

Diskussionsbeitrag aus dem  
Fachbereich Wirtschaftswissenschaften  
Universität Duisburg-Essen  
Campus Essen

Nr. 147

Oktober 2005

**Nichtversicherte Personen im  
Krankenversicherungssystem der  
Bundesrepublik Deutschland – Bestandaufnahme  
und Lösungsmöglichkeiten**

Stefan Greß, Anke Walendzik, Jürgen Wasem



# Inhalt

0	Executive Summary .....	5
1	Einleitung .....	9
2	Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Veränderte sozioökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen .....	11
2.1	Erwerbstätigkeit in Deutschland: Entwicklungslinien und Problembereiche .....	11
2.2	Reformkonzepte in der GKV: Abgrenzung der Solidargemeinschaft .....	18
2.2.1	Regelungen für alle Personengruppen.....	19
2.2.2	Regelungen für Erwerbspersonen .....	20
2.2.3	Regelungen für Nichterwerbspersonen .....	26
2.3	Sozioökonomischer Wandel und Abgrenzung der Solidargemeinschaft.....	30
2.4	Hartz IV und der Zugang zur GKV.....	32
2.4.1	Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen .....	33
2.4.2	Auswirkungen von Hartz IV auf das Risiko der Nichtversicherung.....	36
3	Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Angebot und Nachfrage .....	39
3.1	Angebot von gesetzlicher Krankenversicherung.....	39
3.2	Angebot von privater Krankenversicherung .....	45
3.3	Nachfrage nach Krankenversicherung .....	47
4	Anzahl und Zusammensetzung der Nichtversicherten.....	50
4.1	Mikrozensus im Längsschnitt 1991 bis 2003 .....	52
4.2	Mikrozensus im Querschnitt 2003 .....	55
5	Folgen von Nichtversicherung .....	62
5.1	Rechtliche Rahmenbedingungen für die Versorgung Nichtversicherter.....	63
5.2	Individuelle Folgen von Nichtversicherung .....	64
5.3	Gesellschaftliche Folgen von Nichtversicherung.....	65
6	Reformoptionen.....	67

6.1	Allgemeine Versicherungspflicht in einem einheitlichen Versicherungssystem.....	69
6.2	Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen in der GKV .....	71
6.3	Erweiterung der Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt in die GKV .....	72
6.4	Kontrahierungszwang für Standardverträge in der PKV .....	73
7	Literatur.....	75

## Tabellen und Abbildungen

Tabelle 1: Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen in Deutschland 1991 bis 2004 .....	12
Tabelle 2: Erwerbstätige nach Erwerbsstatus in Deutschland 1991 - 2004 .....	14
Tabelle 3: Selbständige in erster Erwerbstätigkeit 1991 bis 2001 .....	15
Tabelle 4: Geringfügig entlohnte Beschäftigte 1999 bis 2004.....	16
Tabelle 5: Förderung der Selbständigkeit nach SGB III (Förderfälle) 1994-2003 .....	17
Tabelle 6: Nichtversicherte in Deutschland 1991 bis 2003.....	53
Tabelle 7: Nichtversicherte nach Beteiligung am Erwerbsleben 1991 bis 2003.....	54
Tabelle 8: Nichtversicherte Erwerbstätige nach Erwerbsstatus 1991 bis 2003 .....	55
Tabelle 9: Nichtversicherte nach Einkommen 2003 .....	57
Tabelle 10: Nichtversicherte nach überwiegendem Lebensunterhalt 2003 .....	58
Tabelle 11: Nichtversicherte nach Familienstand 2003 .....	59
Tabelle 12: Nichtversicherte nach Alter 2003.....	59
Tabelle 13: Nichtversicherte nach Staatsangehörigkeit 2003 .....	60
Tabelle 14: Nichtversicherte nach Wochenarbeitszeit 2003 .....	60
Tabelle 15: Nichtversicherte nach Schulabschluss 2003 .....	61
Tabelle 16: Nichtversicherte Studierende 2003 .....	61
Tabelle 17: Übersicht über die Reformoptionen .....	74
Abbildung 1: Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für Erwerbstätige .....	42
Abbildung 2: Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für Erwerbslose und Nicht-Erwerbstätige.....	43

## Abkürzungen

ALG (I oder II)	Arbeitslosengeld
ALH	Arbeitslosenhilfe
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BA	Bundesagentur (vormals: Bundesanstalt) für Arbeit
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
EU	Europäische Union
EVS	Einkommens- und Verbrauchsstichprobe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GRG	Gesundheitsreformgesetz 1989
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz 1993
Hartz I bis IV	Erstes bis viertes Gesetz für moderne Dienstleistungen 2002 bis 2005
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
NAV	Normalarbeitsverhältnis
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
SVR	Sachverständigenrat

## **0 Executive Summary**

### **Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Veränderte sozioökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen**

Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses in Deutschland führt zu einem steigenden Anteil der Erwerbslosen – aber auch zu einem steigenden Anteil der Selbständigen und der geringfügig Beschäftigten an den Erwerbstätigen. Als Folge kommt es einerseits zu einer Erosion der Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. Andererseits werden mehr und mehr Personen vom Risiko der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem bedroht. Das gilt insbesondere für den steigenden Anteil Selbständiger und ausschließlich geringfügig Beschäftigter, die nicht pflichtversichert sind und keinen Anspruch auf Familienversicherung haben und sich wegen ihres geringen Einkommens keinen Krankenversicherungsschutz leisten können oder wollen.

Seit Ende der achtziger Jahre hat der Gesetzgeber den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für eine Reihe von Personengruppen sukzessive erschwert – insbesondere für Selbständige und Rentner. Diese Personengruppen fielen teilweise aus der Versicherungspflicht heraus und der Gesetzgeber erschwerte ihnen gleichzeitig den Zugang zur freiwilligen Versicherung in der GKV – insbesondere durch verschärfte Anforderungen an Vorversicherungszeiten. Parallel versuchte der Gesetzgeber, den Betroffenen durch die Einführung von Standardverträgen Zugang zu bezahlbarem Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung zu verschaffen.

Der Gesetzgeber hat mit sozialrechtlichen Regelungen versucht, die Solidargemeinschaft der GKV so abzugrenzen, dass sie vor Missbrauch geschützt wird. Nicht schützenswerte Personenkreise sollen keinen Zugang zur GKV bekommen. Vor dem Hintergrund des ebenfalls oben beschriebenen sozioökonomischen Wandels stellt sich die Frage, ob die vom Gesetzgeber vorgenommene Abgrenzung der Solidargemeinschaft die Risikolage der betroffenen Personengruppen hinreichend berücksichtigt. Die Abgrenzung besonders schutzbedürftiger von den nicht schutzbedürftigen Teilen dieser Personengruppen hat sich als gesetzgeberisch schwierig – wenn nicht sogar unmöglich – erwiesen. Das gilt insbesondere für kleine Selbständige, geringfügig Beschäftigte und die sehr heterogene Gruppe der über 55-jährigen.

Die Auswirkungen von Hartz IV auf den Zugang der Betroffenen zu Krankenversicherungsschutz sind nicht eindeutig. Es gibt Personengruppen, die als Folge von Hartz IV einen verbesserten GKV-Zugang haben. Dazu zählen insbesondere Empfänger von

ALG II, die vorher Sozialhilfe bezogen haben. Gleichzeitig gibt es Personengruppen, die als Folge von Hartz IV ein erhöhtes Risiko der Nichtversicherung aufweisen. Dazu zählen insbesondere Personen, die keinen Anspruch auf ALG II haben und vorher Arbeitslosenhilfe bezogen haben. Wegen der unbefriedigenden Datenlage lässt sich derzeit nicht sagen, welches Vorzeichen der Gesamteffekt von Hartz IV hat.

### **Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Angebot und Nachfrage**

Der Gesetzgeber schreibt den gesetzlichen Krankenkassen vor, welchen Personengruppen sie Versicherungsschutz anbieten müssen bzw. dürfen. Versicherungspflichtigen und Personen mit Anrecht auf freiwillige Versicherung muss auf Antrag ein Angebot gemacht werden. Allen anderen Personen darf kein Angebot gemacht werden. Vom Risiko der Nichtversicherten sind daher die Personengruppen mit dem Anrecht auf freiwillige Versicherung und die nicht in der GKV Versicherungsberechtigten betroffen.

Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen die privaten Krankenversicherer selbst entscheiden, welchen Antragstellern sie zu welchem Preis ein Angebot für Versicherungsschutz machen. Als Konsequenz der Prämienkalkulation in der PKV müssen Kranke und/oder Antragsteller mit einem hohen Eintrittsalter befürchten, einen überdurchschnittlich hohen Angebotspreis zu bezahlen oder überhaupt kein Angebot zu erhalten. Diese Situation ist vor allem für diejenigen Personengruppen problematisch, die sowohl alt und/oder krank sind als auch keinen Anspruch auf Versicherungsschutz in der GKV haben.

Die Nachfrage nach Krankenversicherung hängt vor allem von den Präferenzen und dem Einkommen der Nachfrager, dem Angebotspreis und den anfallenden Transaktionskosten ab. Es ist plausibel, dass die Nachfrage nach Krankenversicherung besonders bei solchen Personengruppen besonders zurückgeht, deren Einkommen fällt, die mit steigenden Angebotspreisen konfrontiert werden und die hohe Opportunitätskosten haben. Gerade diese Personengruppen sind aber ohnehin schon besonders stark vom Risiko der Nichtversicherung betroffen. Nachfrageseitige Faktoren wirken damit in die gleiche Richtung wie angebotsseitige Faktoren.

## **Anzahl und Zusammensetzung der Nichtversicherten**

Aus den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Auswertungen des Mikrozensus geht hervor, dass die Anzahl der Unversicherten seit Mitte der neunziger Jahre bis zum letzten Erhebungsjahr 2003 kontinuierlich wächst. Der Anteil der unversicherten Männer ist inzwischen deutlich höher als der Anteil der unversicherten Frauen. Der Anteil der Erwerbstätigen innerhalb der Gruppe der Unversicherten ist seit Mitte der neunziger Jahre am deutlichsten gestiegen. Innerhalb der Erwerbstätigen ist im gleichen Zeitraum der Anteil der Selbständigen am stärksten gestiegen. Diese Daten stützen die These, dass als Folge der strukturellen Veränderungen in der Erwerbstätigkeit – und der darauf nur unzureichend reagierenden gesetzlichen Regulierung des Zugangs zu Krankenversicherung – das Risiko der Nichtversicherung insbesondere für Erwerbstätige seit Mitte der neunziger Jahre deutlich zugenommen hat.

Auf Basis einer uns vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Unterstichprobe des Mikrozensus 2003 lässt sich die Zusammensetzung der Unversicherten genauer bestimmen. Danach ist der Anteil der Nichtversicherten bei Personen mit niedrigem und sehr hohem Einkommen überdurchschnittlich hoch. Besonders hoch ist der Anteil von Nichtversicherten darüber hinaus bei Personen, die überwiegend Einkünfte aus Vermögen beziehen, bei Geschiedenen, bei Ausländern, bei Personen ohne Schulabschluss und bei Personen mit einer Wochenarbeitszeit von über 40 Stunden.

## **Folgen von Nichtversicherung**

Nichtversicherte sind Selbstzahler, soweit sie keinen Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit im Rahmen der Sozialhilfe haben. Im ambulanten Bereich können Ärzte die für Nichtversicherte anfallenden Vergütungen innerhalb eines durch den Ordnungsgeber vorgegebenen Korridors variieren. Nichtversicherte finden unter Umständen keinen Leistungsanbieter für Behandlungen, die keine Notfälle sind. Bei Notfällen können Leistungserbringer die Behandlung von Nichtversicherten nicht verweigern und tragen das Ausfallrisiko.

Empirische Studien zum Einfluss von Nichtversicherung auf den Gesundheitszustand liegen für Deutschland noch nicht vor. Vergleichbare Studien aus den USA zeigen jedoch übereinstimmend, dass Krankheiten bei Nichtversicherten später erkannt und weniger häufig vermieden werden als bei Versicherten. Das liegt insbesondere an der verspäteten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Nichtversicherte. Außerdem gehen Nichtversicherte seltener zu Vorsorgeuntersuchungen als Versicherte. Die Krankheitslast und

Sterblichkeit bei Nichtversicherten ist höher als bei Personen mit Krankenversicherungsschutz.

Nichtversicherte nehmen – schon alleine wegen der rechtlichen Lage – wahrscheinlich häufiger als nötig und häufiger als Versicherte Notfallmedizin in Anspruch. Die Kosten müssen entweder von den Betroffenen selbst oder den Leistungserbringern getragen werden. Die Möglichkeiten zur Quersubventionierung zu Lasten gesetzlich oder privat Versicherte sind im deutschen Gesundheitssystem begrenzt. Unklar ist ebenso, wer die erst mittelfristig anfallenden Kosten verzögerter Behandlungen von Nichtversicherten tragen wird.

### **Reformoptionen**

Die öffentlichen Diskussionen der letzten Monate haben das Problem der Nichtversicherten auf die sozial- und gesundheitspolitische Agenda gesetzt. Eine Intervention des Gesetzgebers lässt sich vor allem damit begründen, dass ein möglichst umfassender Zugang zu Krankenversicherungsschutz gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen in hohem Maße entsprechen dürfte. Darüber hinaus könnte eine solche Intervention externe Effekte der Nichtversicherung vermeiden.

Am umfassendsten würde eine allgemeine Versicherungspflicht wie etwa in der Schweiz und den Niederlanden das Problem der Nichtversicherten lösen. Voraussetzungen wären allerdings ein kontrovers diskutiertes einheitliches Versicherungssystem und eine Überwachung der Versicherungspflicht. Alternativ wären auch Maßnahmen denkbar, die das Problem der Nichtversicherung zumindest teilweise lösen würde. Denkbar wären etwa in der GKV die Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen – zum Beispiel für kleine Selbständige – oder die Öffnung der freiwilligen Versicherung. Bei beiden Maßnahmen wäre der Verzicht auf Vorversicherungszeiten notwendig. Der Gesetzgeber könnte diese Maßnahmen durch einen Kontrahierungszwang für Standardverträge in der PKV ergänzen.

## 1 Einleitung<sup>1</sup>

Im Gegensatz zu anderen Ländern – insbesondere den USA – hat das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem in der öffentlichen Wahrnehmung in den letzten Jahrzehnten keine nennenswerte Rolle gespielt. Dies hat sich erst vor kurzem geändert – insbesondere als Folge des erhöhten Anteils von Selbständigen in der Bevölkerung und als Folge der Implementation der Hartz IV-Gesetzgebung.<sup>2</sup> Die Tatsache, dass es in Deutschland im Gegensatz zu Nachbarländern wie der Schweiz und (ab 2006) auch den Niederlanden keine Pflicht zur Versicherung für die Gesamtbevölkerung gibt, dringt stärker in das öffentliche Bewusstsein.

Vor diesem Hintergrund verfolgt diese Expertise die folgenden Ziele:

- Analyse der veränderten sozioökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für Krankenversicherungsschutz in Deutschland seit Anfang der neunziger Jahre einschließlich der Auswirkungen von Hartz IV (Abschnitt 2).
- Identifizierung der vom Risiko der Nichtversicherung bedrohten Personengruppen und Bestimmung von Faktoren, die das Angebot von und die Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz in Deutschland bestimmen (Abschnitt 3).
- Empirische Analyse der Anzahl und der Zusammensetzung der Nichtversicherten in Deutschland auf der Grundlage von Daten des Mikrozensus (Abschnitt 4).
- Analyse der individuellen und gesellschaftlichen Auswirkungen von Nichtversicherung (Abschnitt 5).
- Ableitung von gesundheitspolitischen Reformoptionen, die das Problem der Nichtversicherung ganz oder zumindest teilweise lösen können (Abschnitt 6).

---

<sup>1</sup> Die Erstellung dieses Beitrags wurde durch Forschungsmittel der Hans-Böckler-Stiftung gefördert.

<sup>2</sup> Eine kleine Auswahl aus Zeitungsüberschriften der letzten Monate: „Das Spiel mit dem Risiko“ (taz v. 14.4.2005); „300.000 nicht krankenversichert“ (Generalanzeiger v. 18.4.2005); „Zu reich fürs Sozialamt, zu arm für den Arzt“ (Tagesspiegel v. 18.4.2005); „Hartz IV- Hauptsache, nicht krank“ (Süddeutsche Zeitung v. 27.5.2005), „Wer die GKV verlässt, ist verlassen“ (Ärzte-Zeitung v. 7.7.2005).



## **2 Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Veränderte sozioökonomische und rechtliche Rahmenbedingungen**

Im ersten Teil dieser Arbeit soll zunächst der Hintergrund zur Einordnung des im weiteren Verlauf der Arbeit präsentierten empirischen Materials über die Entwicklung von Anzahl und Zusammensetzung des Kreises der nicht krankenversicherten Personen geliefert werden. Die Autoren gehen davon aus, dass sowohl sozioökonomische Veränderungen als auch – in der Regel im Wechselspiel mit diesen entstandene – rechtliche Veränderungen wichtige Erklärungsfaktoren für das Ausmaß der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem liefern.

Gerade die Zeit nach der Vereinigung ist geprägt von einer wachsenden Beschäftigungsproblematik sowie von Strukturverschiebungen innerhalb der Erwerbstätigkeit, die sich in einer wachsenden Flexibilisierung von Arbeitsformen ausdrücken. Parallel dazu setzt sich die Pluralisierung der persönlichen Lebensformen der Bevölkerung fort. Das System der GKV beruht im Grundsatz auf der Absicherung abhängig Beschäftigter und deren Familienangehöriger. Es liegt daher nahe, dass diese Veränderungen ein erhöhtes Risiko der Nichtversicherung für Personen bedeuten können, die aus dieser Personengruppe herausfallen (vgl. Abschnitt 2.1). Gleichzeitig hat insbesondere die Beschäftigungskrise zunehmenden Finanzierungsdruck auf das soziale System im Allgemeinen und die Zweige der Sozialversicherung im Besonderen bewirkt. Dies hat nicht unmaßgeblich zu zahlreichen Reformansätzen beigetragen, die den Zugang zur gesetzlichen und teilweise auch zur privaten Krankenversicherung beeinflussen (vgl. Abschnitt 2.2). Abschnitt 2.3 geht der Frage nach, ob der Gesetzgeber bei der nach und nach eingeführten Neuabgrenzung der Solidargemeinschaft den sozioökonomischen Wandel in der Erwerbstätigkeit angemessen berücksichtigt hat. Abschließend gehen die Autoren der Frage nach, welche Auswirkungen die Hartz IV-Gesetzgebung auf das Risiko der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem hat (Abschnitt 2.4).

### **2.1 Erwerbstätigkeit in Deutschland: Entwicklungslinien und Problembereiche**

Es ist zunächst zu untersuchen, welche für das Thema der Expertise relevanten strukturellen Verschiebungen im Bereich der Beschäftigung während des Untersuchungszeitraums stattgefunden haben. Ergänzend hierzu soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die Arbeitsmarktpolitik flankierend Anreize zu solchen Strukturveränderungen gesetzt hat und setzt.

Der Untersuchungszeitraum<sup>3</sup> ist – besonders nach der kurzen Phase des so genannten „Vereinigungsbooms“ – durch eine leichte Steigerung der Anzahl der Erwerbspersonen und einen deutlichen und lang andauernden Anstieg der Erwerbslosigkeit gekennzeichnet (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1: Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen in Deutschland 1991 bis 2004**

Jahr	Bevölkerung	Erwerbstätige	Erwerbslose	Erwerbspersonen	Nichterwerbspersonen
1991	54743	37126	2636	39762	14981
1992	54998	36617	3181	39798	15200
1993	55406	36070	3794	39864	15542
1994	55341	35765	4155	39920	15421
1995	55287	35727	4029	39756	15532
1996	55509	35634	3995	39629	15879
1997	55643	35439	4468	39907	15737
1998	55643	35498	4396	39894	15749
1999	55610	36026	4103	40129	15481
2000	55433	36232	3722	39950	15483
2001	55312	36415	3730	40144	15168
2002	55230	36118	4064	40182	15049
2003	55058	35734	4614	40347	14711
2004	54771	35209	4941	40150	14621

Bevölkerung, Erwerbstätige, Erwerbslose, Erwerbspersonen, Nichterwerbspersonen: jeweils im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Tausend (März, April oder Mai des jeweiligen Jahres).  
Quelle: Mikrozensus

Als Folge dieser Beschäftigungskrise geht durch die Einnahmenverminderung ein deutlicher Reformdruck auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob im Zusammenwirken mit gesetzlichen Regelungen bestimmte Gruppen von Erwerbslosen verstärkt vom Risiko der Nichtversicherung betroffen sind. Besonders betroffene Gruppen von Arbeitslosen – insbesondere Ältere oder Langzeitarbeitslose – haben besondere Einmündungsschwierigkeiten in den Arbeitsmarkt abhängiger Beschäftigung. Auf

---

<sup>3</sup> Wir beschränken uns in unserer Analyse auf die Jahre 1991 bis heute.

sie kann ein verstärkter Druck entstehen, Chancen der Erwerbstätigkeit in bisher nicht angestrebten Formen der Selbständigkeit zu suchen.

Die strukturellen Veränderungen der Erwerbstätigkeit im Untersuchungszeitraum werden in Deutschland häufig im Zusammenhang mit dem Begriff des „alten“ Normalarbeitsverhältnisses (NAV) diskutiert. Die Verwendung dieses Begriffs ist unterschiedlich und manchmal schillernd. Er kann als empirische Abbildung des zentralen männlichen Beschäftigungsverhältnisses in Zeiten industrieller Massenproduktion und Vollbeschäftigung in Deutschland verstanden werden, aber auch normativ als sozialpolitisches Leitbild oder als Maßstab (Bosch 2001; Schäfer 2001). In unserem Zusammenhang geht es um die Identifizierung von Strukturveränderungen der Erwerbstätigkeit, die für den Krankenversicherungsstatus der Betroffenen relevant sein können.

Die Definition dieses Normalarbeitsverhältnisses wird unterschiedlich eng vorgenommen, enthält aber in der Regel folgende Elemente (Pfarr 2000):

- Abhängige Beschäftigung
- Dauerhaftigkeit
- Vollzeit
- Tarifvertraglich normiertes und Existenz sicherndes Entgelt
- Sozialversicherungspflicht

Um Veränderungen bei den Personenkreisen mit dem Risiko der Nichtversicherung festzumachen, muss jedoch nicht die Entwicklung aller abweichenden oder im Sinne des NAV-Begriffs atypischen Beschäftigungsverhältnisse untersucht werden – so sind Teilzeitarbeitsverhältnisse oberhalb der Geringfügigkeitsgrenze sowie befristete Arbeitsverhältnisse per se zunächst für den Krankenversicherungsschutz unproblematisch, weil diese Arbeitsverhältnis grundsätzlich versicherungspflichtig sind. Risikogruppen könnten jedoch unter den Selbständigen sowie im Personenkreis der geringfügig Beschäftigten zu finden sein, soweit diese nicht durch Familienversicherung geschützt sind. Die Entwicklung dieser Beschäftigungsverhältnisse soll deshalb im Folgenden untersucht werden.

Tabelle 2 zeigt, dass innerhalb der Erwerbstätigen der Anteil der Arbeiter und Beamten zurückgeht und der Anteil der Angestellten ansteigt. Relevant für unser Thema ist vor allem das deutliche Anwachsen des Anteils der Selbständigen an den Erwerbstätigen.

