspunkte diskutiert wurden, ist für eine umfassende Analyse allerdings auch der ökonomische Blickwinkel zu betrachten. Dieser wird im Folgenden dargelegt.

III. Reformoption aus ökonomischer Sicht

In den vorangegangenen Kapiteln, insbesondere in den Abschnitten B. und D., wurde bereits deutlich, dass das derzeitige KV-System nicht nur sozialpolitische, sondern auch wirtschaftliche Schwächen aufweist. Aus einem ökonomischen Blickwinkel betrachtet ist die Einführung einer BV allerdings nur dann zu befürworten, wenn dadurch auch eine „*gesamtwirtschaftliche Verbesserung oder eine soziale Wohlfahrtssteigerung eintritt.*“ In diesem Zusammenhang spielt vor allem der Aspekt der Nachhaltigkeit eine wichtige Rolle. Die Einführung ist folglich nur dann auch sinnvoll, sofern sie langfristige Verbesserungen verspricht.¹⁹¹

Aus einer makroökonomischen Perspektive betrachtet würde dieser Effekt eintreten, sofern in das KV-System mehr eingezahlt würde, als tatsächlich verausgabt wird. Durch eine langfristige Verbreiterung des Versichertenkreises könnte dies im Rahmen einer BV ermöglicht werden.¹⁹² Durch die Ausweitung wird zusätzlich noch eine Beitragssenkung von bis zu 3,1% prognostiziert.¹⁹³ Auch die bisher in der PKV Versicherten mit einer Wechseloption in die BV könnten entlastet werden, sofern sie von der in Erwägung gezogenen beitragsfreien

186 Kirchhof, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 5.

187 Vgl. Isensee, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 398; sowie Schöffner/ Franck, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, Rn. 182; und Kirchhof, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 2, 6.

188 Siehe auch Isensee, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, S. 397.

189 Hierzu unter anderem Kirchhof, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“, S. 6.

190 Siehe hierzu auch Bieback, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 148.

191 Beske/ Drabinski, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung, S. 165.

192 Vgl. in diesem Zusammenhang Oberender/ Zerth, Die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens aus gesundheitsökonomischer Perspektive, S. 103.

193 Siehe hierzu <http://www.ruhr-uni-bochum.de/sozialreformen/downloads/Ringvorlesung%20Bochum%20Mai%202005.pdf>, S. 23 (Stand: 23.11.2016); sowie Dillmann/ Musil, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung, S. 29.

Familienversicherung profitieren, die in der PKV nicht besteht.¹⁹⁴ Diese Umstände können folglich die Nachfrage positiv beeinflussen und dementsprechend die Konjunktur ankurbeln, weil dadurch die Haushalte durch die Reduzierung der Lohnnebenkosten entlastet werden. Diese Haushalte liegen im unteren und mittleren Einkommenssektor und verzeichnen eine entsprechend hohe Konsumquote.¹⁹⁵ Sofern mehr Einkommen verfügbar ist, könnte dieses auch grundsätzlich in die Eigenversorgung in Form von Zusatzversicherungen fließen, was den privaten Versicherungsunternehmen zugutekommen würde.¹⁹⁶

Die Senkung der Lohnnebenkosten hätte außerdem einen Effekt auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung. Der Abbau von Arbeitsplätzen könnte verhindert werden und es ist sogar möglich, dass durch die Senkung Anreize geschaffen würden, neue Arbeitsplätze zu generieren.¹⁹⁷ Allerdings bleibt bei der prognostizierten Senkung des Beitragssatzes unberücksichtigt, dass die Erweiterung des Personenkreises auf alle Bürger kurzfristig aufgrund rechtlicher Schranken nicht realisierbar ist. Zunächst wären ausschließlich der bisherige Versichertenstamm der GKV sowie einige PKV-Versicherte mit Wechseloption in der BV versichert, was letztendlich nicht zu der angenommenen Senkung führt. Es kann folglich lediglich von einer Verminderung der befürchteten Beitragssteigerung des jetzigen Systems ausgegangen werden.¹⁹⁸ Außerdem ist einzuwenden, dass, je nach Modell, die Anhebung oder Aufhebung der BBMG durch entsprechend verbundene Beitragssteigerungen für einige Bürger einer vermuteten gesamtwirtschaftlichen Verbesserung entgegensteht. Letzterem Argument kann allerdings entgegengehalten werden, dass diese An- oder Aufhebung die Nachfrage nicht spürbar senken würde, da bei diesen Haushalten die Sparquote vergleichsweise hoch ist.¹⁹⁹

