

Neue Mitgliedschaft in der Sozialversicherung

– Auf dem Weg in die Volksversicherung?

– Tagungsbericht –

Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback, Kerstin Palsherm und Benjamin Röns

Am 26. und 27.11.2009 veranstaltete der Sozialrechtsverbund Norddeutschland e.V. unter Federführung der DAK - Unternehmen Leben die interdisziplinäre wissenschaftliche Tagung „Neue Mitgliedschaft in der Sozialversicherung – Auf dem Weg in die Volksversicherung?“ in Hamburg.

Bei dem im Jahre 2008 gegründeten Sozialrechtsverbund Norddeutschland e. V. handelt es sich um einen gemeinnützigen Zusammenschluss von Sozialleistungsträgern und Hochschulen mit dem Anliegen, das Sozialrecht in den drei Ländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zu fördern sowie die Begegnung von Wissenschaft und Praxis noch wirksamer zu gestalten. Insofern wird einmal im Jahr eine wissenschaftliche Tagung organisiert, um interdisziplinär ein übergeordnetes sozialversicherungsrechtliches Thema zu durchleuchten.

Thematischer Schwerpunkt der Veranstaltung am 26. und 27.11.2009 bildete das Mitgliedschaftsrecht. Ziel der Veranstaltung war es, die unterschiedlichen Entwicklungen in allen Zweigen der Sozialversicherung in Bezug auf das Mitgliedschaftsrecht darzustellen, sozialpolitische Aspekte sowie die Erweiterung der Mitgliedschaft zu analysieren. Untersucht werden sollte schließlich im Rahmen eines interdisziplinären Austausches zudem, welche Probleme es gibt, die neuen Mitglieder, vor allem die Selbständigen, in das Leistungssystem zu integrieren.

Die rund 100 Teilnehmer wurden zu Beginn der Tagung in den Räumlichkeiten der DAK - Unternehmen Leben begrüßt. Für den Sozialrechtsverbund Norddeutschland e. V. leitete *Herr Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback*, Sprecher 2009, Universität Hamburg, generell in die Tagungsthematik ein. Seitens der DAK Unternehmen Leben begrüßte der Stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der DAK, *Herr Claus Moldenhauer*, die Tagungsteilnehmer.

Im darauf folgenden ersten Tagungsblock wurden die Grundlagen und Grenzen der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung interdisziplinär durchleuchtet. Die rechtswissenschaftlichen Grundlagen erörterte *Herr Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback*. Insgesamt zog er folgende sieben Fazite der momentanen Situation hinsichtlich der Mitgliedschaft in der Sozialversicherung:

1. Noch immer basiert die Mitgliedschaft zur Sozialversicherung auf festen juristischen Kategorien von Erwerbsstatus, Tätigkeiten und Berufen, die in der Realität immer fließender werden, zumal die unterschiedlichen Status auch parallel ausgeübt werden können (abhängige Arbeit und selbständige Tätigkeit und Pflege Tätigkeit). Breite Tatbeständen der freiwilligen oder der Pflichtversicherung beziehen Selbständige in alle Sozialversicherungszweige ein. Im Ergebnis wie in der rechtlichen Ausgestaltung ist dies aber keine Volksversicherung.
2. In der Pflege- und teilweise in der Krankenversicherung sind Privatversicherung und Sozialversicherung komplementär. Die Sozialversicherung hat aber weitergehende Funktionen einer sozialen Vorsorge behalten.
3. Das System der Beiträge, die Definitionen der Leistungsfälle und die Ausgestaltung der Leistungen der Sozialversicherung haben sich schon in den letzten Jahrzehnten zunehmend geöffnet, so dass sie insgesamt gut auf die neuen Gruppen der Selbständigen, Pflegepersonen etc. passen. Es gibt aber einige Ungleichbehandlungen, die darauf beruhen, dass Stück für Stück, von einer Gruppe zur anderen erweitert wurde. Die internen Differenzierungen müssen überprüft werden, da ab 2007 bis 2009 ein allgemeiner Versicherungszwang in der Kranken- und Pflegeversicherung besteht.
4. Mit der stärkeren sozialen Regulierung der Privatversicherung wird der Unterschied zwischen Privat- und Sozialversicherung graduell.
5. Die Erweiterung der Sozialversicherungspflicht ist – in Bezug auf die Versicherten – nur an Art. 2 GG zu messen. Sehr starke Gründe des Gemeinwohls rechtfertigen in der Regel eine Ausdehnung: (1) Die (weit verstandene) soziale Schutzbedürftigkeit, (2) das Vorbeugen gegen mangelnde eigene Vorsorge der Individuen und spätere Hilfsbedürftigkeit und (3) die Stabilisierung oder Erweiterung der Risikogemeinschaften und Absicherung ihrer Leistungsfähigkeit.
6. Bei einer Verschiebung der Grenzen zwischen Sozial- und Privatversicherung hat der Gesetzgeber einen breiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum. Er muss allerdings immer sicher stellen, dass die in einem System begründeten Ansprüche auch realisiert werden können. Mit der sozialen Regulierung der Privatversicherung können staatliche Zuschüsse, die allein an die Sozialversicherung gehen, nur wegen der weiterhin bestehenden Besonderheiten der Sozialversicherung (immer schwerer) legitimiert werden.