**Tabelle 2: Erwerbstätige nach Erwerbsstatus in Deutschland 1991 - 2004**

	Insgesamt in 1 000	davon (in Prozent)				
		Selbständige	Mithelfende Familien- angehörige	Beamte	Angestellte	Arbeiter
1991	37 445	8,1	1,4	6,7	44,9	38,9
1992	36 939	8,4	1,4	6,7	45,6	37,8
1993	36 380	8,7	1,3	6,8	46,1	37
1994	36 076	9,1	1,4	6,8	46,7	36
1995	36 048	9,3	1,3	6,8	46,6	36
1996	35 982	9,5	1,1	6,8	46,6	36,1
1997	35 805	9,9	1	6,9	47,4	34,8
1998	35 860	10	1,1	6,7	47,9	34,3
1999	36 402	9,9	0,9	6,6	48,5	34,2
2000	36 604	10	0,9	6,3	48,2	34,6
2001	36 816	9,9	1,2	6,1	50,2	32,6
2002	36 536	10	1,1	6,1	51,1	31,7
2003	36 172	10,4	1,1	6,2	51,5	30,9
2004	35 659	10,8	1,1	6,3	50,5	31,3

Erwerbstätige (einschl. Auszubildende) im Alter von 15 Jahren und älter.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Ein Projekt des Statistischen Bundesamtes über Existenzgründungen liefert weitere Aussagen über die Entwicklungstendenzen der Selbständigkeit im Rahmen einer Strukturanalyse von Ergebnissen des Mikrozensus (Duschek et al. 2003). Dafür wird zunächst unterschieden, ob die Selbständigkeit als erste oder als zweite Erwerbstätigkeit anzusehen ist. Personen, die ihre Selbständigkeit als zweite Erwerbstätigkeit ausüben, werden als Nebenerwerbsselbständige bezeichnet. Wenn Selbständigkeit als erste Erwerbstätigkeit vorliegt, wird noch nach Haupterwerbsselbständigkeit und Zuerwerbsselbständigkeit unterschieden.

Die Zahl der Selbständigen in erster Erwerbstätigkeit ist im untersuchten Zeitraum von 1991 bis 2001 um rund 20 Prozent gestiegen. Die Zuerwerbsselbständigkeit erscheint als eine vom Strukturwandel bevorzugte Form der Erwerbstätigkeit, da sie sowohl absolut als auch relativ zur Haupterwerbsselbständigkeit steigt. Dies geht jedoch nicht zu Lasten der ebenfalls wachsenden Haupterwerbsselbständigkeit (vgl. Tabelle 3).

Ein ähnlicher struktureller Effekt ist bei der Entwicklung der Neugründungen von selbständigen Existenzen zu beobachten. Auch hier ist im Untersuchungszeitraum eine absolute und relative Zunahme der Zuerwerbsgründungen im Vergleich zu den Haupterwerbsgründungen zu beobachten (Duschek et al. 2003).

Insbesondere der steigende Anteil der Zuerwerbsselbständigen – die ihre Selbstständigkeit nicht als Haupterwerb betreiben, keine unselbständige Tätigkeit als Haupterwerb ausüben und im Regelfall über ein vergleichsweise niedriges Einkommen verfügen dürften – ist tendenziell vom Risiko der Nichtversicherung betroffen.

**Tabelle 3: Selbständige in erster Erwerbstätigkeit 1991 bis 2001**

Tabelle	Insgesamt	Davon Haupterwerb		Davon Zuerwerb	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
1991	3.036	2.717	89,5	319	10,5
1992	3.084	2.764	89,6	320	10,4
1993	3.165	2.827	89,3	338	10,7
1994	3.279	2.935	89,5	344	10,5
1995	3.332	2.960	88,8	372	11,2
1996	3.405	3.009	88,4	396	11,6
1997	3.521	3.094	87,9	427	12,1
1998	3.589	3.147	87,7	442	12,3
1999	3.585	3.144	87,7	441	12,3
2000	3.637	3.182	87,5	455	12,5
2001	3.622	3.174	87,6	448	12,4

Alle absoluten Angaben in Tausend  
Quelle: (Duschek et al. 2003)

Vom Risiko der Nichtversicherung ebenfalls besonders betroffen sind solche Personen, die ausschließlich einer geringfügigen abhängigen Beschäftigung nachgehen. Für die Abbildung der Entwicklung der geringfügigen Beschäftigung ergeben sich methodische Probleme durch Veränderungen in ihrer statistischen Erfassung im Untersuchungszeitraum. Außerdem wird nicht erhoben, ob diese Personen ausschließlich geringfügig beschäftigt sind bzw. ob Zugang zu Krankenversicherungsschutz etwa über die Familienversicherung des Ehegatten besteht. Die vom Risiko der Nichtversicherung besonders betroffene Teilmenge der geringfügig Beschäftigten (ausschließlich geringfügige Beschäftigung, keine Familienversicherung) kann daher nicht genauer quantifiziert werden.

Unstrittig ist jedoch, dass die Anzahl der geringfügig Beschäftigten kontinuierlich ansteigt. Dieser Trend wird durch Tabelle 4 illustriert. Tabelle 4 zeigt auch, dass der Anstieg bei den Männern stärker ausfällt als bei den Frauen. Dennoch sind zwei Drittel aller geringfügig entlohnten Beschäftigten noch immer Frauen.

**Tabelle 4: Geringfügig entlohnte Beschäftigte 1999 bis 2004**

Jahr	Insgesamt	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
1999	3.658	1.037	28,3	2.621	71,7
2000	4.052	1.179	29,1	2.873	70,9
2001	4.132	1.218	29,5	2.914	70,5
2002	4.169	1.242	29,8	2.927	70,2
2003	4.375	1.367	31,2	3.009	68,8
2004	4.803	1.571	32,7	3.232	67,3

Alle Angaben in Tausend, Berichtsmonat Juni

Quelle:(Bundesagentur für Arbeit 2004a; Bundesagentur für Arbeit 2005c) sowie eigene Berechnungen

Die Entwicklung zu neuen expandierenden Formen der Erwerbstätigkeit wurde konsequent durch die aktive Arbeitsmarktpolitik durch die Bundesagentur für Arbeit (vormals Bundesanstalt für Arbeit) unterstützt. Im Untersuchungszeitraum förderte die Bundesagentur für Arbeit (BA) zunehmend die Beschäftigung am ersten Arbeitsmarkt (Bundesanstalt für Arbeit 2003). Instrumente, die die Einmündung auf dem zweiten Arbeitsmarkt fördern, treten in den Haushalten der BA deutlich zurück. Die bis dahin vorherrschende traditionelle Ausrichtung der BA auf die direkte Förderung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung wurde damit zunehmend modifiziert.

Während der neunziger Jahre war das Überbrückungsgeld die einzige Leistungsform, mit der die BA Existenzgründungen unterstützte.<sup>4</sup> Zur Sicherung des Lebensunterhalts und der Aufwendungen für die soziale Vorsorge wurde das bisher bezogene Arbeitslosengeld oder die bisher bezogene Arbeitslosenhilfe zuzüglich eines pauschalisierten Anteils für die soziale Vorsorge für sechs Monate weitergezahlt. Im Rahmen der Hartz II Gesetzgebung kam im Jahr 2003 eine weitere Leistungsart mit ähnlicher Zielsetzung hinzu. Es handelte sich um den Existenzgründungszuschuss<sup>5</sup> für die so genannte „Ich-AG“. Hier kann als Alternative zum

---

<sup>4</sup> § 57 SGB III

<sup>5</sup> § 42II SGBIII

Überbrückungsgeld ein geringerer und von Jahr zu Jahr abnehmender monatlicher Zuschuss über maximal drei Jahre gezahlt werden<sup>6</sup>, sofern das Arbeitseinkommen 25.000 Euro jährlich nicht übersteigt. Insofern zielt diese Leistung stärker als das Überbrückungsgeld auf die Begründung von Kleinselbständigkeit. Für beide Leistungen muss es sich allerdings um eine Tätigkeit im Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich handeln.

In beiden Fällen muss der Existenzgründer wie andere Selbständige auch selber aus seinen durch die BA aufgestockten Einnahmen für seinen Krankenversicherungsschutz sorgen. Die Förderungsstatistik zeigt einen wellenförmigen Anstieg der Förderfälle, mit einer deutlichen Ausweitung durch die Einführung des Existenzgründungszuschusses im Jahr 2003 (vgl. Tabelle 5). Ganz offensichtlich gibt es eine Zielgruppe gerade auch für die Förderung der Kleinselbständigkeit. Inwiefern diese Gruppe mittelfristig im Kreis der Selbständigen verbleibt, muss die Zukunft zeigen. Über den gesamten Zeitraum ist jedoch zu erkennen, dass die Fördertätigkeit der BA grundsätzlich den Strukturwandel in der Erwerbstätigkeit konsequent begleitet.

**Tabelle 5: Förderung der Selbständigkeit nach SGB III (Förderfälle) 1994-2003**

Jahr	Zugang durch Überbrückungsgeld	Zugang durch Zuschuss zur Existenzgründung	Zusammen
1994	37.297	-	37.297
1995	70.634	-	70.634
1996	89.774	-	89.774
1997	78.824	-	78.824
1998	98.300	-	98.300
1999	98.114	-	98.114
2000	92.604	-	92.604
2001	95.656	-	95.656
2002	123.268	-	123.268
2003	156.966	92.819	249.785

Quelle: (Bundesagentur für Arbeit 2004a; Bundesanstalt für Arbeit 2003)

<sup>6</sup> 1. Jahr mtl. 600 Eu, 2. Jahr mtl. 360 Eu, 3. Jahr mtl. 240 Eu

## **Zusammenfassung**

*Die Erosion des Normalarbeitsverhältnisses in Deutschland führt zu einem steigenden Anteil der Erwerbslosen – aber auch zu einem steigenden Anteil der Selbständigen und der geringfügig Beschäftigten an den Erwerbstätigen. Als Folge kommt es einerseits zu einer Erosion der Einnahmenbasis der gesetzlichen Krankenversicherung. Andererseits werden mehr und mehr Personen vom Risiko der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem bedroht. Das gilt insbesondere für den steigenden Anteil Selbständiger und ausschließlich geringfügig Beschäftigter, die nicht pflichtversichert sind und keinen Anspruch auf Familienversicherung haben und sich wegen ihres geringen Einkommens keinen Krankenversicherungsschutz leisten können oder wollen.*

### 2.2 Reformkonzepte in der GKV: Abgrenzung der Solidargemeinschaft

Inwiefern potentielle Risikogruppen tatsächlich aus dem Schutz der Krankenversicherung fallen, ist natürlich nicht nur abhängig von der Entwicklung der sozioökonomischen Bedingungen sondern auch von gesetzlichen Regelungen und ihren Veränderungen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass der Gesetzgeber auf sozioökonomische Veränderungen reagiert. Insofern ist zu fragen wie der Gesetzgeber auf die Erosion der Einnahmenbasis in der GKV reagiert und wie der Gesetzgeber angesichts der Strukturveränderungen in der Erwerbstätigkeit Zugangsregelungen anpasst.

Bis in die achtziger Jahre hat der Gesetzgeber den Personenkreis der Pflichtversicherten in der GKV eher ausgeweitet.<sup>7</sup> Mit steigendem Finanzierungsdruck setzten sich jedoch seit dem im Jahr 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetzes (GRG) Konzepte durch, die durch eine klarere Abgrenzung der Solidargemeinschaft Missbrauch vermeiden sollten. Diese Abgrenzung zeigte sich vor allem in einem gewandelten und engeren Verständnis des Personenkreises, der unter die Versicherungspflicht fallen sollte. Besonders intensiv setzten sich das GRG und das im Jahr 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) mit dieser Thematik auseinander. Die in diesen Gesetzen getroffenen Regelungen werden aber auch durch nachfolgende Gesundheitsreformen erweitert bzw. korrigiert. In einer Reihe von gesetzlichen Regelungen rund um die Erwerbstätigkeit (bis hin zu Hartz II) werden in der

---

<sup>7</sup> Etwa über die Dynamisierung der Versicherungspflichtgrenze 1969/70 oder die Einbeziehung der selbständigen Landwirte 1972, Studenten 1975 und Künstler 1981.

Folge zusätzliche ergänzende oder korrigierende Entscheidungen getroffen, die mittelbar oder unmittelbar den Zugang zur Krankenversicherung betreffen.

Im Folgenden sollen diese rechtlichen Veränderungen im Überblick dargestellt werden. Vorangestellt werden die Zugangsregelungen und –anreize für die freiwillige Versicherung sowie Rückkehrregelungen aus der PKV in die Pflichtversicherung, die alle Personengruppen betreffen. Anschließend folgt die Darstellung von Zugangsregelungen für themenrelevante Untergruppen von Erwerbspersonen (Selbständige, Beamte, geringfügig Beschäftigte und Arbeitslose). In einem weiteren Abschnitt geht es um die krankenversicherungsrechtliche Absicherung von Nichterwerbspersonen (Familienangehörige versicherter Personen, Studenten und Rentner).

### *2.2.1 Regelungen für alle Personengruppen*

Schon das GRG formulierte deutlich engere Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht. Diese war danach nur noch möglich, wenn die entsprechende Person entweder in den letzten fünf Jahren vor dem Ausscheiden mindestens 12 Monate oder unmittelbar vor dem Beitritt 6 Monate versichert war.<sup>8</sup> Bis dahin waren entweder innerhalb einer eines Jahres 26 Wochen oder unmittelbar vor dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht 6 Wochen Versicherungspflicht nachzuweisen. In der Neuregelung zählten jedoch auch Zeiten als Familienversicherter zu den anzurechnenden Versicherungszeiten. Im GSG wurde die Vorversicherungszeit für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft auf 24 Monate in den letzten 5 Jahren oder 12 Monate unmittelbar vor dem Beitritt unter sonst gleichen Bedingungen weiter erhöht. Diese Vorversicherungszeiten für die Begründung einer freiwilligen Mitgliedschaft sind auch heute noch gültig.<sup>9</sup>

Ebenfalls im GRG wurden die für den Personenkreis der freiwillig Versicherten unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit zugrunde zu legenden Einnahmen auf 1/90 der monatlichen Bezugsgröße pro Kalendertag verdoppelt.<sup>10</sup> Einerseits wurde durch die Belastung von wirtschaftlich leistungsfähigeren Personenkreisen die Bemessungsbasis für die

---

<sup>8</sup> § 5, Abs 1, Nr. 1 SGBV in der Fassung v. 29.12.1988

<sup>9</sup> § 9 Abs. 1, Nr. 1 SGB V in der Fassung v. 21.12.1992

<sup>10</sup> § 240, Abs 4 SGB V in der Fassung v. 29.12.1988

Beitragseinnahmen erhöht. Andererseits setzte der Gesetzgeber den betroffenen Personen damit auch Anreize, die GKV zu verlassen.

Das im Jahr 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz ergänzte die Stoßrichtung der obigen Regelungen noch, indem es eine spät im Erwerbsleben eintretende Rückkehr in die GKV verhindert. Versicherungsfrei werden nun auch Personen, die nach der Vollendung des 55. Lebensjahres in der GKV versicherungspflichtig werden würden. Bedingung ist, dass sie in den letzten fünf Jahren nicht versicherungspflichtig waren und während dieser Zeit gleichzeitig überwiegend versicherungsfrei, von der Versicherungspflicht befreit oder als Selbständiger nicht versicherungspflichtig waren.<sup>11</sup> Welche Form des Schutzes außerhalb der GKV bestanden hat oder besteht, ist für diese Regelung irrelevant.<sup>12</sup> Vermieden werden soll hiermit, gerade im Zusammenhang mit den unten dargestellten Veränderungen in der Krankenversicherung der Rentner, dass Personen gezielt kurz vor Ende ihres Erwerbslebens in die GKV zurückkehren, um im Alter den Schutz der Solidargemeinschaft zu genießen, die sie während ihres Erwerbslebens nicht durch Beitragszahlungen unterstützt haben. Die Neuregelung „folgt dem Grundsatz, dass versicherungsfreie Personen, die sich frühzeitig für eine Absicherung in der privaten Krankenversicherung entschieden haben, diesem System auch im Alter angehören sollen (Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen 1999).“

Ein Teil des von der obigen Regelung betroffenen Personenkreises – Personen mit einer mindestens zehnjährigen Vorversicherung in der PKV und einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze nach Vollendung des 55. Lebensjahres – erhielten gleichzeitig Zugang zu dem weiter unten beschriebenen PKV-Standardtarif für Versicherte nach der Vollendung des 55. Lebensjahres.<sup>13</sup>

### *2.2.2 Regelungen für Erwerbspersonen*

Betroffen von den Neuregelungen sind im Wesentlichen die wachsenden Erwerbstätigen Gruppen der Selbständigen und später auch der geringfügig Beschäftigten sowie die Beamten und die Rentner.

#### *Krankenversicherung für Selbständige*

---

<sup>11</sup> Bezieher von ALG II ab dem 1.1.2005 sind später ausdrücklich ausgenommen.

<sup>12</sup> § 6, Abs 3a SGB V in der Fassung v. 22.12.1999

<sup>13</sup> § 257, Abs. 2a, Satz 2-2c SGB V in der Fassung vom 22.12.99

Im GRG wurden wesentliche Schritte vollzogen, den Zugang zur GKV für selbständige Erwerbstätige zu erschweren. So entfielen das originäre Beitrittsrecht für selbständige Gewerbetreibende<sup>14</sup> sowie die Versicherungspflicht für bestimmte Selbständigengruppen (Hausgewerbetreibende, Lehrer, Hebammen, Krankenschwestern).<sup>15</sup> Auch die Versicherungspflicht bei an sich versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigungen von hauptberuflich selbständig Erwerbstätigen entfiel.<sup>16</sup>

Das GSG legte fest, dass der zu zahlende Beitrag der hauptberuflich Selbständigen grundsätzlich der Höchstbeitrag zu sein hat. Ein niedrigerer Beitrag ist nur über Nachweis geringerer beitragspflichtiger Einnahmen möglich. Gleichzeitig wurde für diesen Personenkreis ein spezieller Mindestbeitrag in Höhe des 40. Teils der monatlichen Bezugsgröße festgelegt.<sup>17</sup> Hiermit wurden zusätzlich Anreize zum Verlassen der GKV gesetzt, aber auch Missbrauch vorgebeugt.

In den ersten Jahren des Untersuchungszeitraums bemühte, sich der Gesetzgeber eher um den Ausschluss der selbständig Erwerbstätigen aus dem versicherten Personenkreis. Ende der neunziger Jahre reagierte er jedoch auf die Zunahme nur formal selbständiger Tätigkeit mit dem Versuch, die Abgrenzung zwischen tatsächlicher Selbständigkeit und krankenversicherungspflichtiger „Scheinselbständigkeit“ zu vereinfachen (Schermer et al. 2003). In den Gesetzen zu Korrekturen in der Sozialversicherung vom 19.12.1998 und zur Förderung der Selbständigkeit vom 20.12.1999 wurde ein Katalog von fünf Merkmalen entwickelt, der bei fehlender Mitwirkung der betroffenen Erwerbsperson die Abgrenzung erleichtern sollte. Bei Vorliegen von drei der folgenden Merkmale wurde nunmehr eine abhängige versicherungspflichtige Beschäftigung vermutet.

1. Fehlende Beschäftigung versicherungspflichtiger Arbeitnehmer mit mehr als geringfügiger Beschäftigung.
2. Tätigkeit auf Dauer und im Wesentlichen nur für einen Auftraggeber.
3. Regelmäßige Erledigung entsprechender Aufgaben beim Auftraggeber durch abhängig Beschäftigte.

---

<sup>14</sup> bisher § 176, Abs. 1 RVO

<sup>15</sup> bisher § 166 RVO

<sup>16</sup> § 5, Abs 5; § 6, Abs 3 SGB V in der Fassung v. 29.12.1988

<sup>17</sup> § 240, Abs. 4, Nr. 2 und 3 SGB V in der Fassung v. 21.12.1992

4. Fehlende typische Merkmale unternehmerischen Handelns (Preiskalkulation, Werbung etc.).
5. Nach äußerem Erscheinungsbild gleiche Tätigkeit, wie vorher beim selben Auftraggeber abhängig ausgeübt.<sup>18</sup>

Gleichzeitig wurde der Begriff der „arbeitnehmerähnlichen Person“ entwickelt – eines Selbständigen, der nur die Kriterien 1 und 2 erfüllt. Die besondere Schutzbedürftigkeit dieser Personengruppe wurde anerkannt (Bieback 2000), indem für sie die Rentenversicherungspflicht<sup>19</sup> jedoch nicht die Pflichtversicherung in der GKV eingeführt wurde.

Im Rahmen des 2. Gesetzes für moderne Dienstleistungen (Hartz II) vom 23.12.2002 wurde dieser Kriterienkatalog zur Feststellung der Scheinselbständigkeit wieder aufgehoben, um Existenzgründungen – insbesondere durch Gründung einer so genannten „Ich-AG“ – zu erleichtern.

Darüber hinaus zahlen Existenzgründer, die den Existenzgründungszuschuss nach §421 I SGB III beziehen (also eine „Ich-AG“ betreiben), bei Nachweis eines entsprechend niedrigen Einkommens gegenüber anderen Selbständigen einen ermäßigten Mindestbeitrag. Für diesen Personenkreis wird mindestens 1/60 der monatlichen Bezugsgröße als beitragspflichtige Einnahmen zu Grunde gelegt.<sup>20</sup>

Seit Ende der achtziger Jahre hat der Gesetzgeber damit den Zugang für Selbständige zur GKV relativ konsequent erschwert. Gleichzeitig hat der Gesetzgeber durch die Art der Beitragskalkulation Anreize für diese Personengruppe gesetzt, die GKV freiwillig zu verlassen. Zwischenzeitige Bemühungen zur Identifikation versicherungspflichtiger Scheinselbständigkeit hat der Gesetzgeber inzwischen wieder aufgegeben, um Existenzgründungen zu erleichtern.

#### *Krankenversicherung für Beamte*

Die Gruppe der Beamten ist aufgrund ihrer Beihilfeberechtigung immer zu einem sehr kleinen Anteil in der GKV versichert gewesen. Es ist nur der nicht von der Beihilfe abgedeckte Teil

---

<sup>18</sup> § 7 Abs 4, Satz 1 SGB IV in der Fassung vom 20. 12.1999

<sup>19</sup> § 2, Nr. 9 SGB VI

<sup>20</sup> § 240 Abs. 4, S.2 SGB V in der Fassung vom 1.4.2003

der Gesundheitskosten abzusichern, was in der großen Mehrzahl der Fälle über die PKV geschieht.<sup>21</sup> Im GRG wurden darüber hinaus die Zutrittsmöglichkeiten zur GKV für diesen Personenkreis deutlich eingeschränkt. Das originäre Beitrittsrecht für Beamte entfiel.<sup>22</sup> Darüber hinaus fiel ähnlich wie bei den Selbständigen die Versicherungspflicht bei an sich versicherungspflichtigen Nebenbeschäftigungen von Beamten weg.<sup>23</sup>

Im GKV-Reformgesetz 2000 wurde der Problemlage eines Teils der Beamten bzw. ihrer Familienangehörigen Rechnung getragen. Dabei handelte es sich erstens um ältere Beamte, die trotz Alterungsrückstellung in der PKV von Prämien erhöhungen betroffen waren. Zweitens ging es um Beamte mit einem hohen Krankheitsrisiko, die bisher nicht oder nur mit hohen Risikozuschlägen Aufnahme in der PKV finden konnten. Aufbauend auf den Neuregulierungen für die PKV für Rentner (siehe unten) wurde in der PKV ein Standardtarif mit Leistungen auf dem Niveau der GKV und dem anteiligen Höchstbeitrag der GKV entsprechenden Beiträgen auch für Beihilfeberechtigte über 65 Jahren und solche in besonderen Risikosituationen eingeführt.<sup>24</sup>

Der Gesetzgeber hat damit einerseits den Zugang für Beamte zur GKV nachhaltig erschwert und andererseits versucht, besondere Problemlagen dieser Personengruppe über Sonderregelungen in der PKV zu lösen.