Neben den höheren Beiträgen für einkommensstärkere Bürger, die durch die Veränderung der BBMG entstehen, kritisieren Gegner zudem die höhere Belastung durch die Ausweitung der Bemessungsgrundlage. Privatpersonen würden möglicherweise dazu veranlasst werden, weniger Investitionen zu tätigen und weniger Erträge, beispielsweise aus Vermietung und Verpachtung, zu generieren, da sie diese im neuen System mit verbeitragen müssten. Die Anreize würden dahingehend geleitet werden, Verluste durch entsprechende Ausgaben geltend zu machen oder grundsätzlich weniger einzunehmen. Sofern Kapitalerträge in der Beitragsberechnung berücksichtigt werden, könnte dies im gewerblichen Sektor schlimmstenfalls zu einer Verlagerung der Produktion ins Ausland führen.²⁰⁰

Auch der entstehende höhere Verwaltungsaufwand, der mit der Einführung einer BV einhergeht, wird von Kritikern angefochten. Die BV würde nach ihnen eher eine negative Beschäftigungswirkung haben, da die Arbeitskosten durch die veränderten Umstände steigen würden.²⁰¹ Dass der Verwaltungsaufwand einen solch enormen Stellenwert erhalten kann, dass in diesem Zusammenhang auf eine negative Beschäftigungswirkung zu schließen ist, wird allerdings von den Befürwortern der BV bezweifelt. Es bleibt zunächst abzuwarten, welches Modell der BV sich durchsetzt, um daraus konkretere Rückschlüsse auf die Ökonomie zu ziehen.²⁰²

194 Hierzu auch *Pilz*, *Der Sozialstaat*, S. 299.

195 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*, S. 160; sowie *Weinberg*, *Eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist möglich*, S. 4.

196 Siehe auch *Oberender/ Zerth*, *Die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens aus gesundheitsökonomischer Perspektive*, S. 108.

197 Exemplarisch *Stephanek*, *Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen*, S. 289-290.

198 Vgl. *Irmer*, *Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem*, S. 49-50.

199 Siehe hierzu auch *Pilz*, *Der Sozialstaat*, S. 299.

200 Hierzu auch *Kirchhof*, *Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten- „BV“*, S. 5; sowie *Römer/ Borell*, *Die Bürgerversicherung: Die falsche Medizin für die Krankenversicherung*, S. 29.

201 Siehe unter anderem *Pilz*, *Der Sozialstaat*, S. 300.

202 Hierzu auch *Pimpertz*, *Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen*, S. 18.

F. Fazit

Zuletzt gilt es, die in den vorherigen Abschnitten behandelten Themen kurz aufzugreifen und sich den ursprünglichen Thesen sowie der Fragen zu widmen, um dann zu einem abschließenden Ergebnis zu kommen.

Es ist darauf hinzuweisen, dass die Quellen, die zur Bearbeitung herangezogen wurden, zum Teil sehr kontroverse Standpunkte vertreten. Diese wurden, aufgrund der teilweise interessengesteuerten Ansichten, mit Bedacht berücksichtigt. In der Untersuchung galt es daher vor allem, die Situation aus neutraler Perspektive zu beurteilen.

Für eine umfassende Einschätzung wurden in einem ersten Schritt zunächst die Ausprägungen des derzeitigen KV-System dargelegt. Im Anschluss daran konnten die aktuellen Problemfelder und Herausforderungen beleuchtet werden, um die momentan bestehenden Schwachstellen zu analysieren und zu konkretisieren. Nachdem ein Überblick über das derzeitige System und dessen Probleme erlangt wurde, galt es dann im Abschnitt C., die BV als mögliche Alternative vorzustellen und zu erläutern. In diesem Zusammenhang wurde auch die im Vereinigten Königreich bestehende BV hinsichtlich ihrer Konzeption und deren Folgen erörtert, um daraus mögliche Probleme für Deutschland abzuleiten.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen konnten in einem weiteren Abschnitt Argumente für und gegen das derzeitige und das alternative System angeführt werden, um sich durch die Abwägung ein strukturierteres Bild der Vor- und Nachteile zu verschaffen. Um eine umfassende Analyse zu gewährleisten, wurden im Abschnitt E. abschließend mögliche Veränderungen und Folgen aus verschiedenen Blickwinkeln thematisiert. Dies erfolgte zum einen aus verbraucherrechtlicher Sicht anhand eines Interviews mit der Verbraucherzentrale. Zum anderen wurden verfassungsrechtliche Herausforderungen und ökonomische Bedenken aufgezeigt.

