

Leitsätze

zum Beschluss des Ersten Senats

vom 15. März 2000

- 1 BvL 16/96 -

- 1 BvL 17/96 -

- 1 BvL 18/96 -

- 1 BvL 19/96 -

- 1 BvL 20/96 -

- 1 BvL 18/97 -

- 1. Es ist mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar, dass nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung dann von der Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen sind, wenn sie nicht seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums seit Beginn ihrer Erwerbstätigkeit auf Grund einer Pflichtversicherung versichert waren.**
- 2. Der Verfassungsverstoß kann nicht nur durch eine Neuregelung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner, sondern auch durch Änderungen im Beitragsrecht behoben werden.**
- 3. Zum rechtsstaatlichen Vertrauensschutz in den Fällen der Aufhebung einer gesetzlichen Übergangsfrist vor deren Ablauf.**

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT

- 1 BVL 16/96 -
- 1 BVL 17/96 -
- 1 BVL 18/96 -
- 1 BVL 19/96 -
- 1 BVL 20/96 -
- 1 BVL 18/97 -



Im Namen des Volkes

**In den Verfahren
zur
verfassungsrechtlichen Prüfung,**

ob die Regelungen

1. des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.d.F. des Art. 1 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) und
2. des Art. 56 Abs. 1 Satz 1 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) i.V.m. Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG i.d.F. des Art. 25 Nr. 1 GSG

mit Art. 3 Abs. 1 GG vereinbar sind, soweit danach Rentner, welche die Vorversicherungszeiten zusammen mit solchen Zeiten einer freiwilligen Versicherung erfüllen, in denen sie als Beschäftigte wegen Überschreitens der Entgeltgrenzen des § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V versicherungsfrei waren und Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 405 Abs. 1 RVO oder § 257 Abs. 1 SGB V hatten, von der Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen und auf eine fortbestehende freiwillige Versicherung ohne die Beitragsvorteile versicherungspflichtiger Rentner verwiesen sind,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 26. Juni 1996 (12 RK 41/94) -

- 1 BVL 16/96 -,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 26. Juni 1996 (12 RK 7/95) -

- **1 BVL 17/96** -,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 26. Juni 1996 (12 RK 36/95) -

- **1 BVL 18/96** -,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 26. Juni 1996 (12 RK 69/94) -

- **1 BVL 19/96** -,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 26. Juni 1996 (12 RK 78/94) -

- **1 BVL 20/96** -,

- Aussetzungs- und Vorlagebeschluss des Bundessozialgerichts vom 17. Juli 1997 (12 RK 36/96) -

- **1 BVL 18/97** -

hat das Bundesverfassungsgericht - Erster Senat - unter Mitwirkung des

Vizepräsidenten Papier,
des Richters Kühling,
der Richterinnen Jaeger,
Haas,
der Richter Hömig,
Steiner,
der Richterin Hohmann-Dennhardt
und des Richters Hoffmann-Riem

am 15. März 2000 beschlossen:

1. § 5 Absatz 1 Nummer 11 Halbsatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Artikels 1 Nummer 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (Bundesgesetzblatt I Seite 2266) ist mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes unvereinbar, soweit Personen, die nach dem 31. Dezember 1993 einen Antrag auf Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung gestellt haben, nur dann in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung versichert waren.

2. Soweit die Vorschrift mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes unvereinbar ist, kann sie bis zu einer gesetzlichen Neuregelung, längstens bis 31. März 2002, weiter angewendet werden. Kommt es innerhalb der Frist nicht zu einer gesetzlichen Neuregelung, so bestimmt sich der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner ab 1. April 2002 nach § 5 Absatz 1 Nummer 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz) vom 20. Dezember 1988 (Bundesgesetzblatt I Seite 2477).
3. Artikel 56 Absatz 3 Halbsatz 1 des Gesundheits-Reformgesetzes in der Fassung des Artikels 25 Nummer 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes ist mit Artikel 2 Absatz 1 des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip unvereinbar und nichtig.

Gründe:

A.

Die zur gemeinsamen Entscheidung verbundenen Vorlagen betreffen die Einschränkung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992. 1

I.

1. Der Schutz des Rentners gegen das Risiko der Krankheit ist seit 1941 im System der sozialen Sicherung verankert (vgl. näher zur Entwicklung BVerfGE 13, 21 ff.; 69, 272 <274 f.>). Die maßgeblichen sozialversicherungsrechtlichen Regelungen, zu denen auch die zur Prüfung gestellten Vorschriften gehören, sind seitdem in den Voraussetzungen des Krankenversicherungsschutzes, hinsichtlich der Beitragspflicht der Versicherten und der Art der Finanzierung vielfach verändert worden. Zeitweise wurde die Berechtigung zur Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner davon abhängig gemacht, dass der Rentner während eines bestimmten Zeitraums vor der Rentenantragstellung bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert war (Vorversicherungszeit). 2

2. Das Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz - KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl I S. 1069) regelte den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner neu und führte den Grundsatz der Halbbelegung ein. Danach musste der Versicherte mindestens die Hälfte der Zeit von der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen sein. Die Änderung war von Übergangsregelungen begleitet, die für einen Zeitraum von einem Jahr den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner nach dem bisher geltenden Recht sicherten (vgl. BVerfGE 69, 272 <278>). Das Bundesverfassungsgericht hat die Neuregelung und die Übergangsregelung als verfassungsgemäß angesehen (vgl. BVerfGE 69, 272). 3

Vor dem 1. Januar 1983 wurden die Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung der Rentner durch Pauschalbeiträge der Rentenversicherungsträger in Höhe von zuletzt 11,7 % der von ihnen an die Pflichtversicherten geleisteten Renten finanziert. Danach traten an die Stelle dieser Zahlungen Beiträge der Versicherten. Die Höhe der Beiträge wurde für die Pflichtversicherten und die freiwillig Versicherten nach der Rente, den gesetzlich bestimmten Versorgungsbezügen und dem Arbeitseinkommen im Sinne des § 15 SGB IV bemessen (vgl. § 180 Abs. 5 und 8 RVO i.d.F. des Art. 2 Nr. 2 Buchstabe c des Gesetzes über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1982 vom 1. Dezember 1981, BGBl I S. 1205; im Folgenden: RAG 1982). Die Rentner hatten hiervon den vollen Beitrag zu tragen, erhielten aber einen Beitragszuschuss des Rentenversicherungsträgers (vgl. § 1304 e Abs. 2 RVO, § 83 e Abs. 2 AVG i.d.F. des Art. 19 Nr. 38 und Art. 20 Nr. 15 des Gesetzes zur Wiederbelebung der Wirtschaft und Beschäftigung und zur Entlastung des Bundeshaushalts <Haushaltsbegleitgesetz 1983> vom 20. Dezember 1982, BGBl I S. 1857 <1893, 1895>). Der Zuschuss wurde ab 1. Juli 1983 stufenweise und zeitgleich mit den jährlichen Rentenanpassungen abgeschmolzen; seit 1. Juli 1987 betrug er nur noch die Hälfte des Beitrags aus der Rente. Die andere Beitragshälfte hatten die Rentner zu tragen. Der halbe Beitragssatz galt auch für die Versorgungsbezüge (§ 385 Abs. 2 a RVO i.d.F. des RAG 1982). Die Beiträge der freiwillig versicherten Rentner wurden nach denselben Einnahmen bemessen wie bei den pflichtversicherten Rentnern (§ 180 Abs. 5 und 7 RVO i.d.F. des RAG 1982). Die freiwillig Versicherten hatten allerdings auch auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen den vollen Beitrag zu leisten.

4

3. Das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) erschwerte den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner. An die Stelle des Erfordernisses der Halbbelegung während des Erwerbslebens trat das Erfordernis der Neun-Zehntel-Belegung während der zweiten Hälfte des Erwerbslebens mit Zeiten der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung. Grundlage dafür war § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des Art. 1 GRG. Er lautete:

5

Versicherungspflichtig sind... Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums Mitglied oder nach § 10 versichert waren...

6

Die Vorversicherungszeit konnte auch mit Zeiten einer Ehe mit einem Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung, die bis zum 31. Dezember 1988 bestand, erreicht werden, wenn die mit dem Mitglied verheiratete Person nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig war (§ 5 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.d.F. des GRG).