#### *Krankenversicherung für geringfügig Beschäftigte*

Geringfügige Beschäftigung ist gemäß § 8 Abs. 1 SGB V vor allem geringfügig entlohnte Beschäftigung – definiert über die geringe Höhe des Entgelts. Bis zum 31.3.1999 waren geringfügige Beschäftigungsverhältnisse vom Grundsatz her sozialversicherungsfrei. Es entfiel damit die Zahlung von Beiträgen an die gesetzliche Sozial- und somit auch Krankenversicherung. Aufgrund des geringen Entgelts dieser Art der Tätigkeit ging der Gesetzgeber davon aus, dass der betroffene Arbeitnehmer selber oder über seine Familienangehörigen über anderweitiges Existenz sicherndes Einkommen und damit auch

---

<sup>21</sup> Das liegt vor allem daran, dass in der GKV keine Teilkostenerstattung möglich ist. Laut § 14 SGB V dürfen Krankenkassen Teilkostenerstattung nur für die eigenen Kassenbeamten anbieten – nicht aber für übrige Beamte.

<sup>22</sup> bisher § 176, Abs. 1 RVO

<sup>23</sup> § 5, Abs 5; § 6, Abs 3 SGB V in der Fassung v. 29.12.1988

<sup>24</sup> § 257, Abs. 2a, Satz 2-2c SGB V in der Fassung vom 22.12.99

über ausreichenden Versicherungsschutz verfügte (Becker/Jörges-Süß 2002). Insofern wurde keine besondere soziale Schutzbedürftigkeit dieses Personenkreises angenommen.

Das Wachstum dieser Form von Beschäftigung bei gleichzeitiger Verschärfung der Arbeitsmarktsituation, Erfahrungen von Missbrauch und zunehmenden Finanzierungsproblemen der Sozialversicherung führte 1999 zu einer Neuregelung der Behandlung der geringfügig entlohnten Beschäftigung. Folge war nicht nur die Neufestlegung des Höchstbetrags für das erzielte Monatsarbeitsentgelt auf 630 DM, sondern auch die Behandlung von geringfügig entlohnter Beschäftigung innerhalb der Sozialversicherung.

Grundsätzlich blieb die geringfügige Beschäftigung nach wie vor sozialversicherungs- und damit auch krankenversicherungsfrei.<sup>25</sup> Allerdings wurde der Arbeitgeber nunmehr verpflichtet, Pauschalbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 12 Prozent und zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 10 Prozent zu entrichten. Aus dieser Beitragszahlung entstehen jedoch keine zusätzlichen Leistungsansprüche der Beschäftigten. In der gesetzlichen Rentenversicherung besteht die Option, auf die Versicherungsfreiheit zu verzichten. Dies gilt nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Als Folge sind nur dann Pauschalbeiträge zu entrichten, wenn parallel bereits ein Versicherungsschutz in der GKV besteht – etwa per Familienversicherung.

Demzufolge nimmt der Gesetzgeber nur in der gesetzlichen Rentenversicherung – ähnlich wie bei den arbeitnehmerähnlichen Personen bei den Selbständigen – die besondere Schutzbedürftigkeit zumindest eines Teils der geringfügig Beschäftigten an. Das gilt nicht für die gesetzliche Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat keinerlei Wahlrecht bezüglich einer originären Beitrittsmöglichkeit vorgesehen. In der Rentenversicherung folgen aus der Zahlung geringer zusätzlicher Beiträge allerdings im Leistungsfall auch nur geringe zusätzliche Rentenzahlungen. Die grundsätzliche Beitrittsmöglichkeit zur GKV dagegen würde vollen Krankenversicherungsschutz auslösen und als Folge die Solidargemeinschaft stark belasten. Die oben beschriebenen Veränderungen im Bereich der GKV dienen also im Wesentlichen den Zielen höherer Einnahmen und der Herstellung höherer Beitragsgerechtigkeit unter den bereits versicherten Personen.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> § 7 Abs. 1 SGB V

<sup>26</sup> Ähnliche Ziele werden auch angestrebt durch die gleichzeitige Neuregelung der Frage des Zusammenrechnens von Einnahmen aus beitragspflichtiger und geringfügig entlohnter Beschäftigung.

Die Neuregelungen zum Thema der geringfügig entlohnten Beschäftigung durch das Zweite Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz II) brachten keine wesentlichen Veränderungen für die Frage des Zugangs zur GKV. Der Gesetzgeber erhöhte die Geringfügigkeitsgrenze auf 400 Euro. Auch wurde der anzuwendende Beitragssatz von 10 auf 11 von Hundert erhöht. Gleichzeitig wurde die Beitragszahlung für geringfügige Beschäftigung in Privathaushalten reduziert. Darüber hinaus werden seitdem Einnahmen aus einer versicherungspflichtigen und einer geringfügig entlohnten Beschäftigung nicht mehr zusammengerechnet.

Einen Anreiz für Arbeitnehmer zur Aufnahme einer versicherungspflichtigen Tätigkeit soll die Einführung einer Gleitzone für so genannte „Midi-Jobs“ mit monatlichem Einkommen von 400 bis 800 Euro darstellen. In dieser Gleitzone zahlen nunmehr sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer verminderte und Arbeitgeber entsprechend höhere Beiträge (Bundesagentur für Arbeit 2004b).

Der Gesetzgeber hat auf die Zunahme geringfügiger Beschäftigung vor allem mit einer Beitragspflicht von Einnahmen aus geringfügiger Beschäftigung reagiert. Allerdings werden die Einnahmen nur dann beitragspflichtig, wenn bereits ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz besteht – etwa im Rahmen der Familienversicherung. Der Gesetzgeber bezweckte mit dieser Maßnahme vor allem eine verbesserte Einnahmenbasis der GKV. Durch den Verzicht auf ein originäres Beitrittsrecht als Folge geringfügiger Beschäftigung will der Gesetzgeber die übermäßige Belastung der Solidargemeinschaft vermeiden.

#### *Krankenversicherung für Arbeitslose*

Arbeitslose sind im Grundsatz solange in der GKV pflichtversichert, wie sie Leistungen der Arbeitslosenversicherung zum Lebensunterhalt erhalten. Ein Risiko der Nichtversicherung konnte beim Übergang vom Arbeitslosengeld in die Arbeitslosenhilfe entstehen, wenn die Einkommens- und Vermögensanrechnung fehlende Bedürftigkeit ergab und kein anderweitiger Krankenversicherungsschutz vorhanden war. Der betroffene Personenkreis kann sich durch verschärfte Anrechnungsbestimmungen erweitern – wie zuletzt geschehen zum 1.1.2003 mit dem Ersten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz

I), in dem sowohl die Anrechenbarkeit des Einkommens des Ehegatten oder zusammenlebenden Partners erhöht als auch Freibeträge reduziert wurden.<sup>27</sup>

Weitere Gesetzesänderungen finden sich bis Hartz IV (siehe unten) in der Frage des Umgangs mit vor Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversicherten Arbeitslosen. Den Beziehern von Arbeitslosengeld, Arbeitslosenhilfe und Unterhaltsgeld nach dem SGB III wurde zum 1.1.1998 ein Befreiungsrecht von der Versicherungspflicht in der GKV eingeräumt, wenn sie die letzten fünf Jahre vor dem Leistungsbezug nicht gesetzlich krankenversichert waren.<sup>28</sup> Wegen der Schutzbedürftigkeit dieses Personenkreises wurde jedoch dieses Befreiungsrecht durch das Gesetz zur Reform der GKV 2000 an das Bestehen eines ausreichenden privaten Versicherungsschutzes geknüpft.<sup>29</sup> Damit wollte der Gesetzgeber das Entstehen neuer Problemgruppen von Nichtversicherten vermeiden.

### *2.2.3 Regelungen für Nichterwerbspersonen*

Relevante Personengruppen in diesem Zusammenhang sind die Familienversicherten, die nicht familienversicherten Studenten und die von besonders zahlreichen gesetzlichen Änderungen betroffenen Rentner.

#### *Krankenversicherung für nicht erwerbstätige Familienangehörige*

Gleichzeitig mit der Einführung einer nunmehr eigenständigen Versicherung der Familienmitglieder von Kassenangehörigen im Rahmen des GRG wurden die Voraussetzungen für Familienversicherung enger gefasst.<sup>30</sup> Das maximale Gesamteinkommen der Familienversicherten wurde auf 1/7 der monatlichen Bezugsgröße begrenzt. Unabhängig vom Gesamteinkommen wurden in Ergänzung zu den oben beschriebenen allgemeinen Zugangsregelungen für Selbständige hauptberuflich selbständige Familienmitglieder ausgeschlossen. Außerdem wurde die Möglichkeit gestrichen, per Kassensatzung die Familienversicherung auf Familienangehörige außerhalb der Kernfamilie zu erweitern. Zur besseren Kontrolle der Voraussetzungen für die Familienversicherung im Rahmen der

---

<sup>27</sup> §§ 194, 201 SGB III i.d.F.v. 1.1.2003

<sup>28</sup> Art. 32, Abs. 1 des 1. SGB III-Änderungsgesetzes 2000 v. 16.12.1997

<sup>29</sup> Art. 1, Nr. 4 des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 v. 22.12.99

<sup>30</sup> § 10 SGB V in der Fassung v. 29.12.1988

Einführung des Risikostrukturausgleichs wurde als Folge des GSG ein Meldeverfahren eingeführt.<sup>31</sup>

#### *Krankenversicherung für Studenten*

Das GRG begrenzte die Versicherungspflicht der Studenten bis zum 14. Fachsemester, längstens bis zum 30. Lebensjahr. Im Vordergrund stand hier das Ziel, Missbrauch von Sozialregelungen durch lange formale Immatrikulationszeiten zu vermeiden.<sup>32</sup>

#### *Krankenversicherung für Rentner*

Die Zutrittsrechte der Rentner wurden und werden vom Gesetzgeber vor dem Hintergrund eines Systemwettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung gestaltet, der grundsätzlich individuell maximierendes Kalküls über die Lebenszeit auf Kosten der Solidargemeinschaft ermöglicht. Individuen können sich während einkommensstarker und häufig auch gesundheitlich risikoärmer Zeiten entscheiden, sich der GKV-Solidargemeinschaft zu entziehen und haben in den risikoreicheren und oft einkommensschwächeren Zeiten des Rentenbezugs ein Interesse, deren Leistungen wieder in Anspruch zu nehmen. Dem Gesetzgeber stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis die soziale Schutzbedürftigkeit im Alter zu dem Ziel des Missbrauchschutzes der sozialen Sicherung steht. Diese Problematik drückt sich darin aus, dass Rentner Zielgruppe häufiger Neuregelungen sind.

Im Rahmen des GRG entfiel das originäre Beitrittsrecht für Rentner.<sup>33</sup> Gleichzeitig wurde die Versicherungspflicht der Rentner auf Personen beschränkt, die in der zweiten Hälfte ihres Erwerbslebens zu 9/10 der Zeit in der GKV versichert waren.<sup>34</sup> Damit wollte der Gesetzgeber vermeiden, dass Personen sich in Zeiten höheren Einkommens und damit auch höherer Beiträge zur GKV – typischerweise in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens – der Solidargemeinschaft entziehen und bei Renteneintritt wieder den Schutz der Solidargemeinschaft in Anspruch nehmen. Bis dahin galt als Voraussetzung für den Eintritt der Versicherungspflicht, dass der Versicherte mehr als die Hälfte der Zeit des gesamten Erwerbslebens in der GKV versichert war („Halbbelegung“).

---

<sup>31</sup> §10 Abs. 6 SGB V in der Fassung v. 21.12.1992

<sup>32</sup> § 5, Abs. 1, Nr. 9+10 SGB V in der Fassung v. 20.12.1988

<sup>33</sup> bisher § 176, Abs. 1 RVO

<sup>34</sup> § 5, Abs 1, Nr 11 SGBV in der Fassung v. 29.12.1988

Personen, die bei Eintritt in die Rente zwar in der GKV versichert sind, jedoch die geforderte Vorversicherungszeit nicht erfüllen, können sich daher, wenn sie ihren Versicherungsschutz in der GKV fortsetzen wollen, nur noch freiwillig versichern. Sie unterliegen damit auch den beitragsrechtlichen Regelungen für freiwillig versicherte Rentner, z.B. dem erhöhten Mindestbeitrag für alle freiwillig Versicherten.

Im GSG wurde der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner noch einmal verschärft. Voraussetzung für die Versicherungspflicht war dann, dass die geforderte 9/10-Spanne der Vorversicherungszeit aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer auf einer Pflichtversicherung beruhenden Familienversicherung erfüllt wird.<sup>35</sup> Selbst während ihres Erwerbslebens anteilig relativ kurz freiwillig versicherte Personen, die überwiegend pflichtversichert waren, wurden auf die freiwillige Weiterversicherung verwiesen. Personen mit teilweise recht ähnlichen Erwerbsbiographien wurden damit ungleich behandelt.

Die rechtlichen Auseinandersetzungen um diese Neuregelung wurden durch eine Entscheidung des 1. Senats des Bundesverfassungsgerichts vom 15.3.2000 entschieden.<sup>36</sup> Das Bundesverfassungsgericht stellte in seinem Urteil die Unvereinbarkeit des durch das GSG geregelten Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner mit dem Gleichheitsgrundsatz des Artikels 3, Abs. 1 Grundgesetz fest. Darüber hinaus verfügte es, dass dieser Verfassungsverstoß entweder durch eine Neuregelung des Zugangs oder durch Änderungen im Beitragsrecht zu beheben sei. Gleichwohl ließ es die weitere Anwendung der Vorschriften des § 5 Abs. 1 Nr. 11 bis zu einer gesetzlichen Neuregelung zu. Letztere erfolgte schließlich im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes. Seitdem werden freiwillig versicherte und pflichtversicherte Rentner gleichgestellt, indem die Bemessung der Beiträge aus Versorgungsbezügen und aus Arbeitseinkommen für beide Gruppen nach dem vollen allgemeinen Beitragssatz vorgenommen wird.<sup>37</sup>

Die oben angesprochenen rechtlichen Einschnitte begleitete der Gesetzgeber von Veränderungen, die einen verbesserten Schutz von in der PKV versicherten Rentnern vor Prämiensteigerungen im Alter bewirken sollen. Insbesondere modifizierte der Gesetzgeber die Voraussetzungen für eine Zuschusspflicht zum Krankenversicherungsbeitrag durch die Arbeitgeber der PKV-Versicherten. Diese Zuschusspflicht wird seitdem an das Angebot eines

---

<sup>35</sup> § 5, Abs. 1, Nr. 11 SGB V in der Fassung v. 21.12.1992

<sup>36</sup> BverfGE 102 68 Krankenversicherung der Rentner

<sup>37</sup> §§ 237, 248 SGB V in der Fassung v. 14.11.2003

Standardtarifs seitens der PKV an Privatversicherte ab dem 65. Lebensjahr gebunden. Die Leistungen des brancheneinheitlichen Standardtarifes müssen den jeweiligen GKV-Leistungen vergleichbar sein; der Beitrag darf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV nicht überschreiten.<sup>38</sup> Die betroffenen PKV-Versicherten können in diesen Standardtarif wechseln, wenn sie über eine Vorversicherungszeit von 10 Jahren verfügen und ihr Jahresgesamteinkommen die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht überschreitet.

Im GKV-Reformgesetz 2000 wurde der Standardtarif in der PKV bei Vorliegen der Voraussetzungen auch für Rentenbeziehende unter 55 Jahren geöffnet. Der vom Gesetzgeber als besonders schutzbedürftig angesehene Personenkreis unter den PKV-Versicherten wurde also weiter definiert.<sup>39</sup> Auch bei der Höchstprämie im Standardvertrag gab es Modifikationen. Danach darf die gemeinsam Prämie von Ehegatten oder Lebenspartnern 150 Prozent der jeweiligen Höchstprämie nicht überschreiten. Voraussetzung ist, dass das Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresentgeltgrenze nicht überschreitet.<sup>40</sup>

Insgesamt stehen neben gesetzgeberischen Aktivitäten zur Einschränkung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner demnach Bemühungen, der besonderen Schutzbedürftigkeit in dieser Lebensphase Rechnung zu tragen. Dies versuchte der Gesetzgeber vor allem dadurch zu erreichen, dass der Versicherungsschutz für die betroffenen Personengruppen in der PKV durch stärkere Regulierung bezahlbarer gemacht wurde.

### **Zusammenfassung**

*Seit Ende der achtziger Jahre hat der Gesetzgeber den Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für eine Reihe von Personengruppen sukzessive erschwert – insbesondere für Selbständige und Rentner. Diese Personengruppen fielen teilweise aus der Versicherungspflicht heraus und der Gesetzgeber erschwerte ihnen gleichzeitig den Zugang zur freiwilligen Versicherung in der GKV – insbesondere durch verschärfte Anforderungen an Vorversicherungszeiten. Parallel versuchte der Gesetzgeber, den Betroffenen durch die Einführung von Standardverträgen Zugang zu bezahlbarem Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung zu verschaffen.*

---

<sup>38</sup> § 257, Abs 2a, Satz 2 in der Fassung v. 1.7.1994

<sup>39</sup> § 257, Abs. 2a, Satz 2-2c SGB V in der Fassung vom 22.12.99

<sup>40</sup> § 257, Abs. 2a, Satz 2 SGB V in der Fassung vom 22.12.99

### 2.3 Sozioökonomischer Wandel und Abgrenzung der Solidargemeinschaft

Bei der Analyse der Gesetzesänderungen weiter oben lassen sich Entwicklungstendenzen und Themenkreise herausarbeiten, die im Folgenden zusammenfassend identifiziert und kritisch betrachtet werden sollen.

Ein wichtiges Motiv für die oben beschriebenen Gesetzesänderungen ist der Schutz der Solidargemeinschaft vor Missbrauch. Dieses Motiv drückt sich einerseits unmittelbar in Vorschriften wie der Begrenzung der Versicherungspflicht der Studenten aus, die die Ausnutzung eines unter Umständen nur noch formal beibehaltenen Rechtsstatus verhindern soll. In einem weiteren Verständnis gehören zu diesem Motiv aber auch alle Versuche, solche Menschen aus der GKV auszugrenzen, die sich in beitragsstarken Zeiten mit tendenziell geringerem Bedarf an Leistungen der Gesundheitsversorgung der Beitragszahlung entziehen und in Zeiten mit niedrigerer wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und unter Umständen höherem Versorgungsbedarf in die Solidargemeinschaft zurückkehren möchten. Folge waren die mehrfache Verschärfung der Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung in der GKV, die Erschwerung des Zugangs zur GKV für Rentner und nicht zuletzt die Versicherungsfreiheit für einen Teil der sonst versicherungspflichtig werdenden über 55jährigen.

Einerseits erscheint es zunächst einleuchtend, das Solidarprinzip in der GKV auf Menschen zu beschränken, die auch bereit waren, bei entsprechender Leistungsfähigkeit die gebende Rolle in der solidarischen Finanzierung einzunehmen. Außerdem ist es einsichtig, dass eine Subventionierung der PKV durch die GKV auf diese Weise vermieden werden soll. Sinnvoll ergänzt wird diese Absicht durch die Einführung des PKV-Standardtarifs für die betroffenen Personengruppen.

Andererseits stellt sich die Frage, ob der Gesetzgeber mit den beschriebenen Maßnahmen angemessen auf die Veränderung der Risikolage gerade in der alternden Bevölkerung reagiert hat. Beispielhaft lässt sich diese Risikolage vor dem Hintergrund der Sonderregelung für die über 55jährigen, fokussiert auf arbeitslose Menschen mit Anspruch auf Leistungen nach dem SGB III illustrieren: Es handelt sich hier um Personen, die relativ spät und mit durchschnittlich höherem Leistungsbedarf in die Versicherungspflicht eintreten würden. Zumindest in den letzten fünf vorhergehenden Jahren waren sie nicht gesetzlich krankenversichert, haben somit auch nicht zur Finanzierung der GKV beigetragen. Es mag sich um Personen handeln, die jahrelang Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen haben, aber auch um Arbeitnehmer mit einer

Erwerbsbiographie anteilig weniger Jahre über der Versicherungspflichtgrenze. In dieser Gruppe werden auch Menschen mit langfristig stabiler Erwerbsbiographie als Arbeitnehmer sein, die infolge von Insolvenzen oder Betriebssanierungen freigesetzt worden sind. Geraten diese nun in Arbeitslosigkeit, so macht die Lage auf dem Arbeitsmarkt eine erneute Arbeitsaufnahme relativ unwahrscheinlich. Die Betroffenen werden unter Umständen – mit Unterstützung der Arbeitsförderungs politik der letzten Jahre – Phasen der Selbständigkeit in ihrer Erwerbsbiographie haben, die aufgrund der wirtschaftlichen Lage nicht dauerhaft erfolgreich waren. Über Leistungsbezug nach dem SGB III wäre ohne die Neuregelung eine Rückkehr in die GKV zunächst möglich gewesen – jetzt ist dieser sehr heterogenen Personengruppe eine Rückkehr in die GKV verwehrt.

Auch privater Krankenversicherungsschutz kommt für diese Personengruppe nicht uneingeschränkt in Frage. Zugangsvoraussetzungen zum Standardtarif sind womöglich nicht erfüllt, die immer noch recht hohe Prämie kann womöglich nicht aufgebracht werden. Nach der Gesetzeslage vor Hartz IV wurde Absicherung von Krankheitskosten bei weitgehender Erschöpfung der eigenen finanziellen Ressourcen erst wieder über die Krankenhilfe des Sozialhilfeträgers erreicht. Die auf ihrer bisherigen möglicherweise sehr stabilen Lebens- und Arbeitswelterfahrung beruhenden Lebensplanungen einer solchen Gruppe von Betroffenen, auf deren Basis die Mitglieder diese Gruppe auch die Planung ihrer Gesundheitsversorgung vorgenommen haben, haben den ihrer nunmehrigen Situation zugrunde liegenden allgemeinen sozioökonomischen Wandel nicht antizipiert bzw. nicht rechtzeitig antizipieren können.

Für den Gesetzgeber stellt sich die Frage, inwieweit hier die Solidargemeinschaft zu schützen oder inwieweit er aufgerufen ist, auf deutliche Veränderungen in den Lebenslagen bestimmter Bevölkerungsgruppen mit einer Neuorganisation von Teilen des sozialen Sicherungssystems zu reagieren. Diese Frage ist unmittelbar verbunden mit der Frage, inwieweit Bevölkerungsgruppen überhaupt des Schutzes der sozialen Krankenversicherung bedürfen. Inwieweit der Gesetzgeber bestimmte Personengruppen als des Schutzes der gesetzlichen Krankenversicherung bedürftig ansieht, zeigt sich insbesondere in den Regelungen der Versicherungspflicht. Durch die Versicherungspflicht wird ein Versicherungsverhältnis begründet, dem der Betroffene selbst nicht zustimmen muss. In einem weiteren Sinne manifestiert sich diese normative Entscheidung auch in den Zutrittsregelungen zur Solidargemeinschaft insgesamt.