Resümierend lässt sich nach einer differenzierten Analyse festhalten, dass das duale System langfristig gesehen nicht mehr tragbar ist.²⁰³ Im Abschnitt B. wurde dargelegt, dass nicht nur die GKV und die PKV für sich mit Problemen konfrontiert sind, sondern dass es vor allem auch wechselseitige Schwierigkeiten gibt, die sich aus der Dualität der Zweige ergeben. Der derzeitige Umstand lässt daher an einer nachhaltigen Entwicklung zweifeln.²⁰⁴ Diese Ansicht wird vor allem auch von der Verbraucherzentrale bestätigt, die aufgrund ihrer täglichen Erfahrungen alarmierende Einschätzungen verlautbaren ließ. Eine umfassende Reform ist über kurz oder lang somit unausweichlich.²⁰⁵ Ob allerdings die BV als alternatives Modell eine geeignete Lösung darstellt, wurde vorangehend geprüft, sodass auf dieser Basis nun eine fundierte Aussage getroffen werden kann.

Die eingangs geäußerten Zweifel bezüglich eines fehlenden einheitlichen Konzeptes können beseitigt werden. Auch wenn noch nicht in allen Punkten eine Einigung gefunden wurde, so sind sich die genannten Parteien dennoch in den wesentlichen und entscheidenden Aspekten, wie eine BV ausgestaltet werden soll, durchaus einig. Weitere Verhandlungen würden nicht derart ins Gewicht fallen, als dass man noch von einer unausgereiften Idee sprechen könnte, die als Einheit nicht zu bewerten sei.²⁰⁶

Mit der BV würde man versuchen, die derzeitigen Probleme zu beheben und stößt mit dem Konzept vor allem aufgrund der stärkeren Auslebung des Solidaritätsgedankens und der wenig

203 Exemplarisch dazu *Sörensen*, Kostenerstattung im ambulanten Gesundheitswesen, S. 317; sowie *Walendzik*, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, S. 11.

204 Hierzu unter anderem *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 10.

205 Vgl. dazu *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 99.

206 Siehe auch *Arentz/Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1

komplexen Ausgestaltung auf breite Zustimmung.²⁰⁷ Sie würde mehr Stabilität, Gerechtigkeit und Chancengleichheit gewährleisten, da sie den Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung nicht durch Barrieren, wie die Einkommensabhängigkeit, zu versperren vermag.²⁰⁸ Allerdings wird an die BV, vorrangig aus wirtschaftlichen Gesichtspunkten, der Anspruch gestellt, ein tragfähiges Modell für die Zukunft zu sein. Der bisweilen noch akzeptable Standard in der Gesundheitsversorgung muss in diesem Zusammenhang ebenso garantiert werden wie eine langfristige Finanzierung.²⁰⁹

Um künftig auftretende Probleme einer BV einschätzen zu können, wurde ein kurzer Einblick in die Situation im Vereinigten Königreich gewährt. Es konnten bedenkliche Folgen der BV aufgezeigt werden, die von einer unzureichenden Gesundheitsversorgung über unverhältnismäßig lange Wartezeiten bis hin zu einer ausgeprägten „Zwei-Klassen-Medizin“ reichen.²¹⁰ Nach dieser Betrachtung erscheint die Einführung der BV wenig ratsam. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass der Wohlfahrtsstaat des Vereinigten Königreiches mit dem Beveridge-Modell auf einer anderen Basis gründet. Die geringen Sozialleistungen sind, ebenso wie der hohe Stellenwert der eigenverantwortlichen Vorsorge, kaum mit dem deutschen Modell vereinbar. Aus diesem Grund sollten Rückschlüsse auf Deutschland grundsätzlich mit äußerster Vorsicht gezogen werden. Nicht jedes Problem, das im Vereinigten Königreich durch den NHS verursacht wurde, kann auch auf das deutsche System abgeleitet werden.²¹¹ So scheint die Befürchtung, dass es auch in Deutschland zu einer Abwanderung der Mediziner und so zu unverhältnismäßig langen Wartezeiten kommen könnte, als unhaltbar, da die BV die Investitionen in das Gesundheitswesen nicht zu beeinträchtigen vermag.²¹² Hinsichtlich der „Zwei-Klassen-Medizin“ kann allerdings davon ausgegangen werden, dass diese aufgrund der bestehenden Möglichkeit, den Leistungsumfang im Rahmen von Zusatzversicherungen aufzubessern, nicht vollends zu unterbinden ist. Dass sie sich mit der Einführung der BV noch verstärkt, kann hingegen nicht angenommen werden.²¹³

Die Nachhaltigkeit der BV scheint allerdings bedenklich, da sie hinsichtlich ihrer Struktur und ihrer Finanzierung an den Grundsätzen der GKV anknüpft. Wie bereits im Abschnitt D. erläutert, weist das in der GKV im Rahmen der Finanzierung verwendete Umlageverfahren erhebliche Probleme auf. Die Erweiterung des Personenkreises sowie eine Anhebung oder Abschaffung der BBMG können als Argumente für eine nachhaltige Finanzierung nicht überzeugen, da damit die Probleme im Kern nicht behoben werden. Da vor allem rechtliche Schranken einer sofortigen Überführung aller Bürger entgegenstehen und so bei der Berechnung der Beiträge eben auch nur der derzeitige Versichertenstamm der GKV zu berücksichtigen ist, kann zudem weder von einer sofortigen Beitragssenkung noch von einer dauerhaften Beitragsstabilität ausgegangen werden.²¹⁴

207 Exemplarisch *Jacobs*, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems, S. 654; sowie *Irmer*, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem, S. 103.