7. Wenn die Mitgliedschaft in der Sozialversicherung immer breiter wird, wachsen auch die Anforderungen aus Art. 3 GG, Differenzierungen vorzunehmen, die an die jeweilige Situation der unterschiedlichen Versicherten angepasst sind. Andererseits zeigt die Angleichung von abhängig Beschäftigten und die traditionelle Versicherung der „alten“ Gruppen der Selbständigen in der Sozialversicherung, dass die Beitrags- und Leistungssysteme der Sozialversicherung i. d. R. so allgemein sind, dass sie für unterschiedliche Gruppen passen.

Die sich anschließende rege Diskussion drehte sich in erster Linie um die Probleme der Gleichbehandlung (Pflichtversicherung – Sozialmittelumverteilung), der Regulierungsmöglichkeiten des Gesetzgebers, des Satzungsrechts, der Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten in berufsständischen Altersversorgungen sowie der Schutzbedürftigkeit von Selbständigen.

Herr Prof. Dr. Uwe Fachinger, Universität Vechta, stellte nach der anregenden Diskussion sozialpolitische Gesichtspunkte zu den Grundlagen und Grenzen der Mitgliedschaft dar. Zu Beginn seines Vortrages ging er auf allgemeine Grundlagen bzw. Gründe für und gegen eine Mitgliedschaft ein. Strukturprinzipien, die in diesem Zusammenhang näher beleuchtet wurden, waren die Aspekte der Schutzbedürftigkeit, des Subsidiaritätsprinzips bzw. des Prinzips der Eigenverantwortung (so aus individueller Sicht z. B. die Sparbereitschaft und die Sparfähigkeit und aus gesellschaftlicher Sicht die Externalitäten wie z. B. die Vermeidung materieller Armut im Alter oder bei Pflegebedürftigkeit sowie die Unterstützung gesellschaftlich erwünschter Verhaltensweisen) sowie das Solidaritätsprinzip bzw. das Prinzip der Gleichbehandlung. Im Ergebnis kommt *Herr Prof. Dr. Fachinger* zu dem Ergebnis, dass es prinzipiell gute Gründe für die Ausweitung der Versicherungspflicht in den einzelnen Systemen der Sozialversicherung gibt – wie dies in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits umgesetzt worden ist und für die Gesetzliche Rentenversicherung schon seit längerem gefordert wird. Neben den Strukturprinzipien stellte *Prof. Dr. Fachinger* die zahlreichen wirtschafts-, sozial- und verteilungspolitischen Aspekte dar wie die Marktunvollkommenheiten, Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage sowie externe Effekte wie z.B. materielle Armut. In seinem zweiten Vortragsblock widmete sich *Prof. Dr. Fachinger* den der Sozialversicherung immanenten Grenzen der Mitgliedschaft und der Gründe dafür, und zwar zum einen in Bezug auf die Leistungen und zum anderen in Bezug auf die Finanzierung. Abschluss seines Vortrages bildete ein Resümee von *Prof. Dr. Fachinger* zu aktuellen Lösungsansätzen in der Sozialpolitik wie z. B. zu der aktuell geführten Diskussion, eine allgemeine Versicherungspflicht in der Altersvorsorge für Erwerbstätige einzuführen.

Gegenstand der regen Diskussion des Beitrags von Herrn Prof. Dr. Fachinger waren Themen wie beispielweise Informationsbestrebungen in Bezug auf die so genannte Riester-Rente, favorisierte Finanzierungssysteme, das Problem eines Mindestbeitrages sowie der allgemein favorisierte Vorsorgezwang für alle.

Im Rahmen des sich anschließenden Themenblocks „Neue Mitglieder in der Rentenversicherung“ stellte *Frau Prof. Dr. Margarete Schuler-Harms*, Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, die rechtswissenschaftlichen Grundlagen dar. Nach einer Einführung und der Veranschaulichung aktueller Modelldiskussionen ging sie im auf das Konzept der „Erwerbstätigenversicherung“ und das komplementäre Konzept – Mitgliederstatus für nicht Erwerbstätige – ein. Zusammenfassend kommt *Frau Prof. Dr. Schuler-Harms* zu folgenden Thesen:

1. Der Weg der Rentenversicherung zur Volksversicherung ist verschlungen, holperig und teilweise überwachsen. Die Politik reagiert auf die demografischen und wirtschaftlichen Herausforderungen vorwiegend mit Anreizen zum Ausbau und zur Diversifizierung der privaten und betrieblichen Altersvorsorge. Modelle einer Erwerbstätigenversicherung und einer zum Grundsicherungssystem umgestalteten Volksversicherung werden derzeit vorwiegend in der Wissenschaft diskutiert.
2. Europäische Beschäftigungsstrategie und nationale Gleichstellungspolitik sind auf Stärkung der Erwerbstätigkeit von Frauen gerichtet. Der der Rentenversicherung zugeführte zusätzliche Mitgliederbestand erweitert die Mitgliederbasis im Bereich der abhängigen Beschäftigung und der „kleinen“ Selbständigkeit.
3. Gegenläufig hierzu wurde die Möglichkeit der Beitragsbefreiung im Rahmen der geringfügigen Beschäftigung ausgebaut. Anreize zur Pflichtmitgliedschaft aufgrund „Verzichts auf die Befreiung“ bestehen nur für solche Beschäftigte, die den Aufbau einer über der Grundsicherung liegenden Altersvorsorge erwarten dürfen (z. B. Schülerinnen/Schüler, Studierende) und über die notwendigen Mittel zum Aufbau einer geförderten Altersvorsorge („Riester“) verfügen.
4. Die Tatbestände der Mitgliedschaft Selbständiger sind in Richtung einer Erwerbstätigenversicherung ausbaufähig. Zwecke der Einbeziehung, Mitgliederkreis und Formen der Mitgliedschaft bedürften hierzu der Harmonisierung. Eine Überleitung der freien Berufe und der Beamten in die Rentenversicherung ist unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen und demografischen Rahmenbedingungen nicht zu erwarten.