Neben den Rentnern und den Beamten betrifft ein großer Teil der oben beschriebenen Neuregelungen den Personenkreis der selbständig Erwerbstätigen. Der Gesetzgeber verfolgte

eine Doppelstrategie. Zum einen fielen Teilgruppen der Selbständigen aus der Versicherungspflicht heraus. Zum anderen erschwerte der Gesetzgeber den Selbständigen den Zugang zur freiwilligen Versicherung deutlich. Dieses Vorgehen wäre dann folgerichtig, wenn selbständig Erwerbstätige idealiter aus eigener Initiative einen Status gewählt haben, dessen konstitutives Kennzeichen die finanzielle Eigenständigkeit ist. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Entwicklung der Struktur der Erwerbstätigkeit und der Arbeitsmarktpolitik lässt sich jedoch auch argumentieren, dass diese Voraussetzungen realiter nicht gegeben sind. Vor allen Dingen die Zunahme an Kleinselbständigkeit und ihre arbeitsmarktpolitische Förderung angesichts eines sich verengenden Arbeitsmarktes für unselbständige Beschäftigung und die mit dieser Kleinselbständigkeit verbundene Risikolage für die Betroffenen könnten Zweifel an der These der grundsätzlich fehlenden Schutzbedürftigkeit des Personenkreises der Selbständigen aufkommen lassen. Darüber hinaus hat sich die Abgrenzung besonders schutzbedürftiger von den nicht schutzbedürftigen Teilen dieser Gruppe als gesetzgeberisch schwierig erwiesen.

### **Zusammenfassung**

*Der Gesetzgeber hat mit sozialrechtlichen Regelungen versucht, die Solidargemeinschaft der GKV so abzugrenzen, dass sie vor Missbrauch geschützt wird. Nicht schützenswerte Personengruppen sollen keinen Zugang zur GKV bekommen. Vor dem Hintergrund des ebenfalls oben beschriebenen sozioökonomischen Wandels stellt sich die Frage, ob die vom Gesetzgeber vorgenommene Abgrenzung der Solidargemeinschaft die Risikolage der betroffenen Personengruppen hinreichend berücksichtigt. Die Abgrenzung besonders schutzbedürftiger von den nicht schutzbedürftigen Teilen dieser Personengruppen hat sich als gesetzgeberisch schwierig – wenn nicht sogar unmöglich – erwiesen. Das gilt insbesondere für kleine Selbständige, geringfügig Beschäftigte und die sehr heterogene Gruppe der über 55-jährigen.*

### 2.4 Hartz IV und der Zugang zur GKV

Die zum 1.1.2005 in Kraft getretenen Gesetzesänderungen im Rahmen des Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (Hartz IV) haben zu einer Neugestaltung der sozialen Grundsicherung geführt.<sup>41</sup> Für erwerbsfähige Hilfebedürftige sowie für Personen, die mit ihnen in so genannten Bedarfsgemeinschaften leben, sind in Form von Arbeitslosengeld II

---

<sup>41</sup> Alle beschriebenen Leistungsformen werden nachrangig – etwa zu Arbeitslosengeld I – gezahlt.

(ALG II) und Sozialgeld neue Leistungsformen entstanden. Diese treten an die Stelle der in vielen Fällen vorher gezahlten Arbeitslosenhilfe oder Sozialhilfe (Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt). Seit Beginn des Jahres 2005 gibt es somit je nach betroffener Personengruppe drei unterschiedliche Typen von Leistungen die als soziale Grundsicherung bezogen werden können:

1. Arbeitslosengeld II nach SGB II für erwerbsfähige Hilfebedürftige.
2. Sozialgeld nach dem SGB II für Menschen, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben, ohne selber erwerbsfähig zu sein.
3. Sozialhilfe (Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt) nach dem SGB XII in alter Form für andere nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige.

Im Hinblick auf das Thema dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, wie sich die rechtlichen Veränderungen auf das Risiko für Arbeitslose und für Nichterwerbspersonen auswirken, keinen Krankenversicherungsschutz zu haben oder zu bekommen. Dazu wird zunächst die (neue) rechtliche Lage der drei oben genannten Personengruppen hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zu Krankenversicherungsschutz dargestellt (Abschnitt 2.4.1). Anschließend werden Gruppen identifiziert, die durch die Hartz IV-Gesetzgebung entweder verbesserten oder verschlechterten Zugang zu Krankenversicherungsschutz haben. Wo verfügbar, werden auch erste – allerdings nur sehr fragmentarische – empirische Erkenntnisse über die Anzahl der Betroffenen dargestellt (Abschnitt 2.4.2).

#### *2.4.1 Veränderte rechtliche Rahmenbedingungen*

##### *Krankenversicherung für erwerbsfähige Hilfsbedürftige (ALG II)*

Empfänger von Arbeitslosengeld II als Regelleistung sind, wenn sie nicht familienversichert sind, grundsätzlich pflichtversichert.<sup>42</sup> Erwerbsfähige Empfänger einer sozialen Grundsicherung haben damit Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung. Bis Hartz IV galt dies nur für Empfänger von Arbeitslosenhilfe. Erwerbsfähige Empfänger von Sozialhilfe hatten Anspruch auf Krankenhilfe.

Empfänger von ALG II können sich von der Versicherungspflicht befreien lassen, wenn sie privaten Versicherungsschutz nachweisen können. Die Bedingungen sind die gleichen wie bei Bezug von ALG I und Unterhaltsgeld. (vgl. Abschnitt 2.2.2). Der Zuschuss der

---

<sup>42</sup> § 5, Abs. 1, Nr. 2a SGB V in der Fassung v. 1.1.2005

Bundesagentur für Arbeit zur PKV-Prämie ist jedoch maximal auf die Höhe des ansonsten in der GKV zu zahlenden Beitrages begrenzt, der auf der Basis des durchschnittlichen ermäßigten Beitragssatzes der Krankenkassen errechnet wird.<sup>43</sup>

Für Empfänger von ALG II entfällt darüber hinaus die Versicherungsfreiheit nach Vollendung des 55. Lebensjahres für in den Vorjahren privat versicherte Personen.<sup>44</sup> Bei entsprechender Bedürftigkeit wird also für erwerbsfähige ältere Menschen ein Weg geöffnet, auch nach Jahren der privaten Krankenversicherung in die Solidargemeinschaft der GKV zurückzukehren. Auf der Stufe der sozialen Grundsicherung stellt also der Gesetzgeber für diesen Personenkreis dessen soziale Schutzbedürftigkeit über den Schutz der Solidargemeinschaft der GKV.

Der Bezug von ALG II und die damit verbundene Versicherungspflicht in der GKV entstehen nur bei Feststellung von Bedürftigkeit. Der Gesetzgeber hat die Kriterien der Bedürftigkeit gegenüber den Bedürftigkeitskriterien für den bisherigen Bezug von Arbeitslosenhilfe verschärft. Insofern gibt es Personen, die aus dem Leistungsbezug fallen, von denen nicht alle über die Familienversicherung abgesichert sind.

Ein Teil dieser Personengruppe ist zwar nicht bedürftig im Sinne des SGB II. Dieser Teil würde jedoch bedürftig werden, wenn die nun notwendig werdenden Beträge für eine freiwillige Versicherung in der GKV bzw. für die PKV bei der Feststellung der Bedürftigkeit berücksichtigt werden würden. Das Auftreten solcher Fallkonstellationen führte nach Einführung des SGB II zu einer Anweisung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit, für diesen Personenkreis der „Grenzfälle“ anhand einer einheitlichen Rechtsauslegung zu verfahren (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit 2005). Für den beschriebenen Personenkreis sind bei nachgewiesenen Ausgaben für den Krankenversicherungsschutz Zuschüsse für angemessene Beiträge zu erstatten.<sup>45</sup> In der Regel dürfte es sich hier um Menschen handeln, die bisher über den Bezug von Arbeitslosenhilfe in der GKV pflichtversichert waren und ihr Versicherungsverhältnis nun über eine freiwillige Weiterversicherung fortsetzen.

---

<sup>43</sup> § 26, Abs 2 SGB II

<sup>44</sup> § 6, Abs. 3a, Satz 3 SGB V in der Fassung v. 1.1.2005

<sup>45</sup> Analog zu § 26, Abs. 2 SGB II

*Krankenversicherung für nicht erwerbsfähige Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft (Sozialgeld)*

Anspruch auf Sozialgeld haben nach SGB II nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben.<sup>46</sup> Zur Bedarfsgemeinschaft gehören die Partner der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen (auch wenn sie in nichtehelicher Gemeinschaft leben), minderjährige Kinder sowie bei minderjährigen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen deren im Haushalt lebende Eltern. Voraussetzung für den Leistungsbezug auch der nicht erwerbsfähigen Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft ist die Bedürftigkeit nach SGB II.<sup>47</sup>

Im Gegensatz zum Bezug von ALG II löst der Bezug von Sozialgeld grundsätzlich keine Versicherungspflicht aus. Besteht kein anderweitiger Versicherungsschutz (in den meisten Fällen vermutlich über eine Familienversicherung), muss Empfängern von Sozialgeld ebenso wie Empfängern von ALG II ein angemessener Zuschuss zur freiwilligen GKV-Versicherung bzw. zur privaten Krankenversicherung gezahlt werden (Bundesagentur für Arbeit 2005a).<sup>48</sup> Voraussetzung ist jedoch auch hier, dass ein entsprechendes Versicherungsverhältnis bereits besteht – was insbesondere bei ehemaligen Empfängern von Sozialhilfe wahrscheinlich nicht der Fall ist.

*Krankenversicherung für andere nicht erwerbsfähige Hilfsbedürftige (Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt)*

Nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keinen Leistungsanspruch nach SGB II haben (siehe oben) haben – Bedürftigkeit vorausgesetzt – weiterhin Anspruch auf Sozialhilfe (Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt) und Hilfen zur Gesundheit (Hilfe in besonderen Lebenslagen) nach SGB XII.<sup>49</sup> Darüber hinaus haben auch solche Personen Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit nach SGB XII, die zwar Leistungen gemäß SGB II beziehen, aber keinen Krankenversicherungsschutz haben (insbesondere Empfänger von Sozialgeld ohne Familienversicherung und die oben beschriebenen Grenzfälle beim Bezug von ALG II). Die

---

<sup>46</sup> § 28, Abs. 1 SGB II

<sup>47</sup> § 7, Abs. 3 SGB II

<sup>48</sup> Analog auch hier zu § 26, Abs. 2 SGB II

<sup>49</sup> §§ 47-52 SGB XII

Hilfen zur Gesundheit bilden damit ein Auffangbecken für krankenversicherungsrechtliche Sonderfälle unter den Empfängern von Leistungen nach dem SGB II.

Der Sozialhilfebezug löst grundsätzlich kein Beitrittsrecht zur GKV aus, umfasst aber einen dem Leistungskatalog der GKV entsprechenden Leistungsanspruch im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit. Bei entsprechender Vorversicherungszeit ist die freiwillige Weiterversicherung in der GKV während des Bezuges von Leistungen zum laufenden Lebensunterhalt möglich. Im Rahmen der Hartz IV Gesetzgebung hat der Gesetzgeber darüber hinaus Personen ein Recht zur freiwilligen Versicherung in der GKV eingeräumt, die in der Vergangenheit laufende Hilfen zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz bezogen haben und vorher nie gesetzlich oder privat versichert waren. Diese Übergangsregelung war jedoch auf das erste Halbjahr 2005 befristet.<sup>50</sup>

#### *2.4.2 Auswirkungen von Hartz IV auf das Risiko der Nichtversicherung*

Aus der Beschreibung der Rechtslage wird schnell klar, dass Hartz IV keine eindeutige positive oder negative Wirkung auf das Risiko der Nichtversicherung der von den Änderungen betroffenen Personen hat. Vielmehr sind gegenläufige Wirkungen festzustellen.

##### *Personenkreise mit erhöhtem Risiko*

Da die Einkommens- und Vermögensanrechnung innerhalb der Bedarfsgemeinschaft des ALG II gegenüber den Anrechnungsbestimmungen für den Bezug von Arbeitslosenhilfe verschärft wurde, erhält ein Teil der bisherigen Empfänger von Arbeitshilfe nach der Neuregelung kein ALG II. Die Bundesagentur für Arbeit beziffert den betroffenen Personenkreis auf etwa 300.000 Menschen (Bundesagentur für Arbeit 2005b). Sofern es sich hier um Familienversicherungsberechtigte in der GKV handelt, entstehen keine Auswirkungen auf das Risiko der Nichtversicherung. Die übrigen Betroffenen müssten sich jedoch auf eigene Kosten freiwillig weiterversichern, um ihren Krankenversicherungsschutz nicht zu verlieren. Anrecht auf freiwillige Weiterversicherung dürfte im Regelfall wegen des Vorliegens ausreichender Vorversicherungszeiten bestehen. Es stellt sich allerdings die Frage, wie hoch der Anteil derjenigen Betroffenen ist, die sich aus finanziellen Gründen gegen eine weitere Absicherung entscheiden. Hier liegen noch keine empirischen Ergebnisse vor. Auch in der oben beschriebenen Gruppe der „Grenzfälle“ der Bedürftigkeit kann die Konstellation auftreten, dass kein Zugang zu Versicherungsschutz besteht, der zu den nach den Hartz IV

---

<sup>50</sup> § 9, Abs. 1, Satz 8 SGB V in der Fassung v. 1.1.2005

Regelungen angemessenen und somit erstatteten Kosten finanzierbar wäre. Dies könnte etwa dann vorkommen, wenn ein bisher zu relativ hohen Prämien Privatversicherter ehemaliger Selbständiger durch Geschäftsaufgabe in die (annähernde) Bedürftigkeit rutscht, aber durch fehlenden Bezug von ALG II nicht versicherungspflichtig in der GKV wird. Auch hier können somit Personen aus dem Versicherungsschutz fallen, die allerdings unter Umständen Anspruch auf Krankenhilfe nach SGB XII haben.

#### *Personenkreise mit verbessertem GKV-Zugang*

Der Personenkreis der Empfänger von ALG II setzt sich im Wesentlichen aus zwei großen Gruppen zusammen. Erstens handelt es sich um Personen, die nach altem Recht Arbeitslosenhilfe bezogen hätten bzw. haben. Zweitens geht es um Personen, die nach altem Recht Sozialhilfe (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt) bezogen hätten bzw. haben.<sup>51</sup>

Für die erste Gruppe (ehemals Bezug von Arbeitslosenhilfe) ändert sich wenig. Der bisher durch die Arbeitslosenhilfe gewährleistete Versicherungsschutz besteht weiter, allenfalls ist ein Teil der Betroffenen wegen des Vorranges der Familienversicherung vom Status her nun familienversichert.<sup>52</sup> Eine eindeutige Verbesserung ergibt sich allerdings für die über 55jährigen, die bei Bezug von ALG II in der GKV versicherungspflichtig werden und somit eine Rückkehrmöglichkeit in die GKV erhalten.

Für die zweite Gruppe (ehemals Bezug von Hilfe zum Lebensunterhalt) ergibt sich durch die Pflichtversicherung in der GKV eine deutliche Verbesserung. Das IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit) hat versucht, diesen Personenkreis auf Basis der bisher nur vorliegenden Sozialhilfestatistik 2003 des Statistischen Bundesamtes zu schätzen. Danach beziffert sich der Personenkreis der „Übergänger“ von Sozialhilfe auf ALG II auf ca. 1.005.000 Bedarfsgemeinschaften mit 2.086.000 Haushaltsmitgliedern und 1.028.000 erwerbsfähigen Personen (Rudolph 2004).

---

<sup>51</sup> Eine dritte Gruppe besteht aus Personen, die über ein geringes Einkommen verfügen und Anspruch auf ALG II haben – aber bislang keine Sozialhilfe beantragt haben. Für diese Personengruppe – z. B. geringfügig Beschäftigte oder kleine Selbständige – hat sich durch Hartz IV der Zugang zur GKV verbessert.

<sup>52</sup> Das ist für die Betroffenen wenig relevant – hat aber Konsequenzen für Krankenkassen und niedergelassene Ärzte. Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütungen für die ambulante ärztliche Versorgung auf der Basis der Anzahl der bei ihnen versicherten *Mitglieder*. Familienangehörige können zwar Versicherte sein, sind aber nicht Mitglied.

Diese Subgruppe der Empfänger von ALG II hatte vorher vermutlich mehrheitlich keinen Krankenversicherungsschutz, sondern Anspruch auf Krankenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe.<sup>53</sup> Die Betroffenen können durch ihre Pflichtversicherung Vorversicherungszeiten sammeln, die ggf. für eine freiwillige Weiterversicherung nach Ende des Bezugs von ALG II notwendig sind – etwa bei Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit. Gleichzeitig muss die gesetzliche Krankenversicherung einen zusätzlichen Personenkreis mit niedrigen Beiträgen und wahrscheinlich überdurchschnittlich hohen Gesundheitskosten versichern. Je nach Verteilung der neuen Mitglieder auf die einzelnen Krankenkassen kann dies auch zu Wettbewerbsverzerrungen innerhalb der GKV führen.<sup>54</sup> Ein ähnlicher Vorteil ergibt sich für die nie vorher krankenversicherten Empfänger von Hilfe zum laufenden Lebensunterhalt, die ihr befristetes Beitrittsrecht zur GKV nutzen. Auch hieraus können zusätzliche Belastungen für die GKV insgesamt und einzelne Kassen folgen.

### **Zusammenfassung**

*Die Auswirkungen von Hartz IV auf den Zugang der Betroffenen zu Krankenversicherungsschutz sind nicht eindeutig. Es gibt Personengruppen, die als Folge von Hartz IV einen verbesserten GKV-Zugang haben. Dazu zählen insbesondere Empfänger von ALG II, die vorher Sozialhilfe bezogen haben. Gleichzeitig gibt es Personengruppen, die als Folge von Hartz IV ein erhöhtes Risiko der Nichtversicherung aufweisen. Dazu zählen insbesondere Personen, die keinen Anspruch auf ALG II haben und vorher Arbeitslosenhilfe bezogen haben. Wegen der unbefriedigenden Datenlage lässt sich derzeit nicht sagen, welches Vorzeichen der Gesamteffekt von Hartz IV hat.*

---

<sup>53</sup> Es gibt unserer Kenntnis nach keine Zahlen darüber, wie groß dieser Personenkreis ist.

<sup>54</sup> Auch hier gibt es keine Informationen darüber, wie die Verteilung auf die einzelnen Kassen erfolgt.

### 3 Krankenversicherungsschutz in Deutschland: Angebot und Nachfrage

Für das Zustandekommen von Krankenversicherungsschutz ist grundsätzlich – wie auf anderen Märkten auch – das Zusammentreffen von Angebot und (kaufkräftiger) Nachfrage notwendig. In diesem Abschnitt wird – teilweise aufbauend auf den weiter oben analysierten rechtlichen Rahmenbedingungen – untersucht, welche Besonderheiten auf dem deutschen Markt für Krankenversicherungsschutz vorliegen. Der Schwerpunkt unserer Analyse liegt auf der Angebotsseite – sowohl für gesetzlichen als auch für privaten Krankenversicherungsschutz (Abschnitte 3.1 und 3.2). In Abschnitt 3.3 wird abschließend diskutiert, wovon die Entscheidung zur Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz abhängt.

#### 3.1 Angebot von gesetzlicher Krankenversicherung

Im Gegensatz zur privaten Krankenversicherung können die gesetzlichen Krankenkassen nicht festlegen, welches Versicherungsangebot sie welchem Antragsteller zu welchen Konditionen anbieten. Die Krankenkassen müssen bei ihrer „Angebotserstellung“ gesetzlichen Vorgaben folgen, für die insbesondere das Mitgliedschaftsrecht relevant ist. Aus der Analyse der rechtlichen Rahmenbedingungen weiter oben wird deutlich, dass das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem nur bei bestimmten Personengruppen auftreten kann. Demzufolge können ausgehend vom Mitgliedschaftsrecht der GKV die Personengruppen anschaulich identifiziert werden, die vom Risiko der Nichtversicherung besonders betroffen sind.

Aus der Perspektive des Mitgliedschaftsrechts der GKV lassen sich drei grundsätzlich unterschiedliche Personengruppen unterscheiden. Nur für die zweite und dritte Gruppe besteht ein Risiko der Nichtversicherung.

1. Pflichtversicherte in der GKV.
2. Personen, die eine Wahl zwischen freiwilliger Versicherung in der GKV, Versicherung in der PKV und Nichtversicherung haben.
3. Personen, die nur die Wahl zwischen Versicherung in der PKV und Nichtversicherung haben.

Für die ersten beiden Gruppen *müssen* die gesetzlichen Krankenkassen dem jeweiligen Antragsteller ein Angebot machen, das hinsichtlich der Leistungen weitgehend normiert ist. Preislich können sich die Angebote von Kasse zu Kasse unterscheiden – es gibt jedoch weit

gehende gesetzliche Vorschriften zur Beitragskalkulation. Für die dritte Personengruppe dürfen die Krankenkassen kein Angebot erstellen – selbst wenn sie es wollten.

Eine Sonderstellung in Bezug auf die obige Systematik haben die Angehörigen mit Recht auf Familienversicherung. Ihre Absicherung über die GKV basiert auf dem beitragsrechtlichen Status des versicherten Familienangehörigen, der unterschiedlich sein kann. Bei Ehescheidung oder bei Überschreiten der Altersgrenzen für Kinder gehören die bisher familienversicherten Personen zumindest für den Übergangszeitraum von drei Monaten zu Gruppe 2.

Die nachfolgenden Abbildungen 1 und 2 stellen die Zugehörigkeit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu den drei Zugangstypen dar und machen dadurch anschaulich, in welchen Kontexten das Risiko der Nicht-Versicherung entsteht. Abbildung 1 illustriert den Zugang der Erwerbstätigen zur GKV. Abbildung 2 nimmt die gleiche Analyse für die Erwerbslosen und die Nichterwerbstätigen vor. Die Endpunkte der Flussdiagramme signalisieren jeweils, ob die Betroffenen zu Gruppe 1 (Pflichtversicherte) oder den Familienversicherten gehört (grüne Endpunkte), zu Gruppe 2 (freiwillig Versicherte, gelbe Endpunkte) oder zu Gruppe 3 (Wahl zwischen Nichtversicherung und PKV, rote Endpunkte) gehören.

Zur Gruppe 2 (gelb) gehören die folgenden Personengruppen (vgl. Abbildung 1):

- Selbständige mit den notwendigen Vorversicherungszeiten.
- Abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze mit den notwendigen Vorversicherungszeiten oder bei Aufnahme des ersten Beschäftigungsverhältnisses.
- Studierende oberhalb des 14. Fachsemesters oder des 30. Lebensjahres.
- Rentner ohne die notwendigen Vorversicherungszeiten in der zweiten Lebenshälfte für eine Pflichtversicherung aber mit Vorversicherungszeiten für die freiwillige Weiterversicherung.
- Empfänger von Sozialgeld, die keinen Anspruch auf Familienmitversicherung haben, aber über die notwendigen Vorversicherungszeiten verfügen.
- Empfänger von Sozialhilfe, die unter die Übergangsregelung zum 1.1.2005 fallen oder über die notwendigen Vorversicherungszeiten verfügen.
- Sonstige Erwerbslose mit den notwendigen Vorversicherungszeiten.