208 Vgl. in diesem Zusammenhang auch *Lauterbach*, Das Prinzip der Bürgerversicherung, S. 63; sowie *Lenze/ Zuleeg*, Europa- und verfassungsrechtliche Aspekte der Neugestaltung der sozialen Sicherung, S. 462.

209 Hierzu auch *Bieback*, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, S. 143.

210 Vgl. *Ham et al.*, Where next for the NHS reforms?, S. 3; sowie *Schulze Ehring*, Rationierung und Wartezeit in Großbritannien, S. 13.

211 Siehe auch *Simonet*, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role, S. 96; sowie *Hartmann*, Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext, S. 247.

212 Hierzu exemplarisch *Neumann/ Schaper*, Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, S. 366.

213 Vgl. in diesem Zusammenhang *Gaßner/ Strömer*, Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden?, S. 561.

214 Siehe unter anderem *Pimpertz*, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen, S. 15; sowie *Arentz/ Läufer*, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, S. 1-2.

Neben den Aspekten der fehlenden Schutzbedürftigkeit bereits Versicherter und der Wahrung des Bestandsschutzes, die eine rasche Übergangsphase verhindern, wurden im Abschnitt E. weitere verfassungsrechtliche Bedenken geäußert, welche allerdings größtenteils widerlegt werden konnten. Ob die BV allerdings eine verhältnismäßige Einschränkung der allgemeinen Handlungsfreiheit darstellt, bleibt offen, da aufgrund der Kompaktheit der Untersuchung nicht hinreichend abgewogen werden konnte, ob es nicht doch ein milderer Mittel, als die Einführung einer BV, gäbe.

Abschließend bleibt zu sagen, dass es gelungen ist, die wesentlichen Aspekte des KV-Systems und der BV herauszuarbeiten und anhand dieser Ergebnisse die eingangs aufgestellten Thesen und Fragen zu klären. Auf weitere zur Diskussion stehende Reformoptionen wurde nicht eingegangen. Da aber aus der vorliegenden Abhandlung hervorging, dass das derzeitige System langfristig nicht mehr handlungsfähig ist, wäre es möglich, sich in einer weiteren wissenschaftlichen Untersuchung mit dem Vergleich der verschiedenen Konzepte auseinanderzusetzen. Ökonomisch betrachtet, würde vor allem eine Mehssäulenstrategie geeignet erscheinen, die sich nicht allein auf die Umlagefinanzierung, sondern auch auf eine partielle Kapitaldeckung mit Selbstbeteiligung stützt.²¹⁵

215 Siehe hierzu exemplarisch *Oberender/ Zerth*, Die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens aus gesundheitsökonomischer Perspektive, S. 115; sowie *Stephanek*, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen, S. 289.