5. Der Rückbau der beitragsfreien Zeiten und der Funktionsverlust der Hinterbliebenenrente wirken dem Charakter der Rentenversicherung als „Volksversicherung“ tendenziell entgegen. Die teilweise funktionsersetzenden Erziehungs- und Pflegezeiten werden anders als die Hinterbliebenenrente nicht systemintern finanziert.
6. Erziehungszeiten kompensieren Defizite der Erziehenden der Altersvorsorge und bezwecken außerdem die Anerkennung der Kindererziehung durch die Gemeinschaft. Der Kreis der Begünstigten umfasst im Wesentlichen die Eltern. Andererseits schließen fehlende Mitgliedschaft oder zeitgleiche Erwerbszeiten die Anrechnung nicht aus. Die Berücksichtigung von Kindererziehung im Rahmen der freien Berufe bildet eine Korrektur an den Rändern. Sowohl aus Sicht der Begünstigten als auch aus systemischer Sicht ist die dabei gefundene Lösung suboptimal.
7. Pflegezeiten folgen einer anderen Logik. Sie sind an die Leistungsberechtigung und den Antrag des zu Pflegenden gebunden. Der Kreis der Begünstigten ist über den Kreis der Familienmitglieder hinaus erweitert. Er wird durch den Umfang der Pfllegetätigkeit, den Ort und die Nichterwerbsmäßigkeit der Pflege bestimmt. Entsprechend den besonderen Anforderungen an die Pflege sind Pflegezeiten im Zeitumfang nicht limitiert und können diskontinuierlich berücksichtigt werden. In gewisser Spannung zur nichterwerbsmäßigen Pflege führen nicht alle Formen erwerbsmäßiger Pflege zur Mitgliedschaft (siehe z. B. oben unter 3.).

Anschließend wurde der rechtswissenschaftliche Beitrag von Frau Prof. Dr. Schuler-Harms von *Herrn Dr. Reinhold Thiede*, Deutsche Rentenversicherung Bund, aus praktischer Sicht eines Sozialversicherungssträgers ergänzt. Dieser wies auf die inzwischen schwierig gewordene Abgrenzung zwischen den versicherungspflichtig abhängig Beschäftigten und den nicht versicherungspflichtigen Selbständigen hin. Heutzutage gebe es vermehrt Personen, die vermischt beide Formen im Laufe ihres Arbeitsleben aufweisen würden. Hieraus ergäben sich vielfältige Herausforderungen für die Verwaltungen und für die Wirtschaft, auf die er im Rahmen seines Vortrages einzeln einging (wie z. B. die Verzerrung des Arbeitsmarktes). Im Folgenden stellte *Herr Dr. Thiede* verschiedene Optionen für eine strukturelle Veränderung hin. Im Ergebnis favorisierte er nicht das Modell der freien Trägerwahl und auch nicht das Modell, nach dem alle Erwerbstätigen in die Gesetzliche Rentenversicherung integriert werden, sondern das Modell, nach dem die Versicherungspflicht auf den Personenkreis der nicht obligatorisch versicherten Selbständigen ausgeweitet wird.

Im Rahmen der sich anschließenden Diskussion wurden die einzelnen Zukunftsoptionen der Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Rentenversicherung ausgiebig unter Berücksichtigung verschiedenster Belange diskutiert.

Die Neue Mitgliedschaft in der Arbeitslosenversicherung bildeten den dritten Themenblock der wissenschaftlichen Tagung. *Frau Prof. Dr. Ursula Rust*, Universität Bremen, referierte hierüber aus rechtswissenschaftlicher Sicht. Im Rahmen ihres Referats veranschaulicht sie insgesamt sieben Thesen:

1. In der Stellung der Arbeitslosenversicherung im SGB III vor dem SGB IV als dem allgemeinen Teil der Sozialversicherung kommt die Sonderstellung der Arbeitslosenversicherung gegenüber den anderen Sozialversicherungen zum Ausdruck. Die Sonderstellung ist in den Versicherungssystemen des Insolvenzgeldes und des Wintergeldes begründet. Zum Risiko der Arbeitslosigkeit gleich das SGB III in der Struktur den anderen Sozialversicherungszweigen.
2. Die Arbeitslosenversicherung wird vom Prinzip der Globaläquivalenz von Beitrag und Leistung beherrscht. Die Arbeitslosenversicherung ist im Leistungsrecht vom Solidaritätsgedanken geprägt.
3. Die Sonderstellung der Arbeitslosenversicherung kommt seit langem im Mitgliedschaftsrecht zum Tragen. Bis 1942 gab es für Angestellte, die mit Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze aus der Versicherung ausscheiden würden, die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung. Bis zum Dritten Hartz Gesetz gab es die Versicherungspflicht für Beschäftigte sowie für sonstige Versicherte und die Versicherungsfreiheit Beschäftigter und sonstiger Versicherter.
4. Bis zum Dritten Hartz Gesetz wurde zum Anspruch auf Arbeitslosengeld relevante Rahmenfrist für Zeiten von Pflege, Kindererziehung und Selbständigkeit unter den Voraussetzungen des § 124 SGB III a.F. verlängert. Diese Zeiten wurden in diesem Umfang im Leistungsrecht berücksichtigt.
5. Seit dem Dritten Hartz Gesetz ist die Verlängerung der Rahmenfrist von der Möglichkeit abgelöst, nach Zeiten von Pflege und Selbständigkeit sowie bei Auslandsaufenthalt die Arbeitslosenversicherung freiwillig fortzusetzen.