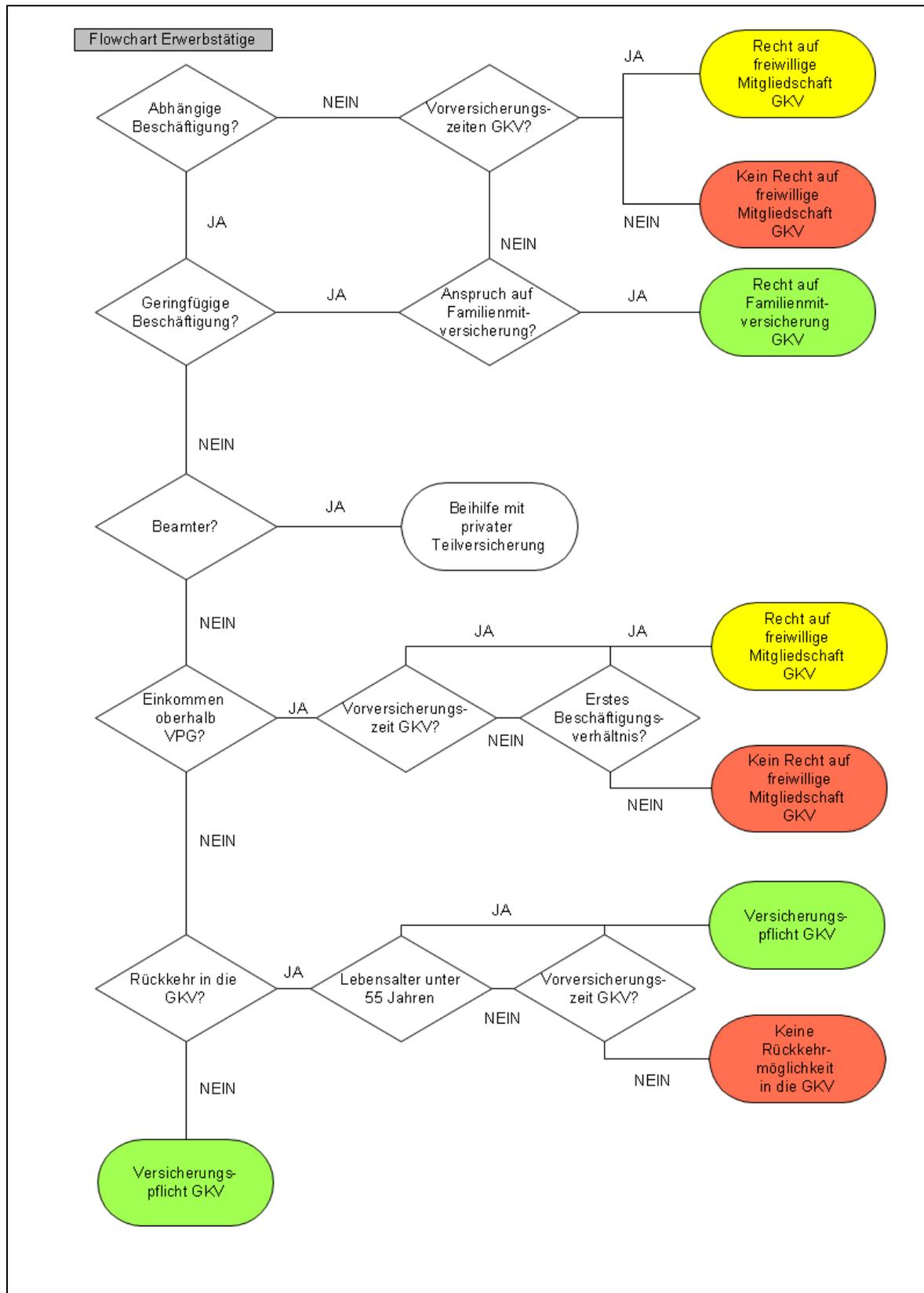
Diesen Personengruppen müssen die gesetzlichen Krankversicherer ein Angebot machen, wenn die Betroffenen einen entsprechenden Antrag stellen (vgl. weiter unten zur Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz)

Zur Gruppe 3 (rot) gehören die folgenden Personengruppen (vgl. Abbildung 2):

- Selbständige ohne die notwendigen Vorversicherungszeiten.
- Abhängig Beschäftigte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die nicht Berufsanfänger sind oder nicht über die notwendigen Vorversicherungszeiten verfügen.
- Personen, bei denen eine andernfalls eintretende Versicherungspflicht wegen der gesonderten Versicherungsfreiheit über 55 Jahre nicht eintritt, ohne die notwendigen Vorversicherungszeiten.
- Rentner ohne die zur Pflichtversicherung notwendigen Vorversicherungszeiten in der zweiten Lebenshälfte und ohne die Vorversicherungszeiten für freiwillige Weiterversicherung
- Empfänger von Sozialgeld ohne Familienversicherung und ohne die notwendigen Vorversicherungszeiten .
- Empfänger von Sozialhilfe, die nicht unter die Übergangsregelung zum 1.1.2005 fallen und nicht über die notwendigen Vorversicherungszeiten verfügen.

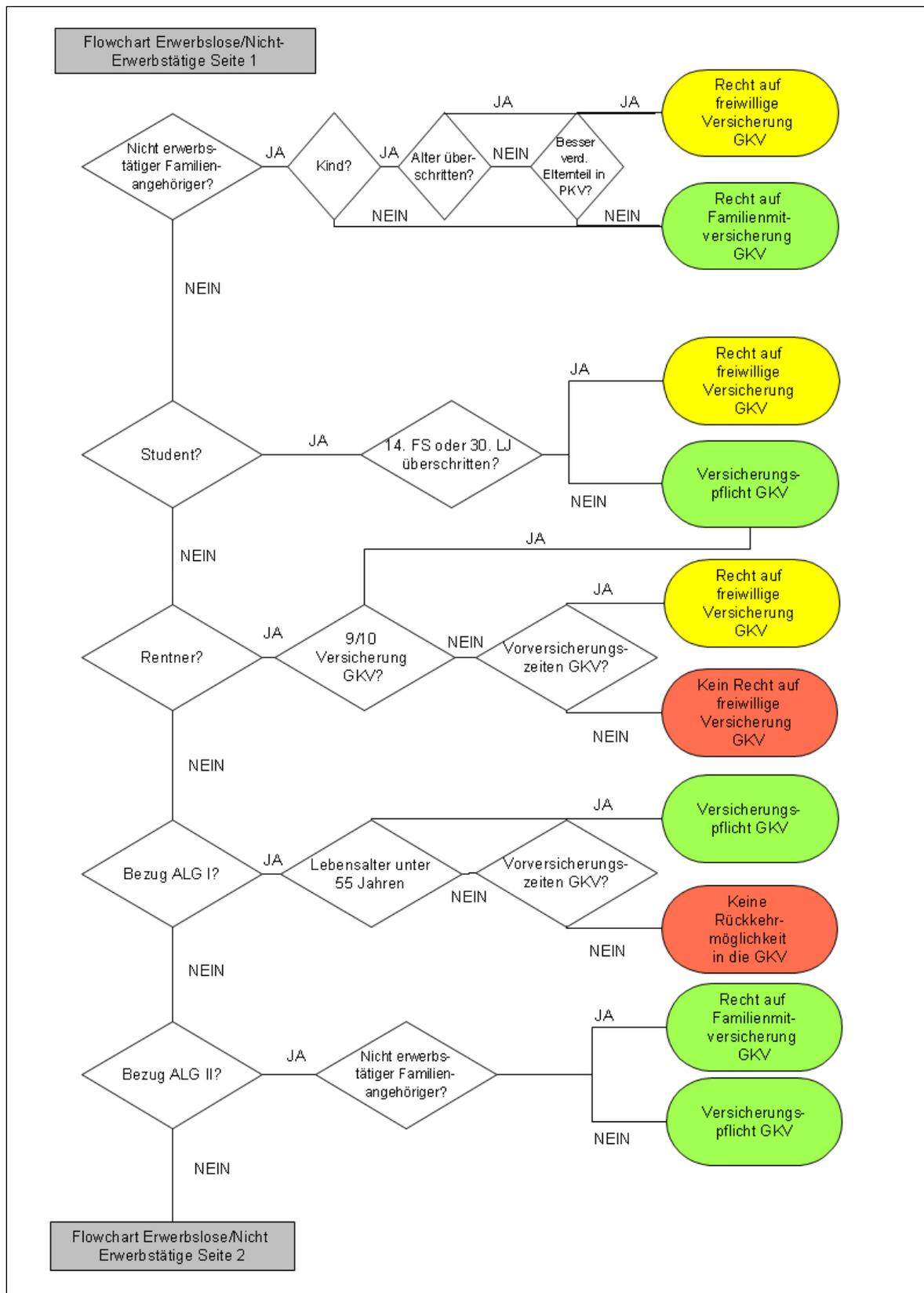
Diesen Personengruppen dürfen die gesetzlichen Krankversicherer kein Angebot machen, selbst wenn sie es wollten und die Betroffenen einen entsprechenden Antrag stellen.

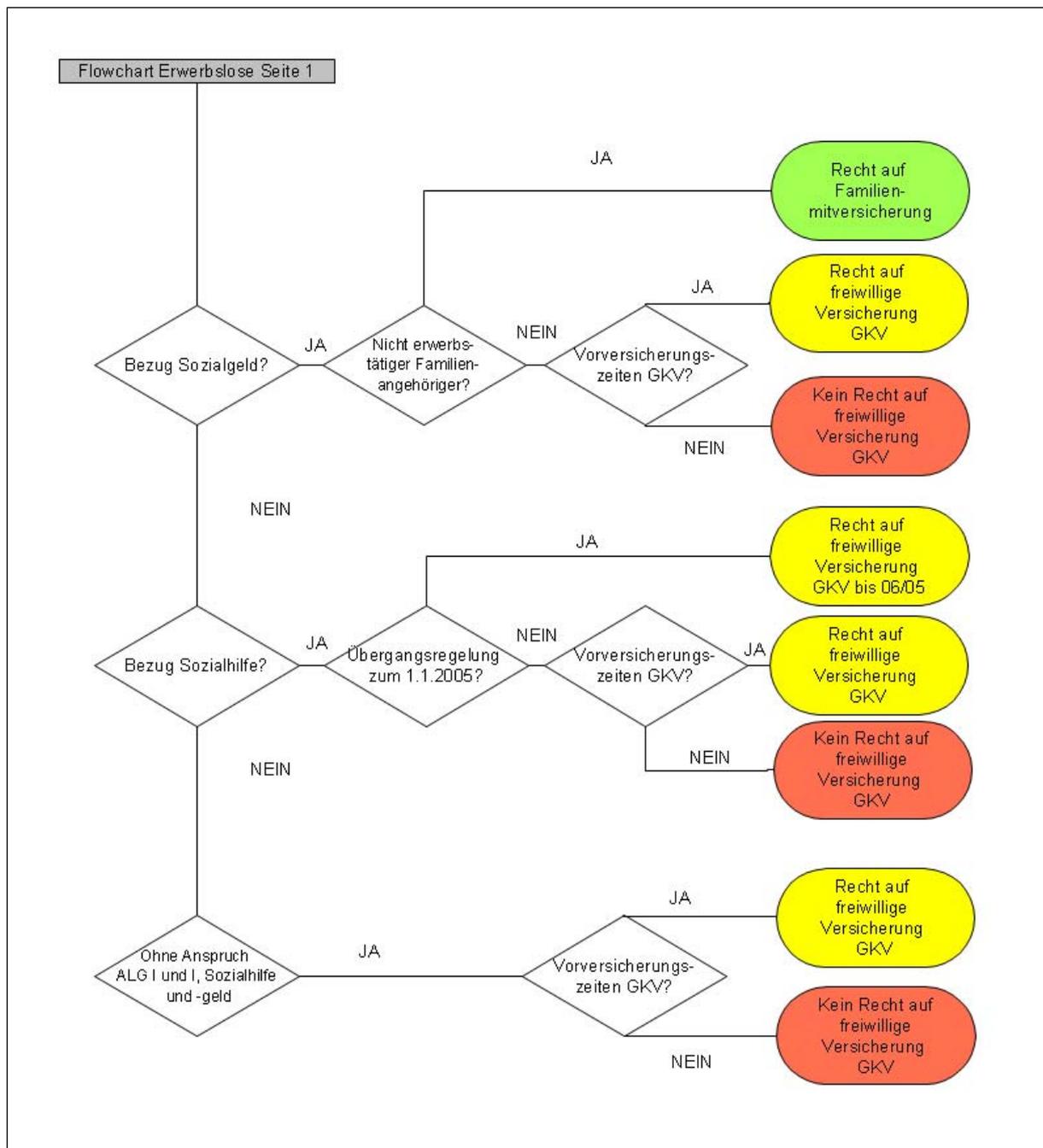
**Abbildung 1: Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für Erwerbstätige**



Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis des SGB V

**Abbildung 2: Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung für Erwerbslose und Nicht-Erwerbstätige**





Quelle: Eigene Darstellung auf der Basis des SGB V

## Zusammenfassung

*Der Gesetzgeber schreibt den gesetzlichen Krankenkassen vor, welchen Personengruppen sie Versicherungsschutz anbieten müssen bzw. dürfen. Versicherungspflichtigen und Personen mit Anrecht auf freiwillige Versicherung muss auf Antrag ein Angebot gemacht werden. Allen anderen Personen darf kein Angebot gemacht werden. Vom Risiko der Nichtversicherten sind daher die Personengruppen mit dem Anrecht auf freiwillige Versicherung und die nicht in der GKV Versicherungsberechtigten betroffen.*

### 3.2 Angebot von privater Krankenversicherung

Insbesondere Personen, die keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben (Gruppe 3 in Abschnitt 3.1), sind auf privaten Krankenversicherungsschutz angewiesen. Ob die privaten Krankenversicherer diesen Personen ein Angebot machen und wie dieses Angebot konkret aussieht, hängt weniger von den gesetzlichen Rahmenbedingungen als vielmehr von der unternehmerischen Entscheidung des Versicherungsunternehmens ab. In diesem Zusammenhang sind drei Charakteristika der deutschen privaten Krankenversicherung besonders bedeutsam (Greß/Wasem 2003):

Erstens besteht in der PKV kein gesetzlicher Kontrahierungszwang wie in der GKV.<sup>55</sup> Die privaten Krankenversicherer sind nicht verpflichtet, jeden Antragsteller aufzunehmen. Für Personen mit hohem Gesundheitsrisiko aus der Personengruppe 3 kann das im Extremfall bedeuten, dass sie kein Angebot für Versicherungsschutz erhalten.

Zweitens kalkuliert die PKV grundsätzlich risikoäquivalente Prämien. Je nach Gesundheitszustand des potentiellen Versicherungsvertragspartners bzw. nach den zu erwartenden Krankheitskosten fällt das Prämienangebot unterschiedlich hoch aus. Bei gegebener Nachfrage nach Krankenversicherung kann in Abhängigkeit vom individuellen Gesundheitszustand der Angebotspreis so hoch sein, dass kein Vertrag zustande kommt. Zusätzlich führt in der Praxis ein Gesundheitszustand, der zu sehr hohen Risikoaufschlägen auf die Versicherungsprämie führen müsste, oft dazu, dass das Versicherungsunternehmen in solchen Fällen gar nicht erst ein Versicherungsangebot vorlegt.

Die dritte Besonderheit der deutschen PKV ist die Prämienkalkulation auf der Basis des Anwartschaftsdeckungsprinzips, das im Grundsatz zu einer lebenslang konstanten Versicherungsprämie führt. In jungen Jahren übersteigen die Prämienzahlungen die zu erwartenden Versicherungsleistungen, so dass verzinsliche Altersrückstellungen gebildet werden können. Im höheren Lebensalter können dann hieraus die zu erwartenden erhöhten Krankheitskosten finanziert werden. Prämien erhöhungen der bereits Versicherten können somit teilweise verhindert werden, soweit sie nicht aufgrund demografischer Veränderungen wie einer gestiegenen Lebenserwartung oder gestiegenen Preisen wegen medizinisch-

---

<sup>55</sup> Wie gesehen besteht dieser Kontrahierungszwang auch in der GKV nur für solche Personen, die die Voraussetzungen für Pflicht- oder freiwillige Versicherung erfüllen. Auch der Zugang zu den oben angesprochenen Standardtarifen ist in der Regel an enge Voraussetzungen geknüpft – insbesondere an eine zehnjährige Vorversicherungszeit in der PKV.

technischen Fortschritts eintreten.<sup>56</sup> Die „angesparten“ Altersrückstellungen können jedoch bei einem Versicherungswechsel nicht transferiert werden und verfallen bei einem Austritt (Storno des Versicherungsvertrags).

Diese Form der Prämienkalkulation hat zur Folge, dass mit steigendem Eintrittsalter in die PKV die zu zahlende Prämie immer höher werden muss, da bis zu diesem Zeitpunkt keine Altersrückstellungen gebildet werden konnten. Für potentielle Neukunden kann damit auch aus einem hohen Eintrittsalter ein so hoher Angebotspreis resultieren, dass Angebot und Nachfrage sich nicht treffen können. Für bereits versicherte Personen entsteht eine besondere Schwierigkeit, wenn es zu einer freiwilligen oder unfreiwilligen Beendigung des Vertragsverhältnisses mit dem bisherigen privaten Krankenversicherer gekommen ist. Zwar ist eine ordentliche Kündigung seitens der PKV rechtlich ausgeschlossen,<sup>57</sup> nicht jedoch die außerordentliche Kündigung aufgrund fehlender Beitragszahlung. Eine solche außerordentliche Kündigung kann dazu führen, dass diese Personen wegen kurzfristiger Liquiditätsprobleme keinen bezahlbaren privaten Krankenversicherungsschutz mehr erhalten.

Aus den Strukturprinzipien der privaten Krankenversicherung wird damit deutlich, dass erstens nicht alle Antragsteller ein Anrecht auf Versicherungsschutz haben und zweitens der Angebotspreis für Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko und/oder einem hohen Eintrittsalter besonders hoch sein wird. Der Gesetzgeber hat auf diese Problematik reagiert, indem er die bereits oben angesprochenen Standardverträge für gefährdete Personengruppen eingeführt hat. Diese Standardverträge richten sich jedoch nicht an Personen ohne Versicherungsschutz, sondern in erste Linie an Personen, die bereits über privaten Versicherungsschutz verfügen.

### **Zusammenfassung**

*Im Gegensatz zu den gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen die privaten Krankenversicherer selbst entscheiden, welchen Antragstellern sie zu welchem Preis ein Angebot für Versicherungsschutz machen. Als Konsequenz der Prämienkalkulation in der PKV müssen Kranke und/oder Antragsteller mit einem hohen Eintrittsalter befürchten, einen überdurchschnittlich hohen Angebotspreis zu bezahlen oder überhaupt kein Angebot zu erhalten. Diese Situation ist vor allem für diejenigen Personengruppen problematisch, die*

---

<sup>56</sup> Vgl. dazu (Wasem 1996).

<sup>57</sup> §178i Abs. 4 VVG

*sowohl alt und/oder krank sind als auch keinen Anspruch auf Versicherungsschutz in der GKV haben.*

### 3.3 Nachfrage nach Krankenversicherung

Für das Zustandekommen von Versicherungsverhältnissen ist nicht nur die Struktur des Angebots bedeutsam sondern auch die Nachfrageentscheidungen der Versicherungsnehmer. In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, welche Determinanten auf der Nachfrageseite dazu führen können, dass – die Existenz von Versicherungsangeboten vorausgesetzt – diese nicht angenommen werden. Darüber hinaus wird analysiert, ob es in letzter Zeit zu Änderungen in der Zusammensetzung bzw. der Gewichtung dieser Determinanten gekommen sein könnte

Die ökonomische Theorie begreift die Nachfrageentscheidung nach Krankenversicherung als Ergebnis eines rationalen individuellen ökonomischen Nutzenkalküls. Mit anderen Worten erfolgt die Entscheidung für einen konkreten Versicherungsvertrag dann, wenn damit der Erwartungsnutzen des Konsumenten maximiert wird. Die konkrete Modellierung dieses Kalküls erfolgt unter jeweils verschiedenen Modellannahmen. Diese Modellannahmen differenzieren beispielsweise nach Berücksichtigung des Gesundheitszustands als Input für die individuelle Produktionsfunktion und nach Einbeziehung der Auswirkungen von Vorsorge auf den Gesundheitszustand (Breyer et al. 2003). Hier sollen jedoch nur die grundlegenden, für eine Nachfrageentscheidung relevanten Determinanten betrachtet werden.

Grundsätzlich kann das Nachfrageverhalten als Funktion folgender Faktoren begriffen werden:

1. *Präferenzen der Nachfrager.* Der Nachfrager vergleicht den Erwartungsnutzen der Krankenversicherung (etwa in Bezug auf die erwarteten Einkommenseffekte, aber auch die immateriellen Auswirkungen auf die persönliche Gesundheit) mit dem Nutzen anderer Einkommensverwendungen. Eine besondere Rolle spielt hier der Grad der Risikoaversion. Die Risikoaversion drückt das Ausmaß der Höherbewertung eines sicher zu erwartenden Nutzens im Vergleich zu einem unsicher zu erwartendem Nutzen aus. Auch die Frage der Bewertung zukünftiger Nutzens im Vergleich zu gegenwärtigem Nutzen ist von Bedeutung. Schließlich spielt auch die Einschätzung individueller Gesundheitsrisiken eine Rolle.

2. *Einkommen der Nachfrager*. Das Einkommen determiniert das Budget, aus dem die Nachfrage insgesamt (einschließlich alternativer Verwendungen) finanziert werden kann.
3. *Preis des Produkts*. Der Preis ist in diesem Fall die angebotene Prämie der PKV bzw. der angebotene Beitragssatz der GKV.
4. *Transaktionskosten*. Damit sind nicht nur Abschlusskosten gemeint, sondern auch Such- und Informationskosten über ein komplexes Produkt.

Neben Veränderungen auf der Angebotsseite (veränderte Zugangsbedingungen zu gesetzlicher Krankenversicherung, Veränderung in der Prämienkalkulation der PKV), und Veränderungen in Umfang und Zusammensetzung der betroffenen Gruppen (Beispiel Selbstständige) können damit auch Veränderungen bei den Einflussfaktoren der Nachfrage eine Zu- oder Abnahme der Anzahl nicht krankenversicherter Personen bewirken.

Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Faktor *Einkommen* auf der Nachfrageseite eine dominierende Rolle spielt. Insbesondere durch den Anstieg der Arbeitslosigkeit und den steigenden Anteil der kleinen Selbständigen wird es zunehmend Personen geben, die bei gleich gebliebener Bedürfnislage bei einem verringerten Einkommen zu Entscheidungen zugunsten unmittelbarer Konsumgrundbedürfnisse und zuungunsten von Krankenversicherung kommen.

Interessant ist auch eine genauere Betrachtung der *Transaktionskosten*. Hierzu zählen auch die Kosten der Informationsbeschaffung in Form von Opportunitätskosten der zeitlichen Beanspruchung. Es ist plausibel, dass das Nachfrageverhalten mehrerer Personengruppen nicht unwesentlich von diesen Kosten bestimmt ist. Dies können einerseits Menschen in zeitlich auch sonst stark beanspruchten Situationen sein – beispielsweise Selbständige in Gründungssituationen und Kleinstunternehmen sowie Menschen unmittelbar nach einschneidenden familiären Veränderungen wie einer Ehescheidung. Zum zweiten können aber auch Menschen mit relativ niedrigem Bildungsstand betroffen sein, die, wenn von ihrer Wahlsituation überrascht, überdurchschnittlich viel Energie zum Auffüllen von Informationsdefiziten aufbringen müssten. Da Menschen mit niedrigeren Bildungs- und Berufsabschlüssen deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen sind, könnte auch hier eine wachsende Problemgruppe zu finden sein.