Literaturverzeichnis

- AOK BUNDESVERBAND, Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, unter: http://aok-bv.de/hintergrund/gesetze/index_15051.html (Stand: 24.10.2016).
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER KASSENZAHNÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN (zitiert: AG der KZVn), Die Bürgerversicherung auf dem Prüfstand, Stuttgart 2013.
- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SOZIALDEMOKRATINNEN UND SOZIALDEMOKRATEN IM GESUNDHEITSWESEN, Bürgerversicherung, unter: https://www3.spd.de/spd_organisationen/ASG/buergerversicherung/ (Stand: 29.10.2016).
- ARENTZ, Christine/ LÄUFER, Ines, Die Bürgerversicherung: mal wieder die Lösung allen Übels?, Der Ordnungspolitische Kommentar 6/2013, Institut für Wirtschaftspolitik an der Universität Köln, Köln 2013.
- BANNENBERG, Ullrich, Private Krankenversicherung, in: Nagel, Eckhard (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland- Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, 5. Auflage, Köln 2013, S. 111-119.
- BeckK: BECKER, Ulrich/ KINGGREEN, Thorsten (Hrsg.), Beck'scher Kommentar zum SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 5. Auflage, München 2017 (zitiert: BeckK SGB V- Bearbeiter).
- BeckOK: EPPING, Volker/ HILLGRUBER, Christian (Hrsg.), Beck'scher Online-Kommentar zum GG, 30. Edition, München 2016 (zitiert: BeckOK GG- Bearbeiter).
- BESKE, Fritz/ DRABINSKI, Thomas, Veränderungsoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung- Bürgerversicherung, Kopfpauschale und andere Optionen im Test, Kiel 2004.
- BEZIRKSÄRZTEKAMMER RHEINHESSEN, Das Gesundheitssystem in Großbritannien, unter: <https://gesundheitsseiten.de/start.php?nas=1,0350,0200> (Stand: 24.11.2016).
- BIEBACK, Karl-Jürgen, Verfassungsrechtliche Aspekte einer „Bürgerversicherung“, in: Engelen-Kefer, Ursula (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung: Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg 2004, S. 126-155.
- BÖHME, Ricarda, Verantwortliches Verhalten im deutschen Gesundheitssystem- Eine gerechtigkeitspsychologische Untersuchung, Hamburg 2012.
- BORMANN, René et al., Zukunft des Gesundheitssystems: Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft, WISO-Diskurs, Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2009.
- BOSLAUGH, Sarah, Health Care Systems Around the World- A Comparative Guide, Los Angeles 2013.
- BREYER, Friedrich, Legale und illegale Wege zu einer Bürgerversicherung, in: Wirtschaftsdienst, Zeitgespräch: Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?, 2012, 92. Jahrgang, Heft 10, S. 655- 658.
- BRÜGGENJÜRGEN, Bernd, Prävention und Private Krankenversicherung, in: Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift 2011, Vol. 136 (05), S. 218-222.
- BUCHNER, Florian/ WASEM, Jürgen, Finanzmanagement in Krankenversicherungen, in: Busse, Reinhard et al.: Management im Gesundheitswesen- Das Lehrbuch für Studium und Praxis, 3. Auflage. Berlin 2013, S. 260-278.
- BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Gesundheit, unter: <https://www.gruene.de/themen/soziale-gerechtigkeit/gesundheit.html> (Stand: 29.10.2016).
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALES, Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, Bericht der Kommission, Berlin 2003.
- BUNDESZENTRALE FÜR POLITISCHE BILDUNG, Gesetzliche und private Krankenversicherung, unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179184/gkv-und-pkv> (Stand: 28.10.2016).
- Wohlfahrtsstaatliche Grundmodelle, unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55072/wohlfahrtsstaatliche-grundmodelle?p=all> (Stand: 22.10.2016).
- CASSEL, Dieter, Demographischer Wandel - Folgen für die Gesetzliche Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, Berlin 2001, Vol. 81, Nr. 2, S. 87-91.
- DAK GESUNDHEIT, Jahresarbeitsentgeltgrenze- die aktuellen Werte, unter: <https://www.dak.de/dak/arbeitgeber/Jahresarbeitsentgeltgrenze-1076326.html> (Stand: 24.10.2016).
- DANNER, Günter, Soziale Zukunft und Eurokrise- Selbstverwaltung, Staatsferne und höhere Freiheitsgrade als Markenzeichen des deutschen Systems in Zeiten politischer Anspannung, in: Klusen, Norbert/ Meusch, Andreas (Hrsg.), England and Germany in Europe- What Lessons Can We Learn from Each Other?, European Health Care Conference, Band 32, Baden-Baden 2011, S. 131-144.
- DEPENHEUER, Otto, „Bürgerversicherung“ und Grundgesetz, in: NZS (Neue Zeitschrift für Sozialrecht), Heft 6, 2014, S. 201-206.
- DESTATIS, Bevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011, unter: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/Zensus_Geschlecht_Staatsangehoerigkeit.html;jsessionid=1B193888D2F71D1C87DC99B5C218B893.cae1 (Stand: 22.10.2016).
- DIE LINKE, Bürgerversicherung, unter: <https://www.die-linke.de/index.php?id=3166> (Stand: 29.10.2016).
- DIE TECHNIKER, Beitragsbemessungsgrenzen, unter:

- <https://www.tk.de/tk/beratung/versicherung-und-beitraege/bemessungsgrenzen/345818> (Stand: 24.10.2016).
- DILLMANN, Franz/ MUSIL, Jennifer, Ein Gespenst geht um: Die Bürgerversicherung - verfassungsrechtlich bedenklich, in: Wegerich, Thomas (Hrsg.), Publicus - Der Online-Spiegel für das Öffentliche Recht, Stuttgart 2010.2, S. 28-30.
- DIXON, Jennifer *et al.*, Health Care reform in the UK's National Health Service, in: Klusen, Norbert/ Meusch, Andreas (Hrsg.), England and Germany in Europe- What Lessons Can We Learn from Each Other?, European Health Care Conference, Band 32, Baden-Baden 2011, S. 47-62.
- GASSNER, Maximilian/ STRÖMER, Jens, Kann durch die Einführung der „Bürgerversicherung“ einer „Zwei-Klassen-Medizin“ entgegengewirkt werden?, in: NZS (Neue Zeitschrift für Sozialrecht), Heft 15, 2013, S. 561-569.
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES, Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. €, unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwdinit?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=64899230&nummer=322&p_sprache=D&p_in dsp=4049&p_aid=12935117 (Stand: 27.10.2016).
- Private Kranken- und Pflegeversicherung, Beitragseinnahmen in Mio. €, unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=28724115&nummer=245&p_sprache=D&p_in dsp=-&p_aid=28204362 (Stand: 22.11.2016).
- GÖBBELS, Hans, Arzt und private Krankenversicherung : Wesen, Geschichte und Bedeutung der deutschen privaten Krankenversicherung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt ihrer Beziehungen zum Arzt, Berlin 1940.
- GÜHL, Kristin, Reformansätze für das deutsche Gesundheitswesen- Welche Lösungsvorschläge bietet das niederländische Gesundheitssystem, Hamburg 2012.
- HAGIST, Christian, Demography and Social Health Insurance - An international comparison using generational accounting, Baden-Baden 2008.
- HAM, Chris *et al.*, Where next for the NHS reforms? - The case for integrated care, The Kings Fund - Ideas that change health care, London 2011.
- HARTMANN, Jürgen, Das politische System der Bundesrepublik Deutschland im Kontext - Eine Einführung, Wiesbaden 2004.
- HOF, Bernd, Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung, Köln 2001.
- HOFFRITZ, Jutta, Gesundheit – kein Produkt wie jedes andere, in: APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte) , Bonn 2003, Heft B33/34, S. 3-5.
- HOPKINSON, Nicholas, Defending the UK's National Health Service, in: The Lancet, 7.7.2012, Vol.380 (9836), S. 26-27.
- LIFFE, Steve, Allgemeinpraxis und regulierter Marktentwicklung der ambulanten Versorgung in Großbritannien, in: Abholz, Heinz-Harald et al. (Hrsg.), Jahrbuch für kritische Medizin, Band 25, Hamburg, 1995, S. 134-146.
- IRMER, Manuel, Die richtige Medizin für das kranke Gesundheitssystem- Bürgerversicherung- Prämiennmodell- Alternativkonzept?, Hamburg 2009.
- ISENSEE, Josef, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, in: NZS (Neue Zeitschrift für Sozialrecht), Bonn 2004, S. 393-401.
- JACOBS, Klaus, Die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems – eine längst überfällige Reform, in: Wirtschaftsdienst, Zeitgespräch: Dualität aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt?, 2012, 92. Jahrgang, Heft 10, S. 651- 655.
- JACOBS, Klaus *et al.*, Bürgerversicherung versus Kopfpauschale- Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Diskussionspapier des Gesprächskreis Arbeit und Soziales, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2013.
- JACOBS, Klaus/ SCHULZE, Sabine, Bürgerversicherung in wettbewerblicher Sicht, in: Engelen-Kefer, Ursula (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung: Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg 2004, S. 85-109.
- Kom-GG: HERZOG, Roman *et al.* (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, 78. Ergänzungslieferung, München 2016 (zitiert: Kom-GG - Bearbeiter).
- KIRCHHOF, Ferdinand, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten-„Bürgerversicherung“ (BV), in: NZS (Neue Zeitschrift für Sozialrecht), Heft 1, 2004, S. 1-7.
- KIRSTEN, Konstantin, Der Tarif- und Versichererwechsel des Versicherungsnehmers in der privaten Krankenversicherung, Karlsruhe 2005.
- KLENK, Tanja, Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung - Universitäten, Krankenkassen und andere öffentliche Körperschaften, Frankfurt/ Main 2008.
- KNAPPE, Eckhard, Gesundheitsreformen im Konflikt zwischen nachhaltiger Finanzierung, Effizienz und sozialem Ausgleich, Arbeitspapier Nr. 8, Zentrum für Sozialpolitik, Bremen 2007.
- KRANKENKASSEN DEUTSCHLAND, Die Entwicklung der Krankenkassenbeiträge, unter: <https://www.krankenkassen.de/dpa/173664.html> (Stand: 26.10.2016).
- Liste der Krankenkassen mit Zusatzbeitrag, alphabetisch geordnet, unter: <https://www.krankenkassen.de/gesetzliche-krankenkassen/krankenkasse-beitrag/kein-zusatzbeitrag/> (Stand: 02.12.2016).