6. Mitgliedschaftsrecht sind die Mutterschutzzeit und Zeiten der Kindererziehung versicherungspflichtig. Im Leistungsrecht wird Sorgearbeit berücksichtigt.
7. Das Mitgliedschaftsrecht der Arbeitslosenversicherung kennt mit der Versicherungspflicht auf Antrag unverändert keine originäre freiwillige Versicherung gegen das Risiko der Arbeitslosigkeit.

In seinem ergänzenden Vortrag fokussierte sich *Herr Prof. Dr. Manfred Schnitzler*, Bundesagentur für Arbeit, auf die Selbständigen in der Arbeitslosenversicherung und ihre freiwillige Weiterversicherung nach § 28a SGB III. Seit dem 01.02.2006 können sich Pflegepersonen, Auslandsbeschäftigte und Selbständige in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiter versichern – allerdings (abgesehen von einer Übergangsfrist, die inzwischen abgelaufen ist) nur „neue“ Selbständige. Das sind solche, die in den letzten 24 Monaten mindestens 12 Monate sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren oder Entgeltersatzleistungen nach dem SGB III bezogen haben bzw. in einer ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme) beschäftigt waren. Außerdem muss eines dieser Kriterien unmittelbar vor Aufnahme der selbständigen Tätigkeit vorgelegen haben. Wie *Herr Prof. Dr. Schnitzler* ausführte, haben von diesem Gesetz bis Ende 2008 ca. 221.000 Personen Gebrauch gemacht, bei weitem überwiegend Selbständige (216.000). Die Zahl der Personen, die (auch) aufgrund von Beitragszeiten nach diesem Gesetz Leistungen beziehen, habe sich naturgemäß seit Inkrafttreten des Gesetzes ständig erhöht und pendele seit Beginn des Jahres 2009 bei den Selbständigen um 6.000. Dass somit nur ein verschwindend geringer Teil der freiwillig weiterversicherten Selbständigen Entgeltersatzleistungen in Anspruch nehmen muss, spreche überzeugend für die Unterstützung der Existenzgründung aus der Arbeitslosigkeit. Hier flankiere die Möglichkeit der freiwilligen Weiterversicherung in wirkungsvoller Weise. Nach den Ausführungen von *Herrn Prof. Dr. Schnitzler* decke allerdings – isoliert für die Gruppe der freiwillig Weiterversicherten bzw. Selbständigen betrachtet – der zu leistende Versicherungsbeitrag inzwischen bei weitem nicht mehr die Ausgaben für Entgeltersatzleistungen. Weiterhin seien die Beitragssätze extrem niedrig, wenn man sie mit den Beiträgen sozialversicherungspflichtig Beschäftigter von einem Bruttoverdienst vergleiche, was im Versicherungsfall zur gleichen Leistung führe wie bei der freiwilligen Versicherung. Deshalb könne hier die Forderung nach Beitragsgerechtigkeit gestellt werden. Das Gesetz ist befristet bis zum 31.12.2010 für Auslandsbeschäftigte und Selbständige. Würde sich an dieser Lage nichts ändern, so bedeute dass nach Meinung von *Herrn Prof. Dr. Schnitzler*, dass die bis dahin erbrachten Beiträge zwar Anwartschaften begründen können, über diesen Zeitpunkt hinaus aber keine neuen entstehen. Abschließend wies *Herr Prof. Dr. Schnitzler* darauf hin, dass

überzeugt von der Wirksamkeit des Gesetzes derzeit die Arbeitsebene des zuständigen Ministeriums mit der Bundesagentur für Arbeit über eine Fortführung des Gesetzes und die dabei vorzunehmenden Veränderungen diskutiere. Hierbei würden Verfahrensfragen, die Frage nach dem anzusprechenden Personenkreis und natürlich die Höhe systemgerechter Beiträge erörtert werden.

Eine rege Diskussion rundete auch den dritten Themenblock ab. Thematisiert wurde hier vor allem die Frage, wie die Mittel von Pflicht- zu Weiterversicherung verteilt werden. Blitzlichter aus der Diskussion waren Schlagworte wie z. B. Versicherungspflicht von geringfügig Beschäftigten und § 119 Abs. 5 Nr. 1 SGB III, Nichterreichen der Vermittlungsquote und „Strafzoll“.

Im letzten Themenblock der Veranstaltung am 26.11.09 wurde die gesetzliche Unfallversicherung in Bezug auf neue Versicherte und Selbständige beleuchtet. Aus rechtswissenschaftlicher Sicht referierte hierzu *Herr Prof. Dr. Otto Ernst Krasney*, Vizepräsident des BSG a. D. Wie er darlegte, wurden in der gesetzlichen Unfallversicherung (UV) ebenfalls immer wieder den Kreisen der Versicherten neue Personengruppen hinzugefügt. Sie umfassten vornehmlich die kraft Gesetzes versicherungspflichtigen Personen (§ 2 SGB VII – früher § 537 RVO aF und § 539 Abs. 1 RVO). Zu ihnen gehörten jedoch nicht nur Beschäftigte und ebenfalls schutzbedürftige Personengruppen, bei denen häufig die Entscheidung schwierig sei, ob sie in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder selbständig tätig sind. Auch Gruppen von selbständig Erwerbstätigen, bei denen keine Abgrenzungsschwierigkeiten zu Tätigkeiten in einem Beschäftigungsverhältnis bestehen, seien in die gesetzliche Versicherung mit einbezogen. Ihre Auswahl, Abgrenzung und der Umfang des Versicherungsschutzes beruhen – wie *Herr Prof. Dr. Krasney* darlegte – ganz überwiegend nicht auf einer einheitlichen Konzeption und sind daher nicht immer überzeugend. Der Kreis der Versicherten, die im Rahmen der so genannten unechten UV kraft Gesetzes in die UV einbezogen sind, seien gleichfalls wiederholt ergänzt worden. Von der Ermächtigung des § 3 SGB VII (früher § 537 RVO aF, § 544 RVO), durch Satzung des Trägers der UV zu bestimmen, dass und unter welchen Voraussetzungen sich die Versicherung erstrecken kann auf insbesondere Unternehmer und in ihrem Unternehmen mitarbeitende Ehegatten oder Lebenspartner, sei wenig Gebrauch gemacht worden. Zum 01.01.2005 sei diese Ermächtigung u. a. auf ehrenamtlich Tätige und bürgerschaftlich Engagierte ausgedehnt worden. Wie *Herr Prof. Dr. Krasney* ausführte besteht schließlich nach § 6 SGB VII (früher § 539 RVO a. F., § 545 RVO) die Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung für Unternehmer und die im Unternehmen mitarbeitenden Ehegatten. Die Ergänzung der nach dieser Vorschrift versicherten Personen habe sich nicht nur auf in Kapital- oder Personenhandelsgesellschaften regelmäßig

wie Unternehmer selbständig Tätigen bezogen, sondern später ebenso auf die in § 6 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 SGB VII aufgeführten ehrenamtlich Engagierten. Die Pflichtversicherung der Pflegepersonen im Rahmen des § 2 Abs. 1 Nr. 17 SGB VII sichere einerseits den Schutz der Pflegenden, führe aber andererseits für den Pflegling und die Pflegenden zu einer Haftungsbeschränkung im Rahmen des § 106 Abs. 2 SGB VII. Die Pflegeversicherung selbst habe darüber hinaus bis auf den Versicherungsschutz der Pflegepersonen zwar keinen neuen Schub in der Ergänzung der versicherten Personenkreise gebracht. Wohl aber zeigte sich bei der Schaffung dieses sozialen Versicherungszweiges noch einmal besonders deutlich, wie notwendig ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement auch im Bereich der Sozialversicherung sei. Insoweit habe die Pflegeversicherung Anlass gegeben, den Versicherungsschutz von ehrenamtlich Tätigen und bürgerschaftlich Engagierter in der UV zu erweitern, was aber nach Auffassung von *Herrn Prof. Dr. Krasney* nicht überzeugend gelang. Die eingangs erwähnte fehlende einheitliche Konzeption in der Zuordnung von Personenkreisen in den Schutz der UV und dabei in der Zuweisung als Versicherte kraft Gesetzes oder kraft Satzung oder als Berechtigte zur freiwilligen Versicherung zeige sich nämlich besonders deutlich bei den ehrenamtlich Tätigen und den bürgerschaftlich Engagierten. Diese Personen seien zum Teil kraft Gesetzes pflichtversichert oder könnten kraft Satzung in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Der Beitritt zur freiwilligen UV sei nur den in § 6 Nr. 3 bis 5 SGB VII aufgeführten Personen geöffnet. Somit gebe es ehrenamtlich Tätige und bürgerschaftlich Engagierte, die weder einer Versicherungspflicht kraft Gesetzes oder Satzung unterliegen, noch sich freiwillig gegen Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten versichern könnten.

Das rechtswissenschaftliche Referat von Herrn Prof. Dr. Krasney ergänzte im Weiteren *Herr Eckehard Froese*, Verwaltungs-Berufsgenossenschaft, aus praktischer Sicht eines Sozialleistungsträgers. Er stellte die Veränderungen im Bereich des Versicherungsschutzes in der gesetzlichen Unfallversicherung in den letzten fünf Jahren dar, vor allem für ehrenamtlich Engagierte. Der Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung sei in diesem Zeitraum für ehrenamtlich Engagierte erweitert worden. Wie *Herr Froese* erörterte, handelt es sich um Erweiterungen sowohl im Bereich der Pflichtversicherung als auch im Bereich der freiwilligen Versicherung. Bei diesen Erweiterungen handele es sich um eng begrenzte Spezialregelungen, nach denen gemeinwohlorientierte Tätigkeiten versichert sind. Dieser Versicherungsschutz sei insbesondere daran geknüpft, wie das Engagement im Einzelfall organisiert sei. Zusammenfassend kam *Herr Froese* zu folgendem Ergebnis: Der Unfallversicherungsschutz für bürgerschaftlich Engagierte besteht nicht flächendeckend. Die Regelungen des Unfallversicherungsschutzes für bürgerschaftlich Engagierte finden sich an zahlreichen Stellen des Gesetzes und

sind unterschiedlich ausgestaltet. Vor diesem Hintergrund hat sich das vom „Bundesnetzwerk Bürgerschaftliches Engagement (BBE)“ eingerichtete „Nationale Forum für Engagement und Partizipation“ in diesem Jahr dafür ausgesprochen, den gesetzlichen Unfallversicherungsschutz für Engagierte um weitere Personengruppen zu erweitern und zu vereinheitlichen sowie die Angebote zur Beratung und Information hierüber zu bündeln.

Im Rahmen der Diskussion wurde insbesondere positiv hervorgehoben, dass es keine Geringfügigkeitsgrenze bzgl. des Versicherungsschutzes gibt und alle Beschäftigte versichert sind, selbst diejenigen, die als Schwarzarbeiter tätig sind.

Das Referat „Entwicklungen der Österreichischen Sozialversicherung zur Volksversicherung?“ fiel aufgrund eines krankheitsbedingten Ausfalles des vorgesehenen Referenten aus. Der Beitrag wird jedoch gleichwohl in den vorgesehenen Tagungsband aufgenommen.

Den ersten Themenblock des zweiten Veranstaltungstages am 27.11.2009 bildete das Thema „Rückkehrer, Basistarif und Risikostrukturausgleich in der Privaten Krankenversicherung“. *Frau Prof. Dr. Astrid Wallrabenstein*, Universität Bielefeld, führte aus rechtswissenschaftlicher Sicht in die Materie ein. Zunächst stellte sie die Grundzüge der Reform PKV im Rahmen der Gesundheitsreform 2007 dar. Hinter dieser Reform stünde das Ziel einer Volksversicherung, die auf zwei Säulen aufgebaut sei. Wie sie weiter erörtert sind die wesentlichen Instrumente in der PKV jeweils im Basistarif:

- Kontrahierungszwang der Versicherungsunternehmen
- Ruhensregelung bei Prämienausfällen
- Höchstbeträge auf Höhe der GKV
- Prämienreduktion bei sozialer Bedürftigkeit.

Flankierende Elemente seien:

- Risikoausgleich innerhalb der PKV und
- Versicherungspflicht

Nachdem *Frau Prof. Dr. Wallrabenstein* die Eingriffslegitimation näher erörterte, widmete sie sich im Folgenden den Entwicklungsperspektiven. Zum einen ging sie der Frage nach, ob der Basistarif als Leitbild der anstehenden GKV-Reform fungieren kann, und zum anderen

durchleuchtete sie das Öffnungspotential des Basistarifs. Im Ergebnis zeigte sie auf, dass der Schritt vom gegenwärtigen System zu einer Art „GKV-Basistarif“ nicht unüberwindlich scheint, wenn die GKV-Beiträge einkommensunabhängig gestaltet werden sollen. Schließlich würde eine Entwicklung, wie die von *Frau Prof. Dr. Wallrabenstein* im Rahmen ihres Referats skizzierte unterstellt, dem PKV-Basistarif ein Potential eröffnen, die gegenwärtige Trennung zwischen der gesetzlichen und privaten Säule der Krankenversicherung aufzulösen.

Dieser rechtswissenschaftliche Beitrag wurde durch *Herrn Prof. Dr. Jürgen Wasem*, Universität Duisburg-Essen, aus wirtschafts- und sozialwissenschaftlicher Sicht ergänzt. Nach einer allgemeinen Einführung zu der versicherungstechnischen Äquivalenz und ihrer Regulierung kam er zu dem Ergebnis, dass das versicherungstechnische Äquivalenzprinzip für das Erreichen gesundheits- und sozialpolitischer Ziele ungeeignet ist. Erforderlich und möglich sei eine „regulative Zählung“ für die soziale Sicherung. Diese „regulative Zählung“ im Wege gesetzlicher oder durch Selbstbindung geschaffene Abweichungen von dem versicherungstechnischen Äquivalenzprinzips stellte er im Folgenden am Beispiel der deutschen PKV und des Basistarifs ausführlich dar. Sein Referat schloss *Herr Prof. Dr. Wasem* mit ökonomischen Anmerkungen zu der Pflicht zur Versicherung der gesamten Bevölkerung in zwei getrennten Versicherungssystemen ab.

Den ersten Themenblock rundete *Herr Kolja Görs*, Prokurist und Leiter der Abteilung Kooperationen der HanseMercur Versicherungsgruppe, mit seinem Statement aus der Praxis ab. Zu Beginn stellte er die Ausgangslage und Hintergründe für die PKV dar. Im Einzelnen ging er auf die Gesundheitsreform 2007 sowie die Regelung von Rückkehrern in die PKV bis Ende 2008 ein. Darauf aufbauend erläuterte er aus praktischer Sicht den Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a VAG einschließlich seiner Funktionen und im Folgenden den Risikostrukturausgleich im Basistarif. Abschließend zeigte *Herr Görs* den aktuellen Stand in der PKV auf und gab einen ergiebigen Ausblick.

Im Rahmen der sich anschließenden Diskussion wurden sehr rege vor allem das Für und Wider der verschiedenen Facetten des Basistarifs und seiner möglichen zukünftigen Ausgestaltung aus unterschiedlichen Sichtweisen ausgetauscht. Schlagworte waren beispielsweise Gesetzgebungskompetenz, Finanzierung, Kopfpauschale und neue Tarifsysteme in der PKV.

Den zweiten Themenblock bildete das Thema „Selbständige und neue Mitglieder in der GKV und Wettbewerb um Mitglieder“. *Herr Prof. Dr. Friedhelm Hase*, Universität Bremen, widmete sich im Rahmen seines Vortrages dem Aspekt „Selbständige und Rückkehrer in der GKV“.

Ausgehend von der These, dass § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V ein Element des nicht durchdachten und deshalb untauglichen Versuchs sei, die überkommene GKV durch eine bloße Erweiterung des Versichertenkreises zu einer „Volks-“ oder „Bürgerversicherung“ zu machen, erörterte *Prof. Dr. Hase* sehr detailliert die Argumente für seine kritische Auffassung. Beispielsweise seien erhebliche Wertungswidersprüche durch § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V in das Krankenversicherungsrecht hereingetragen worden (vor allem im Verhältnis zu § 9 SGB V).

Herr Prof. Dr. Andreas Hänlein, Universität Kassel, referierte anschließend zu dem Thema „Wettbewerb der Krankenkassen um Mitglieder“. Nach ausführlicher Darstellung des gesetzlichen Rahmens des Kassenwettbewerbs um Mitglieder sowie der materiellen Lauterkeitsregeln beim Kassenwettbewerb ging er abschließend auf den Rechtsschutz im Kassenwettbewerb ein. Zusammenfassend zog er folgende vier Thesen:

1. Die Verallgemeinerung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen durch das Gesundheitsstrukturgesetz 1992 habe dem Kassenwettbewerb eine neue Qualität verschafft. Die wettbewerbliche Praxis zeige, dass eine Regulierung des Wettbewerbsgebarens der Krankenkassen erforderlich sei.
2. Auf den Wettbewerb unter den Krankenkassen sei das UWG anzuwenden. Die anders lautende Rechtsprechung des BSG sei durch die Praxis der ordentlichen Gerichtsbarkeit überholt worden. Der Gesetzgeber sollte durch eine ausdrückliche Regelung die Anwendbarkeit des UWG auf den Kassenwettbewerb klarstellen.
3. Das geltende UWG diene der Umsetzung einer Reihe europäischer Richtlinien. Soweit die Regeln des UWG der Umsetzung der RL 2005/29/EG über unlautere Geschäftspraktiken dienen, sei eine zusätzliche sozialrechtliche Regulierung, die auf einen weitergehenden Verbraucherschutz zielt, ausgeschlossen.
4. Die Rechtsprechung des BGH zur Zulässigkeit des ordentlichen Rechtswegs für wettbewerbsrechtliche Streitigkeiten zum Kassenwettbewerb, die nicht von Krankenkassen angestrengt werden, sei aus systematischer Sicht nicht befriedigend. Empfehlenswert wäre eine gesetzliche Regelung, die Streitigkeiten über den Kassenwettbewerb einheitlich der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Krankheitsbedingt fiel das Statement aus der Praxis eines Sozialleistungsträgers hierzu aus. Im Rahmen des im Jahr 2010 erscheinenden Tagungsbandes werden sich die Ausführungen hierzu wiederfinden.

Abgerundet wurde dieser Themenblock durch auf eine erregte Diskussion. Insbesondere wurden verschiedene Lösungsansätze im möglichen Austausch zu § 2 Abs. 1 Nr. 13 SGB V diskutiert (z. B. Ersetzen durch eine vergleichbare Regelung wie in § 2 Abs. 1 Nr. 9 SGB VI). Aus der Praxis erfolgten verschiedene Hinweise zum Wettbewerb um Mitglieder. Unter anderem wurde herausgehoben, dass eine sachgerechte Konfliktlösung mehr Aufgeschlossenheit in der Sozialgerichtsbarkeit für wettbewerbsrechtliche Fragen und eine einheitliche Linie bei der Gewährung des Einstweiligen Rechtsschutzes voraussetze. Diskutiert wurde auch die Frage, ob wettbewerbsrechtliche Streitfälle vor den Zivilgerichten verhandelt werden sollte. Im Ergebnis sprach sich die Mehrheit für einen Verbleib in der Sozialgerichtsbarkeit aus.

Die Tagung endete am 27.11.2009 mit dem Themenblock „Neue Modelle der Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung“. *Frau Prof. Dr. Anne Lenze*, Hochschule Darmstadt, stellte im Rahmen ihres Referats die rechtswissenschaftlichen Gesichtspunkte der Thematik dar. Nach einer allgemeinen Einführung in das System der gesetzlichen Pflegeversicherung als erste Volksversicherung in Deutschland und in ihre grundlegenden Grundsätze (wie beispielsweise für die Zuordnung zur Sozialen oder zur Privaten Pflegeversicherung der Grundsatz: Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung) ging *Frau Prof. Dr. Lenze* auf die Auswirkungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes auf die PKV ein. Schließlich gab sie einen Überblick über die Versicherungspflichten einzelner Personengruppen wie z. B. Selbständige, Auslandsrückkehrer, Wohnsitzverlagernde in EU-Mitgliedstaaten, erwerbsfähige Hilfebedürftige oder geringfügig Beschäftigte bzw. Mini-Jobber.

Herr Christoph Altmiks, GKV-Spitzenverband, ergänzte den Vortrag durch die Stellungnahme aus Sicht eines Sozialleistungsträgers der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Nach Ausführungen zu der Konzeption der PKV als Volksversicherung ging er aus praktischer Sicht auf die Versicherungspflicht in der Pflegeversicherung unter Berücksichtigung des GKV-WSG ein. In diesem Zusammenhang erwähnte *Herr Altmiks* unter anderem, dass in der GKV und damit auch in der SPV im Juli 2009 ca. 122.000 bis 140.000 Versicherte nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 SGB XI versichert waren. Aufgrund mangelnder Zahlungsfähigkeit oder -bereitschaft von nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V bzw. § 20 Abs. 1 S. 2 Nr. 12 SGB XI Versicherten hätten sich im Zeitraum 01.04.2008 bis 31.03.2009 Beitragsrückstände der GKV von 198,4 Mio. Euro ergeben. Im Anschluss daran widmete sich *Herr Altmiks* dem Reformbedarf der PKV. In Anbetracht des demographischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme der Zahl von Pflegebedürftigen sei eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs notwendig und voraussichtlich mit Zusatzkosten verbunden. Erforderlich sei eine zukunfts-

sichere Finanzierung, die angesichts der demographischen Entwicklung und der Herausforderungen einer immer älter werdenden Bevölkerung zum einen die erforderlichen Leistungen finanziere und zum anderen aber auch die finanziellen Lasten begrenze. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz sei das Problem der Finanzierung der Pflegeversicherung nicht gelöst worden. Herr Altmiks schloss sein Statement mit einem Zitat aus dem aktuellen Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP (Rn. 4256 ff.):

„Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. In Form einer Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe soll zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten“.

Dem Statement von Herrn Altmiks folgte eine Stellungnahme von *Herrn Andreas Besche*, Verband der Privaten Krankenversicherung in Köln, zu der Versicherungspflicht in der privaten Pflegeversicherung. Der Grundsatz „Pflege folgt Kranken“ gelte auch nach Einführung der Pflicht zur Versicherung in der PKV seit dem 01.01.2009 (§ 193 Abs. 3 VVG) im Prinzip unverändert. Die Versicherungspflicht in der PPV sei weiterhin abhängig vom Bestehen einer in- oder ausländischen privaten Krankenversicherung und einem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland. Eine Anpassung der PKV-Altverträge sei dafür nicht Voraussetzung (§ 193 Abs. 3 S. 2 VVG, § 110 Abs. 1 S. 1 SGB XI). Etwas Anderes gelte von jeher für die Beamten und andere Personen mit Anspruch auf Leistungen der Beihilfe im Pflegefall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen. Wer der Pflicht zum Abschluss oder der Aufrechterhaltung der PPV nicht nachkommt, begehe nach § 121 Abs. 1 S. 1 SGB XI eine Ordnungswidrigkeit, die mit einer Geldbuße bis zu 2.500 € geahndet werden könne. Für die Durchsetzung der Versicherungspflicht in der PKV seit dem 01.01.2009 habe der Gesetzgeber mit § 193 Abs. 4 VVG das Anreizsystem anders ausgestaltet. Wie *Herr Besche* weiter ausführte sind Rücktritts- und Kündigungsrechte ausgeschlossen, solange der Kontrahierungszwang des Versicherungsunternehmens, daher solange die Pflicht zur Versicherung besteht (§ 110 Abs. 4 SGB XI). Ferner gelte für den PPV-Beitrag von Versicherten im Basistarif der PKV seit dem 01.01.2009 Besonderheiten, insbesondere auch im Fall der Hilfebedürftigkeit nach SGB II oder XII. Die Pflicht zur Versicherung endete auch für Beschäftigte mit der Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in das Ausland, denn die Versicherungspflicht in der PPV knüpfe nach § 23 Absatz 1 SGB XI nicht an ein Beschäftigungsverhältnis an, sondern

an das Bestehen einer privaten Krankenversicherung. Eine Anwartschaftsversicherung zu ermäßigten Beiträgen kenne die PPV nur bei bestehender Versicherungspflicht in der SPV, nicht aber bei Auslandsaufenthalt. Der bestehende Vertrag könne aber aufgrund einer besonderen Vereinbarung fortgeführt werden (§ 15 Abs. 3 MB/PPV 2009, vgl. § 26 Abs. 2 SGB XI). Schließlich ging *Herr Besche* auf die Auswirkungen der Heraufsetzung des Beitragssatzes der SPV von 1,7 auf 1,95 % zum 1.7.2008 (§ 55 Abs. 1 SGB XI) auf die PPV ein. Herr Besche beendete sein Statement mit aktuellen Angeboten der PPV (wie z. B. Pflegeberatung und MDK unterstützende Qualitätsprüfungen in der Pflege).

Die Möglichkeit zur Diskussion der Vorträge wurde von dem Plenum ergiebig genutzt. Thematisiert wurden beispielsweise der „Zuschlag“ für Kinderlose in die Pflegeversicherung Finanzierungsfragen auch unter dem Gesichtspunkt des demographischen Wandels und die Frage nach einem potentiellen Nutzen einer Zusammenlegung von GPV und PPV.

Herr Prof. Dr. Karl-Jürgen Bieback verabschiedete alle Tagungsteilnehmer/innen und wies abschließend auf den im Jahre 2010 erscheinenden Tagungsband über die Veranstaltung hin.