Insgesamt kann man auch auf der Ebene der Nachfrage zumindest annehmen, dass einzelne Faktoren zur Vergrößerung des Personenkreises der Nichtversicherten beitragen. Dabei

dürften niedrigere Einkommen und hohe Transaktionskosten im Bereich der Informationsbeschaffung eine besondere Rolle spielen. Erst gezielte empirische Untersuchungen würden hier aber eine wirklich aussagekräftige Analyse ermöglichen.

### **Zusammenfassung**

*Die Nachfrage nach Krankenversicherung hängt vor allem von den Präferenzen und dem Einkommen der Nachfrager, dem Angebotspreis und den anfallenden Transaktionskosten ab. Es ist plausibel, dass die Nachfrage nach Krankenversicherung besonders bei solchen Personengruppen besonders zurückgeht, deren Einkommen fällt, die mit steigenden Angebotspreisen konfrontiert werden und die hohe Opportunitätskosten haben. Gerade diese Personengruppen sind aber ohnehin schon besonders stark vom Risiko der Nichtversicherung betroffen. Nachfrageseitige Faktoren wirken damit in die gleiche Richtung wie angebotsseitige Faktoren.*

#### **4 Anzahl und Zusammensetzung der Nichtversicherten**

Die empirische Analyse nicht krankenversicherter Personen gestaltet sich insofern schwierig, als es sich um einen Personenkreis handelt, der nicht direkt von amtlichen Routinedaten oder von Vollerhebungen erfasst wird. Insofern können Anhaltspunkte für die Entwicklung von Anzahl und Zusammensetzung der Nichtversicherten in erster Linie aus Bevölkerungsbefragungen gewonnen werden. Bei diesen Befragungen handelt es sich um mehr oder weniger repräsentative Stichproben.

Eine zweite Schwierigkeit ist die – gemessen an der Gesamtbevölkerung – geringe Größe des zu untersuchenden Personenkreises. Die analysierte Stichprobe muss also einen erheblichen Umfang haben, um zu gesicherten, statistisch repräsentativen Ergebnissen im Bevölkerungsquerschnitt, insbesondere aber im zeitlichen Längsschnitt zu kommen. Dies ist allenfalls im Mikrozensus teilweise gegeben, solange die Analyse nicht zu tief differenziert.

Ein drittes Problem liegt darin, dass es wahrscheinlich Personengruppen gibt, mit deren Teilnahme an den einschlägigen Befragungen kaum zu rechnen ist, die aber mit hoher Wahrscheinlichkeit zum entsprechenden Personenkreis zählen. Als Beispiel wären hier zu nennen die Ausländer ohne legalen Aufenthalt, aber auch Prostituierte oder Personen ohne festen Wohnsitz. Diese Personengruppen werden tendenziell untererfasst.

Viertens kann der Krankenversicherungsstatus individuell sehr komplex sein. Diese Komplexität wird von den Befragten sehr unterschiedlich wahrgenommen. Insbesondere die Beihilfevorschriften für die Beamten führen offenbar teilweise dazu, dass sich die Beamten in die Gruppe der Unversicherten einordnen – wenn die Fragebögen nicht differenziert genug ausgestaltet sind. Insbesondere die Beamten werden also tendenziell bei der Erhebung der Gruppe der Unversicherten übererfasst.

Die in diesem Abschnitt präsentierten empirischen Resultate zu Anzahl und Zusammensetzung der Nichtversicherten sind vor dem Hintergrund dieser methodischen Schwierigkeiten zu sehen. So haben wir insbesondere letztlich darauf verzichtet, die von uns für die Frage der Nichteversicherung vorgenommenen Auswertungen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) und des Sozio-Ökonomischen-Panels (SOEP) für diese Publikation zu verwenden. Beide Erhebungen verwenden deutlich kleinere Stichproben als der Mikrozensus. Daher konnten wir nur sehr wenige Fälle auswerten, die für unsere

Fragestellung relevant sind.<sup>58</sup> Als Folge konnten aus diesen beiden Erhebungen letztlich keine belastbaren empirischen Ergebnisse generiert werden.

Wir präsentieren im Folgenden daher ausschließlich Auswertungen des Mikrozensus, der wegen der Größe der Stichprobe zur Analyse unserer Fragestellung am ehesten geeignet ist. Beim Mikrozensus handelt es sich um eine amtliche Repräsentativstatistik, die auf einer Zufallsstichprobe von einem Prozent der Bevölkerung beruht. Diese Stichprobe basiert auf einer einstufigen geschichteten Flächenstichprobe. Jährlich nehmen etwa 370.000 Haushalte mit ca. 820.000 Personen teil. Ein Viertel der beteiligten Haushalte wird jährlich ausgetauscht. Ein Grundfrageprogramm wird jährlich wiederholt, alle vier Jahre wird darüber hinaus ein Zusatzprogramm mit besonderen Fragen durchgeführt. Bis 1995 gehörten die Fragen zur Krankenversicherung zum jährlichen Programm, seitdem gehören sie zum Zusatzfrageprogramm und werden nur noch alle vier Jahre gestellt – zuletzt im Jahr 2003.

Die Gestaltung der Fragen des Mikrozensus zur Krankenversicherung hat sich im Untersuchungszeitraum geändert. Bis einschließlich 1995 erfolgte die Erhebung der Nichtversicherten als Residuum. Als Nichtversicherte wurden diejenigen eingestuft, die keine Antwort auf die Frage nach der Art der Krankenversicherung gegeben haben. Separat erfasst wurden auch sonstige Ansprüche auf Krankenversorgung – etwa über die Sozialhilfe. Seit 1999 wurde die Frage vorangestellt, ob überhaupt eine Krankenversicherung vorliegt. Erst bei positiver Beantwortung dieser Frage wurde nach weiteren Details gefragt. Beide Methoden haben Vor- und Nachteile. Die älteren Fragebögen unterscheiden nicht zwischen erklärtem Unwissen über die richtige Antwort und bewusstem Ausschluss aller anderen Möglichkeiten. Bei den neueren Befragungen wird deutlich, ob der Befragte sich selbst tatsächlich als nicht versichert einstuft. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass der Status Krankenversicherung sehr unterschiedlich interpretiert wird. Dies gilt insbesondere für Beamte und Sozialhilfeempfänger.

Die hier vorgestellten Ergebnisse des Mikrozensus kommen aus zwei verschiedenen Quellen. Das Statistische Bundesamt selber gibt aufgearbeitete Daten auf Basis der gesamten Ein-Prozent-Stichprobe über eine Vielzahl von Merkmalen heraus. Diese werden – soweit für unsere Fragestellung relevant – im Längsschnitt des Untersuchungszeitraums vorgestellt (Abschnitt 4.1). Für eine tiefere Analyse der Merkmale nicht krankenversicherter Personen

---

<sup>58</sup> Die Zahl der auswertbaren Fälle lag im Jahr 2003 in EVS und SOEP deutlich unter 100. In der 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus konnten wir dagegen rund 1000 Fälle auswerten.

wurden die als Scientific Use File herausgegebenen „faktisch anonymisierten“ Datensätze des Statistischen Bundesamtes als Grundlage verwendet. Für diesen am Lehrstuhl für Medizinmanagement ausgewerteten Datensatz hat das Statistische Bundesamt eine 70-Prozent-Unterstichprobe aus dem Mikrozensus gezogen.<sup>59</sup> Die Analyse beschränkt sich auf die Daten des aktuellsten Jahres 2003 im Querschnitt. Die Fallzahlen der nicht krankenversicherten Personen reichten in diesem Jahr am ehesten für eine tiefere Analyse aus (Abschnitt 4.2).

#### 4.1 Mikrozensus im Längsschnitt 1991 bis 2003

Seit 1991 liefert der Mikrozensus Daten aus Gesamtdeutschland. Die ersten Jahre nach 1991 sind gerade in Bezug auf die Fragestellung der Arbeit noch sehr von den Veränderungen der Vereinigung gezeichnet (vgl. Tabelle 6). Im Jahre 1991 erscheint in den Befragungen eine ungewöhnlich hohe Zahl von Nichtversicherten, die sich innerhalb der nächsten drei Jahre zügig und stetig abbaut. Dieser Gipfel von 1991 ist in erster Linie durch die Strukturveränderungen des Krankenversicherungssystems in Ostdeutschland in Folge der Vereinigung und Wanderungsbewegungen zu erklären. Gerade in dieser Umbruchsituation Situationen könnte die Gestaltung des Fragebogens bis einschließlich 1995 (siehe oben) dazu beigetragen haben, dass sich eine Vielzahl von Befragten nicht in die angebotenen Kategorien des (Versicherungs-)Schutzes einordnen konnten. Die Verbesserung des Informationsstandes in Bezug auf das Sozialversicherungssystem – insbesondere in Ostdeutschland – könnte damit auch den stetigen Abfall der sich als Nichtversicherte deklarierenden Personen bis 1994 erklären. In den drei Befragungen bis 2003 ist ein stetiges Anwachsen der Nichtversicherten bis auf 188.000 Menschen im letzten Erhebungsjahr zu erkennen. Diese Zunahme ist insbesondere auf ein überproportionales Wachstum der Zahl nicht versicherter Männer (Anstieg 2003 gegenüber 1995 um 96 Prozent gegenüber 60 Prozent bei den Frauen) zurückzuführen.

---

<sup>59</sup> Hierdurch kann es zu Abweichungen in den hochgerechneten Fallzahlen in den beiden Stichproben kommen.

**Tabelle 6: Nichtversicherte in Deutschland 1991 bis 2003**

Jahr	Insgesamt	Männer		Frauen	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
1991	404	192	47	213	53
1992	232	110	47	122	53
1993	152	78	51	74	49
1994	107	54	51	52	49
1995	105	58	55	47	45
1999	150	83	55	67	45
2003	188	114	60	75	40

Alle absoluten Angaben in Tausend. Quelle: Mikrozensus des Statistischen Bundesamts.

Es lassen sich noch eine Reihe von weiteren Aussagen dazu machen, welche Personengruppen vom Risiko der Nichtversicherung besonders betroffen sind – insbesondere im Hinblick auf den Erwerbsstatus der Nichtversicherten (vgl. Tabelle 7). Zu Beginn des untersuchten Zeitraums waren vorwiegend Nichterwerbspersonen nicht versichert. Der Anteil der Nichterwerbspersonen an allen Nichtversicherten ist seit 1991 jedoch kontinuierlich gesunken, obwohl der Mikrozensus im gleichen Zeitraum bestimmte Nichterwerbspersonen besser erfasst hat – beispielsweise Sozialhilfeempfänger in Heimen. Gleichzeitig ist der Anteil der Erwerbslosen und vor allem der Anteil der Erwerbstätigen kontinuierlich gestiegen. Besonders drastisch war dieser Anstieg in den Jahren 1999 und 2003. Dieser Zusammenhang erklärt auch die Erhöhung des Anteils männlicher Nichtversicherter. Diese Zahlen stützen die These, dass als Folge der strukturellen Veränderungen in der Erwerbstätigkeit – und der darauf nur unzureichend reagierenden gesetzlichen Regulierung des Zugangs zu Krankenversicherung – das Risiko der Nichtversicherung insbesondere für Erwerbstätige seit Mitte der neunziger Jahre deutlich zugenommen hat. Darüber hinaus hat sich seit Mitte der neunziger Jahre das Risiko der Nichtversicherung auch für Erwerbslose deutlich erhöht. Es bleibt abzuwarten, inwieweit die Folgen der Hartz IV Gesetzgebung dieses Ergebnis im nächsten Mikrozensus 2007 verändern werden.

**Tabelle 7: Nichtversicherte nach Beteiligung am Erwerbsleben 1991 bis 2003**

Jahr	Erwerbstätige		Erwerbslose		Nichterwerbspersonen	
	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
1991	52	13	14	3	339	84
1992	32	14	8	3	192	83
1993	22	14	9	6	121	80
1994	18	17	6	5	83	78
1995	21	20	8	7	77	73
1999	51	34	18	12	80	54
2003	81	43	29	15	78	42

Alle absoluten Angaben in Tausend. Quelle: Mikrozensus des Statistischen Bundesamts.

Auch für die Gruppe der Erwerbstätigen liefert der Mikrozensus einige Anhaltspunkte darüber, welche Gruppen von Erwerbstätigen vom Risiko der Nichtversicherung besonders betroffen sind. Unsere bisherige Analyse des sozioökonomischen Wandels lässt vermuten, dass dies insbesondere für Selbständige gilt. Die Gruppe der Selbständigen (in den Daten des Mikrozensus zusammengefasst mit den mithelfenden Familienangehörigen) innerhalb der Nichtversicherten wächst auch tatsächlich seit Mitte der neunziger Jahre absolut wie relativ (vgl. Tabelle 8). Auch die Gruppe der Angestellten und Arbeiter wächst absolut – aber nicht relativ.

Erstaunlich ist die relativ hohe Zahl der Beamten, die sich im Jahr 2003 das erste Mal in nennenswertem Umfang als nicht krankenversichert einstufen. Dies ist nicht alleine durch die Veränderung des Fragebogens zu erklären, die bereits ab 1999 galt. Der größere Anteil der Gesundheitskosten von Beamten wird über die Beihilfe des Arbeitgebers finanziert, so dass es hier nur um die Frage gehen kann, ob der hierdurch nicht abgedeckte Kostenanteil versichert ist. Da es sich bisher nur um ein einmaliges Phänomen handelt und keine weiteren Daten vorliegen, ist es schwer zu entscheiden, ob es sich um eine faktische Sparstrategie der Beamten bezüglich ihrer Zusatzversicherung handelt oder um sozialpsychologisch bedingte Wahrnehmungsverschiebungen, die zu einer anderen Beantwortung der Krankenversicherungsfrage führen.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Auch bei Eliminierung dieser Gruppe aus der Gesamtzahl der Nichtversicherten verbliebe immer noch ein deutlicher Anstieg von 150.000 Nichtversicherten im Jahr 1999 auf 177.000 Nichtversicherte im Jahr 2003.

**Tabelle 8: Nichtversicherte Erwerbstätige nach Erwerbsstatus 1991 bis 2003**

Jahr	Insgesamt	Selbständige		Beamte		Angestellte und Arbeiter	
		Absolut	Prozent	Absolut	Prozent	Absolut	Prozent
1991	52	11	21			38	73
1992	32	7	22			23	72
1993	22	7	32			14	64
1994	18	6	33			11	61
1995	21	6	29			10	48
1999	51	22	43			25	49
2003	81	32	39	11	14	38	47

Alle absoluten Angaben in Tausend. Selbständige einschließlich mithelfender Familienangehöriger. Rundungen können dazu führen, dass sich die Summe der einzelnen Erwerbstätigengruppen nicht exakt zur Summe der Erwerbstätigen addiert.

Quelle: Mikrozensus des Statistischen Bundesamts.

### **Zusammenfassung**

*Aus den vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Auswertungen des Mikrozensus geht hervor, dass die Anzahl der Unversicherten seit Mitte der neunziger Jahre bis zum letzten Erhebungsjahr 2003 kontinuierlich wächst. Der Anteil der unversicherten Männer ist inzwischen deutlich höher als der Anteil der unversicherten Frauen. Der Anteil der Erwerbstätigen innerhalb der Gruppe der Unversicherten ist seit Mitte der neunziger Jahre am deutlichsten gestiegen. Innerhalb der Erwerbstätigen ist im gleichen Zeitraum der Anteil der Selbständigen am stärksten gestiegen. Diese Daten stützen die These, dass als Folge der strukturellen Veränderungen in der Erwerbstätigkeit – und der darauf nur unzureichend reagierenden gesetzlichen Regulierung des Zugangs zu Krankenversicherung – das Risiko der Nichtversicherung insbesondere für Erwerbstätige seit Mitte der neunziger Jahre deutlich zugenommen hat.*

#### 4.2 Mikrozensus im Querschnitt 2003

Durch die Analyse des vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Scientific Use Files des Mikrozensus 2003 können weitere Analysen durchgeführt werden, welche Bevölkerungsgruppen besonders vom Risiko der Nichtversicherung betroffen sind. Da es sich um eine 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus handelt und da die Population der Nichtversicherten relativ klein ist, treten bei der Gesamtzahl der nicht krankenversicherten Personen Unterschiede zu den Hochrechnungen aus der Vollerhebung des Mikrozensus auf

(siehe oben). Bei der Hochrechnung wird – analog zum Verfahren bei den oben vorgestellten Berechnungen des Mikrozensus – der Personengewichtungsfaktor auf der Grundlage der Bevölkerung am Ort der Hauptwohnung verwendet.

Wegen der hohen Fallzahlen sind auch die Aussagen dieser Unterstichprobe noch immer vergleichsweise aussagekräftig. Die Stichprobe des Scientific Use Files weist 2003 insgesamt 1112 Fälle nicht krankenversicherter Personen auf. Die Stärke des Zusammenhangs zwischen den einzelnen Merkmalen und dem Versicherungsstatus wird hier mit dem Cramer-V-Koeffizienten gemessen.<sup>61</sup>

Relativ deutlich ist der Zusammenhang zwischen dem Merkmal Nichtversicherung und dem Haushaltsnettoeinkommen der betroffenen Personen (vgl. Tabelle 9). In den unteren Einkommensgruppen ist der relative Anteil Nichtversicherter besonders hoch. Dieser Anteil sinkt mit steigendem Einkommen und steigt mit sehr hohem Einkommen nur leicht. Überdurchschnittlich häufig von Nichtversicherung betroffen sind nach diesen Zahlen Personen, die über ein Haushaltsnettoeinkommen von unter 1100 Euro pro Monat verfügen. Es ist davon auszugehen, dass ein Teil dieses Personenkreises – insbesondere Personen ohne Einkommen oder mit nur sehr geringem Einkommen – Zugang zu Krankenhilfe im Rahmen der Sozialhilfe hat. Wie groß dieser Personenkreis genau ist, lässt sich aus den Daten des Mikrozensus nicht ableiten.

---

<sup>61</sup> Dieser Koeffizient misst die Stärke des Zusammenhangs zwischen zwei kategorialen Variablen. Kategoriale Variablen sind Merkmale, die eine begrenzte Anzahl von Ausprägungen haben. Beispiel ist der Zusammenhang zwischen der kategorialen Variable „Nichtversicherung“ (Ausprägungen ja, nein) und der Variable „Familienstand“ (Ausprägung ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden) und variiert zwischen null und eins. Je mehr sich der Koeffizient eins nähert, desto stärker ist der Zusammenhang. Vgl. (Agresti 2002).

**Tabelle 9: Nichtversicherte nach Einkommen 2003**

	Absolut	Prozent
Kein Einkommen	12600	4,36
Bis unter 150	6600	3,70
150 bis unter 300	7200	1,43
300 bis unter 500	12000	0,72
500 bis unter 700	16000	0,53
700 bis unter 900	13700	0,37
900 bis unter 1100	14300	0,29
1100 bis unter 1300	13800	0,23
1300 bis unter 1500	13100	0,21
1500 bis unter 1700	10000	0,17
1700 bis unter 2000	12800	0,16
2000 bis unter 2300	7700	0,10
2300 bis unter 2600	9000	0,14
2600 bis unter 2900	4500	0,09
2900 bis unter 3200	4500	0,11
3200 bis unter 3600	4500	0,11
3600 bis unter 4000	3100	0,11
4000 bis unter 4500	3700	0,15
4500 bis unter 5000	900	0,06
5000 bis unter 5500	1500	0,15
5500 bis unter 6000	1500	0,21
6000 bis unter 7500	1300	0,13
7500 bis unter 10000	1600	0,30
10000 bis unter 18000	800	0,25
18000 und mehr	400	0,25
Ohne Angabe	11600	0,37
<i>Gesamt</i>	<i>194300</i>	<i>0,24</i>

Absolute Angaben: Monatliches Haushaltsnettoeinkommen in Euro. Relative Angaben jeweils zur Wohnbevölkerung der entsprechenden Einkommensklassen. Cramer-V 0,058.

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Die Ergebnisse aus Tabelle 9 sind insofern plausibel, als dass unsere bisherige Analyse vor allem kleine Selbständige und geringfügig Beschäftigte separatem Zugang zu Krankenversicherung als Risikogruppen identifiziert hat. Diese Personengruppen verfügen

vermutlich über ein Einkommen, das nicht zum Bezug von Sozialhilfe berechtigt aber gleichzeitig eine Nachfrage nach Krankenversicherungsschutz nicht zulässt.

Tabelle 10 stellt den Zusammenhang zwischen dem Merkmal Nichtversicherung und dem überwiegenden Lebensunterhalt der Betroffenen dar. Besonders hoch ist der Anteil der Nichtversicherten, die überwiegend Einkommen aus Vermögen beziehen. Es ist anzunehmen, dass es sich bei diesen Personen um einen sehr heterogenen Personenkreis handelt. Es dürfte sich zum einen um wenig schutzbedürftige Personen mit sehr hohen Einkommen handeln. zum anderen aber auch etwa um kleine Selbständige, deren Einkommen aus Erwerbstätigkeit sehr gering ist.

Der relativ hohe Anteil der Nichtversicherten mit dem überwiegenden Lebensunterhalt Sozialhilfe lässt dagegen eher auf Fehl- bzw. Übererhebungen aufgrund der Missverständlichkeit des Fragebogens schließen. Denn wenn der befragte Sozialhilfeempfänger – sachlich richtig – auf die Frage nach der Krankenversicherung mit „nein“ antwortet, wird er im Fragebogen automatisch an der Differenzierung über die Art des Schutzes – hier wird dann auch die Krankenhilfe im Rahmen des BSHG genannt – vorbeigeführt. Überdurchschnittlich hoch ist der Anteil der Nichtversicherten auch noch bei dem allerdings sehr kleinen Personenkreis der Empfänger sonstiger Unterstützungen. Unterdurchschnittlich hoch ist dieser Anteil bei Rentnern und den Empfängern von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe.

**Tabelle 10: Nichtversicherte nach überwiegendem Lebensunterhalt 2003**

	Absolut	Prozent
Erwerbstätigkeit	78.700	0,24
ALG/ALH	3.400	0,09
Rente	23.900	0,13
Unterhalt	55.100	0,23
Eigenes Vermögen	12.300	3,48
Sozialhilfe	14.700	0,86
Pflegeversicherung	300	0,30
Sonstige Unterstützungen (BAFÖG, Vorruhestandsgeld, etc.)	5.900	0,69
Gesamt	194.300	0,24

Relative Berechnung jeweils zu den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung mit entsprechendem überwiegendem Lebensunterhalt. Cramer-V 0,036.

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Tabelle 11 zeigt den Zusammenhang zwischen Familienstand und Nichtversicherung. Vor allem geschiedene Personen sind häufiger nicht krankenversichert als im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung.<sup>62</sup> Eine Erklärung für dieses Phänomen könnte sein, dass die Familienversicherung in der GKV durch eine Ehescheidung verloren geht und die Betroffenen es versäumen, sich freiwillig zu versichern.