- KRANKENKASSENINFO, Neue Zahlen: PKV verliert Mitglieder im sechsstelligen Bereich, unter: <http://www.krankenkasseninfo.de/news/neue-zahlen-pkv-verliert-mitglieder-im-sechsstelligen-bereich-59989> (Stand: 15.12.2016).
- KULBE, Arthur, Die gesetzliche und private Krankenversicherung: Das neue Recht nach dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993, Freiburg 1993.
- LAUTERBACH, Karl *et al.*, Bürgerversicherung und Gesundheit, in: Strengmann-Kuhn, Wolfgang (Hrsg.), Das Prinzip Bürgerversicherung: die Zukunft im Sozialstaat, Wiesbaden 2005, S. 67-82.
- LAUTERBACH, Karl, Das Prinzip der Bürgerversicherung - Alle Bürger und alle Einkommensarten tragen bei, dann sinken die Beitragssätze, in: Engelen-Kefer, Ursula (Hrsg.), Reformoption Bürgerversicherung: Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann, Hamburg 2004, S. 48-63.
- LEISNER, Walter, Sozialversicherung und Privatversicherung - Dargestellt am Beispiel der Krankenversicherung, Berlin 1974.
- LENZE, Anne/ ZULEEG, Manfred, Europa- und verfassungsrechtliche Aspekte der Neugestaltung der sozialen Sicherung, in: NZS (Neue Zeitschrift für Sozialrecht), Heft 9, 2006, S. 456-462.
- MüKo VVG: LANGHEID, Theo/ WANDT, Manfred (Hrsg.), Münchner Kommentar zum VVG, 1. Auflage, München 2009 (zitiert: MüKo VVG-Bearbeiter).
- NEUMANN, Lothar/ SCHAPER, Klaus, Die Sozialordnung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2010.
- OBERENDER, Peter *et al.*, Wachstumsmarkt Gesundheit, 2. Auflage, Stuttgart 2006.
- OBERENDER, Peter/ ZERTH, Jürgen, Die zukünftige Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens aus gesundheitsökonomischer Perspektive: Grundlegende anreizbezogene Anmerkungen, in: Matusiewicz, David/ Wasem, Jürgen (Hrsg.), Gesundheitsökonomie- Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven, Berlin 2014, S. 103-120.
- PILZ, Frank, Der Sozialstaat: Ausbau – Kontroversen – Umbau, Bonn 2009.
- PIMPERTZ, Jochen, Bürgerversicherung – kein Heilmittel gegen grundlegende Fehlsteuerungen: Argumente zur Orientierung in einer komplexen Reformdiskussion, IW policy paper, Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2013.
- RÖMER, Michael/ BORELL, Rolf, Die Bürgerversicherung: Die falsche Medizin für die Krankenversicherung - Zu den Vorschlägen von SPD und GRÜNEN, Karl-Bräuer-Institut des Bundes der Steuerzahler e. V, Sonderinformation 47, 2005.
- ROSENBRÖCK, Rolf/ GERLINGER, Thomas, Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung, 3. Auflage, Bern 2014.
- SACHVERSTÄNDIGENRAT ZUR BEGUTACHTUNG DER GESAMTWIRTSCHAFTLICHEN ENTWICKLUNG, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen, Jahresgutachten, Wiesbaden 2005/2006.
- SAUERLAND, Dirk, Künftige Ausgabenentwicklung in der GKV und ihre Finanzierung, in: Wirtschaftsdienst 2005, S. 672-680.
- SCHREYÖGG, Jonas/ BUSSE, Reinhard, Leistungsmanagement von Krankenversicherungen, in: Busse, Reinhard *et al.*: Management im Gesundheitswesen, 3. Auflage, Berlin 2013, S. 23-50.
- SCHÜFFNER, Marc/ FRANCK, Philipp, Der Zugang zur privaten Krankenversicherung, in: Sodan, Helge *et al.*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage, München 2014, § 43.
- SCHULZE, EHRING, Frank, Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht, WIP-Diskussionspapier, Köln 2006.
- SIMON, Michael, Das Gesundheitssystem in Deutschland - Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern 2016.
- SIMONET, Daniel, Changes in the Delivery of Primary Care and in Private Insurers' Role in United Kingdom, Italy, Germany, Switzerland and France, in: Journal of Medical Marketing Device Diagnostic and Pharmaceutical Marketing, 2009, Vol.9(2), S. 96-103.
- SINGER, Reinhard, Selbstbestimmung und Verkehrsschutz im Recht der Willenserklärung, München 1995.
- SODAN, Helge, Die „Bürgerversicherung“ als Bürgerzwangsversicherung, in: ZRP (Zeitschrift für Rechtspolitik), Heft 7, 2004, S. 217-221.
- Duales Krankenversicherungssystem, in: Sodan, Helge *et al.*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage, München 2014, § 11.
 - Verfassungsrechtliche Grundlagen der Krankenversicherung, in: Sodan, Helge *et al.*, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 2. Auflage, München 2014, § 2.
- SÖRENSEN, Constanze, Kostenerstattung im ambulanten Gesundheitswesen: Eine informationsökonomische Betrachtung der Effekte und empirische Analyse, Hamburg 2011.
- SPD PARTEIVORSTAND, Bericht der Projektgruppe Bürgersozialversicherung, Die Bürgerversicherung - Vorschlag für ein solidarisches, gerechtes und leistungsfähigeres Gesundheitssystem, Berlin 2011.
- STATISTA, Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2010 bis 2016 (in Millionen), unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/> (Stand: 23.10.2016).
- STEPHANEK, Jörg, Reformoptionen im deutschen Gesundheitswesen - Eine ökonomische Analyse, Hamburg 2008.

- UEBERLE, Max, Krankenversicherungssysteme im Vergleich - Perspektiven für einen Systemwettbewerb zwischen Integrierter Versorgung und der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, Stuttgart 2003.
- VERBAND DER PRIVATEN KRANKENVERSICHERUNG E. V., Vorteile des deutschen Gesundheitssystems, Berlin 2014.
- VOLKMANN, Uwe, Staatsrecht II, Grundrechte, 2. Auflage, München 2011.
- WALENDZIK, Anke, Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen, WISO-Diskurs, Kurzgutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2009.
- WASEM, Jürgen, Bürgerpauschale – Gesundheitsprämie – Bürgerversicherung, unter: <http://www.ruhr-uni-bochum.de/sozialreformen/downloads/Ringvorlesung%20Bochum%20Mai%202005.pdf>, (Stand: 23.11.2016).
- WEINBERG, Harald, Eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist möglich, in: Standpunkte 27/2011, Berlin 2011.
- WILLHÖFT, Cord, Tendenzen zu einem europäischen Gesundheitsdienstemarkt - Ingerenzen des Rechts der Europäischen Union auf die Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung, Frankfurt am Main 2004.
- ZIMMERMANN, Thomas, Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung aus der Perspektive des deutschen Gesundheitssystems- Status quo, Bestimmungsgründe und Entwicklungspotenziale, in: Klusen, Norbert/ Meusch, Andreas (Hrsg.), Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Band 20, Baden-Baden 2008.

Rechtswissenschaftliche Beiträge der Hamburger Sozialökonomie

ISSN 2366-0260 (print)

ISSN 2365-4112 (online)

Bislang erschienene Hefte:

Heft 1

Felix Boor, Die Yukos-Enteignung. Auswirkungen auf das Anerkennungs- und Vollstreckungssystem aufgehobener ausländischer Handelsschiedssprüche

Heft 2

Karsten Nowrot, Sozialökonomie als disziplinäre Wissenschaft. Alternative Gedanken zur sozialökonomischen Forschung, Lehre und (Eliten-) Bildung

Heft 3

Florian Hipp, Die kommerzielle Verwendung von frei zugänglichen Inhalten im Internet

Heft 4

Karsten Nowrot, Vom steten Streben nach einer immer wieder neuen Weltwirtschaftsordnung. Die deutsche Sozialdemokratie und die Entwicklung des Internationalen Wirtschaftsrechts

Heft 5

Karsten Nowrot, Jenseits eines abwehrrechtlichen Ausnahmecharakters. Zur multidimensionalen Rechtswirkung des Widerstandsrechts nach Art. 20 Abs. 4 GG

Heft 6

Karsten Nowrot, Grundstrukturen eines Beratungsverwaltungsrechts

Heft 7

Karsten Nowrot, Environmental Governance as a Subject of Dispute Settlement Mechanisms in Regional Trade Agreements

Heft 8

Margaret Thornton, The Flexible Cyborg: Work-Life Balance in Legal Practice

Heft 9

Antonia Fandrich, Sustainability and Investment Protection Law. A Study on the Meaning of the Term *Investment* within the ICSID Convention

Heft 10

Karsten Nowrot, Of "Plain" Analytical Approaches and "Savior" Perspectives: Measuring the Structural Dialogues between Bilateral Investment Treaties and Investment Chapters in Mega-Regionals

Heft 11

Maryna Rabinovych, The EU Response to the Ukrainian Crisis: Testing the Union's Comprehensive Approach to Peacebuilding

Heft 12

Marita Körner, Die Datenschutzgrundverordnung der Europäischen Union: Struktur und Ordnungsprinzipien