7

Der Gesetzgeber hat weiter in Art. 56 Abs. 1 bis 3 GRG aus Gründen des Vertrau-

8

enssschutzes (vgl. BTDrucks 11/2237, S. 270) Überleitungsregelungen für die Krankenversicherung der Rentner getroffen:

(1) Personen, die bis zum 31. Dezember 1993 eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung beantragen und die Voraussetzungen für den Bezug der Rente, nicht jedoch die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erfüllen, werden versichert, wenn sie oder die Person, aus deren Versicherung sie ihren Rentenanspruch ableiten, seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, jedoch frühestens seit dem 1. Januar 1950, bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens die Hälfte der Zeit Mitglied einer Krankenkasse oder mit einem Mitglied verheiratet und nicht mehr als nur geringfügig beschäftigt oder geringfügig selbständig tätig waren. Erfüllen sie die Voraussetzungen für den Bezug einer Rente nicht, gelten sie bis zu dem Tag als Mitglieder, an dem der Rentenanspruch zurückgenommen oder die Ablehnung des Rentenanspruchs unanfechtbar wird. 9

(2) Wer am 31. Dezember 1988 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig ist oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied gilt, bleibt für die Dauer des Bezugs dieser Rente oder bis zu dem Tag, an dem der Rentenanspruch zurückgezogen oder die Ablehnung des Antrags unanfechtbar wird, auch dann versicherungspflichtig, wenn er die Voraussetzungen für die Versicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 oder 12 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht erfüllt. 10

(3) Die nach Absatz 1 oder 2 Versicherten gelten als versicherungspflichtig nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; § 6 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für die nach Absatz 2 Versicherten. 11

Für die freiwillig versicherten Rentner brachte das Gesundheits-Reformgesetz erhebliche Änderungen im Beitragsrecht. Die einheitliche Regelung der beitragspflichtigen Einnahmen (§ 180 Abs. 5 und 7 RVO i.d.F. des RAG 1982), die freiwillig Versicherte und Pflichtmitglieder nach dem Rentenbezug gleichmäßig belastet hatte, entfiel. § 240 SGB V legt nunmehr die beitragspflichtigen Einnahmen der freiwillig Versicherten einschließlich der Rentner fest. In der Satzung der Krankenkasse ist danach sicher zu stellen, dass die Beitragsbelastung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitglieds berücksichtigt; dazu gehören auch Einkünfte, die aus dem Vermögen gezogen werden. Allerdings wurde den freiwillig Versicherten nach Vollendung des 65. Lebensjahres ein Ausgleich in Form des so genannten Altersprivilegs im Beitragssatz eingeräumt. Sie hatten Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nur nach dem halben allgemeinen Beitragssatz zu entrichten, wenn sie neun Zehntel der zweiten Hälfte des Erwerbslebens Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung oder mit einem Mitglied verheiratet waren (§ 248 Abs. 2 SGB V i.d.F. des GRG). 12

4. Durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 13

S. 2266; im Folgenden: GSG) sind die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner weiter verschärft worden. Als Vorversicherungszeiten werden nur noch Zeiten einer Pflichtversicherung oder einer Familienversicherung auf Grund einer Pflichtversicherung berücksichtigt. § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Art. 1 Nr. 1 GSG lautet:

Versicherungspflichtig sind... Personen, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben, wenn sie seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenanspruchs mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte des Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied oder auf Grund einer Pflichtversicherung nach § 10 versichert waren... 14

Auch die Übergangsregelung des Art. 56 GRG wurde geändert. Art. 56 Abs. 3 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG hat nunmehr folgenden Wortlaut: 15

Für die nach Absatz 1 oder 2 Versicherten gelten die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als erfüllt, wenn die in Absatz 1 genannten Versicherungszeiten auf Grund einer Pflichtversicherung zustande gekommen sind; § 6 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt nicht für die nach Absatz 2 Versicherten. 16

Eine Besitzschutzregelung enthält Art. 33 § 14 GSG für den, der am 31. Dezember 1992 auf Grund des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung versicherungspflichtig war oder wegen Beantragung einer Rente als Mitglied galt. 17

Weiter wurde durch Art. 1 Nr. 138 GSG das so genannte Altersprivileg der freiwillig Versicherten beim Beitragssatz (§ 248 Abs. 2 SGB V i.d.F. des GRG) beseitigt. Denjenigen Versicherten, für die das "Altersprivileg" am 31. Dezember 1992 galt, blieb der Besitzstand erhalten (§ 240 Abs. 3a SGB V i.d.F. des GSG). 18

5. § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erfuhr durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (3. SGB V-Änderungsgesetz - 3. SGB V-ÄndG) vom 10. Mai 1995 (BGBl I S. 678) und durch das Gesetz zur Einordnung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung in das Sozialgesetzbuch (Unfallversicherungseinordnungsgesetz - UVEG) vom 7. August 1996 (BGBl I S. 1254 <1311>) weitere Änderungen. Das Erfordernis von Vorversicherungszeiten in der Pflichtversicherung oder Familienversicherung wurde allerdings beibehalten. 19

II.

1. Die beitragsrechtlichen Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 220 bis 258 SGB V) belasten die versicherungspflichtigen Rentner und die freiwillig versicherten Rentner unterschiedlich. 20

a) Die Beiträge der pflichtversicherten Rentner, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, bemessen sich nach § 237 SGB V. Der Beitragsbemessung liegen als beitragspflichtige Einnahmen der Zahlbetrag der Rente aus der gesetzlichen Ren- 21

tenversicherung, der Zahlbetrag der der Rente vergleichbaren Einnahmen (Versorgungsbezüge im Sinne des § 229 Abs. 1 SGB V) sowie das Arbeitseinkommen (§ 15 SGB IV) zu Grunde. Andere Einkünfte werden nicht zu Beiträgen herangezogen.

Die Beiträge aus diesen Einnahmen werden nach einem Beitragssatz erhoben, den die jeweilige Krankenkasse in ihrer Satzung in Hundertsteln der beitragspflichtigen Einnahmen bestimmt (§ 241 Satz 1 SGB V). § 248 SGB V räumt den Versicherungspflichtigen eine Vergünstigung im Beitragssatz ein. Die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen werden (nur) nach der Hälfte des maßgeblichen Beitragssatzes der Krankenkasse bemessen und sind von den Versicherungspflichtigen aufzubringen (§ 250 Abs. 1 SGB V). Entlastet werden diese schließlich dadurch, dass sie und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung den Beitrag aus dem Zahlbetrag der Rente nach § 249 a SGB V jeweils zur Hälfte tragen. 22

b) Die Beiträge der freiwillig versicherten Rentner werden nach anderen Grundsätzen erhoben. 23

aa) Die Beitragsbemessung wird durch Satzung der gesetzlichen Krankenkassen geregelt. Dabei ist sicher zu stellen, dass die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Mitglieds berücksichtigt wird (§ 240 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Satzung muss mindestens dieselben Einnahmearten wie bei einem vergleichbaren versicherungspflichtig Beschäftigten der Beitragsbemessung zu Grunde legen (§ 240 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit wird darüber hinaus durch Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung und Verpachtung sowie sonstige Einkünfte im Sinne des Einkommensteuerrechts bestimmt. Auch sie sind bei den freiwillig versicherten Rentnern beitragspflichtig. Die Beitragserhebung endet wie bei allen Versicherten mit dem Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 223 Abs. 3 Satz 1, 238 a SGB V), die hier der Pflichtversicherungsgrenze entspricht (§ 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). 24

bb) Eine Bevorzugung bestimmter beitragspflichtiger Einnahmen beim Beitragssatz ist nicht vorgesehen. Die Beiträge der freiwillig Versicherten werden nach dem maßgebenden Beitragssatz in voller Höhe erhoben (§§ 241, 243 SGB V). Mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes zum 1. Januar 1993 ist auch das "Altersprivileg" der freiwilligen Mitglieder entfallen. 25

cc) Dass die freiwilligen Mitglieder ihren Beitrag allein zu tragen haben (§ 250 Abs. 2 SGB V), führt für sie im Ergebnis zu keiner Benachteiligung, denn sie erhalten vom Rentenversicherungsträger einen monatlichen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Krankenversicherung in Höhe der Hälfte des Betrages, der sich aus der Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen auf den Zahlbetrag der Rente ergibt (§ 106 des Sechsten Buches Sozialgesetzbuch <SGB VI>). Freiwillig Versicherte sind damit in Bezug auf den aus der Rente aufzubringenden Beitrag wirtschaftlich den Pflichtversicherten im Wesentlichen gleichgestellt. 26

dd) Die unterschiedliche Belastung der Versicherungspflichtigen und der freiwillig 27

Versicherten verdeutlicht ein Beispiel. Bezieht ein versicherungspflichtiger Rentner monatlich eine Altersrente von 2.000 DM, 500 DM rentenähnliche Bezüge, 1.000 DM Arbeitseinkommen, 200 DM Zinsen und 800 DM Einnahmen aus Vermietung, insgesamt also Einkünfte in Höhe von 4.500 DM, so liegt bei einem Beitragssatz von 13,6 % der halbe Krankenversicherungsbeitrag aus der Rente, den rentenähnlichen Bezügen und dem Arbeitseinkommen (3.500 DM) bei 238 DM (gerundet) monatlich. Ist er hingegen freiwilliges Mitglied, so unterliegen seine Gesamteinkünfte von 4.500 DM der Beitragsbemessung. Hieraus hat er den vollen Beitrag zur Krankenversicherung zu zahlen; das ist ein Krankenkassenbeitrag von monatlich 612 DM. Zu diesem Betrag zahlt der Rentenversicherungsträger den Zuschuss gemäß § 106 SGB VI in Höhe von 136 DM (gerundet). Die effektive Beitragsbelastung liegt mit 476 DM (gerundet) etwa doppelt so hoch wie die des Pflichtversicherten.

2. Die Unterschiede in der Beitragsbelastung von Pflichtversicherten und freiwillig Versicherten setzen sich im Recht der sozialen Pflegeversicherung fort. In der Pflegeversicherung werden die Beiträge bei einem Beitragssatz von derzeit 1,7 % (§ 55 Abs. 1 Satz 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch <SGB XI>) aus den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder erhoben. Bei der Beitragsbemessung wird danach unterschieden, ob das Mitglied der Pflegekasse in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig oder pflichtversichert ist. §§ 226, 228 bis 238, 244 SGB V gelten entsprechend für die dort Pflichtversicherten (§ 57 Abs. 1 SGB XI). Auf die freiwillig Krankenversicherten einschließlich der Rentner werden §§ 238 a, 239 und insbesondere § 240 SGB V entsprechend angewendet (§ 57 Abs. 4 SGB XI). Die freiwillig versicherten Rentner erhalten vom Rentenversicherungsträger zu ihrer Rente einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Pflegeversicherung (§ 106 a SGB VI).

28

III.

1. a) In dem der Vorlage 1 BvL 16/96 zu Grunde liegenden Ausgangsverfahren war der 1928 geborene Kläger seit April 1948 versicherungspflichtig beschäftigt. Ab Januar 1950 war er ununterbrochen Mitglied der beklagten Krankenkasse. Von Januar bis September 1950 und von März 1953 bis Dezember 1954 bestand eine Pflichtmitgliedschaft. In der übrigen Zeit beruhte die Mitgliedschaft auf einer freiwilligen Versicherung als Angestellter mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze.

29

In der Rentenversicherung entrichtete der Kläger bis 1961 Pflichtbeiträge. Anschließend war er wegen Überschreitens der damals in der Angestelltenversicherung noch geltenden Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei. Als diese Grenze 1968 aufgehoben wurde, ließ er sich von der Versicherungspflicht befreien. Auf seinen Antrag vom Januar 1993 bewilligte ihm die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Altersrente ab Juni 1993 in Höhe von anfänglich 1.591,44 DM pro Monat; der Beitragszuschuss lag bei 106,64 DM. Daneben hatte er monatliche Einkünfte aus Kapitalvermögen (460 DM) sowie ab Januar 1994 aus einer Rente der betrieblichen Altersversorgung (844 DM).

30

Die Krankenkasse lehnte es ab, den Kläger in der Krankenversicherung der Rentner zu versichern. Das Erfordernis einer Vorversicherungszeit nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V sei nicht erfüllt. Das Sozialgericht wies die dagegen gerichtete Klage ab und ließ die Sprungrevision zu. 31

b) Dem Ausgangsverfahren zu 1 BvL 17/96 liegt folgender Sachverhalt zu Grunde: 32
Der 1933 geborene Kläger war von April 1948 bis August 1991 erwerbstätig. Von April 1948 bis April 1959 war er Pflichtmitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Pflichtversicherung endete mit dem 31. Dezember 1960; er blieb aber freiwilliges Mitglied der Krankenkasse. Vom 27. August 1991 bis 28. April 1993 war er wieder pflichtversichert.

Auf seinen Rentenantrag vom April 1993 wurden ihm ab September 1993 eine Altersrente in Höhe von anfänglich 3.051,49 DM und 204,45 DM als Beitragszuschuss zur Krankenversicherung bewilligt. Die beklagte Krankenkasse lehnte den Antrag des Klägers auf Versicherung in der Krankenversicherung der Rentner ab. Er erfülle nicht die gesetzliche Vorversicherungszeit. Die hiergegen beim Sozialgericht erhobene Klage war erfolglos. Das Landessozialgericht wies die Berufung zurück und ließ die Revision zu. 33

c) In dem der Vorlage 1 BvL 18/96 zu Grunde liegenden Ausgangsverfahren hatte 34
der 1933 geborene Kläger im April 1947 eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Er war von Januar 1950 bis Dezember 1964 Pflichtmitglied, von Januar 1965 bis März 1992 freiwilliges Mitglied und von April 1992 bis März 1993 pflichtversichertes Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Auf seinen Antrag vom Januar 1993 wurde ihm Altersrente ab April 1993 bewilligt. 35
Sie betrug zunächst 2.905,67 DM. Der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung belief sich auf 194,68 DM. Die Krankenkasse stellte fest, der Kläger erfülle nicht die Vorversicherungszeit für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner. Die Verfahren vor dem Sozialgericht und dem Landessozialgericht blieben ohne Erfolg. Das Bundessozialgericht ließ die Revision zu.

d) Dem Ausgangsverfahren zur Vorlage 1 BvL 19/96 liegt folgender Sachverhalt zu 36
Grunde: Der 1933 geborene Kläger nahm im April 1948 eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf. Seine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bestand bis zum 31. Dezember 1958. Von Januar 1959 bis September 1992 war er wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig versichert, danach bis November 1993 pflichtversichert.

Auf seinen Antrag vom Februar 1993 wurde ihm Altersrente ab Oktober 1993 in Höhe 37
von zunächst 2.983,56 DM bewilligt. Der Beitragszuschuss zur Krankenversicherung betrug 181 DM. Die beklagte Krankenkasse stellte fest, der Kläger erfülle nicht die Vorversicherungszeiten für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner. Die dagegen gerichtete Klage blieb beim Sozialgericht erfolglos. Das Landessozialgericht wies die Berufung zurück und ließ die Revision zu.

e) In dem der Vorlage 1 BvL 20/96 zu Grunde liegenden Ausgangsverfahren hatte der 1930 geborene Kläger 1944 eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen. Er war von November 1944 bis September 1969 Pflichtmitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Danach war er bis August 1993 als Angestellter mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze freiwillig versichert. 38

In der Rentenversicherung wurden für den Kläger fast lückenlos Pflichtbeiträge entrichtet. Für die Zeit ab Oktober 1969 wurden Beiträge nach einem Entgelt unterhalb oder in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung gezahlt. Auf seinen Antrag vom Juni 1993 wurden ihm ab September 1993 Altersrente in Höhe von 3.363,52 DM und ein Beitragszuschuss zur Krankenversicherung in Höhe von 225,36 DM bewilligt. Zudem bezieht er eine Rente der betrieblichen Altersversorgung. Sie betrug im Zeitpunkt der Vorlage 906 DM monatlich. Auf Grund der Mitteilung des Klägers, seine Einkünfte überstiegen die Beitragsbemessungsgrenze, setzte die Krankenkasse seinen Beitrag als freiwillig Versicherter mit monatlich 686 DM fest. Seine tatsächliche monatliche Beitragslast betrug 460,64 DM. 39

Den Antrag auf Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner lehnte die beklagte Krankenkasse ab. Der Kläger erfülle die Vorversicherungszeit nicht. Die Klage beim Sozialgericht war erfolglos. Das Landessozialgericht wies die Berufung zurück und ließ die Revision zu. 40

f) Dem Ausgangsverfahren zu 1 BvL 18/97 liegt folgender Sachverhalt zu Grunde: Der 1934 geborene Kläger nahm im April 1949 eine versicherungspflichtige Beschäftigung auf. Bis Dezember 1955 und dann wieder von Januar 1990 bis August 1992 war er pflichtversichert. In der übrigen Zeit beruhte die Mitgliedschaft auf einer freiwilligen Versicherung als Angestellter mit einem Gehalt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze. 41

Auf seinen Antrag vom Dezember 1993 wurden ihm ab Mai 1994 Altersrente in Höhe von 2.881,42 DM und ein Beitragszuschuss zur Krankenversicherung in Höhe von 193,06 DM bewilligt. Er bezieht außerdem eine Rente aus betrieblicher Altersversorgung, die anfänglich 6.086,51 DM monatlich betrug. 42

Die beklagte Krankenkasse lehnte den Antrag des Klägers auf Aufnahme in die Krankenversicherung der Rentner unter Hinweis auf die fehlende Vorversicherungszeit in der Pflichtversicherung ab und stufte ihn als freiwillig Versicherten mit einem monatlichen Beitrag von 724 DM ein. Die dagegen gerichtete Klage zum Sozialgericht war erfolglos. Das Landessozialgericht wies die Berufung zurück und ließ die Revision zu. 43

2. Das Bundessozialgericht hat die Verfahren gemäß Art. 100 Abs. 1 Satz 1 GG ausgesetzt und dem Bundesverfassungsgericht die Frage zur Entscheidung vorgelegt, 44

ob die Regelungen 45

1. in § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung des Art. 1 Nr. 1 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) und 46
2. in Art. 56 Abs. 1 Satz 1 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S. 2477) in Verbindung mit Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG 47
- mit Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes vereinbar sind, soweit danach Rentner, welche die Vorversicherungszeiten zusammen mit solchen Zeiten einer freiwilligen Versicherung erfüllen, in denen sie als Beschäftigte wegen Überschreitens der Entgeltgrenzen des § 165 Abs. 1 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung (RVO) und des § 6 Abs. 1 Nr. 1 Halbsatz 1 SGB V versicherungsfrei waren und Anspruch auf einen Beitragszuschuss nach § 405 Abs. 1 RVO oder § 257 Abs. 1 SGB V hatten, von der Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen und auf eine fortbestehende freiwillige Versicherung ohne die Beitragsvorteile versicherungspflichtiger Rentner verwiesen sind. 48
- a) Es hält die zulässigen Revisionen einfachrechtlich für unbegründet. Die gesetzlichen Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V für die Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner seien jeweils nicht erfüllt. Die Kläger seien in der zweiten Hälfte der maßgebenden Rahmenfrist nicht zu neun Zehnteln auf Grund einer Pflichtversicherung Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung gewesen. 49
- Sie seien auch nicht nach Art. 56 GRG Mitglied der Krankenversicherung der Rentner geworden. Zwar erfülle jeder der Kläger die Halbbelegung mit Mitgliedschaftszeiten in der nach Absatz 1 der Vorschrift maßgeblichen Rahmenfrist. Auch seien die Rentenanträge jeweils bis zum 31. Dezember 1993 gestellt worden. Der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner scheitere aber daran, dass sie die Halbbelegung nicht - wie nach Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG erforderlich - mit Zeiten der Pflichtversicherung erreichten. Es sei nicht möglich, diese Vorschrift verfassungskonform auszulegen. Obwohl die Revisionen nach einfachem Recht unbegründet seien, weise der Senat sie nicht zurück, weil er von der Verfassungswidrigkeit der Regelungen im Sinne der Vorlagefrage überzeugt sei. Die Kläger der Ausgangsverfahren könnten durch eine Neuregelung, die den Verfassungsverstoß beseitige, begünstigt sein. 50
- b) Die zur Prüfung gestellte Vorschrift des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes verletze Art. 3 Abs. 1 GG und sei daher verfassungswidrig. 51
- aa) Zwar verstoße die Entscheidung des Gesetzgebers, das Versicherungs- und Beitragsrecht der Rentner demjenigen des vorausgegangenen Erwerbslebens anzugleichen, nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Es sei zulässig, die Kontinuität in Bezug auf die Art der Krankenversicherung zwischen Erwerbsleben und Rentenalter fest zu schreiben. Bei den versicherungspflichtig Beschäftigten sei grundsätzlich nur das Ar- 52

beitsentgelt beitragspflichtig. Den Beitrag trügen Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte. Entsprechendes gelte für die versicherungspflichtigen Rentner, bei denen die Rente an die Stelle des Arbeitsentgelts trete. Aus Gründen der Gleichbehandlung werde auch von Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nur der halbe Beitragssatz erhoben.

Diese Grundsätze fänden auf freiwillig Versicherte vor dem Rentenalter keine Anwendung. Bei diesen Personen seien auch andere Einnahmen beitragspflichtig. Die Beiträge habe der Versicherte nach dem vollen Beitragssatz allein zu tragen. Es sei folgerichtig, eine entsprechende Beitragslast auch bei den freiwillig versicherten Rentnern vorzusehen. Diesem Ansatz habe das bisher geltende Recht nicht entsprochen, weil vor 1993 alle Mitgliedschaftszeiten für den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner ausreichten. Die Änderung beruhe aber auf Erwägungen, die grundsätzlich geeignet seien, Unterschiede in der Art der Versicherung und der Beitragshöhe im Rentenalter zu rechtfertigen.

53

bb) Es habe jedoch nicht unberücksichtigt bleiben dürfen, dass die in der Vorlagefrage bezeichnete Gruppe der ehemals freiwillig versicherten Beschäftigten mit einem Arbeitsentgelt über der Jahresarbeitsentgeltgrenze (benachteiligte Gruppe) mit den früher durchgehend Versicherungspflichtigen (begünstigte Gruppe) wesentliche Gemeinsamkeiten aufweise. Der Gesetzgeber habe diesen Gemeinsamkeiten nicht hinreichend Rechnung getragen, so dass ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz vorliege.

54

Die benachteiligte Gruppe sei während des Erwerbslebens gegen Entgelt beschäftigt gewesen. Insofern gleiche sie der begünstigten Gruppe. Sie habe nach Zeiten der Pflichtversicherung die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, die Betroffenen hätten sich aber in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig weiter versichert. Beitragsrechtlich wiesen die benachteiligte und die begünstigte Gruppe wesentliche Gemeinsamkeiten auf. Bei den Beschäftigten unterhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze trage der Arbeitgeber die Hälfte der Beiträge. Wirtschaftlich gelte dies wegen des Beitragszuschusses des Arbeitgebers auch für die freiwillig Versicherten.

55

cc) Die Neuregelung mache den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner bei den Versicherten, die ein Arbeitsentgelt im Bereich der Versicherungspflichtgrenze verdienten und die den Pflichtversicherten wirtschaftlich im Wesentlichen vergleichbar seien, von Zufälligkeiten abhängig. Aus der Gehalts- und Lohnstrukturerhebung 1990 ergebe sich, dass die Jahresarbeitsentgeltgrenze von etwa 800.000 Arbeitern und von etwa zwei Millionen Angestellten überschritten worden sei. Große Gruppen von Arbeitnehmern wiesen ein Bruttoentgelt in der Nähe der Grenze auf. Das Gesetz durchschneide diesen Bereich homogener Sachverhalte und knüpfe hieran unterschiedliche Rechtsfolgen an.

56

Die Ungleichbehandlung werde noch dadurch verschärft, dass ein Versicherter ab 1994 bereits dann von der Krankenversicherung der Rentner ausgeschlossen sei, wenn er wenig mehr als ein Zehntel der zweiten Hälfte des Erwerbslebens nicht

57

pflichtversichert war. Die Vorversicherungszeit könne damit bereits bei einer Lücke von zwei bis zweieinhalb Jahren in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens nicht mehr erfüllt werden. Es seien dadurch auch solche Arbeitnehmer auf die freiwillige Versicherung im Rentenalter verwiesen, die in ihrem Berufsleben weit überwiegend versicherungspflichtig gewesen seien.

dd) Die Ungleichbehandlung der benachteiligten Gruppe lasse sich nicht rechtfertigen. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Gruppen im Rentenalter sei ähnlich. Die Mehrbelastung der benachteiligten Gruppe sei kein Ausgleich dafür, dass diese sich oft wegen der beitragsfreien Familienversicherung zur freiwilligen Versicherung entschlossen habe. Zwar sei die Familienlastquote bei freiwillig Versicherten etwa doppelt so hoch wie bei Pflichtversicherten. Weil der Gesetzgeber die benachteiligte Gruppe zur freiwilligen Versicherung zugelassen habe, lasse sich aber die Beitragsmehrbelastung nicht mit der Familienlastquote begründen.

58

Nicht gerechtfertigt sei auch die ungleiche Belastung der Versorgungsbezüge. Während die benachteiligte Gruppe hieraus den vollen Beitragssatz zu tragen habe, habe die begünstigte Gruppe nur Beiträge nach dem halben Beitragssatz zu entrichten, obwohl diese Leistungen bei beiden Gruppen in gleichem Maße das entfallene Arbeitsentgelt ersetzen.

59

ee) Demgegenüber unterscheide sich die benachteiligte Gruppe von den anderen freiwillig Versicherten, die die Vorversicherungszeit ebenfalls nicht erfüllten. Nur die benachteiligte Gruppe sei ununterbrochen und ausnahmslos allein wegen der Höhe des Arbeitsentgelts versicherungsfrei gewesen. Demgegenüber sei der Ausschluss von der Krankenversicherung der Rentner und deren Beitragsvorteilen bei selbständig Erwerbstätigen und Ruhestandsbeamten verfassungsgemäß (vgl. BSGE 78, 297; 79, 1).

60

c) Es begegne keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, dass der Gesetzgeber § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes unvermittelt zum 1. Januar 1993 auf Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zur Anwendung bringe, die nach diesem Zeitpunkt eine Rente beantragen. Er habe damit zwar bestehendes Vertrauen enttäuscht. Viele Rentner hätten spürbar höhere als die erwarteten Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu entrichten. Der Gesetzgeber habe nicht einmal die frühere Übergangsbestimmung des Art. 56 Abs. 1 und 3 GRG unangetastet gelassen. Dennoch sei von Verfassungs wegen eine weitergehende Übergangsregelung nicht geboten gewesen. Die Abwägung zwischen dem Ausmaß des Vertrauensschadens des Einzelnen und der Bedeutung des gesetzgeberischen Anliegens für das Wohl der Allgemeinheit ergebe, dass die Belange der Allgemeinheit bedeutender seien. Die finanzielle Situation der Krankenversicherung habe sich 1992 so dramatisch verschlechtert, dass Abhilfe dringend erforderlich gewesen sei. Infolge der Neuregelung seien Beitragsmehreinnahmen von 350 Millionen DM erwartet worden. Es entziehe sich der Kontrolle der Gerichte, ob eine gleich hohe Summe durch geeignetere Maßnahmen oder durch Minderausgaben zu erzielen ge-

61

wesen wäre.

IV.

Zu den Vorlagen haben sich das Bundesministerium für Gesundheit namens der Bundesregierung, die Deutsche Angestellten Krankenkasse, die Barmer Ersatzkasse, die AOK - Die Gesundheitskasse Niedersachsen sowie der Kläger des Ausgangsverfahrens zu 1 BvL 19/96 geäußert. 62

1. Das Bundesministerium hält die zur Prüfung gestellten Vorschriften für verfassungskonform. 63

a) Die Neuregelung der Krankenversicherung der Rentner verletze nicht Art. 3 Abs. 1 GG. Freiwillig versicherte und versicherungspflichtige Rentner seien nicht miteinander vergleichbar, da sie während ihres Erwerbslebens in Bezug auf die Belastung mit Krankenversicherungsbeiträgen wirtschaftlich nicht gleichgestellt seien. Zwar bewirke der Arbeitgeberzuschuss eine Annäherung bei der Beitragsbelastung. Den Zuschuss erhielten aber auch andere Personen, zum Beispiel privat Krankenversicherte. Die Zuschussregelung verfolge den Zweck, beim Arbeitgeber Belastungsneutralität herzustellen. Dieser solle aus der Wahl der Versicherung durch den Arbeitnehmer keine Vorteile ziehen. 64

Wäre dagegen dem Ansatz des Bundessozialgerichts zu folgen, müsse die Beitragsbelastung im Rentenalter mit der gesamten Beitragsbelastung während des Erwerbslebens verglichen werden. Bei dieser Betrachtung sei die Benachteiligung der freiwillig Versicherten durch sachliche Gründe gerechtfertigt. Versicherungspflichtige und freiwillig versicherte Arbeitnehmer seien wirtschaftlich nicht gleichgestellt, weil die freiwillig Versicherten bereits aus dem Arbeitsentgelt den Höchstbeitrag entrichteten und mit ihren weiteren Einkünften beitragsfrei seien. Im Vergleich zum Gesamtbetrag des Arbeitsentgelts hätten freiwillig versicherte Arbeitnehmer daher eine geringere Beitragsbelastung zu tragen als versicherungspflichtige Arbeitnehmer. 65

b) Selbst wenn der These der Vergleichbarkeit der Gruppen gefolgt werden könne, müsse die Gleichstellung mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben enden. Die Beschränkung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner sei sachlich darin begründet, dass die Leistungsausgaben für die versicherungspflichtigen Rentner nur zum kleineren Teil durch ihre Beiträge gedeckt seien. Der überwiegende Teil der Ausgaben (etwa 60 %) werde aus den Beiträgen der Erwerbstätigen finanziert. Infolgedessen werde in der Krankenversicherung der Rentner nur versicherungspflichtig, wer während des Erwerbslebens zur Finanzierung dieser Solidarität beigetragen und im Rentenalter auf die Mitfinanzierung seines Schutzes in der Krankenversicherung durch die Erwerbstätigen angewiesen sei. 66

c) Schließlich sei die vom Bundessozialgericht vorgenommene Differenzierung zwischen versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Arbeitnehmern einerseits sowie den übrigen freiwillig versicherten Erwerbstätigen andererseits fragwürdig. In der gesetzlichen Krankenversicherung werde seit jeher zwischen Versicherungs-

 67

pflichtigen und freiwillig Versicherten unterschieden. Das SGB V eröffne freiwilligen Mitgliedern Gestaltungsmöglichkeiten, die Versicherungspflichtige nicht hätten (Beitritts- und Kündigungsrecht; Möglichkeit der Kostenerstattung; besseres Wahlrecht). Vor diesem Hintergrund bestehe keine Verpflichtung, die beitragsrechtlichen Vergünstigungen der Pflichtversicherten auf die freiwillig Versicherten auszudehnen. Auch die gesetzliche Grenzziehung zwischen den Gruppen sei in der Rechtsprechung bislang nicht beanstandet worden.

2. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse sieht einen erheblichen Belastungsunterschied zwischen versicherungspflichtigen und freiwillig versicherten Rentnern. So habe der Mindestbeitrag im Jahre 1998 für Pflichtversicherte bei Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze 86,80 DM, für freiwillig versicherte Rentner mit 192 DM mehr als das Doppelte betragen. 68

3. Die Barmer Ersatzkasse teilt die Auffassung des Bundessozialgerichts, wonach ein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz vorliege. Falls die zur Prüfung gestellten Regelungen rückwirkend zum Zeitpunkt der Kollision als unvereinbar mit dem Grundgesetz erklärt würden, wären nach internen Berechnungen etwa 140.000 Versicherungsverhältnisse zu überprüfen. 69

4. Die AOK - Die Gesundheitskasse Niedersachsen hat Fragen zur Beitragsbelastung beantwortet. 70

5. Nach Auffassung des Klägers des Ausgangsverfahrens zu 1 BvL 19/96 verletzt die Schlechterstellung der freiwillig versicherten Rentner auch den Grundsatz des Vertrauensschutzes. Ihre Rechtsposition beruhe auf langjähriger Eigenleistung und habe existenzielle Bedeutung. Ein Eingriff in diese Rechtsposition sei nur in den Schranken des Art. 14 GG möglich, die aber durch die Neuregelung verletzt seien. Zwar seien Regelungen mit unechter Rückwirkung grundsätzlich zulässig. Bei der Abwägung zwischen dem Ausmaß des Vertrauensschadens und der Bedeutung des gesetzlichen Anliegens für die Allgemeinheit ergebe sich aber, dass eine Übergangsregelung verfassungsrechtlich geboten gewesen wäre. 71

B.

§ 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes ist mit Art. 3 Abs. 1 GG insoweit unvereinbar, als die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung, die einen Antrag auf Rente nach dem 31. Dezember 1993 gestellt haben (Art. 56 Abs. 1 GRG), nicht in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert sind, sofern sie nicht seit der erstmaligen Aufnahme einer Erwerbstätigkeit bis zur Stellung des Rentenantrags mindestens neun Zehntel der zweiten Hälfte dieses Zeitraums auf Grund einer Pflichtversicherung versichert waren (I). Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG ist mit Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip unvereinbar und nichtig (II). 72

I.

1. Art. 3 Abs. 1 GG gebietet, alle Menschen vor dem Gesetz gleich zu behandeln. Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Der Gleichheitssatz will in erster Linie eine ungerechtfertigte Verschiedenbehandlung von Personen verhindern. Daher unterliegt der Gesetzgeber bei einer Ungleichbehandlung von Personengruppen regelmäßig einer strengen Bindung. Zwar kann er grundsätzlich frei entscheiden, welche Merkmale er als maßgebend für eine Gleich- oder Ungleichbehandlung ansieht. Eine Grenze ist jedoch dann erreicht, wenn sich für eine Ungleichbehandlung kein in angemessenem Verhältnis zu dem Grad der Ungleichbehandlung stehender Rechtfertigungsgrund finden lässt (vgl. BVerfGE 99, 165 <178>; stRspr). 73

2. Die Regelung des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes hat zur Folge, dass Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann pflichtversichert sind, wenn sie während ihres Erwerbslebens durchgehend oder in dessen zweiter Hälfte zumindest neun Zehntel davon pflichtversichert waren. Waren sie mehr als ein Zehntel der zweiten Hälfte des Erwerbslebens wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nicht oder freiwillig versichert, so können sie sich nach Stellung des Rentenantrags nur privat versichern oder in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert sein. Diese Regelung ist in Verbindung mit der hieraus folgenden Prämien- oder Beitragsbelastung für sie regelmäßig nachteilig. 74

Zwar wird auch die Einbeziehung in eine Pflichtversicherung häufig als belastend empfunden und werden die Wahlmöglichkeiten zwischen privater Krankenversicherung und freiwilliger Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung vielfach als Vorteil angesehen. Das gilt aber nicht für die Krankenversicherung im Rentenalter, weil die Beiträge zur privaten Krankenversicherung mit dem Lebensalter steigen und bei spätem Versicherungsbeginn vergleichsweise hoch sind. Überdies kann die private Krankenversicherung Vorerkrankungen aus dem Versicherungsschutz ausnehmen oder die Beiträge um Risikozuschläge erhöhen. Die betroffenen Arbeitnehmer sind daher im Rentenalter regelmäßig auf den Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Dort bewirkt die hier zur Prüfung gestellte Gesetzesänderung vor allem deshalb für die betroffenen Arbeitnehmer Nachteile, weil der Status als freiwilliges oder als Pflichtmitglied hinsichtlich der Beitragshöhe nur dann ohne Bedeutung ist, wenn im Rentenalter ausschließlich Einkünfte aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen werden. 75

Der Ausschluss aus dem Kreis der pflichtversicherten Rentner ist mit finanziellen Belastungen verbunden, die in mehrfacher Weise über die der gesetzlichen Pflichtversicherung hinausgehen. Er bewirkt über §§ 240, 248 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes, dass freiwillig Versicherte bei geringen Einkünften gegebenenfalls einen Mindestbeitrag leisten müssen, dass die Beiträge auch auf Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus dem Vermögen erhoben werden und dass die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen mit dem vol- 76

len und nicht nur mit dem halben Beitragssatz belastet sind. Damit hat die "besondere Versicherungspflichtgrenze" im Rentenalter, die durch § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V festgelegt wird, bei solchen Personen, die nicht ausschließlich eine gesetzliche Rente beziehen, finanzielle Nachteile zur Folge. Demgegenüber bedeutet der während des Arbeitslebens für abhängig Beschäftigte durch die Jahresarbeitsverdienstgrenze bedingte Wechsel zwischen Pflichtversicherung und freiwilliger Versicherung keine Änderung in der Beitragslast. Für die Beitragserhebung wird nämlich sowohl bei den Pflichtversicherten als auch bei den freiwillig versicherten Arbeitnehmern lediglich Arbeitseinkommen bis zur Jahresarbeitsverdienstgrenze herangezogen.

Die Abgrenzung der Beschäftigten, die in der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind, von denen, die ihr nur freiwillig angehören, hat danach auf der Beitragsseite während des Arbeitslebens andere wirtschaftliche Folgen als im Rentenalter. Ob eine bestimmte Gruppe von Rentnern von der Pflichtversicherung ausgeschlossen werden darf, kann deshalb nur unter Berücksichtigung dieser Folgen bewertet werden. Die Ausgangsverfahren machen deutlich, dass Arbeitnehmer, die während ihres gesamten Arbeitslebens der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung angehört haben, als Rentner unterschiedlich behandelt werden, je nachdem, ob die Zugehörigkeit zur gesetzlichen Krankenversicherung in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens zu mehr als einem Zehntel auf freiwilliger Entscheidung beruhte oder nicht.

77

3. Die dargestellte Ungleichbehandlung ist durch keinen hinreichenden sachlichen Grund gerechtfertigt.

78

a) Die Zuordnung zur Krankenversicherung der Rentner knüpft maßgeblich an die Art der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung während des Erwerbslebens an. § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der zur Prüfung vorgelegten Fassung ändert den lange gültigen Rechtszustand ab, nach dem die Pflichtversicherung wegen Krankheit im Rentenalter unabhängig von der Art der Mitgliedschaft bei einer Krankenkasse während des Erwerbslebens war. Die während des Erwerbslebens durch die Jahresarbeitsentgeltgrenze bestimmte Trennung beider Gruppen wird im Rentenalter fortgeführt, selbst wenn diese Grenze nur in einer relativ kurzen Zeitspanne überschritten war.

79

Ein Anhaltspunkt für die Sachgerechtigkeit einer solchen Grenzziehung mit der Folge unterschiedlicher Beitragslast ist die Beachtung der Prinzipien, die den Gesetzgeber bei der Einrichtung der Pflichtversicherung insgesamt leiten. Hier stellt er einerseits auf die Schutzbedürftigkeit des Einzelnen ab (vgl. BVerfGE 29, 221 <235 ff.>; 44, 70 <94>) und berücksichtigt andererseits, dass die Solidargemeinschaft leistungsfähig ist und bleibt (vgl. BVerfGE 44, 70 <90>). Die Pflichtversicherung erfasst nach der gesetzlichen Typisierung jedenfalls die Personengruppen, die wegen ihrer niedrigen Einkünfte eines Schutzes für den Fall der Krankheit bedürfen, der durch Zwang zur Eigenvorsorge erreicht werden soll. Wer über der Jahresarbeitsentgelt-

80

grenze verdient, braucht diesen Schutz nach der Vorstellung des Gesetzgebers nicht mehr (vgl. Peters, in: Kasseler Kommentar, § 6 SGB V Rn. 2 <Stand: September 1999>). Verfassungsrechtlich ist diese Einschätzung nicht zu beanstanden. Soweit die Krankenversicherungspflicht reicht, schützt sie auch die Allgemeinheit vor der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen im Krankheitsfall (vgl. Schulin, in: Schulin <Hrsg.>, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 6 Rn. 41 f. und 180).

Demgegenüber verfolgen die Vorschriften über die freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung das Ziel, diese für solche Personen zu öffnen, bei denen ein ähnliches, aber eingeschränktes Schutzbedürfnis besteht (vgl. Peters, a.a.O., § 9 SGB V Rn. 2 <Stand: April 1999>). Von der Versicherungspflicht nicht erfasste Personen können kraft eigener Willensentschließung freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden oder sich privat gegen das Risiko der Krankheit versichern.

81

An diese im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig bewährte Unterscheidung kann der Status des Versicherten im Rentenalter jedenfalls dann anknüpfen, wenn und soweit sich das eingeschränkte Schutzbedürfnis im Rentenalter typischerweise fortsetzt oder wenn sonst sachlich einleuchtende Gründe hierfür bestehen. Angesichts der Rentenzahlbeträge, die Versicherte mit Arbeitseinkommen oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze erzielen können, steht allerdings fest, dass ihre Schutzbedürftigkeit im Rentenalter nicht schon deshalb entfällt, weil sie lediglich einige Jahre diese Grenze mit ihrem Einkommen überschritten haben. Die in der gesetzlichen Rentenversicherung erzielbare Höchstrente bei 45 Versicherungsjahren mit Verdiensten oberhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze der Krankenversicherung liegt immer noch etwa 2.000 DM unter dieser Grenze (vgl. Anlage 2 b zu § 70 Abs. 2 SGB VI; BTDrucks 14/2116, S. 47 f. und S. 60 und die Sozialversicherungswerte zu § 6 Abs. 1 Nr. 1, § 223 Abs. 3 Satz 1, § 309 SGB V; zur tatsächlichen Rentenhöhe vgl. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - VDR <Hrsg.>, Statistik Rentenbestand am 31. Dezember 1998, Band 128, 1999, S. 84).

82

Es kann gerechtfertigt sein, Personen, die wie Beamte und selbständig Erwerbstätige während ihrer Erwerbsphase überwiegend weder der gesetzlichen Krankenversicherung noch der Rentenversicherung, angehört haben, auch bei geringeren Renteneinkünften typischerweise für nicht schutzbedürftig zu halten und deshalb nicht in die gesetzliche Krankenversicherung der Rentner aufzunehmen. Je länger sie während ihres Erwerbslebens nicht sozialversichert waren, desto weniger lässt sich aus der Höhe ihrer gesetzlichen Rente auf das Lebenserwerbseinkommen schließen. Auch Personen, die als Arbeitnehmer mit ihrem Verdienst über der Jahresarbeitsverdienstgrenze gelegen haben und damit die Möglichkeit gehabt hätten, sich privat zu versichern, aber in der gesetzlichen Krankenversicherung als freiwilliges Mitglied verblieben sind, mögen vom Gesetzgeber typischerweise umso weniger für schutzbedürftig als Pflichtversicherte gehalten werden, je länger sie freiwillig versichert gewesen sind und je mehr ihr Arbeitsentgelt die Jahresarbeitsverdienstgrenze

83

überschritten hat. Allerdings haben diese freiwillig Versicherten im Gegensatz zu denen, die privat krankenversichert waren, mit ihren Beiträgen zur Kranken- und Rentenversicherung während ihrer Erwerbsphase in erheblichem Umfang die Kosten für die Rentnerkrankenversicherung mitgetragen und dies in zweifacher Weise: zum einen im Rahmen der solidarischen Umverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, zum andern wegen der Beteiligung der Rentenversicherung an den Kosten der Krankenversicherung der Rentner. Der Grad ihrer Schutzbedürftigkeit im Verhältnis zu den Pflichtversicherten hängt deshalb von der Dauer und Höhe ihres Arbeitsentgelts ab, mit dem sie während ihres Erwerbslebens über der Jahresarbeitsentgeltgrenze gelegen haben, und damit auch von dem Ausmaß, mit dem ihr Entgelt zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen worden ist.

b) Der Gesetzgeber hat an die von ihm gewählte Typik nicht angeknüpft, soweit er in § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes Arbeitnehmern im Rentenalter den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner bereits dann verwehrt, wenn das Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung in der zweiten Hälfte des Erwerbslebens wenig mehr als ein Zehntel nicht pflichtversichert war. Dies hat zur Folge, dass auch solche Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung von der Pflichtversicherung der Rentner ausgeschlossen sind, die während des gesamten Versicherungslebens und auch in dessen zweiter Hälfte ganz überwiegend pflichtversichert waren und nur über einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum - das Bundessozialgericht errechnet in seinen Vorlagen maximal zwei bis zweieinhalb Jahre - wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienstgrenze die Voraussetzungen für die Mitgliedschaft nicht mehr erfüllten. Damit wird ein Kriterium eingeführt, das weder einem typisierten Schutzbedürfnis entspricht noch einen Zusammenhang mit der Beteiligung an der Solidargemeinschaft herstellt. Benachteiligt werden im Rentenalter die abhängig Beschäftigten, die während ihres Erwerbslebens überwiegend als Pflichtversicherte durch regelmäßig hohe Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung und ergänzend durch Beiträge zur Rentenversicherung zur Finanzierung des Aufwands der Krankenversicherung der Rentner beigetragen haben. Diese Benachteiligung ist jedenfalls so lange mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar, wie die Beitragsbelastung der Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rentenalter auf Grund der unterschiedlichen gesetzlichen Berechnungsgrundlagen die oben dargestellten erheblichen Differenzen (vgl. unter A II) aufweist.

84

4. Bei der Neuregelung hat der Gesetzgeber Gestaltungsspielraum. Er kann den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner für Versicherte öffnen, deren Versicherungsleben oder mindestens dessen zweite Hälfte maßgeblich von der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung oder davon geprägt war, dass sie jedenfalls überwiegend in der Krankenversicherung pflichtversichert waren. Er kann aber auch die beitragsrechtlichen Folgen der Zuordnung von Versicherten zur Krankenversicherung der Rentner dadurch abschwächen, dass er die Beitragsregelungen für die pflichtversicherten Rentner einerseits und die für die freiwillig versicherten Rentner andererseits einander annähert. Ob der Gesetzgeber hierzu die Grundlagen

85

der Beitragsbemessung für alle Pflichtversicherten den Grundlagen für die freiwillig Versicherten angleicht oder die Beitragsbemessung bei den freiwillig Versicherten der Beitragsbemessung bei den Pflichtversicherten annähert und ob er dabei zwischen neugebildeten Beitragsgruppen differenziert, bleibt seiner Gestaltungsfreiheit vorbehalten. Bei einer Neuregelung wird unter Berücksichtigung sozialer und ökonomischer Veränderungen zu überprüfen sein, inwieweit die Annahmen noch gültig sind, auf denen die bisherige Regelung aufbaut.

a) Dabei wird zu prüfen sein, ob das Ausmaß der zwischen den freiwillig Versicherten und den Pflichtmitgliedern bestehenden Unterschiede in der Beitragsbemessung noch durch den Gesichtspunkt der verschiedenen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gerechtfertigt ist.

86

aa) Die Regelungen über die Beitragsbemessung beruhen auf der typisierenden Annahme, dass das Alterseinkommen der während des Erwerbslebens durchgehend in der gesetzlichen Krankenversicherung Pflichtversicherten auf Grund der Höhe des Arbeitsentgelts von der Rente, rentenähnlichen Einnahmen (Versorgungsbezügen) und gelegentlich ergänzend von Einkommen aus selbständiger Tätigkeit geprägt wird. blieb ihr Arbeitsentgelt während des Erwerbslebens unterhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze, wurde bislang angenommen, dass sie kaum Möglichkeiten gehabt haben, in größerem Umfang Vermögen zu erwerben und im Alter daraus Erträge zu ziehen. Dagegen wird bei Arbeitnehmern, die während des Erwerbslebens wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aus anderen Gründen freiwillig versichert waren, vermutet, dass sie wegen der Höhe ihres Arbeitsentgelts und der Beitragsfreiheit von Teilen des Einkommens in der Krankenversicherung Vermögen bilden konnten, dessen Erträge zum Lohnersatz Einkommen nach Rentenzugang hinzutreten. Das Beitragsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung geht deshalb von der Annahme aus, freiwillig Versicherte seien bei typisierender Betrachtung im Rentenalter wirtschaftlich leistungsfähiger als Pflichtversicherte.

87

Bei der Prüfung der Frage, ob diese Annahme in Bezug auf die pflichtversicherten Rentner noch in den tatsächlichen Verhältnissen eine Entsprechung findet, wären Veränderungen in der Struktur der Erwerbseinkommen (vgl. dazu Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung <Hrsg.>, Statistisches Taschenbuch, 1999, Ziff. 1.17) zu berücksichtigen, die möglicherweise auf einen geringer werdenden Anteil der Löhne und Gehälter am individuell verfügbaren Einkommen hindeuten. Daneben könnte von Bedeutung sein, dass die Vermögen der privaten Haushalte durch Erbschaften und Zuwendungen unter Lebenden vermehrt anwachsen (vgl. BVerfGE 97, 271 <294> m. Nachweis; BTDrucks 14/2977, S. 4; BRDrucks 752/99, S. 1); es ist wahrscheinlich, dass dieser Vermögenszuwachs auch einem Teil der etwa 40 Millionen pflichtversicherten Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BArbBl 1997, Heft 6, S. 150 und 152) zugute kommt. Trifft dies in größerem Umfang zu, so wäre es nicht mehr gerechtfertigt, bei der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge der Pflichtversicherten - anders als bei den freiwillig Versicherten - bestimmte Einkünfte unberücksichtigt zu lassen (vgl. auch die Empfehlung des Sachverständigenrates für

88

die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sondergutachten 1995, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, 1. Aufl. 1995, Nr. 589).

bb) Die beitragsrechtliche Benachteiligung der freiwillig Versicherten könnte unter diesen Umständen für die Zeit nach Rentenzugang auch nicht mit der Erwägung gerechtfertigt werden, ihr Einkommen liege typischerweise über der Beitragsbemessungsgrenze und bleibe deshalb teilweise von Beiträgen freigestellt. Dieser während des Erwerbslebens wirksame Vorteil setzt sich nach Rentenzugang nicht fort. Der durchschnittliche Zahlbetrag der Altersrenten aus der gesetzlichen Rentenversicherung betrug Ende 1998 für Männer 1.999,92 DM, für Frauen 922,73 DM (vgl. VDR, a.a.O., S. 36). Die Regelaltersrenten liegen typischerweise unterhalb der Grenze von 3.500 DM; der Anteil von Renten mit höheren Zahlbeträgen ist gering (vgl. VDR, a.a.O., S. 84). Die das Arbeitsentgelt ersetzenden gesetzlichen Renten liegen damit deutlich unter der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung. Dadurch werden die neben Erwerbs- und Erwerb ersatzeinkommen bestehenden Einnahmen, die während des Arbeitslebens bei den freiwillig versicherten Arbeitnehmern infolge der Beitragsbemessungsgrenze die Beitragslast tatsächlich nicht berühren, im Rentenalter beitragsrelevant.

89

cc) Ausgeglichen wird die höhere Beitragsbelastung der freiwillig Versicherten jedenfalls nicht durch entsprechende Leistungen. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung kennt wegen des Solidarprinzips nur in wenigen Fällen Sonderregelungen für freiwillig Versicherte (vgl. etwa § 13 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998, BGBl I S. 3853). Auch der Anteil der Ermessens- und Mehrleistungen (vgl. § 38 Abs. 2 SGB V), die freiwillig Versicherten zugute kommen könnten, war in der gesetzlichen Krankenversicherung schon 1994 gering (vgl. BVerfGE 89, 365 <379> m.w.N.) und hat sich seitdem weiter verringert (vgl. §§ 20 f. SGB V i.d.F. des Gesetzes zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 1. November 1996, BGBl I S. 1631). Die Unterschiede im Leistungsrecht sind damit nicht geeignet, die an die Art der Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpfenden Beitragsunterschiede unterhalb der Jahresarbeitsverdienstgrenze zu rechtfertigen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorschriften, die freiwillig Versicherten den Wechsel der gesetzlichen Krankenversicherung erleichtern oder den Austritt aus ihr ermöglichen (vgl. § 191 Nr. 4, § 175 Abs. 4 Satz 1 SGB V).

90

b) Bei der Neuregelung des Zugangs zur Krankenversicherung der Rentner wird auch zu prüfen sein, ob die durch § 248 SGB V begründete unterschiedliche beitragsrechtliche Belastung der Versorgungsbezüge durch hinreichend gewichtige Gründe gerechtfertigt ist.

91

Die Beitragsentlastung bei den Versorgungsbezügen (siehe oben unter A II 1 a) besteht für die freiwillig Versicherten nicht mehr (vgl. zur früheren Rechtslage § 248 Abs. 2 SGB V i.d.F. des Gesundheits-Reformgesetzes). Zweck der jetzt geltenden Regelung ist es, die Pflichtversicherten im Rentenalter nicht mit dem vollen Beitrag

92

zu belasten, wenn nicht die Hälfte des Beitrages anderweitig getragen wird (vgl. Peters, a.a.O., § 248 SGB V, Rn. 3 <Stand: August 1995>). Die Versorgungsbezüge, insbesondere Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, haben aber für beide Vergleichsgruppen Entgeltersatzcharakter. Sie wurden in gleicher Weise unter Einsatz der Arbeitskraft erworben.

Typischerweise haben auch nicht nur die freiwillig Krankenversicherten solche Einnahmen. Für 1992 wurde geschätzt, dass etwa 50 % der Männer und 10 % der Frauen der ehemals in der Privatwirtschaft abhängig Beschäftigten eine betriebliche Altersversorgung erhalten (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung <Hrsg.>, Alterssicherung in Deutschland 1992 <ASID '92>, Band I, S. 44; vgl. auch Bruno-Latocha, DRV 2000, S. 139 <142>). Etwa 73 % der Männer und 87 % der Frauen bezogen im Westen in diesem Zeitraum eine betriebliche Altersversorgung von bis zu 600 DM monatlich (vgl. ASID '92, a.a.O., S. 43); dabei ergibt sich ein Durchschnittswert von 652 DM für Männer und 316 DM für Frauen. Bis 1995 haben sich diese Werte nicht wesentlich verändert (vgl. Sozialbericht der Bundesregierung 1997, BTDrucks 13/10142, S. 59). Die Einnahmen aus Zusatzversicherungen im öffentlichen Dienst lagen 1992 in den alten Bundesländern bei etwa einem Viertel der Berechtigten zwischen 600 DM und 1.000 DM. Sie sind auch im Durchschnitt mit 747 DM (Männer) und 554 DM (Frauen) höher (vgl. ASID '92, a.a.O., S. 47).

93

Aktualisierte zuverlässige Daten sind - soweit ersichtlich - nicht verfügbar (vgl. Bruno-Latocha, a.a.O., S. 140). Der Anteil der Leistungen aus der betrieblichen Altersvorsorge an dem Gesamteinkommen der Pflichtversicherten nach Rentenzugang dürfte zwar nicht höher liegen als in der ersten Hälfte der 90er Jahre (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung sowie Verband Deutscher Rentenversicherungsträger <Hrsg.>, Infratest Burke Sozialforschung, Altersvorsorge in Deutschland 1996, <AVID '96>, S. 75); in Ostdeutschland ist die Verbreitung von Systemen der betrieblichen Altersversorgung ohnehin gering (vgl. Bruno-Latocha, a.a.O., S. 139 <142>). Gleichwohl deuten die Zahlen darauf hin, dass die Einkommenssituation auch der Pflichtversicherten in einem keineswegs unwesentlichen Umfang durch Versorgungsbezüge bestimmt wird und sich in dieser Hinsicht nicht wesentlich von der der freiwillig Versicherten unterscheidet.

94

II.

Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG verletzt Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem rechtsstaatlichen Grundsatz des Vertrauensschutzes.

95

1. Die zur Prüfung gestellte Vorschrift greift in eine gesetzlich begründete Rechtsposition ein. Die übergangsrechtliche Regelung des Art. 56 Abs. 3 GRG hatte solchen Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung den Zugang zur Krankenversicherung der Rentner im Rentenfall gesichert, die auf Grund des vor dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes geltenden Rechts zugangsberechtigt waren und ihren Rentenantrag vor dem 1. Januar 1994 stellten. Die Neufassung dieser Vorschrift vom

96

21. Dezember 1992 bewirkt, dass ein Zugang nicht mehr möglich ist, wenn die Rente nicht noch bis zum Jahresende beantragt wurde. Die Versicherten haben die Möglichkeit der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung der Rentner nur noch, wenn sie die verschärften Voraussetzungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V oder des Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes erfüllen. Damit hat der Gesetzgeber eine für die Betroffenen günstige Übergangsvorschrift ein Jahr vor deren Ablauf mit Wirkung für die Zukunft beseitigt und den Betroffenen einen rechtlichen Vorteil genommen, der in der gesetzlichen Ausgestaltung der öffentlichrechtlichen Krankenversicherungsverhältnisse seinen Grund findet.

2. Es kann offen bleiben, ob ein Eingriff dieser Art den verfassungsrechtlichen Anforderungen einer echten Rückwirkung genügen muss (so Maurer, in: Isensee/Kirchhof <Hrsg.>, Handbuch des Staatsrechts, Bd. III, 2. Aufl. 1996, § 60 Rn. 57 ff.). Enttäuscht der Gesetzgeber das Vertrauen in den Fortbestand einer befristeten Übergangsvorschrift, die er aus Vertrauensschutzgründen erlassen hat, indem er sie vor Ablauf der ursprünglich vorgesehenen Frist zu Lasten der Berechtigten beseitigt, so ist dies jedenfalls unter dem Gesichtspunkt des rechtsstaatlichen Vertrauensschutzes nur unter besonderen Anforderungen möglich. In einem solchen Fall geht es nicht allgemein um den Schutz des Vertrauens des Bürgers in den Fortbestand geltenden Rechts. Hier vertraut der Bürger vielmehr auf die Kontinuität einer Regelung, auf Grund deren altes Recht noch für eine bestimmte Zeit in Bezug auf einen eingegrenzten Personenkreis nach Prüfung der Vereinbarkeit der Fortgeltung mit dem öffentlichen Interesse aufrechterhalten wird. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber einen besonderen Vertrauenstatbestand geschaffen. Um eine solche vorzeitig aufzuheben, genügt es nicht, dass sich die für den Erlass der Übergangsregelung ursprünglich maßgeblichen Umstände geändert haben. Es müssen darüber hinaus - vorausgesetzt, das Interesse der Betroffenen auf einen Fortbestand der Regelung ist schutzwürdig und hat hinreichendes Gewicht - schwere Nachteile für wichtige Gemeinschaftsgüter zu erwarten sein, falls die geltende Übergangsregelung bestehen bleibt.

3. Im gegebenen Fall sind rentennahe Versicherte von der Regelung betroffen. Sie werden, ohne dass sie eine Alternative haben, auf die freiwillige Versicherung verwiesen. Dieser Eingriff wiegt schwer, weil vielfach getroffene Dispositionen der Versicherten unterlaufen wurden. Der Rentenbeginn kann nämlich vom Antragsteller in gewissem Umfang gesteuert werden (§§ 35 ff. SGB VI). Die Wahl des Zeitpunkts wird von den gesetzlichen Rahmenbedingungen und von Optimierungsüberlegungen beim Rentenantragsteller beeinflusst, die schon im Vorfeld der Antragstellung Vorkehrungen nötig machen. Das hat der Gesetzgeber mit der Verkürzung der Übergangszeit durchkreuzt. Dafür bestand kein hinreichend gewichtiges öffentliches Interesse. Es ist nicht ersichtlich, dass die Beibehaltung der Übergangsvorschrift für das letzte Jahr ihrer Geltung schwere Nachteile für ein wichtiges Gemeinschaftsgut und insbesondere für die Funktionsfähigkeit der Krankenversicherung zur Folge gehabt

97

98

hätte. Das mit der Vergrößerung der Zahl der freiwillig Versicherten im Ruhestand erwartete höhere Beitragsaufkommen (vgl. BTDrucks 12/3608, S. 161) rechtfertigt jedenfalls eine so tief greifende Enttäuschung des Vertrauens nicht.

C.

I.

1. Die Verfassungswidrigkeit des § 5 Abs. 1 Nr. 11 Halbsatz 1 SGB V führt nicht zu dessen Nichtigkeit. Die Regelung ist vielmehr für unvereinbar mit Art. 3 Abs. 1 GG zu erklären, da der Gesetzgeber - wie aufgezeigt (siehe oben unter B I 4) - die Verfassungswidrigkeit auf verschiedene Weise beseitigen kann (vgl. BVerfGE 99, 202 <215 f.>; stRspr). 99

2. Soweit die Vorschrift mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar ist, kann sie bis zur gesetzlichen Neuregelung, längstens bis 31. März 2002, ausnahmsweise weiter angewendet werden (vgl. BVerfGE 92, 53 <74>; Beschluss des Ersten Senats vom 24. Mai 2000 - 1 BvL 1/98 u.a., Umdruck S. 27). Falls es innerhalb der gesetzten Frist nicht zu einer gesetzlichen Neuregelung kommt, bestimmt sich ab dem 1. April 2002 der Zugang zur Krankenversicherung der Rentner nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes. 100

II.

Die Unvereinbarkeit des Art. 56 Abs. 3 Halbsatz 1 GRG in der Fassung des Art. 25 Nr. 1 GSG mit Art. 2 Abs. 1 GG und dem Rechtsstaatsprinzip hat nach § 82 Abs. 1 und § 78 Satz 1 BVerfGG die Nichtigkeit der Regelung zur Folge. Die auf der Grundlage der verfassungswidrigen Vorschrift ergangenen und im Zeitpunkt der Bekanntgabe dieser Entscheidung bereits bestandskräftigen Bescheide bleiben von dieser unberührt. Demnach haben nur solche Versicherte nach Maßgabe des Art. 56 GRG in der vor dem 1. Januar 1993 geltenden Fassung Anspruch auf Zugang zur Krankenversicherung der Rentner, deren Bescheid über Beiträge zur freiwilligen Krankenversicherung, durch den erstmalig mittelbar über die Zuordnung zu dieser entschieden wurde, noch nicht bestandskräftig ist. 101

Papier

Kühling

Jaeger

Haas

Hömig

Steiner

Hohmann-Dennhardt

Hoffmann-Riem

**Bundesverfassungsgericht, Beschluss des Ersten Senats vom 15. März 2000 -
1 BvL 16/96**

Zitiervorschlag BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 15. März 2000 - 1 BvL 16/96
- Rn. (1 - 101), http://www.bverfg.de/e/ls20000315_1bvl001696.html

ECLI ECLI:DE:BVerfG:2000:ls20000315.1bvl001696