**Tabelle 11: Nichtversicherte nach Familienstand 2003**

	Ledig	Verheiratet	Verwitwet	Geschieden	<i>Gesamt</i>
Absolut	90.800	67.300	13.100	23.100	<i>194.300</i>
Prozent	0,29	0,17	0,21	0,51	<i>0,24</i>

Relative Berechnung jeweils zu den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung entsprechenden Familienstands.  
Cramer-V 0,016

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen an den Unversicherten ist unterdurchschnittlich hoch (vgl. Tabelle 12). Überdurchschnittlich häufig vom Risiko Nichtversicherung betroffen sind dagegen in erster Linie mittlere Altersgruppen.

**Tabelle 12: Nichtversicherte nach Alter 2003**

	<=20	21-40	41-60	61-80	81+	Gesamt
Absolut	16.600	78.400	63.900	29.200	6.300	194.300
Prozent	0,09	0,36	0,28	0,17	0,22	0,24

Relative Berechnung zu den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe.  
Cramer-V 0,019

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Relativ eindeutig erscheint der Zusammenhang zwischen dem Merkmal Nichtversicherung und der Staatsangehörigkeit (vgl. Tabelle 13). Ausländer sowohl aus EU-Staaten als auch aus Nicht-EU-Staaten sind häufiger vom Risiko der Nichtversicherung betroffen als Deutsche. Dabei ist zu berücksichtigen, dass illegal in Deutschland lebende Ausländer hier nicht erfasst sind, da im Mikrozensus ausschließlich die wohnberechtigte Bevölkerung befragt wird.

---

<sup>62</sup> Dieses Ergebnis wird auch dadurch bestätigt, dass Personen in Ein-Personen-Haushalten häufiger zu den Nichtversicherten gehören als Personen, die in Mehr-Personen-Haushalten leben.

**Tabelle 13: Nichtversicherte nach Staatsangehörigkeit 2003**

	Deutsche	Ausländer aus EU-Staaten	Ausländer aus Nicht-EU-Staaten	Gesamt
Absolut	151.600	9.100	33.600	194.300
Prozent	0,20	0,50	0,63	0,24

Relative Berechnung jeweils zu den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung entsprechender Staatsangehörigkeit. Cramer-V 0,015.

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

In Tabelle 14 wird der Zusammenhang zwischen Nichtversicherung und Wochenarbeitszeit dargestellt. Es wird deutlich, dass der Anteil der Nichtversicherten oberhalb einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden deutlich ansteigt. Einerseits dürfte das daran liegen, dass es sich in dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig um Selbständige handelt, die nur eingeschränkten Zugang zu gesetzlichem Versicherungsschutz haben. Andererseits könnte dieser hohe Anteil – die entsprechende Population ist dagegen relativ klein – anzeigen, dass in dieser Gruppe die Transaktionskosten für die Beschaffung von Krankenversicherungsschutz besonders hoch sind.

**Tabelle 14: Nichtversicherte nach Wochenarbeitszeit 2003**

	bis 20 Std.	21 - 40 Std.	41 - 60 Std.	61 - 80 Std.	81 Std. und mehr	Gesamt
Absolut	119.700	51.100	19.000	3.500	1.000	194.300
Prozent	0,23	0,20	0,47	0,63	1,73	0,24

Relative Berechnung jeweils zur den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung mit entsprechender Wochenarbeitszeit. Cramer-V 0,013

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Tabelle 15 zeigt den Zusammenhang zwischen Nichtversicherung und Schulabschluss. Die Daten machen deutlich, dass der relative Anteil der Nichtversicherten ohne Schulabschluss deutlich höher ist als der relative Anteil der Nichtversicherten mit Schulabschluss. Zu erklären ist dieses Ergebnis zum einen dadurch, dass Personen ohne Schulabschluss vom Risiko prekärer Erwerbstätigkeit besonders hoch betroffen sind. Zum anderen könnten aus dem geringen Informationsstand dieser Personengruppe hohe Such- und Informationskosten für die Beschaffung von Krankenversicherungsschutz resultieren. Die Art des Abschlusses hat im Übrigen keine nennenswerten Auswirkungen auf den Krankenversicherungsstatus.

**Tabelle 15: Nichtversicherte nach Schulabschluss 2003**

	Kinder, Schüler	Ja	Nein	Ohne Angabe	Gesamt
Absolut	7900	156900	13700	15800	194300
Prozent	0,05	0,25	0,72	0,41	0,24

Relative Berechnung jeweils zu den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung mit oder ohne Schulabschluss.  
Cramer-V 0,037

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

Tabelle 16 zeigt, dass Studierende oberhalb des 30. Lebensjahres überdurchschnittlich häufig vom Risiko der Nichtversicherung betroffen sind. Allerdings sind die Fallzahlen hier sehr klein, eine Differenzierung nach Fachsemester ist mit den Daten des Mikrozensus nicht möglich.

**Tabelle 16: Nichtversicherte Studierende 2003**

	Gesamt		Unter 30 Jahre		Ab 30 Jahre	
	FH	Uni	FH	Uni	FH	Uni
Absolut	1.000	4.100	800	3.100	200	1.000
Prozent	0,21	0,28	0,19	0,24	0,28	0,5

Relative Berechnung jeweils zur den Gesamtgruppen der Wohnbevölkerung.

Quelle: Eigene Auswertungen auf Basis einer 70-Prozent-Unterstichprobe des Mikrozensus 2003

### **Zusammenfassung**

*Auf Basis einer uns vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Unterstichprobe des Mikrozensus 2003 lässt sich die Zusammensetzung der Unversicherten genauer bestimmen. Danach ist der Anteil der Nichtversicherten bei Personen mit niedrigem und sehr hohem Einkommen überdurchschnittlich hoch. Besonders hoch ist der Anteil von Nichtversicherten darüber hinaus bei Personen, die überwiegend Einkünfte aus Vermögen beziehen, bei Geschiedenen, bei Ausländern, bei Personen ohne Schulabschluss und bei Personen mit einer Wochenarbeitszeit von über 40 Stunden.*

## 5 Folgen von Nichtversicherung

Im Deutschland rückt das Phänomen des fehlenden Krankenversicherungsschutzes einzelner Personengruppen und seiner Folgen allmählich ins Blickfeld des gesellschaftlichen und auch wissenschaftlichen Interesses. Wie oben gesehen, steigt die Zahlen der Nichtversicherten seit Ende der neunziger Jahre langsam aber stetig – ohne wie etwa in den USA bisher dramatische Ausmaße erreicht zu haben. Im Laufe des Jahres 2005 ist jedoch insbesondere die Tagespresse auf das Thema aufmerksam geworden und berichtet vor allem über Einzelschicksale, die von Nichtversicherung betroffen sind.<sup>63</sup> Auch karitative medizinische Einrichtungen, die bisher kostengünstige medizinische Versorgung etwa für Ausländer mit ungesichertem Aufenthaltsstatus und Obdachlose zur Verfügung stellten, melden neuerdings neue Notlagephänomene auch bei anderen Gruppen der Wohnbevölkerung – insbesondere bei Selbständigen und Studierenden mit Semesterüberschreitung (Malteser Hilfsdienst e.V. Erzdiözese Berlin 2004).

Um Schlussfolgerungen für den gesundheitspolitischen Umgang mit dem Phänomen fehlenden Krankenversicherungsschutzes ziehen zu können (vgl. Abschnitt 6) werden in diesem Abschnitt sowohl die individuellen als auch die gesellschaftlichen Folgen von Nichtversicherung untersucht. Dazu werden zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen hinsichtlich des Zugangs zu medizinischer Versorgung für Nichtversicherte in Deutschland dargestellt (Abschnitt 5.1). Anschließend analysieren wir, welche Folgen das Fehlen einer Krankenversicherung für die Betroffenen hat. Dabei untersuchen wir sowohl die Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als auch die Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Da es für den deutschen Raum zu dieser Fragestellung bisher keinerlei empirische Erkenntnisse gibt, greifen wir auf Erfahrungen aus den USA zurück (Abschnitt 5.2). Abschließend gehen wir der Frage nach, welche ökonomischen Folgen aus einem weiteren Anstieg von Nichtversicherung für das deutsche Gesundheitssystem entstehen könnten (Abschnitt 5.3).

---

<sup>63</sup> Vgl. etwa: GKV-versichert? Senatorin in Sorge um Arbeitslose, *Ärzte-Zeitung* v. 15.3.2005; Das Spiel mit dem Risiko, *taz* v. 14.4.2005; 300.000 nicht krankenversichert, *Generalanzeiger* v. 18.4.2005; Mehr Bürger ohne Krankenschutz, *Ärzte-Zeitung* v. 18.4.2004; Zu reich fürs Sozialamt, zu arm für den Arzt, *Tagesspiegel* v. 18.4.2005; Endstation Hospital, *Rheinischer Merkur* v. 23.6.2005; Hartz IV- Hauptsache, nicht krank, *Süddeutsche* v. 27.5.2005; Durch die Maschen des sozialen Netzes gefallen, *Ärzte-Zeitung* v. 7.7.2005; Meist stehen schwierige Biographien dahinter, *Ärzte-Zeitung* v. 7.7.2005; Wer die GKV verlässt, ist verlassen, *Ärzte-Zeitung* v. 7.7.2005; Risiko-Patienten, *Der Tages-Spiegel* v. 8.8.2005

## 5.1 Rechtliche Rahmenbedingungen für die Versorgung Nichtversicherter

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht die Frage, wer für von Nichtversicherten in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen und haftet. Darüber hinaus ist zu klären, wie diese Leistungen vergütet werden.

Eine fehlende Krankenversicherung hat im Grundsatz zur Folge, dass der Preis für in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen grundsätzlich von der nicht versicherten Person selber zu zahlen ist. Dies gilt grundsätzlich für alle Personen, die weder ein Versicherungsverhältnis in der GKV noch in der PKV haben und die keinen Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit im Rahmen der Sozialhilfe haben. Nichtversicherte ohne amtlich festgestellte Bedürftigkeit sind damit Selbstzahler.<sup>64</sup>

Die Vergütungen ergeben sich im ambulanten Bereich nach § 1 GOÄ aus der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte). Im schlechtesten Fall zahlen Nichtversicherte damit deutlich mehr für Leistungen als den Krankenkassen für gesetzlich Versicherte in Rechnung gestellt wird (Steigerungsfaktor 2,3). Im besten Fall zahlen Nichtversicherte einen reduzierten Gebührensatz, der etwa dem GKV-Niveau entspricht (Steigerungsfaktor 1,0). Die Ärzte können den Steigerungsfaktor im angegebenen Korridor frei variieren. Auch bei Arzneimitteln, die Nichtversicherte in der Apotheke erwerben, ist ein höherer Preis zu zahlen, als die Krankenkassen für ihre Versicherten entrichten müssen, da die gesetzlich vorgeschriebenen Rabatte von pharmazeutischer Industrie und Apotheken an die Krankenkassen hier keine Anwendung finden. Auch bei Heil- und Hilfsmitteln bewegen sich die von den abgebenden Stellen erhobenen Preise für Selbstzahler im Allgemeinen oberhalb des Niveaus der Kassenpreise. Die Vergütungen im stationären Bereich sind dagegen nach § 17 Abs. 1 KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) einheitlich festgelegt.

Da infolge umfangreicherer Behandlungen erhebliche Kosten entstehen können, dürfte sich für nicht krankenversicherte Behandlungsbedürftige in etlichen Fällen die Frage stellen, wie sie entsprechende Mittel – vor allen Dingen in liquider Form – aufbringen können. Die medizinischen Leistungserbringer wiederum haben ein Interesse daran, Zahlungsrisiken zu vermeiden und Behandlungen nur bei Nachweis von Versicherungsschutz oder bei nachgewiesener Zahlungsfähigkeit des Patienten vorzunehmen. Solche Nachweise zu verlangen, steht den Leistungserbringern bei Privatpatienten grundsätzlich frei. Ihre Grenze

---

<sup>64</sup> Zu dieser Personengruppe gehören sowohl Personen, die nach den amtlichen Kriterien nicht bedürftig sind als auch Personen, die zwar bedürftig wären – aber keinen entsprechenden Antrag stellen.

findet diese Freiheit alleine bei medizinischen Notfällen und eng umrissenen sonstigen besonderen rechtlichen Verpflichtungen wie etwa Bereitschaftsdiensten (Frehse 2002).

Grundsätzlich kann für Nichtversicherte damit das Problem auftreten, keinen Vertragspartner innerhalb des Gesundheitssystems zu finden, der die erforderlichen Behandlungen durchführt. In den oben beschriebenen Ausnahmesituationen – vor allem in Notfällen – muss der Leistungserbringer dagegen die erforderlichen Leistungen erbringen und das Ausfallrisiko tragen. Ein Präzedenzfall aus dem Jahre 1999 hat inzwischen für solche Fälle zu einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes geführt, nach der nicht gedeckte Kosten von Notfallbehandlungen nicht der Staatshaftung unterliegen. Zugrunde lag eine Notfallbehandlung einer später verstorbenen Patientin, deren Hilfebedürftigkeit im Sinne des Sozialhilferechtes zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für den Leistungserbringer nicht nachweisbar war. (Bundesgerichtshof 2005)

### **Zusammenfassung**

*Nichtversicherte sind Selbstzahler, soweit sie keinen Anspruch auf Hilfen zur Gesundheit im Rahmen der Sozialhilfe haben. Im ambulanten Bereich können Ärzte die für Nichtversicherte anfallenden Vergütungen innerhalb eines durch den Verordnungsgeber vorgegebenen Korridors variieren. Nichtversicherte finden unter Umständen keinen Leistungsanbieter für Behandlungen, die keine Notfälle sind. Bei Notfällen können Leistungserbringer die Behandlung von Nichtversicherten nicht verweigern und tragen das Ausfallrisiko.*

### 5.2 Individuelle Folgen von Nichtversicherung

Erkenntnisse aus der gesundheitsökonomischen Forschung deuten darauf hin, dass eine nicht oder nur teilweise krankenversicherte Person unter sonst gleichen Bedingungen deutlich weniger Gesundheitsleistungen nachfragt als sie dies mit Krankenversicherung tun würde. Wie hoch dieser Nachfragerückgang ausfällt, hängt von der Preiselastizität der nachfragenden Person ab und fällt damit umso höher aus, je stärker der Nachfrager auf Preisveränderungen reagiert (Newhouse/Insurance Experiment Group 1993).

Genaueren Aufschluss über das Nachfrageverhalten nicht versicherter Personen gibt eine Reihe von empirischen Studien aus den USA, wo das Problem der Nicht- und Unterversicherung deutlich relevanter ist als in Deutschland (Docteur et al. 2003). Die Ergebnisse dieser Studien bieten zumindest Anhaltspunkte darüber, welche individuelle Folgen von Nichtversicherung bei einer Ausweitung des Problems zu erwarten sind.

Die Mehrzahl der relevanten Studien aus den USA untersucht das Nachfrageverhalten der nicht versicherten Personen im Vergleich zum Nachfrageverhalten krankenversicherter Personen.<sup>65</sup> Es überrascht wenig, dass Nichtversicherte weniger häufig zum Arzt gehen und weniger Krankenhausaufenthalte aufweisen als Versicherte. Außerdem gehen Nichtversicherte weniger häufig zu Vorsorgeuntersuchungen sowie zu Impfungen als Versicherte. Krankheiten werden bei Nichtversicherten später erkannt und weniger häufig vermieden (Fronstin 2000).

Studien über die Folgen von Nichtversicherung auf den Gesundheitszustand der Betroffenen kommen zu vergleichsweise eindeutigen und für die Betroffenen wenig erfreulichen Ergebnissen. Nichtversicherte weisen sowohl eine höhere Morbidität als auch eine höhere Mortalität auf. Aus diesen Ergebnissen lassen sich die Auswirkungen fehlender Vorsorgeuntersuchungen und verspäteter Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ablesen (Fronstin 2000).

### **Zusammenfassung**

*Empirische Studien zum Einfluss von Nichtversicherung auf den Gesundheitszustand liegen für Deutschland noch nicht vor. Vergleichbare Studien aus den USA zeigen jedoch übereinstimmend, dass Krankheiten bei Nichtversicherten später erkannt und weniger häufig vermieden werden als bei Versicherten. Das liegt insbesondere an der verspäteten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch Nichtversicherte. Außerdem gehen Nichtversicherte seltener zu Vorsorgeuntersuchungen als Versicherte. Die Krankheitslast und Sterblichkeit bei Nichtversicherten ist höher als bei Personen mit Krankenversicherungsschutz.*

### 5.3 Gesellschaftliche Folgen von Nichtversicherung

Bislang gibt es noch keine Studien, die die gesellschaftlichen Auswirkungen von Nichtversicherung in Deutschland untersuchen. Es gibt allerdings eine Reihe von Auswirkungen, die aus den USA bekannt sind und bei einer Ausweitung des Problems der Nichtversicherung auch in Deutschland relevant werden könnten.

---

<sup>65</sup> Die Studien beruhen in der Regel auf Beobachtung und nicht auf einem randomisierten experimentellen Setting. Damit taucht grundsätzlich das methodische Problem auf, den Einfluss anderer beobachtbarer Faktoren (z.B. Einkommen) und nicht beobachtbarer Faktoren (z.B. genetische Disposition) in ihrer Wechselwirkung mit dem Gesundheitszustand zu kontrollieren (Levy/Meltzer 2004).

Erstens nehmen Nichtversicherte mit hoher Wahrscheinlichkeit – schon alleine wegen des Behandlungsgebots im Notfall – zu einem höheren Anteil Notfallmedizin (etwa Notfallambulanzen von Krankenhäusern) in Anspruch als Versicherte. Daraus resultiert in diesen Fällen eine deutlich teurere Versorgung – ein Effekt, der auch aus den USA bekannt ist (Blakely 2000). Je nach konkreter rechtlicher Lage (vgl. Abschnitt 5.2) müssen diese Kosten von den Leistungserbringern oder den Betroffenen getragen werden. Aus den USA ist das Phänomen bekannt, dass Leistungsanbieter eine Quersubventionierung von Nichtversicherten zu Lasten versicherter Personen durchführen. Die Möglichkeiten zur Quersubventionierung im deutschen Gesundheitssystem sind jedoch sehr begrenzt. Die Vergütungen für gesetzlich Versicherte lassen wenig Spielraum für die Leistungsanbieter und auch private Krankenversicherer unterziehen die Rechnungen der Anbieter inzwischen einer genauen Prüfung. Letztendlich ist damit wahrscheinlich, dass die Kosten entweder von den Betroffenen selbst getragen werden müssen oder das Einkommen der Leistungsanbieter schmälern.

Zweitens ist anzunehmen, dass für Nichtversicherte mittelfristig höhere Behandlungskosten durch reduzierte Vorsorgemaßnahmen und verspätete Leistungsanspruchnahme anfallen. Wer diese Zusatzkosten trägt, hängt vom zukünftigen Versicherungsstatus der betroffenen Person ab. Sollte drittens der Personenkreis der Nichtversicherten noch stärker zunehmen, könnten negative externe Effekte durch z.B. eine zurückgehende Impfquote oder Verbreitung nicht behandelter ansteckender Erkrankungen in der Bevölkerung auftreten.

### **Zusammenfassung**

*Nichtversicherte nehmen – schon alleine wegen der rechtlichen Lage – wahrscheinlich häufiger als nötig und häufiger als Versicherte Notfallmedizin in Anspruch. Die Kosten müssen entweder von den Betroffenen selbst oder den Leistungserbringern getragen werden. Die Möglichkeiten zur Quersubventionierung zu Lasten gesetzlich oder privat Versicherte sind im deutschen Gesundheitssystem begrenzt. Unklar ist ebenso, wer die erst mittelfristig anfallenden Kosten verzögerter Behandlungen von Nichtversicherten tragen wird.*

## 6 Reformoptionen

Über 99 % der Bevölkerung in Deutschland sind in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung oder einem der Sondersysteme (freie Heilfürsorge etc.) versichert. Nicht-Versicherung liegt also nur für sehr kleine Teile der Bevölkerung vor. Gleichwohl ist aus den bisherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass das derzeitige Krankenversicherungssystem Deutschlands Lücken aufweist. Ursachen dafür sind vor allem darin zu sehen, dass erstens nur ein Teil der Bevölkerung von einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst ist, zweitens die Möglichkeiten zur freiwilligen Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung an Zugangsvoraussetzungen geknüpft sind, die in bestimmten Konstellationen nicht erfüllt werden. Drittens ist der Zugang zur privaten Krankenversicherung durch die Art der Prämienkalkulation in der PKV insbesondere für kranke und ältere Versicherte nur eingeschränkt finanzierbar.

Aus der vorliegenden Empirie ist zwar nicht schlüssig abzuleiten, dass das Problem der Nichtversicherung in den letzten Jahren quantitativ stark an Bedeutung zugenommen hat, wenn es auch aus der einzigen Datenquelle, die mit hinreichender Stichprobengröße arbeitet (dem Mikrozensus) entsprechende Hinweise insbesondere für die Zeit seit 1995 gibt. Auch kann nicht abschließend beurteilt werden, ob die Gruppe der Nichtversicherten in den vorliegenden Erhebungen systematisch untererfasst wird: Während dies höchstwahrscheinlich für bestimmte Personengruppen (z.B. Obdachlose, Illegale, Prostituierte) gilt, ist bei anderen Personengruppen (z.B. Beamte) nicht auszuschließen, dass einige Personen trotz vorhandenem Versicherungsschutz (etwa bei Beamten die Beihilfe) als unversichert erscheinen. In jedem Fall haben die öffentlichen Diskussionen der letzten Monate das Problem der Nichtversicherten auf die sozial- und gesundheitspolitische Agenda gesetzt. Eine Intervention des Gesetzgebers lässt sich nicht nur damit begründen, dass ein möglichst umfassender Zugang zu Krankenversicherungsschutz gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen in hohem Maße entsprechen dürfte. Auch ökonomisch lässt sich argumentieren, dass Lücken im Krankenversicherungsschutz individuelle Optimierungskalküle zu Lasten Dritter ermöglichen (Free-Rider- oder Trittbrettfahrerverhalten)<sup>66</sup> und aus der Nichtversicherung Folgekosten für die Gesellschaft entstehen.

---

<sup>66</sup> Ein solches Verhalten liegt dann vor, wenn Personen auf Krankenversicherungsschutz zu Gunsten einer anderen Ressourcenverwendung verzichten (Breyer et al. 2003). Diese Entscheidung erfolgt in der

Wir stellen daher in diesem Abschnitt vier Reformoptionen vor, durch deren Umsetzung die Lücken im deutschen Krankenversicherungssystem ganz oder zumindest teilweise geschlossen werden können. Bei der Auswahl der Reformoptionen sind wir davon ausgegangen, dass diese der Logik des Versicherungssystems folgen und demnach einen Ausbau eines beitrags- bzw. prämienfinanzierten Krankenversicherungssystems bedeuten. Optionen, die das Versicherungssystem durch steuerfinanzierte Lösungen ersetzen würden, bleiben damit aus der Analyse außen vor.

Die Autoren haben bewusst darauf verzichtet, eine Präferenz im Hinblick auf eine der vorgestellten Reformoptionen zu äußern. Stattdessen analysieren wir die Effektivität der Reformoptionen im Hinblick auf das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem und mögliche Probleme bei der Implementierung. Zunächst wird die Reformoption diskutiert, die am weitesten geht und gleichzeitig das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem effektiv löst – die Versicherungspflicht für die gesamte (Wohn-)bevölkerung (Abschnitt 6.1). Im Abschnitt 6.2 wird eine Erleichterung des Zugangs zur gesetzlichen Krankenversicherung durch eine Ausweitung der Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen diskutiert. Gegenstand des Abschnitts 6.3 ist eine Öffnung der freiwilligen Versicherung in der GKV. Schließlich ist eine Erleichterung des Zugangs zur privaten Krankenversicherung durch einen Kontrahierungszwang für Standardverträge die vierte Option (Abschnitt 6.4). Den drei letzten Reformoptionen ist gemeinsam, dass sie für sich genommen das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem nicht umfassend lösen, aber zumindest eine Verbesserung des Zugangs im Vergleich zum Status Quo bedeuten; sie würden damit auch der Tatsache Rechnung tragen, dass Sozial- und Gesundheitspolitik vielfältige Ziele zu realisieren hat und bei der Umsetzung der umfassenden Lösung durch das faktische Beseitigen der Vollversicherung in der PKV Nebeneffekte ausgelöst werden, die aus anderen Zielsystemen der Gesundheitspolitik heraus möglicherweise als nicht sinnvoll eingestuft werden.

---

Gewissheit, dass ihnen notwendige medizinische Behandlungen nicht vorenthalten werden, weil dies mit gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen nicht vereinbar ist. Dieses Verhalten kann zur Belastung des Versichertenkollektivs (wenn die Krankenversicherung die Behandlung finanzieren muss), des Steuerzahlers (wenn etwa der Sozialhilfeträger die Kosten übernehmen muss) oder zur Belastung des Leistungsanbieters führen (wenn der Leistungsanbieter seine Behandlungskosten nur teilweise oder gar nicht vergütet bekommt).

## 6.1 Allgemeine Versicherungspflicht in einem einheitlichen Versicherungssystem

Eine Versicherungspflicht für die gesamte Wohnbevölkerung in einem einheitlichen Versicherungssystem würde das Problem der Nichtversicherung im deutschen Krankenversicherungssystem sehr wirkungsvoll und umfassend lösen. Deutschland würde damit dem Beispiel der Schweiz und der Niederlande folgen. In der Schweiz führten auch Zugangsprobleme dazu, dass das Krankenversicherungsgesetz von 1996 unter anderem ein Versicherungsobligatorium enthielt (Greß et al. 2004). Seitdem ist die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz verpflichtet, sich gegen das Krankheitskostenrisiko zu versichern. Sowohl gesetzliche als auch private Krankenversicherer können die Pflichtversicherung in der Schweiz anbieten – tatsächlich sind aber kaum private Krankenversicherer auf diesem Markt aktiv (Bundesamt für Sozialversicherung 2001). In den Niederlanden wird ab 2006 wie in der Schweiz ein einheitliches Versicherungssystem mit Versicherungspflicht eingeführt. Auch in den Niederlanden können sowohl die bisherigen gesetzlichen Krankenversicherer wie auch die privaten Krankenversicherer Versicherungspolicen zur Erfüllung der Versicherungspflicht anbieten (Greß et al. 2005). Diese Reformoption würde das Problem der Nichtversicherung wirkungsvoll lösen, weil alle bisher Nichtversicherten bezahlbaren Zugang zu Krankenversicherungsschutz bekämen. Gleichzeitig würde die Realisierung individueller Optimierungskalküle zu Lasten Dritter bei einer allgemeinen Versicherungspflicht unmöglich werden.

Im Zusammenhang mit der gesundheitspolitischen Reformdebatte um die zukünftige Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes in Deutschland gibt es eine Reihe von Reformvorschlägen, die sowohl eine allgemeine Versicherungspflicht als auch eine Vereinheitlichung des Versicherungssystems vorschlagen. So schlägt etwa der Sachverständigenrat für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung eine Mindestversicherungspflicht gekoppelt mit einkommensunabhängigen Beiträgen (*Bürgerpauschale*) vor (SVR Wirtschaft 2004). GRÜNE und SPD treten dagegen bekanntlich für eine allgemeine Versicherungspflicht in einem einheitlichen Versicherungssystem ein, das auf einkommensabhängigen Beiträgen basiert (*Bürgerversicherung*). Die FDP schlägt vor, die gesetzliche Krankenversicherung abzuschaffen und alle Bürger im Rahmen einer allgemeinen Pflicht zur Versicherung zu verpflichten, sich bei den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu versichern (FDP 2004). Ähnliche Vorschläge waren vorher auch schon in die Diskussion eingebracht worden (Henke et al. 2002). Sämtliche Varianten solcher Vorschläge würden das Problem der Nichtversicherung wirkungsvoll lösen – unabhängig davon, ob die Beiträge einkommensunabhängig oder einkommensabhängig

kalkuliert werden. Entscheidend ist, dass die Beiträge in einem solchen einheitlichen Versicherungssystem – ob Bürgerversicherung oder Bürgerpauschale – unabhängig vom gesundheitlichen Risiko kalkuliert werden würden.<sup>67</sup>

Durch eine allgemeine Versicherungspflicht würden sämtliche Personengruppen in einem einheitlichen Versicherungssystem ohne risikoabhängige Prämien versicherungspflichtig, die im Status Quo entweder keinen Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung haben bzw. – aus welchen Gründen auch immer – keinen freiwilligen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz abgeschlossen haben (vgl. ausführlich Abschnitt 3).

Unterschiede ergeben sich je nach Reformoption in der Beitragserhebung. In der Reformoption *Bürgerpauschale* zahlen sämtliche erwachsenen Versicherten – einschließlich der nicht erwerbstätigen Ehegatten – eine einkommensunabhängige Pauschale. Diese Pauschale ist für alle Versicherten einer Krankenversicherung gleich, unterscheidet sich aber zwischen den Krankenversicherungen. Versicherten mit niedrigem Einkommen – dies betrifft auch aber nicht nur Empfänger von Sozialleistungen (ALG I, ALG II, Sozialhilfe, Sozialgeld) – würde eine Beitragssubvention in Höhe der durchschnittlichen Beitragshöhe gezahlt werden. Die Diskussion der letzten zwei Jahre hat gezeigt, dass unterschiedliche Überlegungen bestehen, wie bei einkommensunabhängigen Beiträgen die Gegenfinanzierung der Zuschüsse an die Subventionsberechtigten erfolgen soll (Wasem et al. 2005).

In der Reformoption *Bürgerversicherung* würden im Grundsatz alle Versicherten weiterhin einkommensabhängige Beiträge bezahlen.<sup>68</sup> Beitragssubventionen für Versicherte mit niedrigem Einkommen wären nicht notwendig. Allerdings müsste der Beitrag für Empfänger von Sozialleistungen (ggf. in Form eines Mindestbeitrags) zumindest für einige Personengruppen vom Träger der Sozialleistungen finanziert werden.

Ähnlich wie auch in anderen Ländern mit Versicherungsschutz müsste die Einhaltung der Versicherungspflicht auch in Deutschland in geeigneter Weise überwacht werden. In der Schweiz sind dafür die Kantone bzw. die Gemeinden zuständig. Diese sind auch dafür

---

<sup>67</sup> Es sei darauf verwiesen, dass es auch Vorschläge gibt, die eine allgemeine Versicherungspflicht mit risikobezogenen Prämien sowie Prämien subventionen für schlechte Risiken kombinieren (vgl. insbesondere Zweifel/Breuer 2002).

<sup>68</sup> Teilweise wird hierbei diskutiert, die Beitragsbemessung (auch bei den heutigen Versicherungspflichtigen) auf sämtliche oder zumindest zusätzliche steuerrechtlich relevante Einkunftsarten auszuweiten; dieser Aspekt bleibt im Folgenden außer Betracht.

verantwortlich, dass „Versicherungsunwillige“ zwangsversichert werden. In Deutschland könnten die Meldebehörden diese Aufgaben übernehmen – wie etwa auch die Straßenverkehrsämter die Einhaltung der Versicherungspflicht von Kraftfahrzeugen überwachen.

Wichtige Nebenbedingung für eine allgemeine Versicherungspflicht in einem einheitlichen Versicherungssystem ist, dass zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen einzelne Krankenversicherungen durch diese Maßnahme nicht stärker belastet werden als andere. Diese Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, weil mit hoher Sicherheit davon auszugehen ist, dass die im Status Quo Nichtversicherten im Durchschnitt höhere Gesundheitsausgaben aufweisen als die in GKV oder PKV versicherten Personen. Auch wenn formal die Wahlentscheidung grundsätzlich bei den Versicherten liegt, ist insbesondere bei der Zwangsversicherung versicherungsunwilliger Personen durch die Meldebehörden davon auszugehen, dass die letzteren oftmals noch dem „AOK-Reflex“ unterliegen. Auch wenn die AOK schon seit Einführung der freien Krankenkassenwahl im Jahr 1996 nicht mehr als Basis- oder Auffangkasse fungiert, dürften Versicherte überdurchschnittlich häufig bei der AOK zwangsversichert werden. Wettbewerbsverzerrende Folgen eines solchen schwer zu verhindernden Verhaltens können nur durch einen wirkungsvollen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich<sup>69</sup> verhindert werden.

## 6.2 Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen in der GKV

Die Ausdehnung der Versicherungspflicht in der GKV für einzelne Personengruppen entspricht der Tradition der GKV von ihrer Implementierung Ende des 19. Jahrhunderts bis Anfang der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts. Dadurch könnten schrittweise die oben genannten Personengruppen ganz oder teilweise Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. So könnten etwa sämtliche Selbständigen der Versicherungspflicht in der GKV unterliegen oder nur eine Teilgruppe – wie etwa die so genannten „kleinen Selbständigen“ mit einem Einkommen unterhalb einer Berechtigungsgrenze im alten Krankenversicherungssystem der Niederlande. Je mehr Personengruppen versicherungspflichtig würden, desto effektiver könnte dem Problem der Nichtversicherung begegnet werden. Voraussetzung wäre, dass der Gesetzgeber (so wie heute bei den Arbeitnehmern, anders aber als bei den Rentnern oder den über 55-jährigen

---

<sup>69</sup> Vgl dazu (Reschke et al. 2004).

heute) auf den Nachweis einer Vorversicherungszeit zum Eintritt der Versicherungspflicht verzichtet.

Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass diese Reformoption die Versichertengemeinschaft der GKV insgesamt belasten wird – die zu erwartenden Ausgaben übersteigen wegen der schlechten Risikostruktur der Nichtversicherten die zu erwartenden Einnahmen. Die Höhe der zu erwartenden Belastung lässt sich wegen der unbefriedigenden Datenlage nicht abschätzen; sie hängt im übrigen bei einkommensabhängiger Finanzierung in der GKV auch wesentlich davon ab, welche beitragsrechtlichen Regelungen (Definition der beitragspflichtigen Einnahmen) für diese Personengruppen getroffen werden würden. Ein effektiver Risikostrukturausgleich kann dieses Lasten lediglich innerhalb der GKV gleichmäßig auf alle Krankenversicherungen bzw. auf alle GKV-Versicherten verteilen – im Unterschied zum Risikostrukturausgleich in einem einheitlichen Versicherungssystem. In letzterem werden die entstehenden Zusatzlasten von allen Versicherten des einheitlichen Versicherungssystems getragen. Denkbar wäre allerdings, die Belastungen bei Beibehaltung des dualen Versicherungssystems auch auf die PKV durch deren Einbezug in den Risikostrukturausgleich zu verteilen.<sup>70</sup>

### 6.3 Erweiterung der Möglichkeit zum freiwilligen Beitritt in die GKV

Wie gesehen, hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zum freiwilligen Beitritt in die GKV in den letzten 25 Jahren wiederholt auf eine reine Weiterversicherung im Anschluss an eine Pflichtversicherung oder Familienversicherung verengt (eine Ausnahme stellt lediglich das Hartz IV-Gesetz dar). Würde der Gesetzgeber die Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung wieder weiter öffnen, könnten Personen, die bislang keinen Zugang zur GKV haben, dieser freiwillig beitreten. Insbesondere wäre es zur Realisierung dieser Option erforderlich, dass der Gesetzgeber auf den Nachweis einer Vorversicherungszeit als Voraussetzung für den freiwilligen Beitritt verzichtet.

Während der Gesetzgeber bei dem zuvor diskutierten Vorschlag, selektiv die Versicherungspflicht zu erweitern, entscheiden muss, für welche Gruppen dies umgesetzt werden soll und er diese Gruppen dann geschlossen in die GKV einbezieht, ist es bei diesem Vorschlag offen, welche Personengruppen von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden. Hierbei ist davon auszugehen, dass die Möglichkeiten um so stärker genutzt werden, je

---

<sup>70</sup> Vgl. eine Analyse dieses Vorschlags bei (Greß/Wasem 2004).

geringer die Belastung mit Beiträgen ist, die die neuen Versichertengruppen zahlen müssen – insbesondere also, wie hoch die mindestens der Beitragspflicht zugrunde zu legenden Einnahmen sind. Umgekehrt gilt: Je „großzügiger“ der Gesetzgeber die beitragsrechtlichen Regelungen ausgestaltet, umso stärker wird die Versichertengemeinschaft insgesamt durch den Vorschlag belastet.

#### 6.4 Kontrahierungszwang für Standardverträge in der PKV

Ein verbesserter Zugang in der GKV durch Ausbau der Versicherungspflicht kann durch einen verbesserten Zugang in der PKV ergänzt werden. Während die Zugangsbarrieren in der GKV vor allem in der formalen Zugangsberechtigung insbesondere durch Vorversicherungszeiten begründet sind, sind die Zugangsbarrieren in der PKV vor allem in der Kalkulation risikoabhängiger Prämien begründet. Eine Verbesserung des Zugangs bedeutet daher auch einen Eingriff in die Prämienkalkulation – im Extremfall bis hin zum Verbot der Kalkulation von risikobezogenen Prämien.

Vorbild für die an dieser Stelle vorgeschlagene Reformoption sind die so genannten Standardverträge im alten niederländischen Krankenversicherungssystem. In den Niederlanden hat der Gesetzgeber alle privaten Krankenversicherer zum Angebot von Standardverträgen mit gesetzlich definiertem Leistungspaket und Prämien für definierte Personengruppen verpflichtet. Die Prämien für die Standardverträge sind nicht kostendeckend, daher wird die Differenz in Form eines Prämienzuschlags auf die Gesamtheit der privat Versicherten umgelegt (Greß/Wasem 2003). Die Definition der für diese PKV-Standardverträge zugangsberechtigten Personengruppen könnte komplementär zum oben vorgeschlagenen Ausbau der Versicherungspflicht in der GKV erfolgen. Alle nicht von der Versicherungspflicht in der GKV erfassten Personen hätten damit Zugang zu den Standardverträgen in der PKV.

Im Extremfall könnte durch eine Kombination dieser Reformoptionen eine allgemeine Versicherungspflicht realisiert werden. Dazu müsste der Gesetzgeber zur Vermeidung von Selektionseffekten genau festlegen, welche Personengruppen in welchem Versicherungssystem versicherungspflichtig werden. Ein Vorteil einer solchen Regelung bestände darin, dass die absehbaren finanziellen Zusatzlasten durch die Versicherung der bisher Nichtversicherten nicht alleine von den GKV-Versicherten getragen werden müssten.

Tabelle 17 fasst die vier vorgestellten Reformoptionen und deren wesentlichen Merkmale zusammen.

**Tabelle 17: Übersicht über die Reformoptionen**

Reformoption		Ausweitung des Versicherungsschutzes	Voraussetzungen für Ausweitung des Versicherungsschutzes
1	Allgemeine Versicherungspflicht	Vollständig	Einheitliches Versicherungssystem Überwachung der Versicherungspflicht
2	Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen in der GKV	Teilweise	Verzicht auf Nachweis von Vorversicherungszeiten
3	Öffnung der freiwilligen Versicherung in der GKV	Teilweise	Verzicht auf Nachweis von Vorversicherungszeiten Wahlentscheidung der Versicherten
4	Kontrahierungszwang für Standardverträge in der PKV	Teilweise	Eingriff in die Prämienkalkulation der PKV Wahlentscheidung der Versicherten

### **Zusammenfassung**

*Die öffentlichen Diskussionen der letzten Monate haben das Problem der Nichtversicherten auf die sozial- und gesundheitspolitische Agenda gesetzt. Eine Intervention des Gesetzgebers lässt sich vor allem damit begründen, dass ein möglichst umfassender Zugang zu Krankenversicherungsschutz gesellschaftlichen Gerechtigkeitsvorstellungen in hohem Maße entsprechen dürfte. Darüber hinaus könnte eine solche Intervention externe Effekte der Nichtversicherung vermeiden.*

*Am umfassendsten würde eine allgemeine Versicherungspflicht wie etwa in der Schweiz und den Niederlanden das Problem der Nichtversicherten lösen. Voraussetzungen wären allerdings ein kontrovers diskutiertes einheitliches Versicherungssystem und eine Überwachung der Versicherungspflicht. Alternativ wären auch Maßnahmen denkbar, die das Problem der Nichtversicherung zumindest teilweise lösen würde. Denkbar wären etwa in der GKV die Versicherungspflicht für einzelne Personengruppen – zum Beispiel für kleine Selbständige – oder die Öffnung der freiwilligen Versicherung. Bei beiden Maßnahmen wäre der Verzicht auf Vorversicherungszeiten notwendig. Der Gesetzgeber könnte diese Maßnahmen durch einen Kontrahierungszwang für Standardverträge in der PKV ergänzen.*

## 7 Literatur

Agresti, A. (2002). Categorical Data Analysis, Wiley-Interscience,.

Becker, C./K. Jörges-Süß (2002). "Geringfügige Beschäftigung: eine Analyse aus personalwirtschaftlicher Sicht." Zeitschrift für Personalforschung Sonderband: neue Formen der Beschäftigung: 121-51.

Bieback, K.-J. (2000). "Soziale Absicherung neuer Selbständiger." WSI Mitteilungen(12): 810-17.

Blakely, S. (2000). Executive Summary. The Economic Costs of the Uninsured: Implications for Business and Government. C. MacLaughlin. Washington, Employee Benefit Research Institute.

Bosch, G. (2001). "Konturen eines neuen Normalarbeitsverhältnisses." WSI Mitteilungen(4): 219-30.

Breyer, F./P. Zweifel/M. Kifmann (2003). Gesundheitsökonomie. Berlin, Springer.

Bundesagentur für Arbeit (2004a). Arbeitsmarkt 2003. Nürnberg, Amtliche Nachrichten der Bundesagentur für Arbeit.

--- (2004b). Mini- und Midijobs in Deutschland. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.

--- (2005a). Hinweise KV/PV.

--- (2005b). Monatsbericht April 2005. Nürnberg, Bundesagentur für Arbeit.

--- (2005c). Statistik der BA - Kategorie Beschäftigung.  
<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/aktuell/iiia6/sozbe/gqa6001d.xls>,  
Zugriff am 17.4.2005.

Bundesamt für Sozialversicherung (2001). Wirkungsanalyse Krankenversicherungsgesetz - Synthesebericht. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung.

Bundesanstalt für Arbeit (2003). Arbeitsmarkt 2002. Nürnberg, Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit.

Bundesgerichtshof (2005). Urteil v. 10.2.2005 III ZR 330/04. Karlsruhe.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2005). Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen nach dem SGB II. Berlin.

Docteur, E./H. Suppanz/J. Woo (2003). The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Paris, OECD Economics Department Working Papers No. 350.

Duschek, K.-J./E. Hansch/M.-B. Piorkowsky/S. Fleißig (2003). Existenzgründungen im Kontext der Arbeits- und Lebensverhältnisse in Deutschland - Eine Strukturanalyse von Mikrozensusergebnissen. Bonn.

FDP (2004). Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle - die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative. Dresden, Beschluss des 55. Ordentlichen Bundesparteitags der FDP.

Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen (1999). Gesetzesentwurf GKV Gesundheitsreformgesetz 2000. BT-Drucksache 14/1245.

Frehse, M. (2002). "Unter welchen Umständen/Bedingungen darf der Arzt die Behandlung eines Patienten verweigern?" Patienten Rechte 2002: 5-6.

Fronstin, P. (2000). Workers and Access to Health Care: Consequences of Being Uninsured. The Economic Costs of the Uninsured: Implications für Business and Government. C. MacLaughlin. Washington, Employee Benefit Research Institute.

Greß, S./P. Groenewegen/K. Hoepfner (2005). "Die Reform-Mühle dreht sich wieder." Gesundheit und Gesellschaft 8(2): 20-25.

Greß, S./R. Kocher/J. Wasem (2004). "Wettbewerbsorientierte Reformen im Gesundheitssystem der Schweiz - Vorbild für regulierten Wettbewerb in der deutschen GKV?" Perspektiven der Wirtschaftspolitik 5(1): 59-70.

Greß, S./J. Wasem (2003). Private Krankenversicherung in der Europäischen Union - Auswirkungen institutioneller Variationen am Beispiel Deutschlands und der Niederlande. Europäische Gesundheitssysteme: Gestaltungsprobleme und Lösungsansätze. D. Cassel. Baden-Baden: 21-33.

--- (2004). "Integration der Privaten Krankenversicherung (PKV) in den Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) - Eine funktional äquivalente Alternative zur Bürgerversicherung?" Recht und Politik im Gesundheitswesen 10(2): 37-44.

Henke, K.-D./W. Johannßen/G. Neubauer/U. Rumm/J. Wasem (2002). Zukunftsmodell für ein effizientes Gesundheitswesen in Deutschland. München, Vereinte Krankenversicherung.

- Levy, H./D. Meltzer (2004). What Do We Really Know about Whether Health Insurance Affects Health. Health Policy and the Uninsured. C. MacLaughlin. Washington, Employee Benefit Research Institute.
- Malteser Hilfsdienst e.V. Erzdiözese Berlin (2004). Erfahrungsbericht nach 3 Jahren Malteser Migranten Medizin. Berlin, Malteser Hilfsdienst e.V.
- Newhouse, J. P./Insurance Experiment Group (1993). Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment. Cambridge, Harvard University Press.
- Pfarr, H. (2000). "Soziale Sicherheit und Flexibilität: Brauchen wir ein "Neues Normalarbeitsverhältnis". " WSI Mitteilungen(5): 279-83.
- Reschke, P./S. Sehlen/G. Schiffhorst/W. Schröder/K. Lauterbach/J. Wasem/unter Mitarbeit von/C. Behrend/B. Deckenbach/D. Gomez/S. Greß/A. Höer/J. Hofmann/M. Lungen/A. Ryll/S. Steffen/S. Stock/K. Tolksdorf (2004). Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich. Untersuchung zur Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale für einen direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F334.pdf>, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung.
- Rudolph, H. (2004). "Aktualisierte Schätzungen zum Start von Alg II." IAB Kurzbericht(11): 1-5.
- Schäfer, H. (2001). Ende des Normalarbeitsverhältnisses. Köln.
- Schermer, J./U. Grintsch/H. Hecker/J. Stephan/H.-P. Viethen/J. Wasem/M. Zipperer (2003). Sozialversicherungsrecht für die Betriebspraxis; Versicherungspflicht, Beiträge, Meldewesen. Heidelberg.
- SVR Wirtschaft (2004). Erfolge im Ausland - Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05, Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.
- Wasem, J. (1996). Private Krankenversicherung und ältere Versicherte. Alter und Gesundheit. P. Oberender. Baden-Baden, Nomos: 129-65.
- Wasem, J./S. Greß/H. Rothgang (2005). Kopfpauschalen in der gesetzlichen Krankenversicherung - Lohnt sich ein Systemwechsel? Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie - Expertisen zur Finanzierungsreform der gesetzlichen Krankenversicherung. S. Greß, A. B. Pfaff, G. G. Wagner. Düsseldorf, Edition der Hans-Böckler-Stiftung. Band 134: 21-132.
- Zweifel, P./M. Breuer (2002). Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Zürich, Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller.