

# **Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Herausgegeben von

**O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg**

**Ao. Univ.-Prof. Dr. Reinhard Resch**

**Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald**



Essen 2002

CW Haarfeld GmbH

**Zitiervorschlag:** *Autor, in Jabornegg/Resch/Seewald, Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (2002) [Seite]*

Finanzausgleich in der  
Gesetzlichen Krankenversicherung /  
hrsg. von Peter Jabornegg, Reinhard Resch und Otfried Seewald  
Essen: CW Haarfeld, 2002  
ISBN 3-7747-1768-X

Printed in Germany

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verarbeitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme gespeichert, verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© 2002 Verlag CW Haarfeld GmbH  
Annastraße 32-36, 45130 Essen  
Telefon: 0201. 72095-0  
E-Mail: [service@cw-haarfeld.de](mailto:service@cw-haarfeld.de)  
[www.cw-haarfeld.de](http://www.cw-haarfeld.de)

## Vorwort

Ein in mehr oder weniger zahlreiche Versicherungsträger gegliedertes, gesetzlich vorgeschriebenes Versicherungssystem wird wohl stets einen Finanzausgleich vorsehen; denn es dürfte eine nahe liegende und unmittelbar einleuchtende Forderung der Gerechtigkeit sein, dass die in diesem (Gesamt-)System Versicherten einerseits gleiche Leistungen erhalten sollten, andererseits aber auch in gleicher Höhe finanziell belastet werden. In einer Einheitskasse ist das kein grundsätzliches Problem insoweit, als eine einzige Versichertengemeinschaft und somit eine einzige Risikostruktur besteht.

Bei mehreren Versicherungsträgern können sich unterschiedliche Risikostrukturen einstellen - mit der Folge einer im Quervergleich zwischen den Versicherungsträgern ungleichen und ungerecht empfundenen Beitragsbelastung.

Dieses Problem kann sich verschärfen, wenn den Versicherungsträgern im Hinblick auf die Gewinnung von Mitgliedern der Wettbewerb untereinander eröffnet wird. Das Thema "Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung" war Gegenstand der Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2000 (der diesbezügliche Tagungsband ist im Manz-Verlag sowie im Verlag R. S. Schulz erschienen), und nachdem in der Bundesrepublik Deutschland die in der Gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten ihren Versicherungsträger nahezu gänzlich ungebunden wählen können, hat sich unter dem Gesichtspunkt der versicherten Risiken eine erhebliche Entmischung ergeben; der Gesetzgeber hat sich veranlasst gesehen, dem traditionellen Finanzausgleich eine neue Dimension zu geben, und zwar durch den so genannten Risikostrukturausgleich.

Die Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche 2002 haben sich mit dem "Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung" befasst; der vorliegende Tagungsband dokumentiert die Vorträge dieser Veranstaltung aus österreichischer und deutscher (Rechts-)Perspektive, so dass insgesamt wieder ein facettenreicher und rechtsvergleichender Tagungsband entstanden ist.

Auch diese Tagung wurde gemeinsam vorbereitet und veranstaltet durch das Institut für Arbeitsrecht und Sozialrecht der Universität Linz und den Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, insbesondere Sozialrecht, der Universität Passau. Der Dank der Veranstalter geht an die Referenten; zur Seite gestanden haben uns wiederum die AOK Bayern - Die Gesundheitskasse - sowie der Fachverlag CW Haarfeld, Essen, dem wir die Fertigung dieses Bandes verdanken.

Linz/Passau

O. Univ.-Prof. Dr. Peter Jabornegg  
Ao. Univ.-Prof. Reinhard Resch  
Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort . . . . .	III
Autorenverzeichnis . . . . .	VII
Abkürzungsverzeichnis . . . . .	IX
<i>Theo Öhlinger</i>	
Beitragsbemessung und Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung - grundsätzliche Vorgaben der Verfassung und ihre Ausformung in den bisherigen Gesetzen . . . . .	1
<i>Peter Axer</i>	
Beitragsbemessung und Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	15
<i>Jürgen Wasem/Stefan Greß</i>	
Überlegungen zur Beitragsbemessung sowie zum Finanz- und Risikostrukturausgleich aus ökonomischer Sicht . . . . .	51
<i>Otfried Seewald</i>	
Ethische Grundlagen von Beitragsbemessung und Finanzausgleich . . . . .	63
<i>Oskar Meggeneder</i>	
Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Auswirkung auf die Finanzierung - Länderbericht Österreich . . . . .	95
<i>Werner Schneider</i>	
Wettbewerb und Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	121
<i>Wolfgang Nopper</i>	
Der Risikostrukturausgleich aus der Sicht einer Allgemeinen Ortskrankenkasse . . . . .	137
<i>Stefan Weber/Hans Unterhuber</i>	
Der Risikostrukturausgleich aus der Sicht einer Betriebskrankenkasse . . . . .	155

## Autorenverzeichnis

*Univ.-Prof. Dr. Peter Axer*

Universität Siegen  
Fachbereich 5 - Wirtschaftswissenschaften  
Hölderlinstraße 3, D-57068 Siegen

*Dr. Stefan Greß*

Universität Greifswald  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für  
Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement  
Friedrich-Loeffler-Straße 79, D-17489 Greifswald

*DDr. Oskar Meggeneder*

Dir. -Stellv. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse  
Gruberstr. 77, A-4020 Linz

*Wolfgang Nopper*

Ressort-Direktor der AOK Bayern  
Carl-Wery-Straße 28, D-81739 München

*Univ.-Prof. Dr. Theo Öhlinger*

Universität Wien  
Institut für Europarecht  
Schottenbastei 10-16 (Juridicum), A-1010 Wien

*Werner Schneider*

AOK-Bundesverband  
Leiter des Geschäftsbereichs Finanzen und Controlling  
Kortrijker Straße 1, D-53177 Bonn

*Univ.-Prof. Dr. Otfried Seewald*

Universität Passau  
Lehrstuhl für Staats- und Verwaltungsrecht, insbesondere Sozialrecht  
D-94030 Passau

*Dr. Hans Unterhuber*

Vorstandsvorsitzender der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK)  
Putzbrunner Straße 93, D-81709 München

*Univ.-Prof. Dr. Jürgen Wasem*

Universität Greifswald  
Direktor des Lehrstuhls für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre  
und Gesundheitsmanagement  
Friedrich-Loeffler-Str. 79, D-17489 Greifswald

*Dr. Stefan Weber*

Siemens-Betriebskrankenkasse  
Putzbrunner Straße 93, D-81709 München

## Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	= am angegebenen Ort
Abb.	= Abbildung
ABGB	= Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch für Österreich
ABS	= Ausgleichsbedarfssatz
Abs.	= Absatz
Abt.	= Abteilung
AEV	= Verband der Arbeiterersatzkassen e. V.
a. F.	= alte Fassung
AKV	= Allgemeine Krankenversicherung
An EK	= Angestellten-Ersatzkasse(n)
AOK	= Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
AOK-BV	= AOK-Bundesverband
ASVG	= Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATS	= Österreichische Schilling
Aufl.	= Auflage
AUVA	= Allgemeine Unfallversicherungsanstalt Österreich
B-KUVG	= Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
B-VG	= Bundes-Verfassungsgesetz
BArbBl	= Bundesarbeitsblatt
BayGO	= Bayerische Gemeindeordnung
BayLKrO	= Bayerische Landkreisordnung
BayPolizeiaufgabenG	= Bayerisches Polizeiaufgabengesetz
BayVbl	= Bayerische Verwaltungsblätter
BGBI	= Bundesgesetzblatt
Bd.	= Band
BEK	= Barmer Ersatzkasse
BGH	= Bundesgerichtshof
BIP	= Bruttoinlandsprodukt
BKK	= Betriebskrankenkasse(n)
BKK + Jahreszahl	= Die BKK (Zeitschrift)
BKK LV	= Landesverband (-verbände) der BKK
BKN	= Bundesknappschaft
BlgNR	= Beilagen zu den stenographischen Protokollen des Nationalrates
BMG	= Bundesministerium für Gesundheit
BSGE	= Entscheidungen des Bundessozialgerichts
BSG SozR	= Rechtsprechung und Schrifttum, bearbeitet von den Richtern des Bundessozialgerichts
BSHG	= Bundessozialhilfegesetz
BSP	= Beitragssatzpunkte
BSVG	= Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BT-Drucks.	= Bundestagsdrucksache
BU-Rentner	= Berufsunfähigkeits-Rentner

BVA	= Bundesversicherungsamt
BVA (Österreich)	= Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BVerfG	= Bundesverfassungsgericht
BVerfGE	= Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts
DAK	= Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DAngVers	= Die Angestellten Versicherung. Zeitschrift der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
ders.	= derselbe
DMP	= Disease-Management-Programm
DÖV	= Die Öffentliche Verwaltung (Zeitschrift)
DRdA	= Das Recht der Arbeit
DRV	= Deutsche Rentenversicherung
E	= Entscheidung
EAn und EAN	= Ersatzkasse(n) der Angestellten
EAR	= Ersatzkasse(n) der Arbeiter
ebd.	= ebenda
EGV	= Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft
Emnid	= Markt-, Media- und Meinungsforschungsinstitut
Erg-Lfg.	= Ergänzungslieferung
et al.	= und andere
EU	= Europäische Union
EU-Rentner	= Erwerbsunfähigkeitsrentner
EuGHE	= Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes (EuGH-Entscheidungen)
EUR	= Euro
EuZW	= Europäische Zeitung für Wirtschaftsrecht
e. V.	= eingetragener Verein
F. A. Z.	= Frankfurter Allgemeine Zeitung
f.; ff.	= folgende; fortfolgende
Fn.	= Fußnote
FS	= Festschrift
GEK	= Gmünder Ersatzkasse
GewArch	= Gewerbearchiv
GG	= Grundgesetz
GK-SGB	= Gemeinschaftskommentar zum Sozialgesetzbuch
GKK	= Gebietskrankenkasse
GKV	= Gesetzliche Krankenversicherung
GKVFG	= GKV-Finanzstärkungsgesetz
GP	= Gesetzgebungsperiode
GStruktG	= Gesundheitsstrukturgesetz
GSVG	= Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
H.	= Heft
Hrsg.	= Herausgeber
HVBG	= Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften

IKK	= Innungskrankenkasse(n)
IKK-BV	= IKK-Bundesverband
INIFES	= Internationales Institut für empirische Sozialökonomie
InsO	= Insolvenzordnung
ISW	= Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (Universität Linz, Österreich)
IWI	= Industriewissenschaftliches Institut
JBl	= Juristische Blätter
JuS	= Juristische Schulung (Zeitschrift)
KAG	= Krankenanstaltengesetz
Kap.	= Kapitel
KassKomm	= Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht
KRAZAF	= Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
KV	= Krankenversicherung
KVdR	= Krankenversicherung der Rentner
KZBV	= Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
LKF	= Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LSG	= Landessozialgericht
MedR	= Medizinrecht (Zeitschrift)
Morbi-RSA	= unmittelbar morbiditätsorientierter RSA
m. w. N.	= mit weiteren Nachweisen
NJW	= Neue Juristische Wochenschrift
Nr.	= Nummer
NW	= Nordrhein-Westfalen
NZS	= Neue Zeitschrift für Sozialrecht
NR	= Nationalrat
PKV	= Private Krankenversicherung
PVG	= Polizeiverwaltungsgesetz
rd.	= rund
Rdnr.	= Randnummer
RdSchr.	= Rundschreiben
RSA	= Risikostrukturausgleich
RSaV	= Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
Rspr.	= Rechtsprechung
RVO	= Reichsversicherungsordnung
Rz.	= Randziffer
S.	= Seite
SDSRV	= Schriftenreihe des deutschen Sozialrechtsverbandes
SEE	= See-Krankenkasse
SG	= Sozialgericht
SGb	= Die Sozialgerichtsbarkeit (Zeitschrift)
SGB	= Sozialgesetzbuch
SozVers	= Die Sozialversicherung (Zeitschrift)
SRÄG	= Sozialrechtsänderungsgesetz
SRH	= Sozialrechtshandbuch
StGG	= Staatsgrundgesetz über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger

SVA	= Sozialversicherungsanstalt
SVB	= Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVGW	= Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft
SWS-Rundschau	= Rundschau der 'Sozialwissenschaftlichen Studiengesellschaft' (Zeitschrift)
SZ	= Süddeutsche Zeitung
TK	= Techniker Krankenkasse
u. a.	= und andere; unter anderem
UN	= United Nations (Vereinte Nationen)
ÜÖG	= Universitäts-Organisationsgesetz
usw.	= und so weiter
UV	= Unfallversicherung
u. v. a.	= und viele(s) andere
VA	= Versicherungsanstalt
VAdÖB	= Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus
VdAK	= Verband der Angestelltenkrankenkassen
VfGH	= Verfassungsgerichtshof
VfSlg.	= Sammlung der Erkenntnisse und wichtigsten Be- schlüsse des Verfassungsgerichtshofes
VSSR	= Vierteljahresschrift für Sozialrecht
WHO	= World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisati- on)
WidO	= Wissenschaftliches Institut der AOK
WIFO	= (österreichisches) Institut für Wirtschaftsforschung
WISO	= Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift des ISW (s. o. ISW)
ZAS	= Zeitschrift für Arbeitsrecht und Sozialrecht
ZfS	= Zentralblatt für Sozialversicherung, Sozialhilfe und Versorgung
z. T.	= zum Teil
zzt.	= zurzeit

## Beitragsbemessung und Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – grundsätzliche Vorgaben der Verfassung und ihre Ausformung in den bisherigen Gesetzen

*o. Univ.-Prof. Dr. Theo Öhlinger*  
*Universität Wien*

### Länderbericht Österreich

#### I. Beitragsbemessung

##### 1. Grundlage: die gesetzliche Pflichtversicherung

In Österreich besteht nach wie vor ein striktes System einer Pflichtversicherung. Diese umfasst seit 1998 im Prinzip sämtliche unselbständig und selbständig Erwerbstätige<sup>1</sup>. Ausgenommen sind lediglich einige wenige Gruppen von Freiberuflern, die es vorgezogen haben, für die Kranken- (und/oder auch die Pensions-)versicherung bestehende alternative Schutzsysteme beizubehalten oder auf entsprechende private Systeme auszuweichen<sup>2</sup>. Dem Einzelnen steht dabei jedoch kein Wahlrecht zu; der Antrag ist vielmehr für die gesamte Branche von der entsprechenden gesetzlichen Berufsvertretung zu stellen<sup>3</sup>. Ausgenommen sind ferner Personen, die aus sämtlichen an sich der Versicherungspflicht unterliegenden Erwerbstätigkeiten zusammen genommen nur ein geringfügiges Einkommen (im Jahr 2002 monatlich 301,54 EUR) beziehen<sup>4</sup>. Damit sind rund 99 % der österreichischen Bevölkerung in die gesetzliche Pflichtversicherung einbezogen<sup>5</sup>.

Die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Krankenversicherungsträgern ist – im Sinne des Legalitätsprinzips – gesetzlich genau geregelt<sup>6</sup>. Der Gesetzgeber ist dabei verfassungsrechtlich an den Gleichheitsgrundsatz (Artikel 7 B-VG) gebunden<sup>7</sup>. Eine Möglichkeit der Versicherten, eine bestimmte Krankenkasse zu wählen, besteht prinzipiell nicht<sup>8</sup>.

Mehrere Erwerbstätigkeiten bewirken eine Mehrfachversicherung mit der Verpflichtung zu mehrfachen Beiträgen. Dem stehen speziell in der Krankenversicherung mit ihrem Sachleistungsprinzip nicht immer vermehrte Leistungen gegenüber. Das ist nach der Rechtsprechung des VfGH verfassungsrechtlich im Prinzip unproblematisch<sup>9</sup>. Es entspreche – so erst jüngst der VfGH<sup>10</sup> – dem in der Sozialversicherung im Vordergrund stehenden Versorgungsgedanken und der damit korrespondierenden Zurückdrängung des Versicherungsgedankens, dass „es keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begeg(e), für Personen, die eine sozialversicherungspflichtige Erwerbstätigkeit aufnehmen, trotz eingetretener Versorgung eine Beitragspflicht vorzusehen“<sup>11</sup>.

##### 2. Grundzüge des Beitragsrechts

Die Beitragshöhe ist ebenfalls gesetzlich genau geregelt. Sie beträgt einen bestimmten Prozentsatz der Beitragsgrundlage, das ist in der Regel das Erwerbseinkommen<sup>12</sup>. Eine Beitragspflicht besteht nur bis zu einer Höchstbeitragsgrundlage. Alter, Geschlecht oder Gesundheitszustand spielen für die Beitragsbemessung in diesem System – man ist versucht zu sagen: naturgemäß – keine Rolle.

Die Beiträge stehen zu dem damit erkaufte(n) Sozialversicherungsschutz in keinem individuellen Äquivalenzverhältnis, weder subjektiv noch objektiv<sup>13</sup>. Eine Äquivalenz von Beitrag und Leistung im Sinne einer versicherungsmathematischen Entsprechung ist auch verfassungsrechtlich keinesfalls gefordert<sup>14</sup>. Eine verfassungsrechtliche Grenze würde aber dann überschritten, wenn die zur Beitragsleistung Herangezogenen nicht einmal theoretisch in den Genuss von Leistungen kommen könnten<sup>15</sup>. Eine Beitragszahlung ohne jede Aussicht auf Leistungen ist dem Wesen der Sozialversicherung grundsätzlich fremd und wäre daher mit dem Kompetenztatbestand „Sozialversicherungswesen“ nicht mehr vereinbar<sup>16</sup>. Aus diesem Grund wurde die Verpflichtung des Arbeitgebers, Beiträge (auch) für geringfügig Beschäftigte zu zahlen, die sich nicht für die Einbeziehung in die Sozialversicherung entschieden haben, als verfassungswidrig qualifiziert<sup>17</sup>.

Der Beitragssatz ist für die einzelnen Versicherungsgruppen unterschiedlich hoch. Differenzierungen des Beitragssatzes sind zwischen den einzelnen Versicherungsgemeinschaften verfassungsrechtlich eher unproblematisch; dagegen bedürfen solche Differenzierungen innerhalb der einzelnen Versicherungsgemeinschaften im Lichte des Gleichheitsgrundsatzes einer besonderen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung<sup>18</sup>. Insbesondere dürfen „schlechte Risiken“ innerhalb einer Versicherungsgemeinschaft nicht mit höheren Beiträgen belastet werden<sup>19</sup>.

Für geschützte Angehörige sind nur zum Teil und auch das erst seit kurzem, nämlich für bestimmte Ehegatten, Beiträge zu bezahlen<sup>20</sup>.

Festzuhalten ist an dieser Stelle auch, dass der Versicherungsschutz unabhängig von der tatsächlichen Beitragsleistung besteht<sup>21</sup>.

### 3. Fehlender Wettbewerb

Es gibt also, sowohl was die Mitglieder als auch was die Beiträge anlangt, prinzipiell keinen Wettbewerb, weder zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung noch zwischen diesen und privaten Krankenversicherungen.

Eine begrenzte Wahlmöglichkeit haben allerdings Mehrfachversicherte: Sie können wählen, bei welchem Versicherungsträger sie die Leistungen in Anspruch nehmen<sup>22</sup>. Marhold<sup>23</sup> sieht darin erstmals in einem sehr begrenzten Umfang ein Wettbewerbselement im österreichischen Sozialversicherungsmodell realisiert. Unter den gegebenen Voraussetzungen könnte diese Wahlmöglichkeit freilich nur zu einer Vereinheitlichung des Leistungsrechts auf eher niedrigem Niveau führen. Von einem „Wettbewerb“ der Kassen um diese Kunden, die nur etwas kosten, kann natürlich keine Rede sein.

Im Regierungsprogramm der gegenwärtigen Bundesregierung<sup>24</sup> ist die Überprüfung des geltenden Systems der Pflichtversicherung angekündigt worden. Es gab Überlegungen in die Richtung, das nahezu völlige Fehlen eines Wettbewerbs in der Krankenversicherung durch ein vom Prinzip des Wettbewerbs geprägtes System zu ersetzen. Die dazu eingesetzte Expertenkommission hat allerdings Medienberichten zufolge diesen Plänen eine Absage erteilt.

### 4. Verfassungsrechtliche Determinanten: Legalitätsprinzip und Selbstverwaltung

In verfassungsrechtlicher Hinsicht sind die zuvor skizzierten Elemente des österreichischen Krankenversicherungsmodells nie in Frage gestellt worden. Sie entsprechen einem Verfassungsprinzip, das in der österreichischen Verfassungstradition der Republik einen zentralen Stellenwert einnimmt: dem Legalitätsprinzip (Artikel 18 B-VG). „Legalitätsprinzip“ bedeutet nicht nur, dass die Verwaltung strikt an vorgegebene Gesetze gebunden ist; es verlangt auch vom Gesetzgeber, das Handeln der Verwaltung genau zu regeln. Gesetze, die gegen dieses Prinzip verstoßen, sind verfassungswidrig.

Wichtig im hier gegebenen Zusammenhang ist es, dass nach der Rechtsprechung des VfGH dieses Legalitätsprinzip auch für die Selbstverwaltung gilt<sup>25</sup>. Das liegt auf der Linie jener Tradition der österreichischen Rechtslehre, die Selbstverwaltung als dezentralisierte Verwaltung versteht. Das wesentliche Kennzeichen, das die Selbstverwaltung von der staatlichen Verwaltung im engeren Sinn unterscheidet, ist die Weisungsfreiheit gegenüber staatlichen Organen im engeren Sinn: Selbstverwaltung ist „dezentralisierte Verwaltung durch relativ unabhängige Rechtsträger“<sup>26</sup>. Die Träger der Selbstverwaltung unterliegen dabei – verfassungsrechtlich geboten<sup>27</sup> – einer staatlichen Aufsicht, die gerade in der Sozialversicherung besonders weitreichend und intensiv ausgestaltet ist<sup>28</sup>. Die Träger der Selbstverwaltung besitzen kein autonomes Satzungsrecht, das über die Befugnis, Durchführungsverordnungen zu erlassen<sup>29</sup>, hinausreichen würde. Das gilt auch für die Regelung der Beiträge: Einschlägige gesetzliche Regelungen dürfen sich nicht auf allgemeine Grundsätze beschränken und dürfen dem Verordnungsgeber nicht „zu weit reichende Möglichkeiten in der Normsetzung überlassen“<sup>30</sup>.

Man kann an dieser Judikatur gewiss Kritik üben. Pernthaler<sup>31</sup> hat zutreffend festgestellt, dass diese Judikatur eine echte Autonomie der Selbstverwaltung nicht zulässt. Selbstverwaltung erschöpft sich in Österreich in der Weisungsfreiheit des Gesetzesvollzugs<sup>32</sup>. Jede weiter reichende Autonomie würde in Österreich einer Verfassungsänderung bedürfen. Das war bis zum Ende des Jahres 1999 in der Regel auch kein Problem, sofern sich die maßgebenden politischen Kräfte, im Besonderen auch die Sozialpartner, über eine Lösung einigten. (So hat man etwa im Universitätsorganisationsgesetz 1993 durch eine spezielle Verfassungsbestimmung<sup>33</sup> den Universitäten ein Satzungsrecht eingeräumt, für das das Gesetz nicht Voraussetzung, sondern nur Schranke bildet.) Derartige Verfassungsbestimmungen sind aber seit Anfang 2000 nicht mehr so ohne weiteres möglich<sup>34</sup>.



## 5. Verfassungsrechtliche Grenzen eines Systemwechsels

### a) Ersetzung der Pflichtversicherung durch eine Versicherungspflicht

#### aa) Der verfassungsrechtlich vorausgesetzte Selbstverwaltungsbegriff

An diesem vom VfGH vorgegebenen strikten Legalitätsgebot dürfte auch ein – in Österreich, wie gesagt, vorerst nur andiskutierter – Systemwechsel von der Pflichtversicherung zu einer Versicherungspflicht eine nicht ganz einfach zu überwindende Hürde finden. Aber auch schon der Selbstverwaltungsbegriff selbst dürfte in diesem Punkt ein Hindernis bilden. Die Bundesverfassung setzt – so die herrschende Lehre<sup>35</sup> – einen typologischen Begriff der Selbstverwaltung voraus. Zu den Merkmalen dieses Begriffs zählt auch die obligatorische Mitgliedschaft<sup>36</sup>, die gemäß dem Legalitätsprinzip gesetzlich genau zu regeln ist. Als Element eines typologischen Begriffs ist dieses Kriterium nicht starr, sondern durchaus elastisch. (Ein illustratives Beispiel aus dem Sozialversicherungsrecht liefert die freiwillige Versicherung.) Ob dieses Merkmal aber völlig preisgegeben werden kann, ohne dass die Sozialversicherungsträger ihre Eigenschaft als Selbstverwaltungskörper im verfassungsrechtlichen Sinn verlieren, ist fraglich.

Dabei ist auch in Betracht zu ziehen, dass auch andere Kriterien des verfassungsgesetzlich vorausgesetzten Selbstverwaltungsbegriffs in der Sozialversicherung heute nur (mehr) rudimentär verwirklicht sind. Das gilt etwa für die an sich verfassungsrechtlich gebotene staatliche Aufsicht, die aber, vor allem gegenüber dem Hauptverband, gesetzlich in einer Weise ausgestaltet worden ist, die sich „relativ weit vom Idealtyp der Selbstverwaltung und der ihr wesentlichen Selbstverantwortung entfernt hat“<sup>37</sup>, sodass fraglich ist, inwieweit damit die Grenze zur weisungsmäßig besorgten dezentralisierten Staatsverwaltung nicht schon überschritten wurde. Es gilt dies ferner für das Kriterium „Bestellung der Organe aus der Mitte der Selbstverwaltungsangehörigen“<sup>38</sup>: Die Organe der Sozialversicherungsträger („Versicherungsvertreter“) werden nicht durch die Versicherten oder die Beitragszahler gewählt, sondern von den beruflichen Selbstverwaltungskörperschaften, den Kammern, entsandt. Noch mehr verdünnt ist dieses Kriterium auf der Ebene des Hauptverbandes, der ebenfalls als eine öffentlich-rechtliche Körperschaft konstruiert ist<sup>39</sup>. Ob speziell nach den einschlägigen „Reformen“ des vergangenen Jahres der Hauptverband aus der Sicht der Bundesverfassung noch als Selbstverwaltungskörper qualifiziert werden kann, ist mehr als fraglich. Doch soll diese Frage hier – wo es um Beitragsbemessung und Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung geht – nicht weiter vertieft werden.

Festzuhalten ist an dieser Stelle lediglich, dass der verfassungsrechtlich vorauszusetzende Begriff der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung bereits sehr ausgereizt erscheint. Jede weitere Einschränkung ist daher in Gefahr, den Spielraum des Gesetzgebers endgültig zu überschreiten. Mit anderen Worten: Weil die gesetzliche Konstruktion der Sozialversicherungsträger am äußersten Rande des in dieser Hinsicht verfassungsrechtlich Zulässigen angesiedelt erscheint, könnte eine Aufweichung oder eine gänzliche Beseitigung eines weiteren konstitutiven Kriteriums des Selbstverwaltungsbegriffes – im hier gegebenen Zusammenhang das einer gesetzlich genau geregelten und obligatorischen Zugehörigkeit der Versicherten zu den einzelnen Sozialversicherungsträgern – bildlich gesprochen das Fass endgültig zum Überlaufen bringen.

Die Einführung von Wettbewerbsmechanismen als eine die Funktion der Gesetzlichen Krankenversicherung verbessernde Maßnahme, mit anderen Worten: der Wettbewerb in der Sozialversicherung als systeminternes Element nach deutschem Vorbild<sup>40</sup>, könnte somit in Österreich auf verfassungsrechtliche Schranken stoßen, die zu überwinden einer Zweidrittelmehrheit im Nationalrat bedürfte.

#### bb) Vollständige Privatisierung der Krankenversicherung

Die verfassungsrechtlichen Hürden des Selbstverwaltungsbegriffs einschließlich des auch für die Selbstverwaltung geltenden Legalitätsprinzips wären allerdings dann aus dem Weg geräumt, wenn man die Versicherungsträger ihrer öffentlich-rechtlichen Qualität als Selbstverwaltungsträger überhaupt entkleidete und sie in echte privatrechtliche Rechtsträger umwandelte, mit anderen Worten: bei einer vollständigen Privatisierung der Krankenversicherung auf der Angebotsseite. Nur ein derart radikaler Paradigmenwechsel von der Pflichtversicherung zur bloßen Versicherungspflicht, der auf gesetzlich eingerichtete Sozialversicherungsträger überhaupt verzichtet, hätte mit den aufgezeigten verfassungsrechtlichen „Vorgaben“ kein Problem. Einem so radikalen Schritt würde die Verfassung aber wohl andere Hürden entgegenstellen, so etwa den vom VfGH aus dem Gleichheitsgrundsatz abgeleiteten Vertrauensschutz<sup>41</sup>. Weil einschlägige Überlegungen, wie schon gesagt, ohnehin ad acta gelegt wurden, erübrigt es sich für mich, dieser Frage näher nachzugehen.

#### b) Zentralisierungstendenzen in Richtung eines staatlichen Gesundheitsdienstes

Die Konstruktion der Sozialversicherungsträger als Selbstverwaltungskörper im verfassungsrechtlichen Sinn ist andererseits im Gesamtplan der österreichischen Bundesverfassung die einzige Möglichkeit, Sozialversicherungsträger als relativ unabhängige (weisungsfreie) Verwaltungsträger einzurichten. Die österreichische Bundesverfassung enthält ein – vom VfGH sehr rigide interpretiertes<sup>42</sup> – Konzept einer strikt an die Weisungen der obersten Organe gebundenen Verwaltung. Nach Auffassung des VfGH werde nur über diesen Weisungszusammenhang, verbunden mit der Verantwortlichkeit der obersten Verwaltungsorgane (Bundesregierung, Bundesminister, Landesregierungen) gegenüber den Parlamenten (Nationalrat, Landtage), die Verwaltung demokratisch legitimiert. Die Alternative zum verfassungsgesetzlich vorgegebenen Typus der Selbstverwaltung ist in diesem Verfassungskonzept, solange man an der Sozialversicherung als öffentliche Aufgabe festhält, daher nur die staatliche Verwaltung selbst oder aber eine Verwaltung durch zwar ausgegliederte, jedoch der uneingeschränkten Weisungsbefugnis des zuständigen Bundesministers unterliegende Anstalten, mit anderen Worten: eine Organisationsform, die einem staatlichen Gesundheitsdienst zumindest nahe kommt.

So sehr dieses Wort politisch heute verpönt ist, so wenig lässt sich übersehen, dass es durchaus eine Richtung markiert, in die die Rechtsentwicklung der letzten Jahrzehnte gegangen ist<sup>43</sup>. Mit der Erstreckung der Pflichtversicherung auf alle selbständig Erwerbstätigen ist der Versicherungsgrad in Österreich, wie schon gesagt, auf rund 99 % der Bevölkerung angewachsen. Sowohl das Beitragsrecht als auch das Leistungsrecht wurden über die Jahrzehnte immer mehr vereinheitlicht. Dass von dieser Entwicklung des materiellen Sozialversicherungsrechts auch eine Tendenz zur organisatorischen Vereinheitlichung ausgeht, wird an der immer wieder zur Diskussion gestellten Fusion von Sozialversicherungsträgern deutlich. Der „Pa-

radigmenwechsel von der berufsständisch gegliederten Sozialversicherung zur erwerbseinkommensbezogenen Sozialversicherung nimmt bei annähernd gleichem Leistungsrecht (und) geringen Differenzierungen im Beitragsrecht einer organisatorisch gegliederten Krankenversicherung letztlich die Überzeugungskraft<sup>44</sup>.

Damit stellt sich die Frage, inwieweit das bestehende System einer berufsständisch differenzierten Gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber einer völligen materiellrechtlichen und organisatorischen Vereinheitlichung verfassungsrechtlich garantiert ist. Schranken des Gesetzgebers könnten sich aus dem Kompetenztatbestand „Sozialversicherungswesen“ (Artikel 10 Abs. 1 Z 11 B-VG) ergeben. Man kann es heute als gesichert ansehen, dass dieser Kompetenztatbestand die Organisation der Sozialversicherungsträger als dezentrale Selbstverwaltungseinrichtungen verfassungsrechtlich erlaubt (was vor Jahrzehnten noch durchaus strittig war)<sup>45</sup>. Strittig ist aber auch heute noch, ob diese Organisationsform der Sozialversicherung auch verfassungsrechtlich geboten ist. Das wird vielfach verneint<sup>46</sup>. Aber selbst wenn man im Kompetenztatbestand „Sozialversicherungswesen“ nicht die Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger garantiert sieht, dürfte diese Bundeskompetenz noch keine Grundlage für ein Sozialsystem gewährleisten, in dem der Zusammenhang zwischen Leistungen und Beiträgen völlig aufgelöst ist: „Das österreichische Sozialversicherungswesen ist historisch dadurch gekennzeichnet, dass es die Angehörigen bestimmter Berufsstände, die von einem gleichwertigen oder gleichartigen Risiko bedroht sind, zu Zwangsversicherungsgemeinschaften zusammenfasst und das entsprechende Risiko über Beiträge abdecken lässt.“<sup>47</sup> Ohne diese These Runggaldiers hier im Einzelnen zu diskutieren, zeigt sie jedenfalls, dass gerade auch unter dem Aspekt der Finanzierung des Sozialversicherungssystems durch Beiträge verfassungsrechtliche Schranken des Gesetzgebers gegenüber einem Systemwechsel in Richtung staatlicher Gesundheitsdienst bestehen.

Ein abrupter Systemwechsel steht freilich heute außerhalb jeder Debatte. Inwieweit diese Schranken auch gegenüber einer schleichenden Systemveränderung wirken, wie sie die Rechtsentwicklung der letzten Jahre und Jahrzehnte gekennzeichnet hat, ist eine Frage, die ich hier offen lassen muss. Es würde dies Überlegungen erfordern, die weit über das mir gestellte Thema hinausreichen.

## II. Finanzausgleich

### 1. Die Bedeutung und Wirkung der Beiträge als Finanzierungsquelle der Krankenkassen

Die Finanzierung der Krankenversicherung erfolgt hauptsächlich durch Beiträge der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Zwar sind Staatszuschüsse für die Sozialversicherung typisch und jedenfalls bis zu einer gewissen Grenze verfassungsrechtlich unproblematisch. Dass es eine Grenze gibt, wird in der Lehre vertreten, ohne dass sie dafür eine exakte Ziffer angeben könnte<sup>48</sup>. Dass die Staatszuschüsse speziell zur Krankenversicherung von dieser Grenze weit entfernt sind, steht aber außer Zweifel.

Die Finanzierungsquelle der Beiträge hat für die einzelnen Versicherungsträger sehr unterschiedliche Konsequenzen. Die Finanzkraft nicht nur der einzelnen Versicherungszweige, sondern auch der einzelnen Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung weist auf Grund regionaler demographischer Divergenzen erhebliche Unterschiede auf.

Um diese Unterschiede auszugleichen, gibt es verschiedene Instrumente, unter anderem einen – seit 1961 bestehenden – Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger<sup>49, 50</sup>. Dieser Fonds ist beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingerichtet, von diesem allerdings getrennt von seinem sonstigen Vermögen zu verwalten. Seine Mittel werden vor allem durch Beiträge der im Fonds vertretenen Krankenversicherungsträger aufgebracht. Sie beziffern sich seit 1. 1. 2001 mit 2 % der im Vorjahr fällig gewordenen Beitragseinnahmen aus dem Geschäftsbereich der Krankenversicherung; zuvor betrug dieser Prozentsatz 1,4. Aus diesen Einnahmen werden Zuschüsse an jene im Fonds vertretenen Versicherungsträger, die finanzielle Probleme haben, geleistet. Ziel ist es, Strukturschwächen, die sich aus unterdurchschnittlichen Beitragseinnahmen ergeben, auszugleichen.

Außerdem gab es in der Vergangenheit immer wieder gesetzliche Ad-hoc-Regelungen, die Abschöpfungen und Überweisungen von und an Sozialversicherungsträger verfügten<sup>51</sup>.

### 2. Umverteilungsmechanismen in der Judikatur des VfGH

Die ältere Judikatur des VfGH war gegenüber derartigen Umverteilungsmechanismen zwischen den Sozialversicherungsträgern sehr tolerant. In einer Entscheidung aus 1969 (Slg 6039) – in der es um einen Transfer von Mitteln der Unfallversicherung an die Pensionsversicherung ging – bezeichnet es der VfGH pauschal als nicht unsachlich, einen Überschuss in einem Versicherungszweig für einen finanziellen Ausgleich innerhalb der Sozialversicherung zu verwenden. Später (Slg 10.451/1985) interpretierte er diese Aussage allerdings einschränkend dahin gehend, dass sich der Kreis der Versicherten des belasteten und jener der begünstigten Versicherungsträger teilweise überschneiden habe, sodass man von einer „Versicherungs(Risiken)Gemeinschaft im weiteren Sinn“ sprechen könne. Unzulässig sei aber eine Umverteilung zwischen Versicherungsträgern, wenn jeder Zusammenhang zwischen den Beiträgen der Angehörigen der einen und den Leistungsansprüchen der anderen Versicherungsgemeinschaft fehle und auch sonst kein persönlicher und sachlicher Zusammenhang gegeben sei (was immer Letzteres besagen soll). Der – von der Bundesregierung geltend gemachten – Vorstellung von einem alle Sozialversicherten

umfassenden Solidaritätsprinzip erteilt der VfGH jedenfalls eine ausdrückliche Absage; die Versicherungsgemeinschaft in der Sozialversicherung reiche nur soweit, als einer Beitragsverpflichtung im Prinzip ein Leistungsanspruch gegenüberstehe.

Daher war die gesetzlich angeordnete Überweisung von Mitteln der Kranken- und Unfallversicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten (BVA) an die Pensionsversicherung der privaten Arbeitnehmer verfassungswidrig, weil Beamte einen Pensionsanspruch unmittelbar gegenüber ihrem Dienstgeber hätten und daher aus der Pensionsversicherung keine Leistungen erhielten. Als nicht verfassungswidrig erkannte dagegen der VfGH kurz darauf (Slg 11.013/1986) die Überweisung von Mitteln der Gebietskrankenkassen (d. h. der Krankenversicherungen der privaten Arbeitnehmer) an einen Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger, weil der ganz überwiegende Teil der nach dem ASVG Krankenversicherten auch Leistungen aus der Pensionsversicherung erhalte.

Eine Grenze deutete der VfGH allerdings auch für diesen Fall eines „personellen Zusammenhangs“ an: Eine Abschöpfung wäre wohl dann unsachlich, wenn ein Krankenversicherungsträger dadurch nicht mehr in der Lage wäre, seinen gesetzlichen Aufgaben und Verpflichtungen mit seinen eigenen Mitteln und mit den Mitteln des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (!) nachzukommen.

### 3. Transfers zwischen strukturell verschiedenen Versicherungsgemeinschaften

In dieser Entscheidung wird also der Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger als ein – anscheinend unproblematisches – Institut angesprochen. Nun dürfte ein Ausgleichsfonds, dem lediglich die Krankenkassen der Arbeitnehmer – in österreichischer Terminologie: die ASVG-Krankenversicherungsträger – angehören, verfassungsrechtlich kaum problematisch sein. Der Gesetzgeber könnte ja – so wie für Bauern und Selbständige – auch für Arbeitnehmer eine österreichweite Krankenkasse etablieren und würde damit nicht das berufsständische Gliederungsprinzip der Sozialversicherung aufgeben. Ob das betriebswirtschaftlich sinnvoll wäre, ist keine verfassungsrechtliche Frage.

Eine verfassungsrechtliche Problematik beginnt jedoch dann, wenn die berufsständische Gliederung der Sozialversicherung überschritten wird<sup>52</sup>. Das ist beim Ausgleichsfonds der Krankenkassen durch die Einbeziehung der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (schon seit 1977<sup>53</sup>) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (seit 1. 1. 2001<sup>54</sup>) der Fall. Hier werden Versicherungsgemeinschaften mit einer prinzipiell verschiedenen Einkommensstruktur und einem korrespondierenden unterschiedlichen Beitragsrecht, aber auch einem (trotz aller Vereinheitlichungstendenzen immer noch) unterschiedlichen Leistungsrecht zusammengefasst. Damit stellt sich auch die Frage, inwieweit durch eine solche Konstruktion einzelne Versicherungsträger nicht systematisch benachteiligt bzw. privilegiert werden, was nach der Rechtsprechung des VfGH<sup>55</sup> unsachlich und daher gleichheitswidrig wäre.

Der Ausschussbericht begründet die Einbeziehung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern in den bestehenden Ausgleichsfonds mit der Möglichkeit der Mehrfachversicherung, die zu einer vermehrten Inanspruchnahme von Leistungen gerade dieser Versicherung geführt habe<sup>56</sup>. Ob dadurch aber schon jene „Versicherungs(Risiken)Gemeinschaft im weiteren Sinn“ begründet wird, die nach der zitierten Rechtsprechung Umverteilungen des Beitragsaufkommens zwischen den Versicherungsträgern verfassungsrechtlich unproblematisch erscheinen lässt, ist doch recht fraglich. Zur Lösung des Problems der Mehrfachversicherung gäbe es jedenfalls subtilere und problemadäquatere Mechanismen.

Die Tatsache, dass einzelne Krankenversicherungsträger auf Grund ihrer Mitgliederstruktur Probleme bei der Finanzierung der von ihnen zu erbringenden Leistungen haben, rechtfertigt zweifellos Hilfe von Seiten der Allgemeinheit. Denn es liegt im öffentlichen Interesse, dass auch Berufsgruppen eine ausreichende medizinische Versorgung erhalten, die aus eigener Kraft zur Finanzierung dieser Versorgung nicht im Stande sind. Problematisch ist es aber, diesen Anspruch auf Hilfe von Seiten der Allgemeinheit repräsentierenden Staates auf die Beitragszahler anderer Versicherungsträger abzuwälzen. Budgetäre Überlegungen, speziell im Lichte der Maastricht-Kriterien, dürften jedenfalls keinen Grund darstellen, der die Verlagerung der Erfüllung einer – unbestrittenen – moralischen Verpflichtung der Allgemeinheit auf spezielle Versicherungsgemeinschaften sachlich rechtfertigen könnte. Ein solcher Grund könnte vielmehr nur darin liegen, dass die Angehörigen anderer Versicherungsträger in dieser ihrer Eigenschaft den Angehörigen eines über den Ausgleichsfonds finanzierten Versicherungsträgers einer ganz anderen Berufsgruppe näher stehen als in ihrer Eigenschaft als Steuerzahler. Einen Ansatzpunkt für eine solche Argumentation könnte die Zusammenfassung der einzelnen Sozialversicherungsträger in einem Verband, der selbst als Selbstverwaltungsträger konstruiert ist, bilden. Rechtfertigt man die Ausgleichsmaßnahmen zwischen (strukturell verschiedenen) Versicherungsträgern mit einer alle Versicherungsgemeinschaften umfassenden Selbstverwaltung, müsste freilich deren Konstruktion dem (verfassungsrechtlich vorausgesetzten<sup>57</sup>) Selbstverwaltungsbegriff Genüge leisten. Das würde im konkreten Fall voraussetzen, dass der im Fonds zusammengeschlossenen Versicherungsgemeinschaft ein Mindestmaß an Einflussnahme auf die Verteilung der Mittel zukommt. Das ist aber nach der geltenden Rechtslage nicht (mehr) der Fall<sup>58</sup>.

#### 4. Grundrechtliche Aspekte

Die Träger der Selbstverwaltung und somit auch die Sozialversicherungsträger sind in Österreich<sup>59</sup> trotz ihrer engen Einbindung in die öffentliche Verwaltung (als dezentrale Träger der Staatsverwaltung<sup>60</sup>) in ihrer Eigenschaft als Träger von Privat-rechten unbestritten Grundrechtsträger. Das hat eine prozessuale und eine materiell-rechtliche Konsequenz. In prozessualer Hinsicht bedeutet das, dass Sozialversicherungsträger Eingriffe in ihre Rechtsposition vor dem VfGH geltend machen können. Gesetzliche Umverteilungsmaßnahmen können entweder unmittelbar durch Individualantrag<sup>61</sup> oder über den Umweg einer Bescheidbeschwerde gemäß Artikel 144 B-VG<sup>62</sup> bekämpft werden.

In materiellrechtlicher Hinsicht bedeutet dies, dass das Vermögen, das Sozialversicherungsträger durch die Beiträge der Versicherten gewinnen, Eigentum im verfassungsrechtlichen Sinn (Artikel 5 StGG, Artikel 1 1. ZP-EMRK) ist. Umverteilungsmaßnahmen zwischen den Zweigen und den Trägern der Sozialversicherung stellen daher auch Eingriffe in das verfassungsgesetzlich geschützte Eigentum der Versicherungsträger dar. Derartige Eingriffe sind nach der neueren Rechtsprechung des VfGH<sup>63</sup> nur insoweit verfassungskonform, als sie verhältnismäßig sind. Der VfGH hätte also derartige Umverteilungsmaßnahmen nicht nur – so wie bisher – ausschließlich unter dem (aus dem Gleichheitsgrundsatz abgeleiteten) Aspekt ihrer Sachlichkeit (in einem objektiven Sinn), sondern auch auf ihre Verhältnismäßigkeit zu prüfen. Das Sachlichkeitsgebot wird damit um die Kriterien der Eignung, Erforderlichkeit und Adäquanz angereichert<sup>64</sup>.

Freilich sind alle diese Kriterien so vage, dass man die Entscheidung über die Frage, ob die skizzierten Ausgleichsmechanismen verfassungskonform sind, letztlich dem VfGH überlassen muss. Festzuhalten ist aber, dass Ausgleichsmechanismen der skizzierten Art die Selbstverwaltung der einzelnen Versicherungsträger, zu der auch eine finanzielle Selbständigkeit gehört<sup>65</sup>, beschränken und daher Eingriffe in die Selbstverwaltung darstellen. Weil diese Selbstverwaltung für den einfachen Gesetzgeber nicht beliebig formbar ist, sollte auch dieser Aspekt, wenn ihm schon im gegebenen Zusammenhang keine selbständige Bedeutung zukommt<sup>66</sup>, bei einer allfälligen Sachlichkeits- und Verhältnismäßigkeitsprüfung Berücksichtigung finden.

- <sup>1</sup> Siehe Tomandl, Rechtsprobleme einer umfassenden Sozialversicherung, ZAS 1998, 9.
- <sup>2</sup> Vgl. Runggaldier, in: Rill/Schäffer (Hrsg.), Bundesverfassungsrecht, Kommentar, Artikel 10 Abs. 1 Z 11 B-VG, Rz. 11; siehe auch § 5 GSVG.
- <sup>3</sup> Von einem derartigen „opting out“ haben die Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Architekten und Ingenieurkonsulenten, Rechtsanwälte, Patentanwälte, Wirtschaftstreuhänder und Notare Gebrauch gemacht. Siehe dazu ausführlich Shubshizky, Leitfaden zur Sozialversicherung (2001) 178 ff.; vgl. auch Linseder/Teschner, Sozialversicherung der Selbständigen, Kommentar, 56. Erg.-Lfg., zu § 5 GSVG, 40/12 c; Resch, Sozialrecht (2001) 18f.
- <sup>4</sup> § 5 Abs. 1 Z 2 in Verb. mit Abs. 2 ASVG; vgl. auch § 2 Z 2 der Kundmachung über die Aufwertung und Anpassung nach dem ASVG, dem GSVG, dem BSVG und dem B-KUVG für das Kalenderjahr 2002, BGBl II 2001/475.
- <sup>5</sup> Risak, Das System sozialer Sicherheit in Österreich, in: Tomandl/Mazal (Hrsg.), Soziale Sicherheit in Mitteleuropa (2000) 71.
- <sup>6</sup> Vgl. VfSlg. 14.802/1997.
- <sup>7</sup> VfSlg. 2841/1955, 12.739/1991.
- <sup>8</sup> Alle Personen, die keiner Pflichtversicherung unterliegen und ihren Wohnsitz im Inland haben, können sich freiwillig in der Krankenversicherung versichern, wobei abgesehen vom Fall der bisherigen Versicherung bei einer Betriebskrankenkasse Versicherungsträger die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse ist: § 16 ASVG. Für die freiwillige Krankenversicherung nach dem GSVG siehe §§ 8 ff. und 14 a ff. GSVG; zuständiger Versicherungsträger ist diesfalls die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (§ 15 Abs. 1 leg cit).
- <sup>9</sup> VfSlg. 12.739/1991 u. v. a.
- <sup>10</sup> VfSlg. 16.007/2000 11. 2000, B 256/98.
- <sup>11</sup> Soweit Beiträge der Versicherten – nicht auch der Arbeitgeber (dazu Runggaldier [Fn. 2] Rz. 12) – auf Grund eines die Höchstbeitragsgrundlage überschreitenden Gesamteinkommens geleistet werden, kommt es in der Krankenversicherung zu einer Erstattung (§ 70 a ASVG). Dies ist aber verfassungsrechtlich nicht geboten und auch die differenzierte Behandlung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern ist nicht gleichheitswidrig: VfSlg. 14.802/1997.
- <sup>12</sup> Nur bezüglich der Inhaber von land- und forstwirtschaftlichen Betrieben besteht die Ausnahme, dass sich die Beitragsgrundlage nach dem fiktiven von den Finanzbehörden durch Schätzung ermittelten Ertragswert des bewirtschafteten Grundstücks richtet, doch kann auch hier der Betriebsführer seit 1. 1. 2001 zwischen einer Bemessung nach dem so genannten Einheitswert und den in seinem Einkommensteuerbescheid ausgewiesenen tatsächlichen Einkünften wählen (siehe § 23 BSVG).
- <sup>13</sup> Krejci, Das Sozialversicherungsverhältnis (1977) 119.
- <sup>14</sup> VfSlg. 3670/1960; 6015/1969; 14.802/1997 u. v. a.
- <sup>15</sup> Vgl. zuletzt VfSlg. 16.007/2000
- <sup>16</sup> Runggaldier (Fn. 2) Rz. 12 m. w. N.
- <sup>17</sup> VfGH 7. 3. 2002, G 219/01.
- <sup>18</sup> VfSlg. 3721/1960; 9365/1982; 10.100/1984.
- <sup>19</sup> VfSlg. 15.859/2000 (zur Pensionsversicherung nach dem GSVG).
- <sup>20</sup> Eine Beitragspflicht in der Höhe von 3,4 % der Bemessungsgrundlage des Versicherten trifft seit dem 1. 1. 2001 einen Teil der mitversicherten Ehegatten. Die Kinder des Versicherten sind hingegen weiterhin beitragsfrei mitversichert. Vgl. etwa für ASVG-Versicherte §§ 51 d und 123 ASVG.
- <sup>21</sup> Vgl. Souhrada, Reflexionen aus der Sicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in: Pichler (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (2001) 75 (86 f.).
- <sup>22</sup> Vgl. näher §§ 128 ASVG, 87 GSVG, 80 a BSVG.
- <sup>23</sup> Vgl. Marhold, Pflichtversicherung und Versicherungspflicht zwischen Gesundheitsdienst und Markt, in: Pichler (Hrsg.), Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht in der Krankenversicherung (2001) 107 (111).
- <sup>24</sup> Im Internet abrufbar unter [www.austria.gv.at](http://www.austria.gv.at).
- <sup>25</sup> Vgl. zuletzt VfGH 3. 10. 2001, V 17/00.

- <sup>26</sup> Antonioli, Allgemeines Verwaltungsrecht (1954) 155; siehe auch Antonioli/Koja, Allgemeines Verwaltungsrecht<sup>3</sup> (1996) 382 f.
- <sup>27</sup> Siehe VfSlg. 8215/1977.
- <sup>28</sup> Siehe unten bei Fn. 37.
- <sup>29</sup> Zur verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung zu Artikel 18 Abs. 2 B-VG siehe Öhlinger, Verfassungsrecht<sup>4</sup> (1999) Rz. 580 ff.
- <sup>30</sup> VfSlg. 5742/1968 zu den Beiträgen der Mitglieder der Ärztekammer. Vgl. dazu auch Stillfried, Berufliche Selbstverwaltung und autonomes Satzungsrecht (1994) 141 ff.
- <sup>31</sup> Pernthaler, Der Verfassungskern (1998) 38. Differenziert Korinek, Die Organisation der Sozialversicherung, in: Tomandl (Hrsg.), System des österreichischen Sozialversicherungsrechts, 14. Erg.-Lfg., 485 (539 ff.).
- <sup>32</sup> Zu Parallelen der Selbstverwaltung in der deutschen Sozialversicherung vgl. Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung (2000) 254 ff.
- <sup>33</sup> § 7 Abs. 1 UOG 1993.
- <sup>34</sup> Zu den Auswirkungen der neuen Koalition auf das Verfassungssystem vgl. Öhlinger, Verfassung und Demokratie in Österreich zu Beginn des 21. Jahrhunderts, FS Welan (2002) 228ff.
- <sup>35</sup> Vgl. Korinek (Fn. 31) 490 ff.
- <sup>36</sup> Korinek (Fn. 31) 491.
- <sup>37</sup> So Korinek (Fn. 31) 500.
- <sup>38</sup> Korinek (Fn. 31) 493 ff.
- <sup>39</sup> Vgl. Korinek (Fn. 31) 497 ff. Siehe nunmehr auch den Prüfungsbeschluss VfGH 26. 6. 2002, B 1492/01.
- <sup>40</sup> Vgl. U. Becker, Maßstäbe für den Wettbewerb unter den Kranken- und Pflegekassen in: Soziale Sicherheit und Wettbewerb (2001) 7 (8 ff.).
- <sup>41</sup> Dazu zuletzt Stelzer, Verfassungsrechtliche Grenzen des Eingriffs in Rechte oder Vertragsverhältnisse, DRdA 2001, 508; vgl. ferner Öhlinger, Verfassungsrechtliche Schranken der Gesetzgebung im Sozialrecht, in: Österreichische Juristenkommission (Hrsg.), Kritik und Fortschritt im Rechtsstaat – Liberalisierung und Strukturreform (1998) 153.
- <sup>42</sup> Zuletzt VfGH 12. 12. 2001, G 269/01; dazu kritisch Öhlinger, Die Stellung der Oesterreichischen Nationalbank im Kontext des Gemeinschaftsrechts in: Österreichische Juristenkommission (Hrsg.), Neuere Entwicklungen des österreichischen Bankenrechts im europäischen Zusammenhang, eine verfassungsrechtliche und grundrechtliche Analyse (2002) 12ff. Siehe ferner die neuere Rechtsprechung zu den weisungsfreien Kollegialbehörden gemäß Artikel 133 Z 4 B-VG, so etwa VfSlg. 15.886/2000 und im Anschluss daran VfSlg. 16.189/2001.
- <sup>43</sup> Vgl. dazu auch Marhold (Fn. 23) 111 f.
- <sup>44</sup> Marhold (Fn. 23) 112.
- <sup>45</sup> Vgl. Günther, Verfassung und Sozialversicherung (1994) 161 ff.
- <sup>46</sup> Siehe etwa Funk, Organisatorische Reformen in der Sozialversicherung aus der Sicht des Verfassungsrechts, FS Krejci (2001) 1897 (1904 f.).
- <sup>47</sup> Runggaldier (Fn. 2) Rz. 14.
- <sup>48</sup> Vgl. Schäffer, Hauptströmungen des österreichischen Verfassungsrechts in bezug auf das Sozialversicherungsrecht, in: Tomandl (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungsrechts (1989) 1 (26 f.); Winkler, Verfassungsrechtliche Probleme der Finanzierung der Sozialversicherung, in: Tomandl (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Probleme des Sozialversicherungsrechts (1989) 97 (100 f.).
- <sup>49</sup> §§ 447 a – 447 e ASVG.
- <sup>50</sup> Gewisse Umverteilungseffekte hat auch der beim Hauptverband eingerichtete Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, an den alle Sozialversicherungsträger nach einem gesetzlich festgesetzten Schlüssel Beiträge zu zahlen haben, die sich teilweise am Beitragsaufkommen der Versicherungsträger orientieren – siehe § 447 f ASVG.
- <sup>51</sup> Siehe Schäffer (Fn. 48) 27.
- <sup>52</sup> Vgl. VfSlg. 4714/1964: „Die Sozialversicherung wird von dem Grundgedanken getragen, dass die Angehörigen eines Berufsstandes eine Risikogemeinschaft bilden ...“

- <sup>53</sup> Durch die 32. ASVG-Novelle, BGBl 1976/704.
- <sup>54</sup> Durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2000, BGBl I 2000/92.
- <sup>55</sup> VfSlg. 14.598/1996.
- <sup>56</sup> 254 BlgNR, 21. GP, 7 f.
- <sup>57</sup> Siehe oben 5. a. aa.
- <sup>58</sup> Vgl. §§ 447 c Abs. 4 und 447 e Abs. 8 ASVG, denen zufolge die Entscheidung über Zuwendungen und Zweckzuschüsse aus dem Ausgleichsfonds der Geschäftsführung mit Zustimmung des Verwaltungsrates des Hauptverbandes obliegt.
- <sup>59</sup> Anders dagegen die Rechtsprechung in Deutschland: siehe Axer (Fn. 32) 244 ff. m. w. N.
- <sup>60</sup> Siehe zuvor bei Fn. 26.
- <sup>61</sup> Siehe VfSlg. 10.451/1985.
- <sup>62</sup> Siehe VfGH 13. 12. 2001, G 300/01.
- <sup>63</sup> Vgl. Öhlinger (Fn. 29) Rz. 868 ff.
- <sup>64</sup> Siehe Öhlinger (Fn. 29) Rz. 716.
- <sup>65</sup> Siehe Korinek (Fn. 31) 496 f.; Günther (Fn. 45) 185 f.
- <sup>66</sup> So VfSlg. 11.013/1986.

## **Beitragsbemessung und Finanzausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung**

*Prof. Dr. Peter Axer, Universität Siegen*

Grundsätzliche Vorgaben der Verfassung und ihre Ausformung in den bisherigen Gesetzen

Hohe und unterschiedliche Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind ein Politikum ersten Ranges. Sie prägen die gesundheitspolitische Diskussion, geben ihr Tempo und Richtung vor und bilden den – letztlich wohl entscheidenden – Maßstab für die Beurteilung von Reformvorschlägen. Die im Laufe des Jahres 2001 angesichts eines Milliardendefizits absehbaren kräftigen Beitragserhöhungen<sup>1</sup> lösten auf politischer Ebene hektische Aktivitäten aus, bescherten der Bundesgesundheitsministerin Dauerpräsenz in den Medien und führten zu einem bunten Blumenstrauß oftmals allerdings schon bekannter Vorschläge zur Beitragssenkung<sup>2</sup>. Beitragssenkung ist das Ziel aller Gesundheitspolitik, doch konnte es bisher nicht verwirklicht werden. Der Beitragssatz in der Gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 1990 12,3 % über 13,6 % im Jahre 1998 auf 14 % zu Beginn des Jahres 2002<sup>3</sup>. Prognosen erwarten, sofern durchgreifende Gegenmaßnahmen ausbleiben, eine Beitragssatzsteigerung auf 17,5 % im Jahre 2010 und auf 27,9 % im Jahre 2030<sup>4</sup>.

Die genannten Beitragssätze sind Durchschnittswerte. Zwischen den einzelnen Krankenkassen bestehen Unterschiede im Beitragssatz, den jede Krankenkasse autonom in ihrer Satzung festsetzt<sup>5</sup> und dessen Höhe sich von Gesetzes wegen dem Gebot der Globaläquivalenz<sup>6</sup> folgend nach Einnahmen und Ausgaben bemisst<sup>7</sup>. So liegt der Beitragssatz der AOK Berlin knapp unter der 15 %-Marke bei 14,9 %<sup>8</sup>, während einige Betriebskrankenkassen (noch) einen Beitrag zwischen 12,4 % und 12,7 % erheben<sup>9</sup>. Schon geringe Beitragssatzdifferenzen wirken sich spürbar auf die Höhe des von Versicherten und Arbeitgebern grundsätzlich hälftig<sup>10</sup> zu tragenden Beitrags aus<sup>11</sup>, sodass es nicht überrascht, wenn Versicherte ihre Krankenkasse wechseln und die Mitgliederzahl der billigeren Betriebskrankenkassen seit 1996 um über 60 % stieg<sup>12</sup>.

Eine Ursache für die Beitragssatzdiskrepanz liegt in den unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Krankenkassen und daraus resultierenden unterschiedlichen Einnahmen und Ausgaben. Mitglieder der billigeren Betriebskrankenkassen sind vielfach junge, gut verdienende und in der Regel gesunde Menschen, die unterdurchschnittlich Versicherungsleistungen in Anspruch nehmen. Dagegen leiden die regelmäßig teureren Allgemeinen Ortskrankenkassen unter einer ungünstigen Versichertenstruktur, weil sie überproportional Versicherte mit wenig Einkommen sowie alte und kranke Mitglieder in ihren Reihen zählen. Diese Entwicklung wird verstärkt durch die seit Mitte der Neunzigerjahre bestehende Möglichkeit, Krankenkassen weithin ohne größere Schwierigkeiten wechseln zu können<sup>13</sup>. Praktiziert wird der Kassenwechsel vor allem von jüngeren, mobilen Versicherten, sodass die Betriebskrankenkassen immer „jünger“ werden und teurere Krankenkassen zu überaltern drohen<sup>14</sup>.

Der Kassenwechsel gerade jüngerer Versicherte schien Anfang 2001 so dramatische Dimensionen angenommen zu haben, dass die Bundesregierung sich veranlasst sah, in verfassungsrechtlich fragwürdiger Weise den gesetzlichen Termin zur Ausübung des Kassenwahlrechts für Pflichtversicherte – überspitzt formuliert: durch Pressemitteilungen<sup>15</sup> – 4 Monate vorzuverlegen auf den 9. 5., den Tag nach dem Kabinettsbeschluss<sup>16</sup> – d. h. noch nicht einmal nach dem Bundestagsbeschluss!<sup>17</sup> – über das „Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte“. Das Gesetz selbst wurde am 2. 8. 2001 im Bundesgesetzblatt verkündet<sup>18</sup>. Dort findet sich erst die gesetzliche Regelung, dass eine nach dem 9. 5. 2001 erklärte Kündigung auf Grund der bis dahin gültigen Vorschrift<sup>19</sup>, die eine Kündigung bis zum 30. 9. zuließ, unwirksam ist<sup>20</sup>. Bis zum Inkrafttreten des Neuordnungsgesetzes ermöglichte das Sozialgesetzbuch somit eine Kündigung bis Ende September, trotzdem galt seit dem 9. 5. 2001 eine nach dem Gesetz zulässige Kündigung als unzulässig. Das geschriebene Gesetz wird bei einem solchen Vorgehen zur Makulatur; das gesetzliche Wort gilt nicht mehr.

Zum Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen erweiterte der Gesetzgeber durch das Gesundheitsstrukturgesetz den bereits bestehenden kasseninternen Finanzausgleich<sup>21</sup> und installierte darüber hinaus einen kassenartübergreifenden<sup>22</sup> Risikostrukturausgleich, der im Wesentlichen 1994 in Kraft trat<sup>23</sup>. Mit dem Risikostrukturausgleich werden von Gesetzes wegen die finanziellen Auswirkungen von Unterschieden in der Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder<sup>24</sup>, der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen, der Alters- und Geschlechtsstruktur<sup>25</sup> sowie der Zahl der Bezieher von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit<sup>26</sup> ausgeglichen. Weiterhin nennt die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung<sup>27</sup> als Kriterium zur Bildung von Versichertengruppen die Art des Krankengeldanspruchs<sup>28</sup>. Andere Faktoren, etwa regional verschiedene Versorgungsangebote, ein regional höheres Preisniveau oder die Verwaltungskosten einer Krankenkasse, sind in den Finanzausgleich nicht einbezogen. Durch das am 1. 1. 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs<sup>29</sup> werden in Zukunft für die Berechnung des Ausgleichs die Versorgung chronisch Kranker sowie die unterschiedliche Morbidität der Versicherten stärker berücksichtigt und zu den maßgebenden Kriterien<sup>30</sup>.

## I. Der Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich ist Produkt des historisch gewachsenen, gegliederten Systems von Versicherungsträgern<sup>31</sup>. Gäbe es anstelle einer trotz eines jahrelangen Konzentrationsprozesses noch immer vorhandenen Vielzahl von Orts-, Betriebs-, Ersatz- oder Innungskrankenkassen<sup>32</sup> nur eine Einheitskasse<sup>33</sup>, bedürfte es keines Risikostrukturausgleichs, weil nur eine Versichertengruppe mit einer einheitlichen Risikostruktur existierte. So aber bestehen über 400 unterschiedliche Versichertengemeinschaften mit differierenden Risikostrukturen, auf deren Zusammensetzung die Krankenkassen nur bedingt Einfluss nehmen können. Krankenkassen können ihre Mitglieder grundsätzlich nicht selbst auswählen oder höhere Beiträge für kranke Versicherte festlegen, weil sich die Beitragshöhe einkommens- und nicht risikoabhängig bestimmt<sup>34</sup>. Von einzelnen Ausnahmen abgesehen<sup>35</sup>, sind sie gesetzlich zur Aufnahme jeder Person verpflichtet<sup>36</sup>, die Versicherungsschutz beantragt und die die allgemeinen krankenversicherungsrechtlichen Mitgliedschaftsvoraussetzungen erfüllt<sup>37</sup>. Mitgliedschaftsanträge alter, gebrechlicher Personen, deren Krankheiten hohe Kosten verursachen, können sie nicht ablehnen. Der gesetzliche Kontrahierungszwang schließt eine Risikoselektion und eine Bildung „guter“ Versichertengruppen aus, auch wenn in der Praxis durch gezielte Werbung oder Einführung bestimmter Organisationsstrukturen, etwa die Abwicklung der Versichertenkontakte über Internet und Telefon statt eines verzweigten Geschäftsstellennetzes, die Bildung günstiger Risikostrukturen durch Gewinnung junger und mobiler Mitglieder versucht und erreicht werden kann.

Auf Grund der unterschiedlichen Risikostrukturen und der damit verbundenen Kosten bestand 1993 eine Beitragssatzdifferenz zwischen der billigsten und der teuersten Krankenkasse von 8,3 %<sup>38</sup>. In einem Beschluss aus dem Jahre 1994 billigt das Bundesverfassungsgericht unterschiedliche Beitragssätze zwischen den Kassen dem Grunde nach. Doch bezeichnet es „erhebliche Unterschiede“ als „an sich bedenklich“, ohne allerdings den Prozentsatz zu benennen, ab dem Verfassungswidrigkeit gegeben ist<sup>39</sup>. Je stärker sich die Leistungen der Krankenkassen angleichen, desto mehr sei der Gesetzgeber verpflichtet, Unterschiede in den Beitragssätzen zu verringern. Beitragssatzdifferenzen, die ein „unangemessenes Ausmaß“ erreichen<sup>40</sup>, ließen sich jedenfalls solange nicht rechtfertigen, als sich der Versicherte der ungleichen Belastung nicht durch Wahl einer anderen Krankenkasse entziehen könne<sup>41</sup>. Im konkreten Fall verneint das Gericht einen Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, „weil dem Gesetzgeber genügend Zeit für eine Korrektur eingeräumt werden muss und er hinreichende Schritte unternommen hat, um die Unterschiede zu verringern“<sup>42</sup>. In diesem Zusammenhang weist das Gericht auf den Risikostrukturausgleich als einen Schritt zur Verringerung von Beitragssatzunterschieden hin. Damit wird der Risikostrukturausgleich nicht von Verfassungs wegen gefordert, weil auch andere Mittel in Betracht kommen, doch sind nach Auffassung des Gerichts aus Gründen des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes Maßnahmen geboten, um ein übermäßiges Auseinanderlaufen der Beitragssätze zu verhindern. Der Risikostrukturausgleich ist eine Möglichkeit, dieses Ziel zu erreichen.

## 1. Zielsetzung und Folgen des Risikostrukturausgleichs

Mit der Einführung des obligatorischen<sup>43</sup> und bundesweiten Risikostrukturausgleichs durch das Gesundheitsstrukturgesetz beabsichtigt der Gesetzgeber, eine gerechtere Beitragsbelastung der Versicherten zu erreichen und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassen abzubauen<sup>44</sup>. Seine Errichtung steht im Kontext mit anderen Maßnahmen, insbesondere der Neuregelung der Kassenwahlrechte, die ebenfalls dem Ziel dienen, den Wettbewerb unter den Krankenkassen zu fördern und eine so genannte „solidarische Wettbewerbsordnung“<sup>45</sup> zum Zwecke der Kostendämpfung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren<sup>46</sup>. Durch Ausgleich nicht beeinflussbarer Risiken in der Mitgliederstruktur soll der Risikostrukturausgleich die Finanzkraft der Krankenkassen ihrem Bedarf angleichen, um bei (weitgehend) freier Kassenwahl gleiche Wettbewerbschancen herzustellen. Der Risikostrukturausgleich ist in den Augen des Gesetzgebers „ein zentrales Element der Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, durch den eine solidarische Risikobelastung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung herbeigeführt und die Erlangung von Wettbewerbsvorteilen durch die Selektion günstiger Risiken ausgeschlossen werden soll“<sup>47</sup>.

Der Risikostrukturausgleich führt zu einer gewaltigen Verschiebung und Umverteilung von Geldern zwischen den Krankenkassen. Das Transfervolumen betrug im Jahre 1999 11,5 Mrd. EUR<sup>48</sup>; für 2001 wird die Summe von 13,2 Mrd. EUR genannt<sup>49</sup>. Damit übersteigt der Transfer die Summe der Gelder, die über den umstrittenen<sup>50</sup> horizontalen Länderfinanzausgleich<sup>51</sup> zwischen den reicheren und ärmeren Bundesländern im Jahr bewegt werden<sup>52</sup>. Zu den in den Risikostrukturausgleich im Jahr 1999 einzahlenden Krankenkassen gehörten die Innungskrankenkassen (1,02 Mrd. EUR), die Betriebskrankenkassen (2,58 Mrd. EUR), die Arbeiterersatzkassen (0,93 Mrd. EUR) und die Angestelltenersatzkassen (7,02 Mrd. EUR). Empfänger waren die Seekrankenkasse mit 4,6 Mio. EUR, die Bundesknappschaft mit 1,49 Mrd. EUR und vor allem die Ortskrankenkassen mit 10,09 Mrd. EUR<sup>53</sup>. Diese Zahlen beziehen sich auf Krankenkassenarten. Der Risikostrukturausgleich betrifft aber einzelne Krankenkassen, sodass auch einzelne Betriebs- oder Innungskrankenkassen zu den Empfängerkassen zählen. Auf der anderen Seite kann der Risikostrukturausgleich dazu führen, dass einzelne Geberkassen bis zur Hälfte ihrer Beitragseinnahmen in den Risikostrukturausgleich einzahlen<sup>54</sup>.

Rechnet man die Transfersummen zwischen den Krankenkassenarten in Beitragssatzpunkte um, bedeutet dies für das Jahr 1999, dass die Innungskrankenkassen eine Beitragssatzbelastung von 1,8 Punkten, die Betriebskrankenkassen von 1,85 Punkten, die Arbeiterersatzkassen von 3,71 Punkten und die Angestelltenersatzkassen von 1,94 Punkten zu tragen hatten. Auf der anderen Seite betrug die Beitragssatzentlastung für die Seekrankenkasse 0,43 Punkte, für die Bundesknappschaft 8,33 Punkte und für die Ortskrankenkassen 3,15 Beitragssatzpunkte<sup>55</sup>. Insgesamt bewirkte der Risikostrukturausgleich eine Beitragssatzangleichung mit der Folge, dass sich die Beitragssatzspanne von 8,8 Punkten Mitte 1994 auf 5,9 Beitragssatzpunkte im Jahr 2000 verringerte<sup>56</sup>, allerdings lässt sich seither wieder ein Anstieg beobachten<sup>57</sup>. Zugleich ist der Anteil der Krankenkassenmitglieder, die Beiträge innerhalb einer Bandbreite von +0,5/-0,5 Beitragssatzpunkten um den Durchschnittsbeitragssatz zahlen von ca. 51 % auf 79 % angewachsen<sup>58</sup>. Doch auch hier zeigt sich seit dem Jahr 2000 wieder eine gegenläufige Entwicklung<sup>59</sup>.

## a) Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs

Die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung einer Krankenkasse wird ermittelt durch Vergleich ihres Beitragsbedarfs mit ihrer Finanzkraft<sup>60</sup>. Je größer der Beitragsbedarf und je geringer die Finanzkraft, desto höher sind die Transfers aus dem Risikostrukturausgleich. Die Finanzkraft wird wesentlich von den tatsächlichen Beitragseinnahmen bestimmt. Sie ist Produkt der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder einer Krankenkasse multipliziert mit dem Ausgleichsbedarfssatz<sup>61</sup>. Der in Hundertstel festzusetzende Ausgleichsbedarfssatz entspricht dem Verhältnis der Beitragsbedarfssumme aller Krankenkassen zur Summe der beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder<sup>62</sup>. Er stellt den Beitragssatz dar, der bundesweit erforderlich wäre, um aus den beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder sämtlicher Krankenkassen die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben zu decken<sup>63</sup>.

Der Finanzkraft steht ausgabenseitig der Beitragsbedarf gegenüber. Der Beitragsbedarf ist die Summe der standardisierten Leistungsausgaben einer Krankenkasse<sup>64</sup>. Im Gegensatz zur Berechnung der Finanzkraft, die auf der Grundlage ihrer tatsächlichen Einnahmen erfolgt, geht das Gesetz nicht von den tatsächlichen Ausgaben aus, sondern von einem bundeseinheitlichen Leistungsbedarf je Versicherten. Die Standardisierung der Leistungsausgaben erfolgt auf der Grundlage von Versicherten-, Einnahmen- und Ausgabendaten<sup>65</sup>, die regelmäßig von den Krankenkassen erhoben werden, für jede der in § 267 Abs. 2 SGB V genannten Versicherten- und Gruppen getrennt. Da der Beitragsbedarf die Summe der standardisierten Leistungsausgaben je Versicherten ist, ergibt sich der Bedarf aus einer Multiplikation der Zahl der Versicherten mit den für die jeweilige Versichertengruppe ermittelten standardisierten Leistungsausgaben.

Den Risikostrukturausgleich führt das Bundesversicherungsamt durch<sup>66</sup>. Grundlage dafür bildet neben den gesetzlichen Bestimmungen die vom Bundesgesundheitsministerium auf Grund gesetzlicher Ermächtigung erlassene Risikostrukturausgleichsverordnung. Das Bundesversicherungsamt ermittelt die für die Berechnung der Ausgleichsansprüche und Ausgleichsverpflichtungen erforderlichen Rechenwerte auf der Grundlage der von den Krankenkassen selbst erhobenen und von den Spitzenverbänden weitergeleiteten Daten<sup>67</sup>. Den Spitzenverbänden der Krankenkassen kommen bei der Datenweiterleitung Prüfungskompetenzen zu<sup>68</sup>, und durch Vereinbarung können sie unter anderem das Stichprobenverfahren zur Datenerhebung regeln<sup>69</sup>. Die auf Grund der gewonnenen Daten ermittelten Werte teilt das Bundesversicherungsamt den Spitzenverbänden sowie der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte mit<sup>70</sup>. Für die von den Krankenkassen monatlich zu leistenden Ausgleichszahlungen stellt das Bundesversicherungsamt im Voraus für ein Jahr die standardisierten Leistungsausgaben und den Ausgleichsbedarfssatz vorläufig fest<sup>71</sup>. Auf dieser Grundlage erfolgen die Zahlungen der Krankenkassen als Abschlagszahlungen<sup>72</sup>; bei Zahlungsverzug sind Säumniszuschläge möglich<sup>73</sup>. Nach Festsetzung des Beitragsbedarfs und der Finanzkraft sind die Abschlagszahlungen mit den endgültig für das laufende Geschäftsjahr zu leistenden Zahlungen im Jahresausgleich zu verrechnen<sup>74</sup>. Sachliche und rechnerische Fehler in den Berechnungsgrundlagen sind im nächsten Ausgleichsverfahren zu berücksichtigen<sup>75</sup>.



## b) Der Risikostrukturausgleich im Bundesgebiet

Der Risikostrukturausgleich war bis Ende 1998 grundsätzlich für die alten und neuen Bundesländer<sup>76</sup> getrennt durchzuführen<sup>77</sup>, um den unterschiedlichen wirtschaftlichen Verhältnissen und den daraus resultierenden Folgen für die Finanzierung der Krankenkassen Rechnung zu tragen. Auf Grund der prekären Finanzlage zahlreicher Krankenkassen in den neuen Ländern<sup>78</sup> hob der Gesetzgeber die vollständige Trennung auf<sup>79</sup>. In den Jahren 1999 und 2000 wurden die Verhältniswerte und die standardisierten Leistungsausgaben weiterhin getrennt ermittelt, während die Beitragsbedarfssumme und die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen sowie der Ausgleichsbedarfssatz bundesweit festgestellt wurden, sodass allein die Finanzkraftunterschiede zwischen Ost und West rechtskreisübergreifende Berücksichtigung erfuhren. Um die nach dieser Berechnung erforderlichen Transfers der Krankenkassen der alten Bundesländer in den Osten zu begrenzen, beschränkte der Gesetzgeber für 1999 die maximale Ausgleichssumme auf 0,61 Mrd. EUR<sup>80</sup>.

Vom Jahr 2001 an soll die getrennte Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben und Verhältniswerte stufenweise abgebaut werden<sup>81</sup>, sodass bis zum Jahr 2007 die Unterschiede beseitigt und alle Leistungsausgaben einheitlich in einen gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich einbezogen werden<sup>82</sup>. Nach der Begründung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages wird die einheitliche Ermittlung der Werte zur Folge haben, dass die Krankenkassen in den neuen Ländern einen höheren Beitragsbedarf als bisher geltend machen können, während sich umgekehrt der Beitragsbedarf der Krankenkassen in den alten Bundesländern reduziert, weil die bundesdurchschnittlich standardisierten Leistungsausgaben die standardisierten Leistungsausgaben in den alten Ländern unterschreiten<sup>83</sup>. Im Ergebnis führt das komplizierte System des stufenweisen Abbaus getrennter Ausgleichs zu hohen Transfers der Krankenkassen in den alten Bundesländern zugunsten der Krankenkassen in den neuen Ländern. Die Krankenkassen in den neuen Ländern werden begünstigt, weil sie zum einen bei der Ausgleichsberechnung höhere, über dem tatsächlichen Beitragsbedarf liegende Beiträge ansetzen können, zum anderen bleiben für die Berechnung der Finanzkraft die realen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder entscheidend<sup>84</sup>. Würde der Abbau nicht stufenweise erfolgen, sondern durch Einführung eines vollständigen gesamtdeutschen, rechtskreisübergreifenden Risikostrukturausgleichs bereits im Jahre 2000, gehen Schätzungen davon aus, dass dies einen Transfer von 2,6 Mrd. EUR erfordern würde<sup>85</sup>. Nach einer Modellrechnung des Bundesversicherungsamtes löst der stufenweise Abbau im ersten Jahr aber immer noch einen Transfer von 1,2 Mrd. EUR aus<sup>86</sup>.

## 2. Die Fortentwicklung des Risikostrukturausgleichs

Der seit 1994 bestehende Risikostrukturausgleich berücksichtigt Morbiditätsunterschiede der Versicherten nur beschränkt<sup>87</sup> und setzte für Krankenkassen keine Anreize, sich um eine Verbesserung der Versorgung insbesondere chronisch Kranker zu bemühen. Im Gegenteil: Gezielte Programme für chronisch Kranke waren für Krankenkassen unattraktiv, weil sie höhere Kosten verursachende chronisch Kranke anderer Kassen zum Wechsel animieren konnten, während der Risikostrukturausgleich nur standardisiert Leistungsausgaben einbezog. Diese, durch Gutachten belegten Mängel<sup>88</sup> sowie das seit dem Jahre 2000 wieder feststellbare Auseinanderlaufen der Beitragssätze zwischen billigeren und teureren Krankenkassen auf Grund verstärkten Kassenwechsels, veranlassten den Gesetzgeber zu einer grundlegenden Reform des Risikostrukturausgleichs, um „Fehlentwicklungen“<sup>89</sup> abzubauen<sup>90</sup>.

Überlegt wurde in diesem Kontext unter anderem, als Sofortmaßnahme bis Ende 2004 einen Mindestbeitragssatz von 12,5 % für Krankenkassen gesetzlich festzuschreiben. Insoweit erzielte Mehreinnahmen, die insbesondere bei den billigeren Betriebskrankenkassen zu erwarten waren, sollten vorrangig zum Aufbau von Programmen zur Behandlung chronisch Kranker verwendet werden. Auf Druck der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen<sup>91</sup> wurde die ordnungspolitisch bedenkliche und in ihrer praktischen Wirkung zweifelhafte<sup>92</sup> Idee eines Mindestbeitragssatzes jedoch nicht in den Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs aufgenommen. Nach kontroversen Debatten trat das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. 1. 2002 in Kraft<sup>93</sup>.

Der Gesetzgeber sieht kurz- und mittelfristige Maßnahmen zur Reform des Risikostrukturausgleichs vor. Kurzfristig soll der Belastungsausgleich zwischen den Kassen verbessert und die Versorgung insbesondere chronisch Kranker gefördert werden. Dazu wird die Entwicklung und Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme für bestimmte chronische Erkrankungen finanziell honoriert, indem die Ausgaben für chronisch Kranke, die sich in entsprechend zugelassenen, qualitätsgesicherten Disease-Management-Programmen freiwillig einschreiben, besondere Berücksichtigung erfahren<sup>94</sup>. Zudem wird vom 1. 1. 2002 an ein Risikopool zur solidarischen Lastenverteilung weit überdurchschnittlich hoher Leistungsausgaben eingeführt<sup>95</sup>, dessen Ziel es ist, Aufwendungen für kostenintensive Leistungen zumindest teilweise solidarisch zu finanzieren<sup>96</sup>. Mittelfristig soll schließlich bis zum 1. 1. 2007 ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich errichtet<sup>97</sup> und zeitgleich der Risikopool in einen Hochrisikopool überführt werden, über den nur noch die Aufwendungen für extrem teure Fälle solidarisch ausgeglichen werden<sup>98</sup>.

### a) Disease-Management-Programme

Als Disease-Management wird eine medizinische Versorgungsform bezeichnet, durch die „u. a. die Prävention und Behandlung einer Krankheit verbessert und die durch diese Krankheit bedingten Beeinträchtigungen reduziert werden können. Damit verbindet sich auch das Ziel, die zur Verfügung stehenden Ressourcen im Sinne einer hochwertigen und in angemessenem Kosten-Nutzen-Verhältnis stehenden medizinischen Versorgung möglichst effektiv einzusetzen.“<sup>99</sup> Disease-Management erfordert „verbindliche und aufeinander abgestimmte Behandlungs- und Betreuungsprozesse über Krankheitsverläufe und institutionelle Grenzen hinweg, die auf der Grundlage medizinischer Evidenz festgelegt werden“<sup>100</sup>.

Eine zentrale Rolle bei der Entwicklung der Disease-Management-Programme kommt dem Koordinierungsausschuss zu. Nach § 137 e SGB V gründen die Spitzenorganisationen, die die Bundesausschüsse für Ärzte bzw. Zahnärzte und Krankenkassen sowie den Ausschuss Krankenhaus bilden, als Arbeitsgemeinschaft einen Koordinierungsausschuss<sup>101</sup>. Der Koordinierungsausschuss als Institution der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen<sup>102</sup> hat nach den Vorstellungen des Gesetzgebers die Funktion einer zentralen Steuerungsinanz zur Absicherung einer „sektorenübergreifenden Verzahnung und einer einheitlichen Methodik bei der Sichtung und Aufbereitung des wissenschaftlichen Datenmaterials für die Bewertung der Wirksamkeit sowie der Kosten medizinischer Verfahren und Technologien“<sup>103</sup>. Durch „Empfehlungen“<sup>104</sup> soll der Koordinierungsausschuss die Arbeit der Bundesausschüsse und des Ausschusses Krankenhaus „aufeinander abstimmen“<sup>105</sup> sowie widerspruchsfreie Entscheidungen im ambulanten und stationären Bereich gewährleisten<sup>106</sup>. Zudem hat der Koordinierungsausschuss Beschlüsse über Kriterien für eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Leistungserbringung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung zu fassen<sup>107</sup>. Die Kriterien sollen vom Koordinierungsausschuss „insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien“ für eine auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr erarbeitet werden, bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann<sup>108</sup>.

Der Koordinierungsausschuss<sup>109</sup> hat dem Bundesgesundheitsministerium zur Abgrenzung der Versichertengruppen im Risikostrukturausgleich bis zum 28. 1. 2002 zunächst 7, mindestens jedoch 4 geeignete chronische Krankheiten zu empfehlen, für die Disease-Management-Programme entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern<sup>110</sup>. Insbesondere sind bei der Auswahl der Krankheiten zu berücksichtigen: die Zahl der betroffenen Versicherten, die Möglichkeit zur Qualitätsverbesserung, die Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien<sup>111</sup>, der sektorenübergreifende Behandlungsbedarf, die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und der hohe finanzielle Behandlungsaufwand<sup>112</sup>. Als Beispiele für in Betracht kommende Krankheiten werden genannt: Diabetes Mellitus, Asthma, Bluthochdruck und Schlaganfall<sup>113</sup>. Auf Grund der Empfehlun-

gen gibt das Bundesgesundheitsministerium bekannt<sup>114</sup>, für welche chronischen Krankheiten wiederum vom Koordinierungsausschuss Anforderungen an die Ausgestaltung der Disease-Management-Programme zu entwickeln sind<sup>115</sup>.

Die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses über die Anforderungen setzt das Bundesgesundheitsministerium nach Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und einzelner Verbände von Leistungserbringern in eine Rechtsverordnung um<sup>116</sup>. Nach der Gesetzesbegründung ist der Verordnungsgeber an die Empfehlungen des Koordinierungsausschusses nicht gebunden<sup>117</sup>. Doch sind die Empfehlungen damit keine unbeachtlichen Vorbereitungshandlungen, vergleichbar einem bloßen Selbstgespräch des Koordinierungsausschusses. Vielmehr sind sie Grundlage für die Entscheidung des Ministeriums. Zwar kann das Ministerium von den Empfehlungen abweichen, doch steht es insoweit unter einem Begründungs- und Rechtfertigungszwang, wenn und weil es von den durch ein Sachverständigen-gremium abgegebenen Empfehlungen abweicht<sup>118</sup>.

Die freiwillige<sup>119</sup> Einschreibung in die vom Bundesversicherungsamt zuzulassenden<sup>120</sup> und extern zu evaluierenden<sup>121</sup> Disease-Management-Programme wirkt sich auf die Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen der Krankenkassen im Risikostrukturausgleich aus. Für die eingeschriebenen Mitglieder – prognostiziert wird, dass sich etwa 2,5 % aller Versicherten einschreiben<sup>122</sup> – können die Krankenkassen erhöhte standardisierte Leistungsausgaben geltend machen, weil alle in Disease-Management-Programme eingeschriebenen Versicherten je Krankheit eine eigene Versichertengruppe bilden<sup>123</sup>. Krankenkassen, die entsprechende Programme auflegen und daher von chronisch Kranken gewählt werden, sollen über die gesonderte Berücksichtigung im Risikostrukturausgleich keine Wettbewerbsnachteile mehr erfahren. Das Nähere über die Anforderungen an die Zulassung der Programme, die verfahrensmäßige Durchführung sowie den Umgang mit den für die Berechnung erforderlichen personenbezogenen Daten hat das Bundesgesundheitsministerium in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung zu regeln<sup>124</sup>. In welchem Umfang das Transfervolumen durch die Disease-Management-Programme steigen wird, gilt als noch nicht exakt abschätzbar, doch könnte es sich stark vergrößern, weil die 7 häufigsten Krankheiten 2/3 aller Kosten der Gesetzlichen Krankenversicherung verursachen<sup>125</sup>.

### b) Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich

Ein weiteres Kernelement der Reform ist die Überführung des Risikostrukturausgleichs in einen Morbiditätsausgleich. Bis spätestens zum 1. 1. 2007 soll „die Bildung von Versichertengruppen auf der Grundlage eines Verfahrens zur direkten Erfassung von Morbiditätsunterschieden und damit verbundenen Unterschieden in den Aufwendungen der Krankenkassen erfolgen“<sup>126</sup>. Die Versichertengruppen und die Gewichtungsfaktoren sind nach Klassifikationsmerkmalen zu bilden, die zugleich die Morbidität der Versicherten unmittelbar berücksichtigen, sich an der Höhe der durchschnittlichen krankheitsspezifischen Leistungsausgaben der zugeordneten Versicherten orientieren, Anreize zur Risikoselektion verringern, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung fördern sowie schließlich praktikabel und kontrollierbar sind<sup>127</sup>.

Da zur Zeit in der Bundesrepublik keine praktischen Erfahrungen mit der Bildung morbiditätsbezogener Versichertengruppen und Gewichtungsfaktoren existieren, ist für die verfahrensmäßige Umsetzung ein längerer Zeitraum vorgesehen. Zur Vorbereitung des Risikostrukturausgleichs haben die Krankenkassen die notwendigen Datengrundlagen in den Jahren 2001 und 2002 durch Stichprobenerhebung zu schaffen<sup>128</sup>. Die Stichprobenerhebung hat getrennt nach Versichertengruppen je Versicherten die Versichertentage und die Leistungsausgaben in den Bereichen Krankenhaus, stationäre Anschlussrehabilitation, Arzneimittel, Krankengeld, vertragsärztliche Versorgung, Leistungen sonstiger Leistungserbringer sowie sonstiger Leistungen mit Ausnahme der in § 266 Abs. 4 Satz 1 SGB V genannten zu ermitteln. Zudem soll das Bundesgesundheitsministerium eine bis zum 31. 12. 2003 abgeschlossene wissenschaftliche Untersuchung über die Auswahl geeigneter Gruppenbildungen, Gewichtungsfaktoren und Klassifikationsmerkmale in Auftrag geben<sup>129</sup>. Daraufhin hat das Bundesgesundheitsministerium bis zum 30. 6. 2004 durch Rechtsverordnung unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen<sup>130</sup> das Nähere zur Durchführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu regeln<sup>131</sup>. In der Verordnung ist ebenso zu bestimmen, welche der bisherigen Kriterien zur Bestimmung der Versichertengruppen weiter gelten<sup>132</sup>.

Die Umstellung des Risikostrukturausgleichs erfordert die Erhebung vieler und, weil auf die Morbidität der Versicherten abgestellt wird, höchstpersönlicher Daten. Da die Versichertengruppen anhand direkter Morbiditätskriterien gebildet werden, verlangt die Zuordnung der Ausgaben zur jeweiligen Versichertengruppe, dass sie zu den ebenfalls zu übermittelnden Morbiditätsmerkmalen der Versicherten in Beziehung gesetzt werden können. Der verfassungsrechtlich vom Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung geforderte Sozialdatenschutz<sup>133</sup> erfolgt dadurch, dass die von den Krankenkassen erhobenen Daten nur pseudonymisiert, d. h. ohne Bezug zu den persönlichen Daten des Versicherten, an das Bundesversicherungsamt<sup>134</sup> übermittelt werden<sup>135</sup>. Der Schlüssel für die Herstellung des Pseudonyms ist vom Beauftragten für den Datenschutz der Krankenkasse aufzubewahren.

### 3. Die Kritik am Risikostrukturausgleich

Angesichts der hohen Milliardenbeträge, die der Risikostrukturausgleich bewegt und umverteilt, sowie der einschneidenden Änderungen, die aus dem Reformgesetz vor allem durch das Disease-Management folgen, überrascht es nicht, dass der Begriff „Risikostrukturausgleich“ zum „Reizwort“<sup>136</sup> geworden ist und seine Durchführung auf harsche Kritik stößt. Während er für die Befürworter ein zentrales und wichtiges Instrument gegen eine „Risikoentmischung“ und für eine „solidarische Wettbewerbsordnung“ zur Ermöglichung eines fairen Wettbewerbs darstellt<sup>137</sup>, halten die Kritiker den Zwangsausgleich für wettbewerbsverzerrend<sup>138</sup> und geißeln ihn als marktwidrige Intervention oder als „ordnungspolitischen Verschiebephof“<sup>139</sup>.

Der bürokratisch aufgeladene und in seiner Durchführung hochkomplizierte Risikostrukturausgleich gibt nach Ansicht seiner Kritiker keine Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten gerade der teureren Krankenkassen, wohingegen er sparsame und daher billigere Krankenkassen bestrafe. Die erhoffte Reduktion der Verwaltungskosten sei überdies nicht eingetreten, vielmehr sei das Gegenteil der Fall<sup>140</sup>. Mit dem Risikostrukturausgleich verliere die Gesetzliche Krankenversicherung au-

ßerdem den Charakter einer „Versicherung“, weil die soziale Umverteilung und der Solidarausgleich auf Kosten des Versicherungsprinzips<sup>141</sup> immer stärker in den Vordergrund rückten und es verdrängten<sup>142</sup>. Schließlich berge der Risikostrukturausgleich die Gefahr des Missbrauchs in sich und drohe „sehr manipulationsanfällig“ zu werden<sup>143</sup>. Gerade im Hinblick auf die Einschreibung in Disease-Management-Programme wird befürchtet, dass Kassen Druck auf Versicherte ausüben, sich einzuschreiben, unerlaubte Anreize in Form von Bonuszahlungen gewähren oder „quick-and-dirty-Programme“ auflegen<sup>144</sup>, um möglichst große finanzielle Vorteile im Risikostrukturausgleich zu erzielen. Anstelle einer optimalen Versorgung chronisch Kranker stünde auf Grund der Verknüpfung von Disease-Management und Risikostrukturausgleich letztlich allein die Kostenreduktion im Mittelpunkt<sup>145</sup>.

Probleme bereitet zudem die Datengewinnung und Datenverarbeitung zur Berechnung der Ausgleichsansprüche und -pflichten<sup>146</sup>. Die Datendefizite dürften sich zukünftig bei einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf Grund noch aufwändiger und komplizierter zu ermittelnder, weitaus größerer Datenmengen erhöhen. Schon in der Vergangenheit hat es – wie der Präsident des Bundesversicherungsamtes Daubenbüchel formuliert –, „erhebliche Verwerfungen“ bei der Datenerhebung gegeben<sup>147</sup>. So seien zwischen 600 000 und 700 000 beitragsfreie Familienangehörige zu Unrecht in den Kassenstatistiken geführt worden, was vom Bundesversicherungsamt aber umgehend korrigiert worden sei<sup>148</sup>. Korrekturen für die Vergangenheit führen allerdings bei den Krankenkassen zu erheblichen Unsicherheiten in der Haushaltsplanung und können finanzielle Engpässe hervorrufen. Da überdies die finanziellen Folgen aus den Änderungen des Risikostrukturausgleichs durch das Reformgesetz nur schwer abschätzbar sind, wird sich die Planungsunsicherheit insgesamt noch vergrößern.

Gegen den Risikostrukturausgleich sind mittlerweile 330 Rechtsstreitigkeiten anhängig mit einem Streitwert, der sich auf insgesamt 59,3 Mrd. EUR bezieht<sup>149</sup>. Die Länder Bayern, Baden-Württemberg und Hessen, die im Bundesrat gegen das Reformgesetz stimmten<sup>150</sup>, haben zudem im August 2001 vor dem Bundesverfassungsgericht einen Normenkontrollantrag zur verfassungsrechtlichen Überprüfung der gesetzlichen Regelungen des Risikostrukturausgleichs gestellt<sup>151</sup>. Allerdings hat der Präsident des Bundesversicherungsamtes schon darauf hingewiesen, er halte es für undenkbar, dass – wenn das Bundesverfassungsgericht den Risikostrukturausgleich als verfassungswidrig qualifiziere – die bisher erfolgten Transfers rückwirkend abgewickelt werden können<sup>152</sup>.

## II. Verfassungsrechtliche Fragen des Risikostrukturausgleichs

Die verfassungsrechtliche<sup>153</sup> Kritik am Risikostrukturausgleich folgt im Wesentlichen 3 Argumentationslinien. Zum einen soll der Risikostrukturausgleich aus bundesstaatlicher Perspektive gegen die grundgesetzliche Kompetenzordnung im Bereich der Gesetzgebung<sup>154</sup> und des Finanzwesens verstoßen und insbesondere der Vorschrift des Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG widersprechen, die allein dem Bund die Finanzierung von Krankenkassendefiziten gestatte und einen Transfer zwischen den Ländern – damit auch zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen – ausschließe<sup>155</sup>. Verfassungswidrigkeit wird zum anderen konstatiert, weil der Risikostrukturausgleich durch höhere Beitragssätze in Grundrechtspositionen von Versicherten und Arbeitgebern eingreife, ohne dass dies zu rechtfertigen sei. Als betroffene Grundrechte werden insoweit genannt: die allgemeine Handlungsfreiheit (Artikel 2 Abs. 1 GG), die Vereinigungsfreiheit (Artikel 9 Abs. 1 GG), die Eigentumsgarantie (Artikel 14 Abs. 1 GG), die Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) und das Gleichbehandlungsgebot (Artikel 3 Abs. 1 GG)<sup>156</sup>. Schließlich sollen die in den Risikostrukturausgleich einzahlenden Krankenkassen in eigenen Grundrechten verletzt sein<sup>157</sup>.

Soweit eine Verletzung der Krankenkassen in eigenen Grundrechten vertreten wird, steht dies in Widerspruch zur Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, die zu Recht die Grundrechtsfähigkeit der als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierten Krankenkassen grundsätzlich verneint<sup>158</sup>. Das Gericht schließt für juristische Personen des öffentlichen Rechts Grundrechtsfähigkeit aus, weil und soweit sie öffentliche Aufgaben wahrnehmen<sup>159</sup>. In diesen Fällen vollzieht sich ihr Handeln nicht in Wahrnehmung unabgeleiteter, ursprünglicher Freiheit, sondern auf Grund von Kompetenzen, die vom positiven Recht zugeordnet, inhaltlich bemessen und begrenzt werden<sup>160</sup>. Nicht die Grundrechte, sondern die staatsorganisationsrechtlichen Kompetenzen bestimmen die Befugnisse der jeweiligen Verwaltungseinheit und sichern ihr Existenz und Funktion. Ausnahmen von diesem Grundsatz sieht das Gericht nur vor, soweit prozessuale Grundrechte betroffen sind<sup>161</sup> oder die juristischen Personen Aufgaben erledigen, die unmittelbar einem durch Grundrechte geschützten Lebensbereich zugeordnet sind oder kraft ihrer Eigenart ihm von vornherein zugehören. Beispiele hierfür sind die Universitäten im Hinblick auf die Freiheit von Forschung und Lehre (Artikel 5 Abs. 3 GG), die Rundfunkanstalten im Hinblick auf die Rundfunkfreiheit (Artikel 5 Abs. 1 Satz 2 2. Alt. GG) und die Kirchen im Hinblick auf die Religionsfreiheit (Artikel 4 Abs. 1, 2 GG)<sup>162</sup>.

Krankenkassen erfüllen dagegen nach zutreffender Ansicht des Gerichts ihre Aufgaben in Form mittelbarer Staatsverwaltung, denn ihre Hauptaufgabe liegt im Vollzug einer detaillierten Sozialgesetzgebung, gleichsam nach Art einer übertragenen Staatsaufgabe<sup>163</sup>. Sie sind nicht vorwiegend Organisationsformen ihrer Mitglieder, sie üben nicht deren Grundrechte in einem Bereich aus, in dem es den Mitgliedern unmöglich wäre, Grundrechte selbst geltend zu machen, und sind als Zwangsvereinigungen zur Erfüllung der staatlichen Aufgabe „soziale Sicherung in den Wechselfällen des Lebens“ nicht Produkt individueller Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Selbstverwaltung<sup>164</sup>. Grundrechtsfähigkeit kommt ihnen nicht schon deshalb zu, weil der Gesetzgeber seit Mitte der Neunzigerjahre Wettbewerb um Versicherte zulässt und Konkurrenz ermöglicht<sup>165</sup>. Selbst wenn der Gesetzgeber damit Handlungsspielräume eröffnet, bleiben die Kassen Teil der mittelbaren Staatsverwaltung und erfüllen weiterhin gemeinsam die öffentliche Aufgabe der solidari-

schen Absicherung im Krankheitsfall<sup>166</sup>; ein Paradigmenwechsel ist insoweit mit der Ausweitung der Handlungsspielräume nicht verbunden<sup>167</sup>. Der gesetzlich reglementierte Wettbewerb um Versicherte bei weithin starren und identischen Vorgaben für Organisation, Finanzwesen und Leistungsgewährung stellt die Krankenkassen insbesondere nicht auf eine Stufe mit grundrechtsfähigen privaten Krankenversicherern. Die Gesetzliche Krankenversicherung ist und bleibt selbst bei gewissen Handlungsspielräumen der Krankenkassen eine staatliche Veranstaltung; die Krankenkassen nehmen eine staatliche Aufgabe wahr.

Die Ablehnung der Grundrechtsfähigkeit schließt es nicht aus, das Gleichbehandlungsgebot als objektiv-rechtliches bzw. im Rechtsstaatsprinzip verankertes allgemeines Prinzip für die Ausgestaltung der Staatsorganisation heranzuziehen<sup>168</sup>, sodass willkürliche Ungleichbehandlungen von Krankenkassen verfassungswidrig sind. Das Bundesverfassungsgericht recurriert in diesem Zusammenhang nicht auf das Grundrecht aus Artikel 3 Abs. 1 GG als subjektiv-öffentliches Recht, sondern auf einen allgemeinen Rechtsgrundsatz, der schon aus dem Wesen des Rechtsstaats, dem Prinzip der allgemeinen Gerechtigkeit folgt<sup>169</sup>. Im Gleichheitssatz kommt danach ein „allgemeiner Rechtsgrundsatz zum Ausdruck, der bereits aus dem Prinzip der allgemeinen Gerechtigkeit folgt; insofern beansprucht der Gleichheitssatz objektiv auch Geltung innerhalb des hoheitlichen Staatsaufbaus“<sup>170</sup>. Daher kann von einem rechtsstaatlichen Gleichheitsgebot gesprochen werden, dessen Verletzung zwar nicht im Wege der Verfassungsbeschwerde<sup>171</sup>, wohl aber in anderen verfassungsgerichtlichen Verfahren – etwa im Wege der abstrakten Normenkontrolle – geltend gemacht werden kann<sup>172</sup>.

### 1. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes

Nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG besitzt der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für die „Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung“. Als „weitgefasster verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff“<sup>173</sup> wird Sozialversicherung gekennzeichnet durch das Bedürfnis nach Ausgleich besonderer Lasten, durch die organisatorische Durchführung mittels selbständiger Anstalten oder Körperschaften des öffentlichen Rechts und die Aufbringung der erforderlichen Mittel durch Beiträge der Beteiligten<sup>174</sup>. Die Kompetenzvorschrift deckt somit Regelungen des Bundes über die Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung, d. h. Vorschriften über die Erhebung, Berechnung, Verwendung oder den Umfang des Beitrags<sup>175</sup>. Der Risikostrukturausgleich als Instrument zur Finanzierung von Krankenkassen durch Beitragsumverteilung wird daher von der Gesetzgebungskompetenz des Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG erfasst.

Die Ausübung der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit durch den Bund steht unter dem Vorbehalt, dass dies zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse erforderlich ist<sup>176</sup>. Unabhängig davon, dass die 1994 zum Schutz der Länderkompetenzen verschärfte Bedürfnisklausel des Artikel 72 Abs. 2 GG<sup>177</sup> dem Bund nach wie vor einen Einschätzungsspielraum gewährt<sup>178</sup> und das Bundesverfassungsgericht die „alte“ Bedürfnisklausel großzügig zugunsten des Bundes auslegt<sup>179</sup>, ist eine bundesgesetzliche Regelung der Krankenkassenfi-

nanzierung mit dem Ziel, bundesweit Wettbewerb durch Ausgleich unterschiedlicher Risiken im Mitgliederkreis zu ermöglichen, selbst bei „strengen“ Anforderungen an die Bedürfnisprüfung erforderlich.

Die Krankenkassen sind teils dem Bund, teils den Ländern zugeordnet, sodass die Normierung ihrer Rechtsbeziehungen nicht ausschließlich Ländersache ist. Die unterschiedliche Trägerzuordnung gründet in der verfassungsrechtlichen Verteilung der Verwaltungskompetenzen für die Sozialversicherung. Nach Artikel 87 Abs. 2 GG sind als bundesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts diejenigen sozialen Versicherungsträger zu führen, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt. Soziale Versicherungsträger, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes, aber nicht über mehr als 3 Länder hinaus erstreckt, können von Verfassungs wegen als landesunmittelbare Körperschaften des öffentlichen Rechts geführt werden, wenn das Aufsicht führende Land durch die beteiligten Länder bestimmt ist<sup>180</sup>. Bundes- und landesunmittelbare Krankenkassen zusammen bilden eine bundesweite Funktionseinheit, um die gesamtstaatliche Aufgabe der solidarischen Absicherung im Krankheitsfall zu erfüllen. Eine Regelung, die einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen zur Kompensation unterschiedlicher Risikostrukturen vorschreibt, kann daher nur bundesgesetzlich erfolgen. Eine staatsvertragliche Selbstkoordination auf Länderebene vermag dagegen – unabhängig davon, dass eine solche Alternative<sup>181</sup> in absehbarer Zeit wenig realistisch erscheint – eine bundesweite und bundeseinheitliche Beitragsumverteilung zwischen bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen im Bundesstaat nicht in gleicher Weise zu gewährleisten.

## 2. Die Finanzverfassung als bundesstaatliche Grenze des Risikostrukturausgleichs

Aus bundesstaatlichem Blickwinkel gilt der Risikostrukturausgleich als unveränderbar mit der grundgesetzlichen Ordnung des Finanzwesens<sup>182</sup>. Das Grundgesetz normiert in den Artikel 104 a ff. die bundesstaatliche Finanzverfassung<sup>183</sup>. Obwohl die Finanzverfassung mit Ausnahme der Vorschrift des Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG, wonach der Bund die Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung trägt, die Sozialversicherung nicht ausdrücklich thematisiert, wird überwiegend die Geltung der finanzverfassungsrechtlichen Vorschriften für die Krankenkassen als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung bejaht<sup>184</sup>.

Die bundesstaatliche Finanzverfassung trennt Bund und Länder voneinander und gewährleistet den Ländern Finanzautonomie. Gesetzliche Finanztransfers zwischen Bund und Ländern sowie zwischen den Ländern bedürfen vor diesem Hintergrund einer verfassungsrechtlichen Regelung. Eine solche – so die Kritiker – fehle allerdings für den Risikostrukturausgleich<sup>185</sup>. Soweit dieser einen Transfer zwischen landes- und bundesunmittelbaren Krankenkassen bewirkt, soll darin ein Verstoß gegen das in Artikel 104 a Abs. 1 GG normierte Konnexitätsprinzip liegen, nach dem die Ausgabentragung der Aufgabenzuständigkeit folgt. Soweit der Risikostrukturausgleich einen Transfer zwischen landesunmittelbaren Kassen erzwingt, könne dies nicht über die Regelungen zum horizontalen Länderfinanzausgleich gerechtfertigt werden, denn der auf eine Korrektur der primären Steuerverteilung ausgerichtete horizontale Finanzausgleich<sup>186</sup> unterscheidet sich in Berechnung und Zielsetzung vom Risikostrukturausgleich.

### a) Geltung des föderativen Trennungsgebots für Krankenkassen?

Fraglich ist allerdings, ob das föderative Trennungsgebot der Finanzverfassung auf die „unitarische, föderalismusresistente“<sup>187</sup> Sozialversicherung überhaupt Anwendung finden kann<sup>188</sup>. Zwar sind die Träger der Sozialversicherung teils dem Bund, teils den Ländern zugeordnet, doch lässt es das Grundgesetz nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts zu, sämtliche Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung in einem als bundesunmittelbare Körperschaft organisierten Bundesamt für Krankenversicherung zusammenzufassen<sup>189</sup>. Die föderative Trennung ist somit von Verfassungs wegen für die Sozialversicherung weder garantiert noch gefordert. Zudem unterliegen Organisation, Verfahren, Finanzierung und Leistungsumfang auf Grund der Gesetzgebungskompetenz des Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG weitgehend der Regelungskompetenz des Bundes, sodass für landesrechtliche Vorschriften angesichts bundeseinheitlicher Regelungen daneben kein nennenswerter Platz mehr bleibt. Schließlich drängt das Sozialstaatsprinzip darauf, einheitliche Lebensverhältnisse im Bundesgebiet herzustellen und zu gewährleisten, sodass die Sozialversicherung auf ein bundeseinheitliches Finanzierungs- und Leistungsrecht ausgerichtet ist. Bundes- und landesunmittelbare Sozialversicherungsträger bilden vor diesem Hintergrund von Verfassungs wegen eine bundesweite Funktionseinheit und Solidaritätsgemeinschaft. Die in den verfassungsrechtlichen Bestimmungen zur Sozialversicherung begründete unitarische Grundtendenz spricht gegen eine Anwendung des finanzverfassungsrechtlichen Trennungsgebotes auf die Gesetzliche Krankenversicherung.

Sedes materiae für die Erhebung, Verwaltung und Verteilung der nichtsteuerlichen Abgabe Sozialversicherungsbeitrag sind nicht die auf die Steuer bezogenen Vorschriften der Finanzverfassung, sondern die Gesetzgebungskompetenz des Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG sowie die Verwaltungskompetenz des Artikel 87 Abs. 2 GG, die die Ertragshoheit und die Verwaltung des Beitrags einschließt. Der in diesen Kompetenzbestimmungen normierte Begriff der Sozialversicherung versteht Sozialversicherung als ein „integrales System von Leistungen und Lasten“<sup>190</sup>, sodass die grundgesetzlichen Zuständigkeiten sowohl eine Leistungs- als auch eine Abgabekomponente enthalten und die Beitragsfinanzierung einschließen<sup>191</sup>. Die Beitragsfinanzierung der Krankenversicherung vollzieht sich daher außerhalb der Finanzverfassung auf Grund der Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenzen des Bundes für die Sozialversicherung.

Dies bedeutet nicht, dass die finanzverfassungsrechtlichen Regelungen des Grundgesetzes keinerlei Vorgaben und Grenzen für die Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung setzen. Sie besitzen insoweit Bedeutung für den Sozialversicherungsbeitrag, als sie eine klare und deutliche Trennung von der Steuer fordern. Hinter den bundesstaatlichen Vorschriften der Finanzverfassung steht das Prinzip des Steuerstaates, d. h. die Finanzierung des Staates durch Steuern als regulärer Form der Staatsfinanzierung<sup>192</sup>. Verfassungsrechtlich zulässig ist die Beitragserhebung daher nur, wenn sich der Beitrag von der Steuer unterscheidet und abhebt. Gleicht sich dagegen der Sozialversicherungsbeitrag der Steuer an, indem etwa durch Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Jahresarbeitsentgeltgrenze allein zur Gewinnung finanzkräftiger Versicherter nahezu die gesamte Bevölkerung Zwangsmitglied wird, handelt es sich nicht mehr um eine nichtsteuerliche Abgabe, sondern um eine kompe-

tenzwidrig erhobene – und damit verfassungswidrige – Steuer<sup>193</sup>. Die Finanzverfassung des Grundgesetzes verlangt Distanz des Sozialversicherungsbeitrags von der Steuer.

Der Risikostrukturausgleich gleicht den Sozialversicherungsbeitrag jedoch nicht der Steuer an. Der Sozialversicherungsbeitrag ist insbesondere gekennzeichnet durch die Widmung für einen bestimmten Ausgabenzweck, die soziale Bedürftigkeit des Versicherten sowie den Solidarausgleich in einer homogenen Gruppe<sup>194</sup>. Durch den Risikostrukturausgleich wird die Gruppensolidarität, anders gewendet: der spezifische Verantwortungszusammenhang, ausgedehnt, indem Versicherte einer Kasse über höhere Beiträge finanziell Verantwortung übernehmen für Versicherte anderer Kassen mit schlechterer Risikostruktur. Doch berührt diese Mitverantwortlichkeit nicht die den Beitrag kennzeichnende Gruppenhomogenität als Voraussetzung der Gruppensolidarität. Selbst wenn der Gesetzgeber eine nach Kassenarten gegliederte Krankenversicherung<sup>195</sup> und den Wettbewerb zwischen den Kassen zulässt, qualifiziert er die Krankenversicherung – und damit alle Versicherten unabhängig von der Mitgliedschaft in einer bestimmten Kasse – weiterhin ausdrücklich als „Solidargemeinschaft“<sup>196</sup>.

Angesichts desselben versicherten Risikos und identischer gesetzlicher Voraussetzungen für die Versicherungspflicht<sup>197</sup> bei weithin gleichen Leistungen im Krankheitsfall erstreckt sich die Gruppensolidarität trotz organisatorischer Verselbständigung der Kassen auf alle Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>198</sup>. Das verfassungsrechtlich zulässige, in seinem Bestand aber nicht garantierte System einer gegliederten Krankenversicherung<sup>199</sup> schafft nicht 400 unterschiedliche, nebeneinander stehende, separierte Solidargemeinschaften, die selbst schon auf Grund von Kassenwahlrechten weitgehend nicht mehr homogen in ihrer Struktur sind und nur bestimmte Berufsgruppen, Wirtschaftszweige oder Betriebsangehörige als Mitglieder erfassen. Vielmehr handelt es sich bei der organisatorischen Trennung um einen reinen Durchführungsmodus, der die Solidarität zwischen den Kassen und ihre Verantwortung für die Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt nicht aufhebt<sup>200</sup>. Der Risikostrukturausgleich bestätigt insoweit die im SGB V normierte übergreifende Solidarität im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit<sup>201</sup> und belässt dem Krankenkassenbeitrag den Beitragscharakter. Höhere Beiträge aus Gründen des Risikostrukturausgleichs bleiben Beiträge im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>202</sup>.

Der Risikostrukturausgleich wahrt die elementaren Strukturen, die die Identität der Sozialversicherung als Typus ausmachen, sodass seine Normierung und Durchführung vom Kompetenztitel „Sozialversicherung“ erfasst wird. Dies gilt selbst dann, wenn der Risikostrukturausgleich als ein relativ junges Steuerungsinstrument angesehen wird, das der klassischen Sozialversicherung unbekannt gewesen sei. Unabhängig davon, dass Finanzausgleiche in der Kranken- und Sozialversicherung insgesamt keine neuartigen Instrumente darstellen<sup>203</sup>, steht der Begriff Sozialversicherung neuen Entwicklungen offen, sofern die wesentlichen Strukturelemente der klassischen Sozialversicherung gewahrt bleiben<sup>204</sup>. Der Risikostrukturausgleich fügt sich, weil er den Charakter des Sozialversicherungsbeitrags nicht ändert, insoweit in die tradierten Strukturen der Sozialversicherung ein.

Die bisherigen Überlegungen hatten ihren Ausgangspunkt in der Ablehnung einer Erstreckung der Vorschriften der Artikel 104 a ff. GG auf die Krankenkassen. Doch selbst wenn sich das finanzverfassungsrechtliche föderative Trennungsgebot auf die beitragsfinanzierte Sozialversicherung erstreckt und eine besondere grundgesetzliche Regelung für Finanztransfers gefordert wird, die mangels Vergleichbarkeit der Sachverhalte nicht in der Vorschrift über den Länderfinanzausgleich gesehen werden kann<sup>205</sup>, bleibt der Risikostrukturausgleich unter finanzverfassungsrechtlichen Auspizien zulässig. Die verfassungsrechtliche Ermächtigung zu Transfers zwischen bundes- und landesunmittelbaren sowie zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen liegt in den Kompetenzvorschriften der Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG und Artikel 87 Abs. 2 GG. Da diese Normen dem Bund nicht nur Gesetzgebungs- und Organisationsbefugnisse zuweisen, sondern auch die Beitragsfinanzierung und den interkorporativen Finanzausgleich als gemeinsame Aufgabe der Krankenkassen erfassen<sup>206</sup>, rechtfertigen sie den Risikostrukturausgleich.

#### b) Verstoß des Risikostrukturausgleichs gegen Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG?

Aus finanzverfassungsrechtlicher Perspektive wird im Risikostrukturausgleich weiterhin ein Verstoß gegen die Vorschrift des Artikels 120 Abs. 1 Satz 4 GG gesehen, soweit er zu einer Beitragsumverteilung zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen führt: Der Risikostrukturausgleich befreie den Bund von seinen Zuschusspflichten und schreibe stattdessen in verfassungswidriger Weise die Lastentragung seitens der Länder vor<sup>207</sup>. Die versteckte, systematisch unglücklich platzierte und regelmäßig als *lex specialis* zu Artikel 104 a GG<sup>208</sup> bezeichnete Vorschrift begründet – trotz ihres Standorts in den Übergangs- und Schlussbestimmungen sowie ihres thematischen Zusammenhangs mit Kriegsfolgenlastenbestimmungen – dauerhaft eine Zuschusspflicht des Bundes zu den Lasten der Sozialversicherung<sup>209</sup>. Die Pflicht zur Zuschussstragung findet ihren Grund und ihre Rechtfertigung darin, dass der Bund durch seine nahezu umfassende Regelungsbefugnis im Sozialversicherungsrecht das Aufwendungs- und Leistungsgeschehen vollständig determiniert und damit letztlich die Höhe der Kosten verantwortet.

Unbestritten ist bei gesetzlicher Regelung der Bund zur Zuschussstragung verpflichtet<sup>210</sup>. Bundeszuschüsse sieht das Sozialgesetzbuch vor allem in der Rentenversicherung – erinnert sei an die Ökosteuer<sup>211</sup> – und in der Arbeitslosenversicherung vor, während es für die Krankenversicherung weitgehend an gesetzlichen Regelungen fehlt<sup>212</sup>. Insbesondere kennt das SGB V keine Pflicht des Bundes, allgemein Defizite der Krankenkassen auszugleichen oder im Falle der Zahlungsunfähigkeit einer Kasse diese finanziell zu unterstützen. Mangels entsprechender gesetzlicher Vorschriften über eine Zuschusspflicht wird der Bund deshalb nicht als zur Defizittragung verpflichtet angesehen: Die Vorschrift des Artikels 120 Abs. 1 Satz 4 GG begründe als reine Kompetenznorm keine verfassungsunmittelbare Pflicht zur Lastentragung<sup>213</sup>.

Dem ist zu widersprechen: Den Bund trifft bereits unmittelbar aus der Verfassung, d. h. ohne gesetzliche Grundlage, die Pflicht, für die Funktions- und Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung durch Zuschüsse zu sorgen. Zwingt der Bund seine Bürger zur sozialen Absicherung gegen die Wechselfälle des Lebens in einen Zwangszusammenschluss und gibt er diesem den Leistungsumfang weithin verbindlich vor, so haftet er – gleichsam aus vorausgegangenem Tun – dafür, dass die finan-

zielle Leistungskraft des Systems bestehen bleibt und sich die Leistungsansprüche realisieren lassen<sup>214</sup>. Diese Pflicht ergibt sich nicht erst aus dem Sozialstaatsprinzip<sup>215</sup>, sondern resultiert unmittelbar aus der Vorschrift des Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG. Ohne verfassungsrechtlich begründete Finanzierungspflicht könnte der Bundesgesetzgeber, indem er gesetzliche Lastentragungsregelungen unterlässt, sich der Verantwortung für die Folgen seiner Leistungsgesetzgebung entziehen und der Sozialversicherung immer größere Lasten folgenlos aufbürden, sodass diese – bundesgesetzlich immer stärker belastet – in ihrer Funktion und Existenz bedroht wird. Daher folgt bereits aus Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG die Pflicht des Bundes, allgemein die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung zu erhalten sowie im Einzelfall die Insolvenz einer Krankenkasse abzuwenden<sup>216</sup>.

Allerdings besteht die Einstandspflicht von Verfassungs wegen nur als Ultima Ratio. Der Bund hat es selbst in der Hand, durch geeignete „Vorsorgemaßnahmen“ den Eintritt des Ernstfalles zu verhindern. Durch gesetzliche Regelungen kann er andere Wege zum Erhalt der finanziellen Stabilität und der Funktionsfähigkeit beschreiten. So kann er gesetzlich die Insolvenzfähigkeit einer Krankenkasse ausschließen<sup>217</sup> oder gesetzlich Aufsichtsrechte zur Insolvenzabwendung vorsehen, etwa die Zwangsschließung oder Zwangsvereinigung von Krankenkassen<sup>218</sup>. Angesichts eines gerichtlich zugestandenen weiten Gestaltungsspielraums bei der Regelung und Ausgestaltung der Sozialversicherung<sup>219</sup> besitzt der Bund vielfältige Möglichkeiten, anderweitige gesetzliche Regelungen zu treffen, um der verfassungsrechtlichen Zuschusspflicht zu entgehen. Im Hinblick auf die gewerbliche Unfallversicherung sah es das Bundesverfassungsgericht als nahe liegend an, die Lösung finanzieller Probleme zunächst innerhalb der gewerblichen Unfallversicherung zu suchen und besser gestellte Berufsgenossenschaften mit einer Ausgleichspflicht zu belasten<sup>220</sup>. Gerade der Finanzausgleich innerhalb des jeweiligen Sozialversicherungssystems ist danach ein verfassungsrechtlich zulässiges Mittel, um eine Zuschusspflicht aus Steuermitteln zu vermeiden<sup>221</sup>. Die Vorschrift des Artikels 120 Abs. 1 Satz 4 GG steht entsprechenden gesetzlichen Regelungen des Bundes, mit denen ein Ausgleich zwischen landesunmittelbaren Krankenkassen vorgeschrieben wird, nicht entgegen<sup>222</sup>. Kompetenziell ist der Risikostrukturausgleich verfassungsgemäß.

### 3. Das rechtsstaatliche Gleichbehandlungsgebot

Neben den Kompetenzvorschriften muss der Risikostrukturausgleich auch dem für grundrechtsunfähige Krankenkassen geltenden, aus dem Rechtsstaatsprinzip bzw. objektiv-rechtlich aus Artikel 3 Abs. 1 GG begründeten rechtsstaatlichen Gleichbehandlungsgebot genügen<sup>223</sup>. Dieses verbietet eine willkürliche Ungleichbehandlung von Krankenkassen durch staatliches Handeln<sup>224</sup>. Bei der Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen besitzt der Gesetzgeber einen weiten Gestaltungsspielraum<sup>225</sup>, denn Prüfungsmaßstab bildet nicht das engere Grenzen setzende Verhältnismäßigkeitsprinzip auf der Grundlage der Judikatur zur so genannten „neuen Formel“<sup>226</sup>, sondern das Willkürverbot<sup>227</sup>. Dieses ist erst verletzt, „wenn sich für eine gesetzliche Regelung kein sachlicher Grund finden lässt und sie deshalb als willkürlich zu bezeichnen ist“<sup>228</sup>.

Als systemimmanenter Finanzausgleich<sup>229</sup> speist sich der Risikostrukturausgleich aus Krankenversicherungsbeiträgen. Diese werden zwar an bestimmte Krankenkassen geleistet, doch sind und bleiben sie Krankenversicherungsbeiträge. Als Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung sind sie nicht einer systemimmanenten, gesetzlich geregelten Umverteilung zwischen den Kassen entzogen, denen gemeinsam die Absicherung des Krankheitsrisikos obliegt. Auf Grund ihrer gemeinschaftlichen Verantwortung für die Funktionsfähigkeit der Krankenversicherung insgesamt sind Beitragstransfers daher zulässig. Da das Grundgesetz der einzelnen Krankenkasse zudem nicht vergleichbar einer Gemeinde von Verfassungs wegen Selbstverwaltung garantiert<sup>230</sup>, unterliegt die „Finanzautonomie“ der einzelnen Kasse mangels verfassungsrechtlicher Selbstverwaltungsgarantie weit reichender gesetzlicher Dispositionsbefugnis.

Nimmt der Gesetzgeber eine Krankenkasse mit „guter“ Risikostruktur für eine andere Krankenkasse mit „schlechten“ Risiken finanziell in Anspruch, stellt dies auf Grund der gemeinsamen Verantwortung der Krankenkassen für den Erhalt und die Funktionsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung keine Willkür dar. Dies gilt im Grundsatz selbst dann, wenn der Risikostrukturausgleich zur Finanzierung von Krankenkassen in den neuen Bundesländern herangezogen wird, um den Ost-West-Anpassungsprozess im Gesundheitswesen zu verwirklichen<sup>231</sup>. Vor dem rechtsstaatlichen Gleichbehandlungsgebot wären diese Finanztransfers aus Beitragsmitteln allerdings unzulässig, wenn sie in einem solchen Maße zu finanziellen Vorteilen für die Ostkrankenkassen führten, dass diese erhebliche Überschüsse auf Kosten von Defiziten bei den Westkrankenkassen erzielten.

Unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten wird schließlich die Auswahl der für die Berechnung des Risikostrukturausgleichs maßgebenden Kriterien gerügt<sup>232</sup>. Die Kritik bezieht sich dabei im Wesentlichen auf die Kriterien des „alten“ Risikostrukturausgleichs vor seiner Novellierung im Jahre 2001. Bemängelt wird insbesondere, dass Morbiditätsunterschiede und regionale Kostenunterschiede nicht berücksichtigt werden. Unabhängig davon, ob angesichts eines weiten, allein durch das Willkürverbot begrenzten Gestaltungsspielraums und einer von Verfassungs wegen bestehenden Typisierungsbefugnis des Gesetzgebers<sup>233</sup> die Zweifel an der Kriterienauswahl verfassungsrechtlich erheblich sind<sup>234</sup>, berücksichtigt der „neue“ Risikostrukturausgleich gerade Morbiditätsunterschiede und rückt damit von den bisherigen Kriterien ab zugunsten eines differenzierteren und verfeinerten Berechnungsmodus. Überspitzt formuliert bedeutet dies: Soweit die Kritik sich gegen die Kriterienauswahl richtet, hatte sie insoweit Erfolg, als der Gesetzgeber nunmehr Morbiditätsunterschiede in den Mittelpunkt rückt, allerdings bewirkt diese Entscheidung zugleich, dass die verfassungsrechtliche Kritik ins Leere geht und der Risikostrukturausgleich den Anforderungen des rechtsstaatlichen Gleichbehandlungsgebots genügt.

#### 4. Die Grundrechte als Maßstab

Der Risikostrukturausgleich belastet die „Geberkrankenkassen“. Diese sind zu Beitragserhöhungen gezwungen, um die Transfers zu finanzieren<sup>235</sup>. Für die Mitglieder dieser Kassen sowie für deren Arbeitgeber folgt daraus, dass sie höhere Beiträge zur Finanzierung anderer Krankenkassen mit schlechterer Risikostruktur leisten müssen. Da für die Mehrzahl der Kassenmitglieder auf Grund gesetzlich angeordneter Versicherungspflicht Zwangsmitgliedschaft besteht, wirkt der höhere, zur Finanzierung anderer Kassen dienende Beitrag als Zwangsabgabe, die sich grundrechtlich rechtfertigen muss.

##### a) Die Allgemeine Handlungsfreiheit (Artikel 2 Abs. 1 GG)

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts schützt das Grundrecht der Allgemeinen Handlungsfreiheit (Artikel 2 Abs. 1 GG) vor Zwangsmitgliedschaft in „unnötigen“ öffentlich-rechtlichen Vereinigungen und, sofern die Zwangsmitgliedschaft dem Grunde nach zulässig ist, vor Überschreiten des gesetzlich festgelegten und durch Satzung konkretisierten Aufgabenkreises<sup>236</sup>. Soweit anstelle der Allgemeinen Handlungsfreiheit das Grundrecht der Vereinigungsfreiheit (Artikel 9 Abs. 1 GG) – gewissermaßen „negativ“ – zum Schutz vor öffentlich-rechtlichen Zwangskorporationen herangezogen wird<sup>237</sup>, sind auf Grund des differierenden, bei der Vereinigungsfreiheit wesentlich engeren Schrankenregimes abweichende Ergebnisse durchaus vorstellbar<sup>238</sup>. Doch sprechen sowohl die Entstehungsgeschichte des Artikels 9 Abs. 1 GG als auch sein Wortlaut – unter „Vereinigung“ sind nur freiwillige Zusammenschlüsse zu verstehen, während öffentlich-rechtliche Körperschaften durch staatlichen Organisationsakt entstehen – für eine Verortung der Frage nach der Zulässigkeit öffentlich-rechtlicher Zwangsverbände in Artikel 2 Abs. 1 GG<sup>239</sup>.

Die Zwangsmitgliedschaft in öffentlich-rechtlichen Verbänden ist angesichts der weiten Schrankentrias der allgemeinen Handlungsfreiheit<sup>240</sup> zulässig, wenn der Verband legitime öffentliche Aufgaben erfüllt und die Zwangsmitgliedschaft zur Erfüllung der übertragenen Aufgaben erforderlich ist<sup>241</sup>. Der rechtfertigungsbedürftige Eingriff liegt zumeist allerdings nicht allein in der bloßen Mitgliedschaft, sondern gerade in den aus der Mitgliedschaft folgenden Pflichten, insbesondere den Beitragspflichten<sup>242</sup>. Erhebt ein Zwangsverband Beiträge<sup>243</sup>, so lässt sich dies vor Artikel 2 Abs. 1 GG rechtfertigen, wenn die in der Praxis allein bedeutsame Schranke der verfassungsmäßigen Ordnung beachtet wird. Eingriffe in die Allgemeine Handlungsfreiheit sind danach nur zulässig, wenn die den Eingriff ermöglichenden gesetzlichen Vorschriften formell und materiell mit der Verfassung in Einklang stehen<sup>244</sup>. Neben kompetenziellen Gesichtspunkten, denen der Risikostrukturausgleich genügt, kommt dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz maßgebliche Bedeutung zu.

Verhältnismäßig sind die mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen Beitragsbelastungen, sofern dieser geeignet ist, einen legitimen Zweck zu erreichen, er sich als das mildeste der geeigneten Mittel erweist (Erforderlichkeit) und die Beitragsbelastung für die Mitglieder der Geberkassen nicht außer Verhältnis zum verfolgten Zweck steht (Angemessenheit bzw. Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne). Dabei steht dem Gesetzgeber auf Grund der schwierigen und komplexen Aufgabe, ein ausgewogenes, den verschiedenen Grundrechtspositionen gerecht werdendes und

die finanzielle Stabilität sicherndes System zu errichten<sup>245</sup>, ein weiter Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum zu<sup>246</sup>, der gerichtlich nur beschränkt überprüfbar ist<sup>247</sup>.

Vor diesem Hintergrund kann dem Risikostrukturausgleich nicht die Eignung abgesprochen werden, das sowohl vom Bundesverfassungsgericht als auch vom EuGH anerkannte Gemeinwohlgut der finanziellen Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung<sup>248</sup> zu erreichen. Dass der Risikostrukturausgleich bisher nicht im erhofften Maße Beitragssatzunterschiede ausglich und seine praktische Durchführung, insbesondere im Hinblick auf Datengewinnung und Datenvalidität auf zum Teil erhebliche Schwierigkeiten stieß, lässt noch nicht den Schluss auf seine „Ungeeignetheit“ zu<sup>249</sup>. Durchführungsschwierigkeiten allein schließen die Eignung eines Gesetzes erst aus, wenn sie ausschließlich in der gesetzlichen Regelung gründen. Geben die als Körperschaft des öffentlichen Rechts organisierten Krankenkassen Daten falsch weiter, handeln sie rechtswidrig, sodass in erster Linie aufsichtsrechtliche Sanktionen geboten und erforderlich sind. Ein rechtswidriges Handeln der Krankenkassen rechtfertigt insoweit noch nicht den Schluss der Ungeeignetheit. Anderes gilt nur, wenn die Krankenkassen auf Grund der gesetzlichen Vorschriften rechtswidrig handeln mussten oder aufsichtsrechtliche Instrumente gänzlich fehlen. Beides ist beim Risikostrukturausgleich nicht der Fall.

Der Risikostrukturausgleich hat bisher zumindest ein weiteres Auseinanderdriften der Beitragssätze verhindert und damit den angestrebten Erfolg gefördert. Selbst wenn er nicht im erhofften Maße nachhaltig gewirkt oder nur einen Teilbeitrag zur Erreichung des Gesamtziels der Kostendämpfung geleistet hat, schließt dies seine Eignung nicht aus, denn das Bundesverfassungsgericht sieht ein Mittel bereits als geeignet an, wenn mit seiner Hilfe der gewünschte Erfolg gefördert werden kann, wobei die Möglichkeit der Zweckerreichung genügt<sup>250</sup>. Überdies wurde der Gesetzgeber tätig, um Fehlentwicklungen zu korrigieren und den Risikostrukturausgleich zu effektivieren, indem dieser nunmehr auch eine bessere Versorgung der Versicherten gewährleisten soll. Ob der „neue“ Risikostrukturausgleich die Ziele erreichen kann, wird sich erst in Zukunft zeigen. Da die Neuregelung aber nicht von vornherein als ungeeignet und kontraproduktiv bezeichnet werden kann, ist angesichts der verfassungsrechtlichen Zuerkennung eines weiten Gestaltungsspielraums die Eignung zu bejahen.

Der Risikostrukturausgleich ist weiterhin erforderlich<sup>251</sup>. Andere denkbare Mittel, etwa die Finanzierung von Krankenkassen mit schlechteren Risiken aus Steuermitteln oder deren Schließung<sup>252</sup>, können nicht von vornherein als gleich wirksame und weniger belastende Maßnahmen angesehen werden<sup>253</sup>. Hinzu kommt, dass der Gesetzgeber – wie bereits betont – angesichts der Komplexität und Vielschichtigkeit der Materie eine Einschätzungsprärogative bei der Auswahl und Beurteilung der eingesetzten Mittel besitzt, die gerichtlich nur beschränkt überprüfbar ist. Schließlich erweisen sich die bisher festgestellten Beitragsbelastungen durch den Risikostrukturausgleich nicht als unangemessen. Die Beitragssatzerhöhungen, denen sich der Versicherte regelmäßig durch Kassenwechsel entziehen kann, stehen nicht außer Verhältnis zu dem mit dem Risikostrukturausgleich verfolgten Zweck, durch Konkurrenz und Wettbewerb der Kassen untereinander die finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung als Gemeinwohlaufgabe von hohem Rang<sup>254</sup> zu



sichern. Daher verletzen die mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen Beitragsbelastungen für die Mitglieder der „Geberkrankenkassen“ nicht das Grundrecht der Allgemeinen Handlungsfreiheit.

#### b) Die Eigentumsfreiheit (Artikel 14 Abs. 1, 2 GG)

Neben der Allgemeinen Handlungsfreiheit wird die Eigentumsfreiheit als Prüfungsmaßstab für die mit dem Risikostrukturausgleich verbundenen höheren Beitragsbelastungen genannt<sup>255</sup>. Doch schützt die Eigentumsgarantie nach herkömmlicher Auffassung grundsätzlich nicht gegen die Auferlegung öffentlich-rechtlicher Geldleistungspflichten<sup>256</sup>, es sei denn, die Abgabepflicht hat erdrosselnden Charakter<sup>257</sup>. Dies ist bei den bisher erfolgten Beitragssatzerhöhungen der „Geberkas- sen“ auf Grund des Risikostrukturausgleichs nicht der Fall.

Seit dem Vermögenssteuerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1995, in dem es den in seiner Bedeutung und Reichweite umstrittenen Halbteilungsgrundsatz kreierte<sup>258</sup>, wird allerdings diskutiert, ob das Gericht dort eine Wende in seiner Judikatur vollzogen hat und nunmehr in Abkehr von seiner bisherigen Rechtsprechung Abgabepflichten allgemein am Eigentumsgrundrecht misst<sup>259</sup>. Selbst wenn dies bejaht wird und Abgabepflichten in den Schutzbereich des Artikels 14 GG jenseits einer erdrosselnden Wirkung einbezogen werden – wofür gute Gründe sprechen<sup>260</sup> –, erweisen sich die durch den Risikostrukturausgleich hervorgerufenen Beitragsbelastungen „nur“ als Inhalts- und Schrankenbestimmung des Eigentums. Bei der Bestimmung von Inhalt und Schranken des Eigentums muss der Gesetzgeber „die schutzwürdigen Interessen des Eigentümers und die Belange des Gemeinwohls in einen gerechten Ausgleich und in ein ausgewogenes Verhältnis bringen“<sup>261</sup>. Prüfungsmaßstab in der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung ist dabei vor allem der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit neben den – zum Teil aber auch in die Verhältnismäßigkeitsprüfung integriert – das Gleichbehandlungsgebot und der Grundsatz des Vertrauensschutzes treten. Im Ergebnis dürften bei der Beurteilung des Risikostrukturausgleichs anhand der Eigentumsfreiheit insoweit keine Unterschiede zur Allgemeinen Handlungsfreiheit bestehen.

#### c) Die Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG)

Im Hinblick auf die erhöhte Beitragsbelastung der Arbeitgeber durch den Risikostrukturausgleich kommt eine Verletzung des Grundrechts der Berufsfreiheit (Artikel 12 Abs. 1 GG) in Betracht. Problematisch ist insoweit, ob die Pflicht, Abgaben zu leisten, überhaupt einen Eingriff mit berufsregelnder Tendenz darstellt, denn nur Eingriffe, „die in einem engen Zusammenhang mit der Ausübung eines Berufes stehen und objektiv eine berufsregelnde Tendenz erkennen lassen“<sup>262</sup>, sind nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts an der Berufsfreiheit zu messen. Für die gesetzliche Pflicht, eine Künstlersozialabgabe zu zahlen, verneint das Bundesverfassungsgericht die Anwendbarkeit des Grundrechts der Berufsfreiheit<sup>263</sup>, denn die Abgabe stehe weder in einem engen Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs, noch lasse sie objektiv eine berufsregelnde Tendenz erkennen. Auf Grund ihrer geringen Höhe habe sie objektiv keine berufspolitische Wirkung, und nach Intention des Gesetzgebers solle sie nicht die Wahl oder Ausübung eines Berufs im Bereich des Vermarktens von Werken der Kunst und Publizistik steuern<sup>264</sup>.

Entgegen dieser restriktiven, den Eingriffsbegriff verkürzenden und in ihren Abgrenzungen nicht überzeugenden Rechtsprechung des Gerichts<sup>265</sup> stellen jedoch auch Beitragspflichten des Arbeitgebers zur Krankenversicherung seiner Arbeitnehmer einen berufsregelnden Eingriff dar. Die Beitragspflicht sowie damit verbundene Beitragserhöhungen berühren und beeinträchtigen den Arbeitgeber in seiner Berufsausübung. Als Berufsausübungsregeln sind erhöhte Beitragsbelastungen nur zulässig, wenn sie sich durch vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls rechtfertigen lassen<sup>266</sup>. Auch in diesem Zusammenhang kommt der Verhältnismäßigkeitsprüfung entscheidende Bedeutung zu, sodass insoweit auf die Ausführungen zur Allgemeinen Handlungsfreiheit verwiesen werden kann und sich im Ergebnis der Eingriff in die Berufsfreiheit durch die Regelungen des Risikostrukturausgleichs rechtfertigen lässt.

#### d) Der Gleichheitssatz (Artikel 3 Abs. 1 GG)

In der Belastung von Versicherten und Arbeitgebern mit erhöhten Beitragssätzen zur Finanzierung anderer Kassen mit schlechteren Risikostrukturen kann schließlich ein Verstoß gegen das grundrechtliche Gleichbehandlungsgebot gesehen werden<sup>267</sup>. Doch lassen sich höhere Beitragssätze aus Gründen des Risikostrukturausgleichs selbst dann rechtfertigen, wenn die strengen, am Verhältnismäßigkeitsprinzip orientierten Maßstäbe der „neuen Formel“<sup>268</sup> anstelle des Willkürverbots angelegt werden<sup>269</sup>. Zum einen bestehen Solidaritätspflichten nicht nur kassenintern, sondern kassen- und kassenartübergreifend; zum anderen hat das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber aufgegeben, „erhebliche“ Beitragssatzunterschiede aus Gründen des verfassungsrechtlichen Gleichbehandlungsgebots zu vermeiden<sup>270</sup>, sodass der Gleichheitssatz, selbst wenn er nicht zu einer vollständigen Beitragsnivellierung zwingt, eine Angleichung der Beiträge rechtfertigt, aus der Beitragserhöhungen für einen Teil der Versicherten resultieren. Schließlich kann der Versicherte grundsätzlich die Krankenkasse wechseln<sup>271</sup> und auf diese Weise auf Beitragserhöhungen reagieren<sup>272</sup>. Da zudem der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung und Wahl der Mittel auch unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten einen weiten Gestaltungsspielraum besitzt, verletzen die Regelungen zum Risikostrukturausgleich nicht den Gleichheitssatz.

### III. Fazit

Selbst wenn der Risikostrukturausgleich verfassungsrechtlich zulässig ist, erübrigt dies keinesfalls eine politische und ökonomische Diskussion über seinen Sinn und Zweck. Der Risikostrukturausgleich wirft grundlegende Fragen nach der weiteren Entwicklung und Ausrichtung der Gesetzlichen Krankenversicherung auf und illustriert anschaulich die Schwierigkeiten, Wettbewerb unter den Kassen zu organisieren, dabei zugleich aber einen der wichtigsten Wettbewerbsparameter, den Preis, zu reglementieren und zu nivellieren. Ob der Risikostrukturausgleich Konkurrenz fördert, die Kassenvielfalt erhält und die finanzielle Stabilität sichert oder ob er nicht vielmehr zu einem kostenverursachenden, bürokratischen Monstrum verkommt, das den Weg zur Einheitskasse ebnet und das gegliederte Kassensystem in Frage und unter verfassungsrechtlichen Rechtfertigungszwang stellt, wird sich zeigen.

- <sup>1</sup> Nach F. A. Z. vom 13. 12. 2001 betrug die Beitragssatzerhöhungen bis zu 0,6 Prozentpunkte. – Zum Milliardendefizit und zur Kostenexplosion in der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 2001: Dieter Leopold, Quo vadis, deutsches Gesundheitswesen?, in: ZfS 2001, S. 329 f.
- <sup>2</sup> Überblick über die Gesundheitspolitik im Jahre 2001 in: F. A. Z. vom 29. 12. 2001.
- <sup>3</sup> Für 2002 ging die Bundesregierung Ende 2001 noch von einem Beitragssatz von 13,9 % aus, doch zeigten die ersten Beitragssatzerhöhungen einzelner Krankenkassen, dass die „magische“ 14 %-Hürde überschritten werden dürfte (vgl. Handelsblatt vom 3. 12. 2001; F. A. Z. vom 22. 12. 2001). Vgl. auch Handelsblatt vom 11./12. 1. 2002. Danach werden die Krankenkassenbeiträge im Durchschnitt die 14 %-Marke „klar überspringen“.
- <sup>4</sup> Handelsblatt vom 4. 12. 2001. Das Handelsblatt verweist auf ein Gutachten des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung für das Bundeswirtschaftsministerium.
- <sup>5</sup> § 194 Abs. 1 Nr. 4 SGB V.
- <sup>6</sup> Zur Globaläquivalenz grundlegend: Josef Isensee, Umverteilung durch Sozialversicherungsbeiträge, 1973, S. 13 ff., 37 ff.; ders., Die Rolle des Beitrags bei der Einordnung und Gewährleistung der sozialen Sicherung, in: Hans F. Zacher (Hrsg.), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung, 1980, S. 461 f. (466 f.).
- <sup>7</sup> § 220 SGB V; vgl. auch § 21 SGB IV.
- <sup>8</sup> Dagegen verlangen die AOK Sachsen und Rheinland „nur“ einen Beitragssatz von 13,4%; vgl. F. A. Z. vom 22. 12. 2001.
- <sup>9</sup> Zahlen nach F. A. Z. vom 1. 12. 2001. Nach Angaben der Aachener Zeitung vom 8. 1. 2002 verlangt die BKK für Heilberufe einen Beitragssatz von 12,4 %, während die BKK Anker-Lynen-Prüm noch 11,9 % verlangt. Vgl. auch F. A. Z. vom 22. 12. 2001, wonach der Durchschnittsbeitragssatz der Betriebskrankenkassen bundesweit bei 13 % liegt.
- <sup>10</sup> § 249 SGB V.
- <sup>11</sup> Der Beitrag eines monatlich 2 600 EUR verdienenden Versicherten verringert sich bei einem Beitragssatzunterschied von 2,5 % um monatlich 65 EUR, sodass bei einem Krankenkassenwechsel sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber 32,50 EUR monatlich einsparen.
- <sup>12</sup> Dagegen verzeichneten die zumeist teureren Ortskrankenkassen einen Rückgang um 11,8 %. Zahlen nach Werner Schneider, Von Ammenmärchen und Seemannsgarn, in: Gesundheit und Gesellschaft, Heft 12, 2001, S. 40 (41). Zur Mitgliederentwicklung vgl. auch Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, KZBV Jahrbuch 2001, S. 64 f.
- <sup>13</sup> §§ 173 ff. SGB V. – Zu den Kassenwahlrechten und deren Ausübung: Gerhard Baier, in: Dieter Krauskopf (Hrsg.), Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblatt, Stand: 2001, § 173 SGB V Rn. 1 ff., § 175 SGB V Rn. 1 ff.
- <sup>14</sup> Während bei den Krankenkassen mit Mitgliederzuwächsen der Anteil von Versicherten zwischen 20 und 40 Jahren von 31 % im Jahre 1995 auf 52 % im Jahre 1999 kletterte, stieg der Anteil älterer Mitglieder bei den Krankenkassen, die Versicherte verloren, von 25 % auf 28 %. Vgl. BT-Drucks. 14/6432, S. 9, unter Berufung auf ein im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erstelltes Gutachten durch das Institut für Gesundheit und Sozialforschung sowie der Professoren Dieter Cassel und Jürgen Wasem, Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Enderbericht, 2001, S. 38. Zu den Ergebnissen des Gutachtens vgl. BT-Drucks. 14/5681.
- <sup>15</sup> Nach F. A. Z. vom 29. 12. 2001 zog die Bundesgesundheitsministerin am 6. 5. 2001 „überraschend den Stichtag für den Kassenwechsel von Pflichtversicherten vor“.
- <sup>16</sup> Horst Marburger, Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte zum 1. 1. 2002, in: ZfS 2001, S. 355 (358).
- <sup>17</sup> Dies war der 6. 7. 2001 (vgl. F. A. Z. vom 29. 12. 2001).
- <sup>18</sup> BGBI I S. 1946. Danach sind Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte an die Wahl der Krankenkasse mindestens 18 Monate gebunden, wenn sie das Wahlrecht ab dem 1. 1. 2002 ausüben. Eine Kündigung ist zum Ablauf des übernächsten Kalendermonats möglich. Die Kündigungsfrist von 18 Monaten gilt nicht, wenn die Krankenkasse ihren Beitragssatz erhöht. Zur Neuregelung der Kassenwahlrechte Marburger (Fn. 16), S. 355 ff.
- <sup>19</sup> § 175 Abs. 4 Satz 2 SGB V a. F.
- <sup>20</sup> Artikel 2 des Gesetzes, der im Unterschied zum Gesetz im Übrigen bereits am Tag nach der Verkündung in Kraft trat.

- <sup>21</sup> §§ 265, 265 a SGB V. Zum Begriff des Finanzausgleichs grundlegend m. w. N.: Ulrich Häde, Finanzausgleich, 1996, S. 4 ff.; Stefan Koriath, Der Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern, 1997, S. 21 ff.
- <sup>22</sup> Nach § 266 Abs. 9 SGB V sind nur die Landwirtschaftlichen Krankenkassen vom Risikostrukturausgleich ausgeschlossen. Dazu Jürgen Wasem, in: Hans Joachim Maaßen/Joachim Schermer/Dietrich Wiegand/Manfred Zipperer (Hrsg.), SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. GKV Kommentar, Loseblatt, Stand: 2001, § 266 SGB V Rn. 6.
- <sup>23</sup> Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der Gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. 12. 1992 (BGBl I S. 2266). Auf die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) wurde der Risikostrukturausgleich erst ab dem 1. 1. 1995 erstreckt. Dort fand bis dahin ein eigener Finanzausgleich statt. Vgl. zur Entstehung des Risikostrukturausgleichs: Wolfgang Engelhard, Finanz- und Risikostrukturausgleiche, in: Bertram Schuln (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1: Krankenversicherung, 1994, § 56 Rn. 63 ff.
- <sup>24</sup> Diese werden nur zu ca. 92 % ausgeglichen (vgl. BT-Drucks. 14/6432, S. 8), weil der auf die Verwaltungskosten und Satzungsleistungen entfallende Finanzierungsanteil vom Ausgleich ausgeschlossen ist.
- <sup>25</sup> § 266 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- <sup>26</sup> § 267 Abs. 2 SGB V. Die Bezieher von Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit werden getrennt erfasst, weil sie ein erheblich abweichendes Krankheitsrisiko aufweisen.
- <sup>27</sup> Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Risikostruktur-Ausgleichsverordnung – RSAV) vom 3. 1. 1994 (BGBl I S. 55).
- <sup>28</sup> § 2 RSAV. Nach Wasem, in: Maaßen u. a., SGB V (Fn. 22), § 266 SGB V Rn. 23, soll der Risikostrukturausgleich 882 Versichertengruppen erfassen; nach Ansicht des SG Köln, Urteil vom 28. 2. 2000, S. 19 KR 46/99, hingegen nur 670.
- <sup>29</sup> Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. 12. 2001 (BGBl I S. 3465).
- <sup>30</sup> § 268 SGB V.
- <sup>31</sup> Vgl. zur historischen Entwicklung BSGE 58, 134 (137 ff.).
- <sup>32</sup> Überblick über die Zahl der Krankenkassen bei Dieter Krauskopf, in: ders. (Hrsg.), Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Loseblatt, Stand: 2001, § 4 SGB V Rn. 9 f. – Zum Konzentrationsprozess Werner Schneider/Gerhard Vieß, Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – verfassungsgemäß!, in: NJW 1998, S. 2702 (2703).
- <sup>33</sup> Zur Diskussion um die Einheitskasse Rainer Pitschas, Der Konflikt zwischen Solidarität und wettbewerblicher Subsidiarität im Gesundheitswesen – Gegliederte Krankenversicherung oder „Einheitskasse“?, in: NZS 1996, S. 266 ff.
- <sup>34</sup> § 223 SGB V.
- <sup>35</sup> § 173 Abs. 1, 2 SGB V. – Etwa 2/3 der knapp 300 Betriebskrankenkassen sind allgemein zugänglich (vgl. F. A. Z. vom 22. 12. 2001).
- <sup>36</sup> § 175 Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- <sup>37</sup> Vgl. die Vorschriften über den Kreis der in der GKV versicherten Personen §§ 6 ff. SGB V.
- <sup>38</sup> Zahl nach Werner Schneider, Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1994, S. 259. Der höchste Satz betrug danach 16,8 %, der niedrigste 8,5 %. Zu den Ursachen ausführlich Johann Brunkhorst, Zur Problematik unterschiedlicher Risikostruktur und ihres Ausgleichs in der Sozialversicherung, 1987, S. 69 ff. – Zur Entwicklung der Beitragssatzdifferenz seit 1900 BSGE 58, 134 (139 f.).
- <sup>39</sup> BVerfGE 89, 365 (378). Vgl. dazu auch die Anmerkung von Franz Ruland, in: JuS 1994, S. 1082 f. sowie BSGE 58, 134 ff. In der Entscheidung des Bundessozialgerichts, die Gegenstand der Verfassungsbeschwerde war, wandte sich der Kläger und spätere Beschwerdeführer gegen Beitragssätze in Höhe von 14,2 % bzw. später 14,9 %. Der durchschnittliche Beitragssatz in der GKV betrug in diesem Zeitraum 11,36 % bzw. 11,79 % (BSGE 58, 134 [148]).
- <sup>40</sup> BVerfGE 89, 365 (378), vgl. auch a. a. O., S. 376.
- <sup>41</sup> BVerfGE 89, 365 (378).
- <sup>42</sup> BVerfGE 89, 365 (378).
- <sup>43</sup> Krauskopf, in: ders., Soziale Krankenversicherung (Fn. 32), § 266 SGB V Rn. 3; Wasem, in: Maaßen u. a., SGB V (Fn. 22), § 266 SGB V Rn. 2.

- <sup>44</sup> So die Gesetzesbegründung zum Gesundheitsstrukturgesetz, BT-Drucks. 12/3608, S. 117.
- <sup>45</sup> Begriff BT-Drucks. 14/6432, S. 8.
- <sup>46</sup> Vgl. dazu allgemein Horst Seehofer, Wettbewerb zwischen Krankenversicherungsträgern nach dem Gesundheitsstrukturgesetz, in: SozVers 1993, S. 263 ff.
- <sup>47</sup> So die Gesetzesbegründung für das Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs BT-Drucks. 14/6432, S. 1.
- <sup>48</sup> Zahl nach Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V./Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (Hrsg.) (= VdaK), Risikostrukturausgleich – Zahlen, Fakten, Hintergründe, 2001, S. 14.
- <sup>49</sup> F. A. Z. vom 30. 11. 2001; Handelsblatt vom 23./24. 11. 2001.
- <sup>50</sup> Vgl. dazu nur BVerfGE 101, 158 ff.
- <sup>51</sup> Artikel 107 Abs. 2 GG.
- <sup>52</sup> Dieter Leopold, Risikostrukturausgleich vor der Reform, in: SGB. 2001, S. 589 (590).
- <sup>53</sup> Alle Zahlen nach VdaK (Fn. 48), S. 68 f.
- <sup>54</sup> Helge Sodan/Olaf Gast, Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung als Verfassungsproblem, in: NZS 1999, S. 265 (266), weisen auf die Betriebskrankenkasse der BMW AG hin, die 43,1 % ihrer Einnahmen in den Risikostrukturausgleich abführe.
- <sup>55</sup> Alle Zahlen nach VdaK (Fn. 48), S. 78 f.
- <sup>56</sup> Alle Zahlen nach VdaK (Fn. 48), S. 36 ff.
- <sup>57</sup> Dazu BT-Drucks. 14/6432, S. 9.
- <sup>58</sup> Alle Zahlen nach VdaK (Fn. 48), S. 38.
- <sup>59</sup> Dazu BT-Drucks. 14/6432, S. 9.
- <sup>60</sup> § 266 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Dazu ausführlich Wasem, in: Maaßen u. a., SGB V (Fn. 22), § 266 SGB V Rn. 8 ff.
- <sup>61</sup> § 266 Abs. 3 Satz 1 SGB V.
- <sup>62</sup> § 266 Abs. 3 Satz 2 SGB V.
- <sup>63</sup> Krauskopf, in: ders., Soziale Krankenversicherung (Fn. 32), § 266 SGB V Rn. 11. Vom durchschnittlichen Beitragssatz unterscheidet er sich dadurch, dass die berücksichtigungsfähigen Leistungsausgaben beschränkt sind sowie sonstige Einnahmen und Ausgaben, etwa die Verwaltungskosten, außer Betracht bleiben.
- <sup>64</sup> § 266 Abs. 2 Satz 2 SGB V.
- <sup>65</sup> Zur Datenerhebung, die erst die Durchführung des Risikostrukturausgleichs ermöglicht, vgl. § 267 SGB V.
- <sup>66</sup> § 266 Abs. 5 Satz 1 SGB V.
- <sup>67</sup> Vgl. § 267 Abs. 1 bis 4 SGB V.
- <sup>68</sup> § 3 Abs. 4 RSAV.
- <sup>69</sup> § 267 Abs. 7 SGB V.
- <sup>70</sup> § 266 Abs. 5 SGB V; § 15 RSAV.
- <sup>71</sup> § 266 Abs. 6 Satz 1 SGB V.
- <sup>72</sup> Zu den Einzelheiten § 17 RSAV.
- <sup>73</sup> § 266 Abs. 8 SGB V.
- <sup>74</sup> § 266 Abs. 6 Satz 5 SGB V; §§ 18, 19 RSAV.
- <sup>75</sup> § 266 Abs. 6 Satz 7 SGB V.
- <sup>76</sup> Für Berlin existiert eine Sonderregelung (§ 313 Abs. 10 Buchst. b SGB V), nach der der Ostteil Berlins den alten Bundesländern zugeordnet wird, sodass die Sonderregelungen für die neuen Bundesländer in §§ 313, 313 a SGB V insoweit nicht anwendbar sind.
- <sup>77</sup> Ursprünglich war die getrennte Durchführung des Risikostrukturausgleichs bis 2001 befristet. Zu den Gründen für die vorzeitige Beendigung: Krauskopf, in: ders. (Hrsg.), Soziale Krankenversicherung (Fn. 32), § 313 a SGB V Rn. 2.
- <sup>78</sup> BT-Drucks. 14/1977, S. 183 f. Danach betrug die Nettoverschuldung der gesamten GKV-Ost Ende 1998 ca. 0,81 Mrd. EUR.

- <sup>79</sup> Vgl. dazu das GKV-Finanzstärkungsgesetz vom 24. 3. 1998 (BGBl I S. 526) und das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. 12. 1998 (BGBl I S. 3853).
- <sup>80</sup> § 313 a Abs. 4 SGB V. – Zum Risikostrukturausgleich bis 1998 und dessen Umstellung Pedro Ballesteros, Bewertung des GKV-Finanzstärkungsgesetzes (GKvFG) unter Berücksichtigung der Zusammenhänge des Risikostrukturausgleichs, in: Die Sozialversicherung 1998, S. 141 ff.
- <sup>81</sup> § 313 a SGB V.
- <sup>82</sup> Zur stufenweisen Umsetzung Krauskopf, in: ders., Soziale Krankenversicherung (Fn. 32), § 313 a Rn. 7.
- <sup>83</sup> BT-Drucks. 14/1977, S. 183.
- <sup>84</sup> Vgl. Ferdinand Kirchhof, Rechtsgutachten zum Risikostrukturausgleich nach §§ 313 a und 266 SGB V in der Fassung des Gesetzes zur Rechtsangleichung in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. 12. 1999 (BGBl I S. 2657), unveröffentlichtes Rechtsgutachten, Tübingen, Juli 2000, S. 17 f.
- <sup>85</sup> BT-Drucks. 14/1977, S. 183.
- <sup>86</sup> BT-Drucks. 14/1977, S. 183. Nach Leopold (Fn. 52), S. 590, zahlten die westdeutschen Krankenkassen im Jahr 2001 2,19 Mrd. EUR an die Krankenkassen in den neuen Bundesländern. Dies bedeute im Westen eine Beitragsbelastung von 0,3 % und in den neuen Bundesländern eine Beitragsentlastung von 1,5 %.
- <sup>87</sup> Morbiditätsunterschiede konnten über die Kriterien Alter, Geschlecht und Erwerbsunfähigkeit nur mittelbar in den Risikostrukturausgleich einfließen, weil innerhalb der auf Grund dieser Kriterien gebildeten Gruppen wiederum erhebliche individuelle Unterschiede bestehen. Bei der Gruppenbildung nach Alter, Geschlecht und Erwerbsfähigkeit wird der individuelle Gesundheitszustand nicht berücksichtigt.
- <sup>88</sup> Es handelt sich dabei um das vom Bundesgesundheitsministerium in Auftrag gegebene Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung in Zusammenarbeit mit den Professoren Cassel und Wasem (siehe oben Fn. 14) sowie ein vom Verband der Angestellten- und Arbeitersatzkassen, dem AOK-Bundesverband und dem IKK-Bundesverband bei den Professoren Lauterbach und Wille in Auftrag gegebenes Gutachten „Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich“, das am 21. 2. 2001 der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Zu den Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs auf die Versorgungsqualität: Robert Paquet, Risikostrukturausgleich (RSA) und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, in: VSSR 2001, S. 235ff.; Herbert Rebscher, Risikostrukturausgleich und Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, ebd., S. 245ff.; Franz Knieps, Der Risikostrukturausgleich und seine Auswirkungen auf die Versorgungsqualität, ebd., S. 253ff.; Ulrich Becker, Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit dem Risikostrukturausgleich – unter Berücksichtigung der integrierten Versorgung, ebd., S. 277ff.
- <sup>89</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 14.
- <sup>90</sup> Vgl. dazu Michael Schaaf, Die Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: SGB. 2001, S. 537 ff.
- <sup>91</sup> F. A. Z. vom 25. 6. 2001; F. A. Z. vom 6. 8. 2001.
- <sup>92</sup> Vgl. Schaaf (Fn. 90), S. 539 mit Fn. 19.
- <sup>93</sup> Artikel 4 des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. 12. 2001 (BGBl I S. 3465).
- <sup>94</sup> §§ 137 f, 137 g, 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V.
- <sup>95</sup> § 269 Abs. 1-5 SGB V.
- <sup>96</sup> Vgl. dazu BT-Drucks. 14/6432 S. 15. Übersteigt die Summe der Leistungsausgaben eines Versicherten einen Schwellenwert, den das Gesetz für 2002 und 2003 auf 20 450 EUR festgesetzt hat, so werden 60 % des darüber liegenden Betrags aus dem gemeinsamen Risikopool finanziert, während der Rest von der betroffenen Krankenkasse zu tragen ist (§ 269 SGB V. Vgl. auch § 28 a RSAV). Nach § 269 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten als ausgleichsfähige Leistungen die Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandsmittel, die nicht ärztlichen Leistungen der ambulanten Dialyse sowie das Kranken- und Sterbegeld.
- <sup>97</sup> § 268 SGB V.
- <sup>98</sup> § 269 Abs. 6 SGB V.
- <sup>99</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 11.
- <sup>100</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 11.

- <sup>101</sup> Zum Koordinierungsausschuss: Peter Axer, Neue Rechtsinstrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung unter Einbeziehung des Koordinierungsausschusses, in: VSSR 2002 (im Erscheinen); Doris Pfeiffer/Johannes Bruns, Qualität und Innovation – Koordinierungsausschuss nimmt Arbeit auf, in: Die Ersatzkasse 2001, S. 322 ff.; Manfred Zipperer/Bettina am Orde, Der Koordinierungsausschuss, in: Die Krankenversicherung 2001, S. 172 ff.
- <sup>102</sup> Zur Zusammensetzung im Einzelnen vgl. § 137 c Abs. 2 SGB V.
- <sup>103</sup> So die Aufgabenumschreibung in BT-Drucks. 14/1977, S. 171.
- <sup>104</sup> § 137 Abs. 4 SGB V.
- <sup>105</sup> So die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Gudrun Schai-Chwalch anlässlich der Gründungsversammlung der Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss am 28. 6. 2001 (zitiert nach Pressemitteilung des BMG Nr. 65 vom 28. 6. 2001).
- <sup>106</sup> Rainer Hess, in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Loseblatt, Stand: 2001, § 137 e SGB V Rn. 15; vgl. auch BT-Drucks. 14/1977, S. 171.
- <sup>107</sup> § 137 e Abs. 3 SGB V.
- <sup>108</sup> § 137 e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V. – Zu den einzelnen Tatbestandsvoraussetzungen Hess, in: Kasseler Kommentar (Fn. 106), § 137 e SGB V Rn. 8 ff.
- <sup>109</sup> In der Besetzung nach § 137 e Abs. 2 Satz 2 SGB V, d. h. ohne Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung.
- <sup>110</sup> § 137 f Abs. 1 Satz 1 SGB V; vgl. dazu auch BT-Drucks. 14/7395, S. 5.
- <sup>111</sup> Zum Begriff und zur Bedeutung von Leitlinien: Dieter Hart, Ärztliche Leitlinien – Definition, Funktion, rechtliche Bewertungen, in: MedR 1998, S. 8 ff.; ders. (Hrsg.), Ärztliche Leitlinien. 2000; ders., Evidenz-basierte Medizin (EBM) und Gesundheitsrecht, in: MedR 2000, S. 1 ff.; G. Ollenschläger/H. Kirchner/M. Fiene, Leitlinien in der Medizin – scheitern sie an der praktischen Umsetzung?, in: Der Internist 2001, S. 473 ff.
- <sup>112</sup> § 137 f Abs. 1 Satz 2 SGB V.
- <sup>113</sup> Schaaf (Fn. 90), S. 539.
- <sup>114</sup> § 137 f Abs. 2 Satz 3 SGB V.
- <sup>115</sup> § 137 f Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V.
- <sup>116</sup> § 137 f Abs. 2 SGB V.
- <sup>117</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 11.
- <sup>118</sup> Zur vergleichbaren Problematik bei der Vorschlagsliste nach § 33 a SGB V Peter Axer, Die Vorschlagsliste nach § 33 a SGB V, in: NZS 2001, S. 225 (226 f.).
- <sup>119</sup> § 137 f Abs. 3 SGB V. Zur Einschreibung in die Programme Thomas Ballast, Disease Management – was ändert sich für den Patienten?, in: Die Ersatzkasse 2001, S. 361 ff.
- <sup>120</sup> § 137 g SGB V.
- <sup>121</sup> § 137 f Abs. 4 SGB V.
- <sup>122</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 14, unter Hinweis auf das Gutachten von Lauterbach und Wille (Fn. 88).
- <sup>123</sup> § 267 Abs. 2 Satz 4 SGB V.
- <sup>124</sup> Vgl. insbesondere § 266 Abs. 7 Nr. 3 SGB V.
- <sup>125</sup> F. A. Z. vom 30. 11. 2001. Vgl. auch den Tagungsbericht Disease-Management I: Optimierte Versorgung oder bloßer Finanzausgleich?, in: BKK 2001, S. 587 ff.
- <sup>126</sup> BT-Drucks. 14/6432, S. 14 f.
- <sup>127</sup> § 268 Abs. 1 Satz 1 SGB V.
- <sup>128</sup> § 268 Abs. 3 SGB V.
- <sup>129</sup> § 268 Abs. 2 Satz 6 und 7 SGB V.
- <sup>130</sup> § 268 Abs. 2 Satz 3 SGB V.
- <sup>131</sup> § 268 Abs. 2 Satz 1 SGB V.
- <sup>132</sup> § 268 Abs. 2 Satz 5 SGB V.

- <sup>133</sup> Vgl. dazu Friedhelm Hase, in: Günther Borchert/Friedhelm Hase/Stefan Walz, *Gemeinschafts-kommentar zum Sozialgesetzbuch – Schutz der Sozialdaten*, GK-SGB X 2, 1989, § 67 SGB X Rn. 1 ff.; Elke Roos, in: Matthias von Wulffen (Hrsg.), *SGB X, Kommentar*, 4. Auflage 2001, Vor § 67 SGB X Rn. 1 ff.
- <sup>134</sup> Zur Rolle und Funktion des Bundesversicherungsamtes im neuen Risikostrukturausgleich BT-Drucks. 14/6432, S. 15.
- <sup>135</sup> Vgl. dazu im Einzelnen § 268 Abs. 3 Satz 2 ff. SGB V.
- <sup>136</sup> Begriff bei Leopold (Fn. 51), S. 589.
- <sup>137</sup> Vgl. BT-Drucks. 14/6432.
- <sup>138</sup> Vehemente Kritik jüngst m. w. N.: Helge Sodan/Olaf Gast, *Umverteilung durch „Risikostrukturausgleich“*, 2002; siehe auch F. A. Z. vom 2. 11. 2001; F. A. Z. vom 30. 11. 2001; Leopold (Fn. 52), S. 589 f.
- <sup>139</sup> Nach Christian Rolfs, *Das Versicherungsprinzip in der Sozialversicherung*, 2000, S. 125, birgt der Finanzausgleich die Gefahr, den Sozialversicherungsbeitrag zum „ordnungspolitischen Verschiebebahnhof“ verkommen zu lassen.
- <sup>140</sup> Dazu Ulrich Becker, *Maßstäbe für den Wettbewerb unter den Kranken- und Pflegekassen*, in: *SDSRV 48* (2001), S. 7 (14 f.).
- <sup>141</sup> Zum Versicherungsprinzip grundlegend Friedhelm Hase, *Versicherungsprinzip und sozialer Ausgleich*, 2000.
- <sup>142</sup> Sodan/Gast (Fn. 138), S. 52.
- <sup>143</sup> Vgl. Handelsblatt vom 23./24. 11. 2001.
- <sup>144</sup> Zu dieser Gefahr Herbert Rebscher, *Disease Management und Risikostrukturausgleich*, in: *Die Ersatzkasse* 2001, S. 420.
- <sup>145</sup> Bedenken gegenüber einer Verknüpfung von Risikostrukturausgleich und Disease-Management-Programmen bei Wolfgang Schmeink, *Ordnungspolitische Korrekturen sind unverzichtbar*, in: *BKK 2001*, S. 472 ff.; vgl. auch die Tagungsberichte *Disease-Management I* (Fn. 125) und *Disease-Management II: Verbesserung der Versorgung auf Kosten der Effizienz*, in: *BKK 2001*, S. 589 ff.; sowie die im Gesundheitsausschuss von CDU/CSU und FDP geäußerte Kritik (BT-Drucks. 14/7395, S. 4).
- <sup>146</sup> Vgl. dazu die Kritik bei Peter Hanau/Christian Rolfs, *Rechtliche Bedenken gegen den Risikostrukturausgleich*, in: *BKK 1997*, S. 170; Sodan/Gast (Fn. 138), S. 61 ff.
- <sup>147</sup> Zitiert nach F. A. Z. vom 9. 8. 2001. Vgl. zur Datenlage 1997 auch SG Köln, Urteil vom 28. 2. 2000, S 19 KR 46/99.
- <sup>148</sup> Kritik an der Datenerhebung durch die Krankenkassen bei Sodan/Gast (Fn. 54), S. 271.
- <sup>149</sup> Zahlen nach F. A. Z. vom 9. 8. 2001.
- <sup>150</sup> F. A. Z. vom 1. 12. 2001.
- <sup>151</sup> Vgl. dazu das Gutachten des Prozessbevollmächtigten Professor Dr. Ferdinand Kirchhof, oben Fn. 84.
- <sup>152</sup> Zitiert nach F. A. Z. vom 9. 8. 2001.
- <sup>153</sup> Europarechtliche Bedenken bei Sodan/Gast (Fn. 138), S. 81 ff.; anders dagegen SG Köln, Urteil vom 28. 2. 2000 S 19 KR 46/99; LSG NW, Urteil vom 28. 8. 2001, L 5 KR 153/00.
- <sup>154</sup> Vgl. Sodan/Gast (Fn. 138), S. 50 ff.
- <sup>155</sup> Vgl. das Gutachten von Ferdinand Kirchhof (Fn. 84).
- <sup>156</sup> Vgl. insbesondere Sodan/Gast (Fn. 54), S. 268 ff.; vgl. auch Ulrich Ramsauer, *Der Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – verfassungswidrig?*, in: *NJW 1998*, S. 481 (485 f.), der Artikel 2 Abs. 1 GG und im Hinblick auf die Arbeitgeber Artikel 12 Abs. 1 GG in den Mittelpunkt seiner verfassungsrechtlichen Prüfung rückt.
- <sup>157</sup> Sodan/Gast (Fn. 54), S. 266 ff.; vgl. auch Ramsauer (Fn. 156), S. 483 ff., der Artikel 3 Abs. 1 GG in das Zentrum rückt.
- <sup>158</sup> Grundlegend BVerfGE 39, 302 (312 ff.); vgl. auch BVerfGE 21, 362 (368 ff.) in Bezug auf eine Rentenversicherungsanstalt. Ausführlich dazu m. w. N. Peter Axer, *Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung*, 2000, S. 241 ff.
- <sup>159</sup> Statt vieler BVerfGE 21, 361 (369 ff.); 68, 193 (212 f.); 70, 1 (15); 75, 192 (196 f.); 85, 360 (385).

- <sup>160</sup> BVerfGE 61, 82 (101); 68, 193 (206).
- <sup>161</sup> Artikel 101 Abs. 1 Satz 2 GG, Artikel 103 Abs. 1 GG. Vgl. dazu BVerfGE 6, 45 (49 f.); 61, 82 (104); 75, 192 (200).
- <sup>162</sup> BVerfGE 19, 1 (5); 31, 314 (322); 77, 101 (103). Vgl. dazu Herbert Bethge, *Die Grundrechtsberechtigung juristischer Personen nach Artikel 19 Abs. 3 Grundgesetz*, 1985, S. 77 ff.; Peter M. Huber, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), *Das Bonner Grundgesetz*, Bd. I, 4. Aufl. 1999, Artikel 19 Rn. 271 ff.
- <sup>163</sup> BVerfGE 39, 302 (313). – Zur Herkunft dieser Formulierung Friedrich E. Schnapp, *Probleme der Selbstverwaltung*, in: *Bitburger Gespräche, Jahrbuch 1996*, S. 33 (43 mit Fn. 54). Zustimmung statt vieler: Josef Isensee, *Anwendung der Grundrechte auf juristische Personen*, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), *Handbuch des Staatsrechts*, Bd. V, 2. Aufl. 2000, § 118 Rn. 25; Wolfgang Rüfner, *Grundrechtsträger*, ebd., § 116 Rn. 78.
- <sup>164</sup> Vgl. dazu Axer (Fn. 158), S. 254 ff.
- <sup>165</sup> A. A. Ramsauer (Fn. 156), S. 484.
- <sup>166</sup> Deutlich und zutreffend BSGE 82, 78 (79 f.); vgl. auch Becker (Fn. 140), S. 16 ff.
- <sup>167</sup> BSGE 82, 78 (79).
- <sup>168</sup> Vgl. dazu und zur Herleitung Hans D. Jarass, in: ders./Bodo Pieroth, *Grundgesetz*, 6. Aufl. 2002, Artikel 3 Rn. 8; Werner Heun, in: Horst Dreier (Hrsg.), *Grundgesetz, Kommentar*, Bd. I, 1996, Artikel 3 Rn. 57; Lerke Osterloh, in: Michael Sachs (Hrsg.), *Grundgesetz, Kommentar*, 2. Aufl. 1999, Artikel 3 Rn. 74; Wolfgang Rüfner, in: Rudolf Dolzer (Hrsg.), *Bonner Kommentar, Loseblatt, Stand: 2001*, Artikel 3 Abs. 1 Rn. 159; Christian Starck, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), *Das Bonner Grundgesetz*, Bd. I, 4. Aufl. 1999, Artikel 3 Rn. 210, 222.
- <sup>169</sup> Vgl. BVerfGE 21, 362 (372); 23, 12 (24); 41, 126 (149).
- <sup>170</sup> BVerfGE 76, 130 (139).
- <sup>171</sup> Verfassungsbeschwerden können allein die Versicherten und Arbeitgeber einlegen. Voraussetzung dafür ist, dass die Zulässigkeitsanforderungen für eine Verfassungsbeschwerde vorliegen und insbesondere der Rechtsweg erschöpft ist. Daher wäre zuerst vor den Sozialgerichten Klage gegen den jeweiligen Beitragsbescheid einzulegen.
- <sup>172</sup> Vgl. Starck, in: von Mangoldt/Klein/Starck (Fn. 168), Artikel 3 Rn. 210.
- <sup>173</sup> BSGE 81, 276 (281) im Anschluss an BVerfGE 75, 108 (146), 81, 156 (185).
- <sup>174</sup> Vgl. BVerfGE 11, 105 (111 ff.); 63, 1 (34 f.); 75, 108 (146); siehe ausführlich dazu Hermann Butzer, *Fremdlasten in der Sozialversicherung*, 2001, S. 109 ff.
- <sup>175</sup> BVerfGE 14, 312 (318); 75, 108 (148); 81, 156 (185 f.); 99, 202 (212); vgl. auch BSGE 81, 276 (284 f.).
- <sup>176</sup> Nach Artikel 72 Abs. 2 GG hat der Bund das Recht zur Gesetzgebung, „wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“.
- <sup>177</sup> Dazu BT-Drucks. 12/6000, S. 33 f.
- <sup>178</sup> Vgl. Christoph Degenhart, in: Michael Sachs (Hrsg.), *Grundgesetz, Kommentar*, 2. Aufl. 1999, Artikel 72 Rn. 11 ff.; Bodo Pieroth, in: Hans D. Jarass/Bodo Pieroth, *Grundgesetz*, 6. Aufl. 2002, Artikel 72 Rn. 11.
- <sup>179</sup> BVerfGE 2, 213 (224); 65, 1 (63); 78, 249 (270). Ob die Bedürfnisklausel zu einer grundlegenden Änderung in der verfassungsgerichtlichen Judikatur führen wird, bleibt abzuwarten; vgl. dazu BVerfG, in: *NJW 2001*, S. 3253 (3254).
- <sup>180</sup> Artikel 87 Abs. 2 Satz 2 GG. Zur Neufassung des Artikel 87 Abs. 2 GG durch die Grundgesetzrevision 1994 und die in diesem Zusammenhang erfolgende Regionalisierungsdiskussion: Martin Burgi, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), *Das Bonner Grundgesetz*, Bd. III, 4. Aufl. 2001, Artikel 87 Rn. 99 ff.; Markus Heintzen/Christoph Kannengießer, *Die Regionalisierung der Sozialversicherung aus verfassungsrechtlicher und verfassungspolitischer Sicht*, in: *DAngVers 1993*, S. 58 ff.; Josef Isensee, *Föderalisierung der Sozialversicherung*, in: *NZS 1993*, S. 281 ff.; Hans Jürgen Papier, *Die Regionalisierung der Gesetzlichen Rentenversicherung aus verfassungsrechtlicher Sicht*, in: *NZS 1995*, S. 241 ff.
- <sup>181</sup> Zu einer solchen Alternative allgemein Pieroth, in: Jarass/Pieroth (Fn. 178), Artikel 72 Rn. 9.

- <sup>182</sup> Insbesondere Kirchhof (Fn. 84), S. 22 ff.
- <sup>183</sup> Die finanzverfassungsrechtlichen Vorschriften sind kein Recht „von minderer Geltungskraft“ oder als „soft law“ anzusehen, sondern sie gelten strikt und sind in vollem Umfang justiziabel. Vgl. dazu BVerfGE 72, 330 (388 ff.); siehe auch BVerfGE 67, 256 (288 f.). Aus dem Schrifttum statt vieler m. w. N.: Klaus Vogel/Christian Waldhoff, in: Rudolf Dolzer (Hrsg.), Bonner Kommentar, Loseblatt, Stand: 2001, Vorbem. zu Artikel 104 a Rn. 638 ff.
- <sup>184</sup> Vgl. Ferdinand Kirchhof, Finanzierung der Sozialversicherung, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. IV, 2. Aufl. 1999, § 93 Rn. 31 ff. (bes. Rn. 34 f.); ders., Finanztransfers aus Separathaushalten im Bundesstaat, in: FS Dürig, 1990, S. 447 (456 f.); Franz Klein, Die Ausgabenbegrenzung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 104 a GG, in: FS Geiger, 1989, S. 501 (503); Rolfs (Fn. 139), S. 129; Vogel/Waldhoff (Fn. 183), Vorbem. zu Artikel 104 a Rn. 54. – Prinzipiell die Geltung für die mittelbare Staatsgewalt behandelnd: Jürgen Hidién, Bundesstaatlicher Finanzausgleich und Sonderabgaben, in: DÖV 1997, S. 990 (992).
- <sup>185</sup> Ausführlich dazu Kirchhof (Fn. 84), S. 26 ff.; ders. (Fn. 184), § 93 Rn. 34.
- <sup>186</sup> Vgl. statt vieler nur BVerfGE 101, 158 ff.; Peter M. Huber, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), Das Bonner Grundgesetz, Bd. III, 4. Aufl. 2001, Artikel 107 Rn. 88 ff., m. w. N.
- <sup>187</sup> Vgl. dazu Josef Isensee, Finanzverfassung und Sozialrecht, in: SDSRV 35 (1992), S. 12.
- <sup>188</sup> Vgl. dazu Isensee (Fn. 187), S. 9 ff. – Nach BSGE 81, 276 (286) besteht die in Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG eingeräumte Kompetenz, Beiträge zu erheben, „unabhängig von der im GG geregelten Finanzverfassung“.
- <sup>189</sup> BVerfGE 39, 302 (315).
- <sup>190</sup> Isensee (Fn. 187), S. 13.
- <sup>191</sup> Deutlich zur Fundierung des Sozialversicherungsbeitrags in der Vorschrift des Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG: BVerfGE 75, 108 (148).
- <sup>192</sup> Dazu grundlegend Josef Isensee, Steuerstaat als Staatsform, in: FS Hans Peter Ipsen, 1977, S. 409 ff.
- <sup>193</sup> Dazu Josef Isensee, Der Sozialversicherungsbeitrag des Arbeitgebers in der Finanzordnung des Grundgesetzes, in: DRV 1980, S. 149 (150 ff.); ders., Der „Maschinenbeitrag“ ist Steuer, in: DRV 1981, S. 53 ff.
- <sup>194</sup> Zu den Charakteristika des Sozialversicherungsbeitrags vgl. nur Vogel/Waldhoff, in: Bonner Kommentar (Fn. 183), Vorbem. zu Artikel 104 a ff. Rn. 453 ff.
- <sup>195</sup> § 4 Abs. 2 SGB V.
- <sup>196</sup> § 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V.
- <sup>197</sup> §§ 5 ff. SGB V.
- <sup>198</sup> A. A. Butzer (Fn. 174), S. 420 ff., 570 f. Allerdings könnte der Formulierung „jedenfalls bis zur Einführung der umfassenden Kassenwahlrechte (§§ 183 ff. SGB V) im Jahre 1996“ (S. 420) eine Einschränkung entnommen werden. Wie hier im Ergebnis am Beispiel der Unfallversicherung dagegen Hans Carl Nipperdey/Franz-Jürgen Säcker, Zur verfassungsrechtlichen Problematik von Finanzausgleich und Gemeinlast in der Sozialversicherung, 1969, S. 29 ff.
- <sup>199</sup> BVerfGE 39, 302 (315); 89, 365 (376 f.); für die Unfallversicherung BVerfGE 36, 383 (393).
- <sup>200</sup> Anders dagegen Sodan/Gast (Fn. 54), S. 268, die das Gliederungsprinzip betonen und von rechtlich und organisatorisch selbständigen Solidargemeinschaften ausgehen.
- <sup>201</sup> § 4 Abs. 3 SGB V.
- <sup>202</sup> Vgl. dazu am Beispiel höherer Beitragsbelastungen durch Umverteilung innerhalb der Unfallversicherung BVerfGE 23, 12 (24).
- <sup>203</sup> Zu Finanzausgleichen in der Gesetzlichen Krankenversicherung BSGE 58, 134 (140 f.); zum seit 1978 bereits bestehenden Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner: Engelhard (Fn. 23), § 56 Rn. 44 ff.; Ramsauer (Fn. 156), S. 482; zum Finanzausgleich in der Gesetzlichen Rentenversicherung: Wolfgang Schmidt/Jürgen Genzke, Finanzausgleich und Finanzverbund, in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 3: Rentenversicherungsrecht, 1999, § 52; zur Unfallversicherung: BVerfGE 23, 12 ff.; 36, 383 (392 ff.).
- <sup>204</sup> BVerfGE 75, 108 (146); 87, 1 (34).

- <sup>205</sup> Mangels Vergleichbarkeit von Länderfinanzausgleich und Risikostrukturausgleich können daher auch die Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts (E 101, 158 ff.) nicht auf den Risikostrukturausgleich übertragen werden. A. A. Sodan/Gast (Fn. 138), S. 127 ff.
- <sup>206</sup> In der Entscheidung zum Lastenausgleich zwischen gewerblichen Berufsgenossenschaften in der Gesetzlichen Unfallversicherung (E 36, 383 ff.) weist das Bundesverfassungsgericht auf Artikel 87 Abs. 2 GG hin als Regelung, die einen totalen und zeitlich unbegrenzten Lastenausgleich zulasse, weil der Bund auf Grund dieser Vorschrift die gesamte Gesetzliche Unfallversicherung bei einem einzigen Träger zusammenfassen und diesen als bundesunmittelbare Körperschaft des öffentlichen Rechts organisieren könne (a. a. O., S. 393).
- <sup>207</sup> Vgl. Kirchhof (Fn. 84), S. 45 ff.; ders., Finanzierung der Krankenversicherung, Grundlagen, in: Bertram Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. 1: Krankenversicherung, 1994, § 53 Rn. 9; Rolfs (Fn. 139), S. 134.
- <sup>208</sup> Dazu Hans-Günter Henneke, Öffentliches Finanzwesen und Finanzverfassung, 2. Aufl. 2000, Rn. 256; Helmut Siekmann, in: Michael Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 2. Aufl. 1999, Artikel 120 Rn. 29.
- <sup>209</sup> Vgl. BVerfGE 14, 221 (234 f.); BSGE 34, 177 (179); 47, 148 (157); 81, 276 (285 f.); Karl-Jürgen Bieback, Die Garantiehafung des Bundes für die Sozialversicherung, in: VSSR 1993, S. 1 (15); Thomas Gössl, Die Finanzverfassung der Sozialversicherung, 1992, S. 126; Jörn Lütjohann, Die Lasten der Gesetzlichen Rentenversicherung nach Artikel 120 I 4 GG, Diss. Tübingen, 1994, S. 11 f.; Stefan Muckel, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), Das Bonner Grundgesetz, Bd. III, 4. Aufl. 2000, Artikel 120 Rn. 25 ff.; Siekmann (Fn. 208), in: Sachs, Artikel 120 Rn. 22 f.; a. A. Hans-Wolfgang Diemer, Zum Staatszuschuß bei den Sozialversicherungen, in: VSSR 1982, S. 31 (55 ff.).
- <sup>210</sup> Statt vieler Muckel (Fn. 209), Artikel 120 Rn. 33 ff. Dort auch weitere Nachweise zu der Frage, ob die Länder freiwillig Zuschüsse leisten dürfen.
- <sup>211</sup> Vgl. zur Konzeption der ökologischen Steuerreform Johanna Hay, Fortführung der ökologischen Steuerreform – Übergang zur Routine?, in: NJW 2000, S. 640 ff. Deutliche Kritik an der Ökosteuer m. w. N. bei Matthias Herdegen/Wolfgang Schön, Ökologische Steuerreform. Verfassungsrecht und Verkehrsgewerbe, 2000.
- <sup>212</sup> Überblick bei Nicolai Kranz, Die Bundeszuschüsse zur Sozialversicherung, 1998, S. 47 ff.
- <sup>213</sup> Vgl. BVerfGE 14, 221 (235); Gertrude Lübke-Wolff, in: Horst Dreier (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, Bd. 3, 2000, Artikel 120 Rn. 16; Theodor Maunz, in: ders./Günter Dürig (Hrsg.), Grundgesetz, Loseblatt, Stand: 2001, Artikel 120 Rn. 24.
- <sup>214</sup> Zutreffend Isensee (Fn. 187), S. 39.
- <sup>215</sup> Auf dieses weist das Bundessozialgericht hin (E 47, 148 [157]).
- <sup>216</sup> Vgl. zu einer ausnahmsweise bestehenden Garantiepflcht bei Existenzbedrohung BSGE 47, 148 (159).
- <sup>217</sup> Zu § 12 Abs. 1 InsO und entsprechenden landesrechtlichen Bestimmungen Becker (Fn. 140), S. 21 f. – Allgemein zur Insolvenzfähigkeit juristischer Personen des öffentlichen Rechts Engelsing, Zahlungsunfähigkeit von Kommunen und anderen juristischen Personen des öffentlichen Rechts, 1998; Jens Lehmann, Die Konkursfähigkeit juristischer Personen des öffentlichen Rechts, 1999.
- <sup>218</sup> Vgl. zur Insolvenz einer AOK und zur Beschränkung der Garantiehafung des Bundes aus Artikel 120 Abs. 1 Satz 4 GG: BVerfGE 72, 212 (216 f.).
- <sup>219</sup> Allgemein: BSGE 58, 10 (13); 62, 136 (140).
- <sup>220</sup> BVerfGE 36, 383 (395).
- <sup>221</sup> Vgl. für die Unfallversicherung BVerfGE 36, 383 (396).
- <sup>222</sup> In diese Richtung ebenso: Bieback (Fn. 209), S. 5; Isensee (Fn. 187), S. 39.
- <sup>223</sup> Zur Begründung des rechtsstaatlichen Gleichbehandlungsgebotes vgl. bereits oben bei Fn. 168.
- <sup>224</sup> BVerfGE 21, 361 (372); 23, 359 (373); 62, 354 (370); 76, 130 (139); 89, 132 (141).
- <sup>225</sup> Vgl. dazu am Beispiel von Ausgleichsregelungen in der Unfallversicherung BVerfGE 23, 12 (25).
- <sup>226</sup> Zur neuen Formel: Heun, in: Dreier (Fn. 168), Artikel 3 Rn. 19 ff.; Rübner, in: Bonner Kommentar (Fn. 168), Artikel 3 Abs. 1 Rn. 25 ff.
- <sup>227</sup> Jarass, in: ders./Pieroth (Fn. 168), Artikel 3 Rn. 25; ebenfalls auf das Willkürverbot abstellend: Rübner, in: Bonner Kommentar (Fn. 168), Artikel 3 Abs. 1 Rn. 159.

- <sup>228</sup> BVerfGE 91, 118 (123); 97, 271 (291).
- <sup>229</sup> Vgl. dazu im Hinblick auf die Gesetzliche Unfallversicherung BVerfGE 36, 383 (394 ff.). In dem Beschluss zur Verfassungsmäßigkeit ungleicher Beiträge in der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahre 1994 (E 89, 365 ff.) erwähnt das Gericht den Risikostrukturausgleich als einen Schritt zur Verringerung von Beitragssatzunterschieden, ohne dass es in diesem Kontext verfassungsrechtliche Bedenken gegen den Risikostrukturausgleich äußert.
- <sup>230</sup> Dazu Axer (Fn. 158), S. 239 ff., m. w. N.
- <sup>231</sup> Allgemein zur Zulässigkeit eines gesamtdeutschen Ausgleichs in der Sozialversicherung Isensee (Fn. 187), S. 34 ff.
- <sup>232</sup> Vgl. Ramsauer (Fn. 156), S. 484 f.; Sodan/Gast (Fn. 54), S. 270.
- <sup>233</sup> Vgl. zur Typisierungsbefugnis des Gesetzgebers m. w. N. Starck, in: von Mangoldt/Klein/Starck (Fn. 168), Artikel 3 Abs. 1 Rn. 23.
- <sup>234</sup> Rechtfertigungsversuch bei Schneider/Vieß (Fn. 32), S. 2704 ff.; siehe auch LSG NW, Urteil vom 28. 8. 2001, L 5 KR 153/00. – Nicht zu entscheiden ist an dieser Stelle, ob es Kriterien gibt, die „geradezu ausgleichsfeindlich“ sind. Dazu rechnet das Bundessozialgericht (E 58, 134, 157 f.) vor allem hohe Verwaltungskosten, eine zu großzügige Leistungsgewährung seitens der Kassen, ungenügende Kontrollen sowie ein übersteigertes Anspruchsverhalten der Versicherten: „Würde auch insofern ein Ausgleich erfolgen, so könnten Mitglieder von Kassen, die fremde Lasten dieser Art mit zu übernehmen hatten, ihrerseits geltend machen, Artikel 3 Abs. 1 GG sei verletzt, weil Ungleiches zu Unrecht gleich behandelt werde; sie müssten dann nämlich die Folgen des unwirtschaftlichen Verhaltens anderer mittragen. Ein solcher Einwand wäre vor allem dann beachtlich, wenn sich der Beitragssatz bei den potenziell ausgleichspflichtigen Kassen bisher nur deshalb im Rahmen gehalten hat, weil die medizinische Versorgung ihrer Mitglieder besonders sparsam war“.
- <sup>235</sup> Zum Umfang der im Jahre 1999 bestehenden Beitragsbelastungen durch den Risikostrukturausgleich oben I., 1.
- <sup>236</sup> BVerfGE 10, 89 (102); 38, 281 (297 f.); 89, 365 (376); 92, 53 (69); vgl. auch BVerwGE 32, 308 (311); 64, 115 (117); 107, 169 (172 ff.); 108, 169 (171 f.); BSGE 25, 170 (176); 31, 136 (138 f.).
- <sup>237</sup> Zu dieser Kontroverse statt vieler Wolfram Höfling, in: Karl Heinrich Friauf/Wolfram Höfling (Hrsg.), Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Loseblatt, Stand: 2001, Artikel 2 Rn. 40; Markus Kaltenborn, Negative Vereinigungsfreiheit als Schutz vor Einbeziehung in die Sozialversicherung?, in: NZS 2001, S. 300 ff.; Wolfgang Löwer, in: Ingo von Münch/Philip Kunig (Hrsg.), Grundgesetz-Kommentar, Bd. 1, 5. Aufl. 2000, Artikel 9 Rn. 20; Detlef Merten, Vereinsfreiheit, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. VI, 2. Aufl. 2001, § 144 Rn. 58 ff.
- <sup>238</sup> Kaltenborn (Fn. 237), S. 301 f.; vgl. auch Wolfram Höfling, in: Michael Sachs (Hrsg.), Grundgesetz, Kommentar, 2. Aufl. 1999, Artikel 9 Rn. 23.
- <sup>239</sup> Vgl. dazu nur Jarass, in: ders./Pieroth (Fn. 168), Artikel 9 Rn. 5; Merten, in: HStR, Bd. VI (Fn. 237), § 144 Rn. 58 ff.; Starck, in: von Mangoldt/Klein/Starck (Fn. 168), Artikel 2 Rn. 125; siehe auch jüngst BVerfG vom 7. 12. 2001, 1 BvR 1806/98.
- <sup>240</sup> Zur Schrankentrias statt vieler Hans-Uwe Erichsen, Allgemeine Handlungsfreiheit, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. VI, 2. Aufl. 2001, § 111 Rn. 113 ff.; Höfling, in: Friauf/Höfling (Fn. 237), Artikel 2 Rn. 73 ff.
- <sup>241</sup> Vgl. BVerfGE 38, 281 (299 ff.).
- <sup>242</sup> Vgl. dazu Kaltenborn (Fn. 237), S. 303 f.
- <sup>243</sup> Vgl. dazu am Beispiel der Industrie- und Handelskammern Peter Axer, Die Finanzierung der Industrie- und Handelskammern durch Abgaben, in: GewArch 1996, S. 453 ff.
- <sup>244</sup> BVerfGE 6, 32 (37 ff.); 80, 137 (153) – st. Rspr.
- <sup>245</sup> Dazu deutlich BVerfG, in: NJW 2001, S. 1779 (1780 f.).
- <sup>246</sup> BVerfG, in: NJW 2001, S. 1779 (1781).
- <sup>247</sup> Zum Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers: Jarass, in: ders./Pieroth (Fn. 168), Artikel 20 Rn. 87.
- <sup>248</sup> BVerfGE 68, 193 (218); 70, 1 (25 ff.); 82, 209 (230); BVerfG, in: NJW 2001, S. 1779 (1780); EuGH, in: EuZW 2001, S. 464 (468, Rn. 72).
- <sup>249</sup> A. A. Sodan/Gast (Fn. 54), S. 270 ff.

- <sup>250</sup> Vgl. BVerfGE 90, 145 (172); siehe auch BVerfG, in: GRUR 2001, S. 266 (269). In einer anderen Entscheidung (NJW 2001, S. 1779 [1781]) sieht es unterschiedliche Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen als grundsätzlich geeignet an, selbst wenn keine Maßnahme nachhaltig gewirkt hat.
- <sup>251</sup> A. A. Sodan/Gast (Fn. 54), S. 273 f.
- <sup>252</sup> Zu der von Ramsauer (Fn. 156), S. 486 f., als milderes Mittel vorgeschlagenen Korridorlösung kritisch Schneider/Vieß (Fn. 32), S. 2708.
- <sup>253</sup> Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts (E 68, 193 [218 f.]; 77, 84 [109]; 81, 70 [90 f.]) ist das Gebot der Erforderlichkeit verletzt, wenn das Ziel der staatlichen Maßnahme durch ein anderes, gleich wirksames Mittel erreicht werden kann, mit dem das betreffende Grundrecht nicht oder weniger fühlbar eingeschränkt wird.
- <sup>254</sup> BVerfG, in: NJW 2001, S. 1779 (1782).
- <sup>255</sup> Sodan/Gast (Fn. 54), S. 275; vgl. auch Kaltenborn (Fn. 237), S. 304, der bei Beitragsbelastungen direkt auf Artikel 14 Abs. 1 GG abstellt.
- <sup>256</sup> BVerfGE 70, 219 (230); 75, 108 (154); 78, 232 (243); BSGE 81, 276 (287).
- <sup>257</sup> BVerfGE 78, 249 (277); 82, 159 (190); 91, 207 (220); BSGE 81, 276 (287).
- <sup>258</sup> BVerfGE 93, 121 (136 ff.). – Zum Halbeilungsgrundsatz m. w. N. statt vieler Hermann Butzer, Freiheitsrechtliche Grenzen der Steuer- und Sozialabgabenlast. 1999.
- <sup>259</sup> Vgl. dazu m. w. N. jüngst Sodan/Gast (Fn. 138), S. 96 ff.; siehe auch: Otto Depenheuer, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), Das Bonner Grundgesetz, Bd. I, 4. Aufl. 1999, Artikel 14 Rn. 387 ff.; Rainer Wernsmann, Die Finanzierung der Sozialversicherung durch Beiträge und Steuern aus Sicht der deutschen Verfassung, in: DRV 2001, S. 67 (81 ff.).
- <sup>260</sup> Vgl. Josef Isensee, Vertrauensschutz für Steuervorteile, in: FS Franz Klein, 1994, S. 611 (619 f.); Walter Leisner, Eigentum, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. VI, 2. Aufl. 2001, § 149 Rn. 124 ff.
- <sup>261</sup> BVerfGE 100, 226 (240).
- <sup>262</sup> BVerfGE 70, 191 (214) – st. Rspr.
- <sup>263</sup> BVerfGE 75, 108 (153 f.).
- <sup>264</sup> BVerfGE 75, 108 (153 f.).
- <sup>265</sup> Kritik an der Rechtsprechung bei: Rüdiger Breuer, Die staatliche Berufsregelung und Wirtschaftlenkung, in: Josef Isensee/Paul Kirchhof (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. VI, 2. Aufl. 2001, § 148 Rn. 30 f.; Gerrit Manssen, in: Hermann von Mangoldt/Friedrich Klein/Christian Starck (Hrsg.), Das Bonner Grundgesetz, Bd. I, 4. Aufl. 1999, Artikel 12 Rn. 71 ff.
- <sup>266</sup> BVerfGE 70, 1 (28); 95, 173 (183) – st. Rspr.
- <sup>267</sup> Vgl. dazu Sodan/Gast (Fn. 54), S. 275 f.
- <sup>268</sup> BVerfG, in: NJW 2001, S. 1779 (1782).
- <sup>269</sup> Im Hinblick auf die Prüfung von Beitragssatzunterschieden lässt das Bundesverfassungsgericht den Maßstab letztlich offen (E 89, 365, 375 f.).
- <sup>270</sup> BVerfGE 89, 365 (375 ff.).
- <sup>271</sup> Vgl. dazu die Neuregelungen zum Kassenwahlrecht oben bei Fn. 15.
- <sup>272</sup> Nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts lässt sich eine Maßnahme vor Artikel 3 Abs. 1 GG umso eher rechtfertigen, als die Betroffenen die Wirkung einer Norm und damit eine unterschiedliche Behandlung weitgehend selbst vermeiden können (NJW 2001, S. 1779, 1782).

## **Überlegungen zur Beitragsbemessung sowie zum Finanz- und Risikostrukturausgleich aus ökonomischer Sicht**

*Prof. Dr. Jürgen Wasem  
und Dr. Stefan Greß, Universität Greifswald*

### **1. Einführung und Überblick**

Die Finanzierung der GKV insgesamt, wie auch die Verteilung der finanziellen Mittel zwischen den Krankenkassen, ist regelmäßig Gegenstand sowohl wissenschaftlicher als auch politischer und interessenpolitischer Diskussionen. In diesem Beitrag soll zunächst (in Abschnitt 2) auf Gestaltungsprinzipien der Krankenversicherung eingegangen werden mit Bezug auf mögliche Kalkulationsprinzipien (Abschnitt 2.1) und mögliche Optionen bei der Gliederung (Abschnitt 2.2). Anschließend wird untersucht, warum Wettbewerb zwischen Krankenversicherern einen Risikostrukturausgleich (RSA) benötigt, wenn das Solidarprinzip erhalten werden soll (Abschnitt 3). Voraussetzungen für einen wettbewerbskonformen RSA werden in Abschnitt 4 untersucht, bevor in Abschnitt 5 die Anreizstrukturen im deutschen RSA untersucht werden. Des Weiteren wird (in Abschnitt 6) thematisiert, dass die Krankenkassen Handlungsmöglichkeiten benötigen, wenn Wettbewerb als Gestaltungsprinzip implementiert werden soll. Ein Fazit (Abschnitt 7) beschließt den Beitrag.

### **2. Gestaltungsprinzipien für die Krankenversicherung**

In diesem Abschnitt wird herausgearbeitet, dass der Gesetzgeber eine Reihe von grundsätzlichen Weichenstellungen vornehmen muss, die für die Beitragsfinanzierung und die Frage von Finanz- und Risikoaussgleichen von fundamentaler Bedeutung sind. Wir beginnen mit der Analyse der Optionen in Bezug auf die Kalkulationsprinzipien.



## 2.1. Kalkulationsprinzipien

Krankenversicherungen sind – im Gegensatz zu Nationalen Gesundheitsdiensten wie dem britischen National Health Service – beitragsfinanzierte Sicherungssysteme. Die Prinzipien, die bei der Kalkulation dieser Beiträge zugrunde gelegt werden, können sehr unterschiedlich sein, womit zugleich sehr unterschiedliche Ziele realisiert werden können.

Dimension: Zeit- und Kohortenbezug des Beitrags	Dimension: Risikobezug des Beitrags		
	Einkommensbezogene Beiträge	Kopfbeiträge	Risikobezogene Beiträge
Umlageverfahren	GKV Deutschland	PKV Holland (Standardtarif) GKV Schweiz	
	GKV Holland (einkommensbezogene plus Kopfbeiträge)		
Kohortenspezifisches Umlageverfahren	Obligatorische PKV in Chile	PKV USA (Teilmärkte)	PKV Holland PKV USA
Kapitaldeckungsverfahren			PKV Deutschland
		Private Pflegepflichtversicherung Deutschland PKV Deutschland (Standardtarif)	

Quelle: übersetzt aus Greß/Okma/Wasem 2002  
Abb. 1

Wie Abbildung 1 deutlich macht, sind 2 Dimensionen in der Analyse relevant: einerseits können die Beiträge in unterschiedlicher Weise auf das versicherungstechnische Risiko, das der Versicherte repräsentiert, bezogen werden (in den Spalten der Tabelle unterschieden), andererseits können sie in unterschiedlicher Weise auf den Zeit- bzw. Kohortenbezug rekurrieren (in den Zeilen der Abb. 1).

In Bezug auf die Dimension des Risikos können grundsätzliche 3 Spielarten unterschieden werden (siehe die Spalten in Abb. 1):

- *einkommensbezogene Beiträge*: Hier hängen die Beiträge nicht vom Risiko des Versicherten ab; vielmehr besteht eine Anknüpfung an seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit – es besteht „Risikosolidarität“ und „Einkommenssolidarität“ (van de Ven/ Ellis 1999).
- *Kopfbeiträge*: Hier zahlt (im Idealmodell) jeder Versicherte unabhängig von seinem Risiko den gleichen absoluten Beitrag. Dieser hängt damit zwar nicht vom Risiko ab, knüpft aber auch nicht an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit an – es ist „Risikosolidarität“ gegeben, hingegen keine „Einkommenssolidarität“.
- *risikobezogene Beiträge*: Die Beiträge entsprechen (im Idealmodell) dem erwarteten Risiko, das der Krankenversicherer übernimmt, wenn er den Versicherten versichert. Damit ist weder Risiko- noch Einkommenssolidarität gegeben.

Auch in Bezug auf den Zeit- bzw. Kohortenbezug können grundsätzlich 3 Varianten unterschieden werden (Wasem 1997):

- *Umlageverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten werden für eine Periode (ein Jahr) so kalkuliert, dass sie ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben zu decken. Innerhalb dieser Periode kommt es zu einer „Umverteilung“ von jung nach alt, die bei einer stabilen Bevölkerung allerdings weitgehend in einer intratemporalen Umschichtung aufginge.
- *kohortenspezifisches Umlageverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten einer Altersgruppe werden so kalkuliert, dass sie in einer Periode ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben in dieser Periode zu decken. Es kommt daher nicht zu einer „Umverteilung“ von jung nach alt und nicht zu einer intratemporalen Umschichtung.
- *Kapitaldeckungsverfahren*: Die Beiträge aller Versicherten einer Altersgruppe werden so kalkuliert, dass sie über den gesamten Lebenszyklus ausreichen, die erwarteten Leistungsausgaben dieser Altersgruppe zu decken. Daher wird in jungen Jahren eine Alterungsrückstellung aufgebaut, die mit dem Alter wieder abgebaut wird. Es kommt zu einer intratemporalen Umschichtung, hingegen nicht zu einer Umverteilung von jung nach alt.

Die beiden Dimensionen können miteinander unterschiedlich kombiniert werden, womit sich insgesamt idealtypisch 9 Kombinationen ergeben. Interessant ist nun, dass im internationalen Vergleich die Designer von Krankenversicherungssystemen sehr unterschiedlich damit umgegangen sind und sich hierbei auch interessante Mischmodelle ergeben haben (vgl. Abb. 1):

- Zwar ist die Kombination von Umlageverfahren mit einkommensbezogenen Beiträgen das typische Merkmal von GKV-Systemen, aber z. B. in der Schweiz wird das Umlageverfahren mit Kopfbeiträgen und in den Niederlanden mit einer Kombination aus Kopfbeiträgen und einkommensbezogenen Beiträgen verbunden. Das Ausmaß der Einkommensorientierung hängt offenbar davon ab, inwieweit der Gesetzgeber der Auffassung ist, Einkommensumverteilung sollte über das Steuersystem hinaus auch in Sozialversicherungssystemen stattfinden.
- Zwar sind Risikobeiträge für PKV-Systeme typisch, wenn der Gesetzgeber die private Krankenversicherung jedoch in den Dienst sozialpolitischer Ziele stellen will, kann er Abweichungen hiervon regulierend vorschreiben – etwa mit dem Standardtarif in Holland oder der Pflegepflichtversicherung in Deutschland. Die Annahme, dass Private Krankenversicherung zwangsläufig Kapitaldeckungsverfahren bedeute, ist zwar weit verbreitet, trifft aber nicht zu, wie man am Beispiel der PKV in den USA oder den Niederlanden feststellen kann.

Für welche Konstellation sich der Gesetzgeber entscheidet, ist zentral von dem Ausmaß abhängig, mit dem verschiedene, sich teilweise entgegenstehende Ziele realisiert werden sollen.

## 2.2. Optionen zur Gliederung

Gesetzliche Krankenversicherungssysteme können unterschiedlich organisatorisch aufgebaut sein. Hierbei lassen sich 3 idealtypische Modelle unterscheiden:

- *Nationale Einheitsversicherung*: Es besteht eine nationale Krankenversicherung, bei der sämtliche Bürger (bzw. zumindest sämtliche Pflichtversicherten) versichert sind. Klar ist, dass es in diesem System keinen Wettbewerb zwischen Versicherungsträgern gibt. Typischerweise werden auch alle Versicherten den gleichen Beitrag bzw. Beitragssatz entrichten. Intern stellt sich die Frage, wie die Ressourcen auf die einzelnen Regionen oder Personengruppen verteilt werden sollen. Die GKV-Systeme einer Reihe von osteuropäischen oder außereuropäischen Ländern sind nach diesem Muster aufgestellt.
- *Regionale oder funktionale Gliederung mit Zuweisung*: Zwar bestehen mehrere Krankenversicherungsträger („Krankenkassen“), jedoch besteht für die Versicherten zwischen diesen keine Wahlfreiheit. Vielmehr werden sie entweder nach regionalen oder funktionalen Kriterien diesen Kassen zugewiesen. Daraus folgt auch, dass es keinen Wettbewerb zwischen den Kassen um Versicherte gibt. Typischerweise wird es keine Beitragssatzunterschiede zwischen den Versicherern geben. Möglicherweise müssen die unterschiedlich zu den Versicherern sprudelnden Beitragseinnahmen über einen Finanzausgleich umverteilt werden, sofern die Versicherten nicht ohnehin direkt die Beiträge an eine übergeordnete Instanz zahlen. Ein Beispiel für diesen Typus ist etwa das österreichische GKV-System; das niederländische System war bis Anfang der Neunzigerjahre analog konstruiert.
- *Wettbewerbliches System mit Kassenwahlfreiheit*: Die Versicherten können zwischen verschiedenen Krankenkassen wählen und periodisch wechseln. Die Krankenkassen stehen daher untereinander im Wettbewerb. Dieses Modell kann mit einheitlichen Beiträgen bzw. Beitragssätzen (z. B. in Israel, Polen, Tschechien oder Kolumbien) oder mit unterschiedlichen Beiträgen bzw. Beitragssätzen (z. B. in den Niederlanden, der Schweiz, Belgien, der Bundesrepublik) organisiert werden. Es stellt sich die Frage nach der Mittelverteilung auf die einzelnen Teilnehmer am Kassenwettbewerb.

Die Ausgestaltung der Organisationsprinzipien ist nicht zwangsläufig mit der Auswahl bestimmter Steuerungsmechanismen (Staat, Selbstverwaltung, Wettbewerb) im Verhältnis der Krankenversicherer zu den Leistungserbringern verbunden.

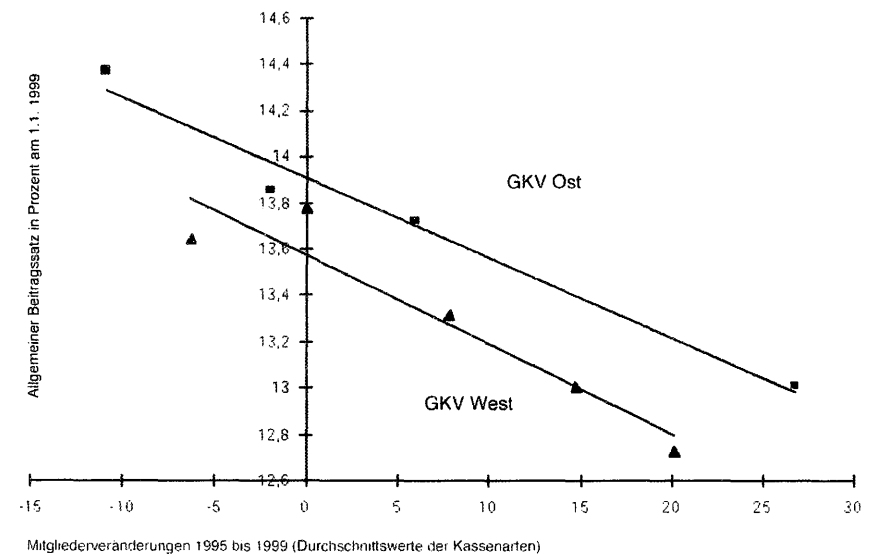
In den Neunzigerjahren hat es international einen „Megatrend“ in Richtung des Modelles der wettbewerblichen Krankenversicherung gegeben. So haben die Niederlande, Belgien, Schweiz, Deutschland, Israel, Kolumbien und weitere dieses System eingeführt, auch wenn hierbei teilweise (z. B. in Deutschland) inkonsistente Mischmodelle herausgekommen sind. Dieser Megatrend ist insbesondere durch 2 Überlegungen motiviert gewesen, die in den einzelnen Ländern durchaus unterschiedlich gewichtig gewesen sind: Einerseits sollte durch den Wettbewerb die Effizienz der Versicherer und der Leistungserbringung gesteigert werden; andererseits sollten durch Einführung bzw. Ausbau von Kassenwahlfreiheit die Versicherten gestärkt und Beiträge zu mehr Gleichheit bzw. Gerechtigkeit geleistet werden.

## 3. Wettbewerb bei Solidarprinzip erfordert Risikostrukturausgleich

Entscheidet sich der Gesetzgeber für ein Wettbewerbsmodell mit Wahlfreiheit der Versicherten, hat er zu beachten, dass die Versicherungen (Krankenkassen) in diesem Wettbewerb sicherlich nicht „schrumpfen“ oder gar vom Markt verschwinden wollen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Manager der Kassen aus unterschiedlichen Gründen (Macht, Einkommen, Sicherung von Arbeitsplätzen) wollen, dass „ihre“ Krankenkasse wächst.

Ein Wachstum der Krankenkasse ist insbesondere dadurch bewirkbar, dass die Krankenkasse einen günstigen Beitragssatz anbietet (bzw. bei Kopfbeiträgen: einen niedrigen Kopfbeitrag), sofern der Gesetzgeber die kassenindividuelle Kalkulation des Beitrags als Wettbewerbsparameter zulässt. Die bisherige Empirie zeigt, dass die Versicherten durchaus „preiselastisch“ reagieren: Krankenkassen mit hohen Beiträgen werden abgewählt, Krankenkassen mit niedrigen Beiträgen erhalten Zulauf an Versicherten. So haben in Deutschland die Krankenkassenarten mit Durchschnittsbeitragssätzen unter 13 % von 1995 bis 1999 deutlich Mitglieder gewonnen, Krankenkassenarten mit Durchschnittsbeitragssätzen über 13,5 % hingegen deutlich Mitglieder verloren (vgl. Abb. 2).

Korrelation zwischen Mitglieder- und Beitragssatzentwicklung



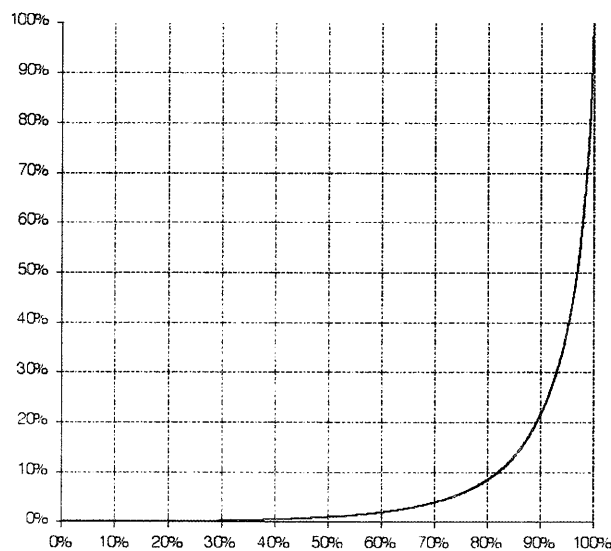
Quelle: Greß/Groenewegen/Braun/Wasem 2002  
Abb. 2

Einen „günstigen“ Beitragssatz kann eine Krankenkasse grundsätzlich durch 3 Strategien zu erzielen versuchen: (i) Sie kann versuchen, ihre Verwaltungskosten zu senken; (ii) sie kann versuchen, ihre Leistungsausgaben durch entsprechendes Vertrags- und Leistungsmanagement zu senken; (iii) sie kann versuchen, ihre Risikostruktur zu verbessern, indem sie Versicherte mit geringen Leistungsausgaben (und hohen beitragspflichtigen Einkommen) versichert, andere hingegen nicht. Kurzfristig ist die 3. Strategie die einfachste und erfolgsversprechendste. Daraus ergibt sich, dass in wettbewerblichen Krankenversicherungssystemen die Krankenversicherer ein Interesse an aktiver Risikoselektion haben. Darüber hinaus wird sich möglicherweise aber auch eine passive Risikoselektion ergeben, wenn gesunde Versicherte eher zu Krankenkassen mit günstigen Beitragssätzen wechseln als kranke Versicherte; dies ist offenbar in der Bundesrepublik der Fall (Andersen/ Schwarze 1999; Jacobs u. a. 2001).

Während somit starke Anreize bestehen, sich um „günstige Risiken“ zu kümmern, bestehen umgekehrt keine Anreize, sich um chronisch kranke Versicherte zu bemühen – insbesondere dann nicht, wenn ein solches Engagement möglicherweise dazu führen würde, dass weitere Chroniker sich (z. B. vermittelt über ihre Ärzte) der Krankenkasse wegen der guten Chronikerversorgung der Krankenkasse anschließen (Jacobs u. a. 2001; Lauterbach/ Wille 2001).

Die Ausgaben in der Krankenversicherung sind sehr ungleich verteilt: Auf vergleichsweise wenige Versicherte entfallen hohe Anteile der gesamten Ausgaben. So ist für die deutsche GKV gezeigt worden, dass auf 10 % der Versicherten rund 80 % der Leistungsausgaben entfallen, auf 5 % rund 40 % (vgl. Abb. 3). Gelingt es einer Krankenkasse, möglichst wenige Hochkostenversicherte in ihren Beständen zu halten, kann sie einen überaus günstigen Beitragssatz anbieten.

Verteilung der Versicherten nach Ausgabenhöhen



Quelle: Jacobs/Reschke/Cassel/Wasem 2001  
Abb. 3

Will der Regulierer (Staat) nicht, dass die Krankenkassen sich auf die Gewinnung günstiger Risiken konzentrieren, ist ein erster Ansatz, den Versicherern dies zu verbieten (Sheiman/ Wasem 2002). Insbesondere wird ihnen vorgeschrieben, dass sie keine Versicherten ablehnen dürfen und alle gleich behandeln müssen. Teilweise wird diese Form der Regulierung von Ökonomen für ausreichend gehalten (Oberender/ Ecker 1999). Weit überwiegend aber sind Ökonomen der Auffassung, dass es darauf ankomme, den Krankenkassen die Anreize zu nehmen, sich vorwiegend für bestimmte Versicherte zu interessieren, indem durch einen Risikostrukturausgleich die Vorteile „guter Risiken“ und die Nachteile „schlechter Risiken“ neutralisiert werden (Jacobs u. a. 2001). Auch die Politik hat sich dieser Sichtweise in allen Ländern, die wettbewerbsorientierte Krankenversicherungen eingeführt haben und gleichwohl Solidarität mit chronisch Kranken und Geringverdienern beibehalten wollen, angeschlossen, sodass überall Risikostrukturausgleichssysteme eingeführt wurden.

Die Schaffung entsprechender Anreize für die Versicherungen gelingt um so besser, je eher die Zahlungen im Risikostrukturausgleich bei den Krankenkassen eine Situation entstehen lassen, bei der risikoorientierte Beiträge (vgl. Abb. 1) simuliert werden: Stehen ihr nach RSA für jeden Versicherten im Idealfall genau die Einnahmen zur Verfügung, die sie an Ausgaben für diesen Versicherten erwartet, kann sie gegenüber allen Versicherten neutral sein. Ein erheblicher Teil der internationalen Diskussion zu Risikostrukturausgleich beschäftigt sich daher mit der Frage, mit welchen Ausgleichsmodellen diese Situation am besten hergestellt werden kann (van de Ven/ Ellis 1999).

Die konkrete Ausgestaltung eines Risikostrukturausgleichs hängt dabei im Wesentlichen auch von den übrigen Regelungen des jeweiligen Krankenversicherungssystems ab: So unterscheiden sich RSA-Systeme etwa danach, wie groß das finanzielle Risiko der einzelnen Krankenkassen sein soll, ob die Versicherten ihre Beiträge an die Kasse oder direkt in den RSA zahlen, ob Einkommensunterschiede der Versicherten sich unter sonst gleichen Umständen in Beitragssatzunterschieden widerspiegeln würden, und ob das Gesamtsystem über Beitragssatzstabilität budgetiert oder offen ist (van de Ven u. a. 2002).

#### 4. Voraussetzungen für einen wettbewerbskonformen Risikostrukturausgleich

Aufgabe eines Risikostrukturausgleiches ist es, Risikoselektion für die Versicherer unattraktiv zu machen. In der internationalen Diskussion besteht Übereinstimmung darüber, dass dies insbesondere heißt, dass die Versicherer höhere Zahlungen für solche Versicherten erhalten sollen, von denen sie annehmen können, dass diese in der Zukunft (im kommenden Jahr) höhere Ausgaben verursachen. Es sind statistische Messmethoden entwickelt worden, mit denen diese Fähigkeit eines RSA-Systems gemessen werden kann, sodass auch unterschiedliche Ausgleichsmodelle miteinander verglichen werden können.

Neben dieser Fähigkeit des RSA sind allerdings eine Reihe von Nebenbedingungen zu beachten (Spycher 1999; Jacobs u. a. 2001):

- Der RSA sollte die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten möglichst weitgehend bestehen lassen.

- Der RSA sollte nicht in die Versorgung eingreifen, weil dies die Suche nach effektiven und effizienten Versorgungsstrukturen beeinträchtigt.
- Der RSA muss administrativ handhabbar und manipulationsresistent sein.
- Aspekte des Datenschutzes müssen berücksichtigt werden.

Zwischen diesen Nebenbedingungen sowie zwischen den Nebenbedingungen und dem Hauptziel der Vermeidung von Risikoselektion bestehen teilweise Zielkonflikte, sodass es einer Abwägung der Gewichtigkeit der einzelnen Ziele und einer entsprechenden Entscheidung bedarf. So besteht etwa ein Konflikt zwischen dem Ziel, Risikostrukturunterschiede möglichst vollständig auszugleichen und dem Wirtschaftlichkeitsziel: Der am weitesten gehende Ausgleich von Risikostrukturen würde dann erfolgen, wenn für jeden Versicherten seine tatsächlichen individuellen Leistungsausgaben ausgeglichen würden; dann hätte die Krankenkasse aber kein Interesse mehr an wirtschaftlicher Leistungserbringung.

In der internationalen Diskussion hat sich herauskristallisiert, dass ein RSA, der nur Alter und Geschlecht als Ausgleichsvariablen berücksichtigt, nicht ausreichend fähig ist, zwischen guten und schlechten Risiken zu differenzieren. Als „Königsweg“ gilt gegenwärtig ein Ausgleichsmechanismus, der an Diagnosen anknüpft, um hiermit die Morbidität der Versicherten zu identifizieren und anschließend mit standardisierten Ausgaben zu bewerten. Solche morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme werden inzwischen in den USA in zahlreichen Teilsystemen (z. B. in der Rentnerkrankenversicherung Medicare) eingesetzt; seit 1. 1. 2002 wird ein solches System auch in den Niederlanden eingesetzt.

##### 5. Anreizstrukturen im deutschen RSA

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Kriterien, die im vorangegangenen Abschnitt aufgestellt wurden, sollen in diesem Abschnitt knapp die Anreizstrukturen des deutschen RSA diskutiert werden:

Der gegenwärtige RSA in der Bundesrepublik arbeitet mit standardisierten Leistungsausgaben: Für jede der gegenwärtig 670 Versichertengruppen werden auf der Basis einer Stichprobe – vgl. zu Problemen der Stichprobenziehung im RSA (Wasem u. a. 1999) – rechtskreisspezifische Durchschnittsausgaben berechnet, die der Bemessung des Beitragsbedarfes zugrunde gelegt werden. Damit kann nur in Ausnahmefällen eine Krankenkasse durch von ihr getätigte Mehrausgaben das Transfervolumen aus dem RSA oder in den RSA nennenswert beeinflussen. Die Anreize zum wirtschaftlichen Verhalten sind somit gewahrt. Dies wird sich auch nicht dadurch ändern, dass ab Mitte 2002 eigene Versichertengruppen für Versicherte, die in Disease-Management-Programmen eingeschrieben sind, gebildet werden sollen.

Ausgleichsmerkmale im gegenwärtig praktizierten RSA sind ausgabenseitig Alter, Geschlecht und Bezug/Nicht-Bezug einer Erwerbsminderungsrente. Damit bleiben Anreize zur Risikoselektion erhalten. Folgerichtig hat der Gesetzgeber beschlossen, bis 2007 auf einen morbiditätsorientierten RSA zu wechseln: die Bildung von Versichertengruppen für in Disease-Management-Programmen eingeschriebene Versicherte ist ein Schritt auf dem Weg zum morbiditätsorientierten RSA.

Einnahmenseitig bezieht der heutige RSA Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben nicht in die Berechnung des Ausgleichsbedarfssatzes ein. Der Ausgleich der beitragspflichtigen Einnahmen erfolgt damit nur zu 92 % und Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von Gutverdienern behalten Beitragssatzvorteile von bis zu 0,5 Beitragssatzpunkten (Jacobs u. a. 2001).

Der Gesetzgeber hat parallel zu dem Beschluss, den RSA in Richtung einer direkten Morbiditätsorientierung weiterzuentwickeln, beschlossen, einen Risikopool für teure Leistungsfälle einzurichten. Damit soll zum einen der Tatsache Rechnung getragen werden, dass bis zur Umsetzung des morbiditätsorientierten RSA noch einige Zeit vergeht, andererseits sollen mit einem solchen Instrument auch untypisch teure Leistungsfälle aufgefangen werden. Zwar erstattet der Risikopool – anders als der RSA – nicht standardisierte Leistungsausgaben, sondern tatsächliche Aufwendungen, was mit Blick auf die Anreizstrukturen als problematisch angesehen werden kann. Durch die hohe Eigenbeteiligung einer Krankenkasse – die Erstattung aus dem Risikopool setzt erst bei 20 000 EUR ein und auch dort verbleibt von jedem EUR über 20 000 ein Eigenanteil der Krankenkasse von 40 % – bleibt jedoch das Interesse der Krankenkassen an einem wirtschaftlichen Umgang mit den Geldern gewahrt.

##### 6. Handlungsbedarf jenseits des RSA

Mit der Weiterentwicklung des RSA ist eine wesentliche Voraussetzung für eine stärkere Wettbewerbsorientierung der Krankenversicherung erfolgt. Soll jedoch Wettbewerb als Steuerungsinstrument zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung genutzt werden, ist es darüber hinaus erforderlich, den Krankenkassen stärkere Möglichkeiten zu geben, sich als Einkäufer auf dem Markt für Gesundheitsleistungen wettbewerbsfähig zu profilieren.

Dies ist gegenwärtig kaum möglich, weil die Krankenkassen in weiten Bereich gemeinsam und einheitlich handeln müssen und die Aufgabe der Sicherstellung der Versorgung ihrer Versicherten nicht bei den Krankenkassen sondern bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und (im Bereich der stationären Versorgung) bei den Bundesländern liegt. Soll eine wettbewerbsliche Weiterentwicklung angestrebt werden, könnte ein denkbare Modell darin bestehen, den Sicherstellungsauftrag konsequent auf die Krankenkassen zu verlagern. Aufgabe der Bundesländer wäre es in diesem Kontext zu überprüfen, ob die Krankenkassen ihrer Verpflichtung zur Sicherstellung auch nachkämen (Glaeske u. a. 2001).

In einem solchen Modell würden die Verbände und die gemeinsame Selbstverwaltung von ihren Aufgaben überwiegend entlastet und die Verantwortung der im Wettbewerb stehenden einzelwirtschaftlichen Akteure gestärkt.

Während heute der Gesetzgeber (siehe Kassenärztliche Vereinigungen) Monopole vorschreibt, würde in einem wettbewerbsorientierten Ansatz eine staatliche Wettbewerbsaufsicht darauf achten müssen, dass sich weder bei den Krankenkassen noch den Leistungserbringern marktbeherrschende Stellungen herausbilden.

## 7. Abschließende Überlegungen

In diesem Beitrag wurde herausgearbeitet, dass Wettbewerb und Solidarität in Krankenversicherungssystemen in einem Spannungsverhältnis stehen. Aus ökonomischer Sicht ist Wettbewerb auch im Gesundheitswesen ein geeigneter Steuerungsansatz. Risikostrukturausgleiche sind geeignete (und die Verhältnismäßigkeit wahrende) Instrumente zur Ausbalancierung des Spannungsverhältnisses zwischen Wettbewerb und Solidarität – sie sind der „technische Kern“ einer solidarischen Wettbewerbsordnung (Rebscher 1993).

Die Ausgestaltung des deutschen RSA (insbesondere unter Einschluss der beschlossenen Weiterentwicklung zu einer direkten Morbiditätsorientierung) ist grundsätzlich geeignet, die Balance zwischen Wettbewerb und Solidarität zu wahren und gleichzeitig die Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten beizubehalten.

Allerdings bestehen nach wie vor Probleme hinsichtlich des nicht vollständigen Ausgleichs der Wirkungen unterschiedlicher beitragspflichtiger Einkommen der Versicherten. Auch ist – ohne dass dies hier vertieft diskutiert werden könnte (Jacobs u. a. 1998) – die bundesweite Ausgleichsebene im Hinblick auf den Regionalbezug des Wettbewerbs problematisch, wobei unterschiedliche (verteilungspolitisch höchst different wirkende) Lösungsansätze hier denkbar sind.

Auch jenseits des RSA bestehen – aus ökonomischer Sicht – Korrekturbedarfe bei der Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung, etwa seien die asymmetrisch verteilten Möglichkeiten der Krankenkassen, sich zu öffnen und zu schließen angesprochen (vgl. des Weiteren dazu Jacobs u. a. 2001).

Insgesamt muss abschließend deutlich gesagt werden, dass sich aus ökonomischer Sicht die Nachteile von Kassenwettbewerb (erhöhter Regulierungsbedarf, Risikoselektion, Marketingaufwendungen) nur lohnen, wenn die Politik auch bereit ist, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Chancen genutzt werden. Diese liegen darin, Wettbewerb als Suchinstrument nach einer kosteneffektiven und effizienten Versorgung der Patienten einzusetzen. Wenn die Politik den Mut nicht hat, den Krankenkassen entsprechende Wettbewerbsparameter an die Hand zu geben, wäre die Einheitsversicherung der sinnvollere Weg der Lösung der Gliederungsfrage in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

## 8. Literatur

- Andersen, H. H./Schwarze, J. (1999). „Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische Analyse.“ *Arbeit und Sozialpolitik* 53 (5-6): 10-28.
- Glaeske, G./Lauterbach, K./Rürup, B./Wasem, J. (2001). Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Langfassung. Vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, „Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens“, am 5. 12. 2001 in Berlin. Berlin.
- Greß, S./Groenewegen, P./Braun, B./Wasem, J. (2002). „Free choice of sickness funds in regulated competition: evidence from Germany and the Netherlands.“ *Health Policy* 60 (3): 235-254.
- Greß, S./Okma, G. H./Wasem, J. (2002). Private Health Insurance in Social Health Insurance Countries – Market Outcomes and Policy Implications. Diskussionspapier 01/2002 der Rechts- und Staatswissenschaftlichen Fakultät, Abt. Wirtschaftswissenschaften der Ernst-Moritz-Armdt-Universität Greifswald.
- Jacobs, K./Reschke, P./Cassel, D./Wasem, J. (2001). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, download at: <http://www.bmggesundheits.de>.
- Jacobs, K./Reschke, P./Wasem, J. (1998). Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, Nomos.
- Lauterbach, K./Wille, E. (2001). Modell eines fairen Kassenwettbewerbs. Sofortprogramm „Wechslerkomponente und solidarische Rückversicherung“ unter Berücksichtigung der Morbidität. Abschlussbericht. Gutachten im Auftrag des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes e. V. (AEV), des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV) und des IKK-Bundesverbandes (IKK-BV). Köln/Mannheim. auch: download bei: <http://www.bmggesundheits.de>.
- Oberender, P./Ecker, T. (1999). Der Risikostrukturausgleich in der GKV: eine ordnungsökonomische Analyse. Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. E. Knappe. Baden-Baden, Nomos: 51-60.
- Rebscher, H. (1993). „Wettbewerb und Solidarität – Skizze einer solidarischen Wettbewerbsordnung für die GKV.“ *Die Ersatzkasse* 73: 182-192.
- Sheiman, I./Wasem, J. (2002). Regulating the entrepreneurial behaviour of third party payers in health care. Regulating Entrepreneurial behaviour in European health care systems. Saltman, R./Busse, R./Mossialos, E. (Hrsg.). Buckingham/Philadelphia, Open University Press: 179-198.
- Spycher, S. (1999). Ausgestaltungsmöglichkeiten für den Risikoausgleich in der Schweiz. Zwischenbericht über die internationale wissenschaftliche Literatur zum Risikoausgleich und die in der Schweiz sowie im Ausland vorliegenden Reformvorschläge im Auftrag des Bundesamtes für Sozialversicherung. Bern, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien (BASS).
- van de Ven, W. P. M. M./Beck, K. u. a. (2002). „Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries.“ *Health Policy* 90 (4): in print.
- van de Ven, W. P. M. M./Ellis, R. (1999). Risk Adjustment in competitive health care markets. *Handbook of Health Economics*. Newhouse, J. P./Culyer, A. J., 1020-1180.
- Wasem, J. (1997). Die „Alterungsproblematik“ als Herausforderung für die Absicherung des Krankheitskostenrisikos. Allokation der Ressourcen bei Sicherheit und Unsicherheit. von der Schulemburg, J.-M./Balleer, M./Hanekopf, S. (Hrsg.). Baden-Baden, Nomos: 65-92.
- Wasem, J./Buchner, F./Aufderheide, C./Müller, U. (1999). „Methodische Aspekte des Risikostrukturausgleiches auf dem Prüfstand.“ *Die Krankenversicherung* 51: 231-236.

## **Ethische Grundlagen von Beitragsbemessung und Finanzausgleich**

*Prof. Dr. Otfried Seewald, Universität Passau*

### **I. Einleitung: Strukturmerkmale der Gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund ethischer Anforderungen**

Seit der Mitte der Neunzigerjahre erlebt die Philosophie eine erstaunliche Renaissance; philosophische Bücher für verschiedenste Ansprüche sind wieder gefragt<sup>1</sup>. Ethik-Räte, -Beiräte, -Kommissionen werden in allen Bereichen von Gesellschaft und Politik gebildet<sup>2</sup>, in denen mehr oder weniger komplexe Entscheidungen erwartet werden, die nicht normativ „vorprogrammiert“ sind und deshalb nicht gleichsam in einem Akt des Vollzuges (z. B. durch Verwaltung oder gesellschaftliche Einrichtung) getroffen werden können.

#### **1. Die Problemfrage**

Diese Problematik ist nicht grundsätzlich neu: Das Handeln in der Leitungsebene eines Staates (oder einer überstaatlichen Organisation)<sup>3</sup> ist selbst beim Vorhandensein einer ausformulierten und rechtsverbindlich normierten Verfassung<sup>4</sup> nicht in bestimmter oder bestimmbarer Weise vorgegeben, sondern eröffnet einen Gestaltungsspielraum bei prinzipiell gleichzeitiger Verpflichtung, Entscheidungen zu treffen. Der entscheidungstheoretisch-strukturelle Vergleich mit der Situation im allgemeinen Polizei- und Sicherheitsrecht zeigt eine ähnliche Situation auch im Verwaltungsrecht: Die grundsätzlich bestehende Pflicht, Gefahren abzuwehren und Störungen zu beseitigen<sup>5</sup> bei denkbar unbestimmten Voraussetzungen im Hinblick auf die tatbestandlichen Gegebenheiten<sup>6</sup> und die Anforderungen an die Festlegung der Rechtsfolgen<sup>7</sup>. Dieser Seitenblick auf das Polizei- und Sicherheitsrecht ist auch insoweit aufschlussreich, als die gesetzlich denkbar unbestimmten Vorgaben für das Verwaltungshandeln traditionell mit der Vorstellung von so genanntem Ermessen verbunden werden, dessen Betätigung sich in 2 Entscheidungsschritten abspielt<sup>8</sup>, nämlich im Hinblick auf die Frage, ob der Staat überhaupt tätig werden muss (das so genannte Entscheidungsermessen) sowie hinsichtlich der Frage, welches Handeln im Einzelnen erlaubt oder sogar geboten ist (so genanntes Auswahlermessen)<sup>9</sup>.

#### **2. Vorgaben für die GKV**

Zurück zur Ebene des Staates und den dort anfallenden grundsätzlichen Entscheidungen: Beispielsweise stellt sich derzeit die Frage, ob die Fortentwicklung eines hochbetagten Sozialversicherungssystems möglich erscheint oder ob grundsätzliche Weichenstellungen zur Schaffung eines in wesentlichen Punkten davon abweichenden Systems zur Versorgung der Bevölkerung mit gesundheitsbezogenen Leistungen als zweckmäßig oder notwendig erscheinen<sup>10</sup>.

### a) Das Grundgesetz

Die Verfassung macht hierzu keine verlässlichen Aussagen: Es lassen sich zwar aus den Grundrechten<sup>11</sup> sowie auch aus den Grundrechtsschranken<sup>12</sup> zumindest diesbezügliche objektiv-rechtliche Pflichten ableiten; weder ein Organisationsmodell und erst recht nicht dessen Bestandteile lassen sich diesen Regelungen entnehmen<sup>13</sup>. Und auch aus den organisationsrechtlichen Regelungen des Grundgesetzes, die dem Bund eine praktisch vorrangige Gesetzgebungszuständigkeit<sup>14</sup> für die Sozialversicherung<sup>15</sup> geben und für den Vollzug des geltenden Sozialversicherungsrechts die Abgrenzung von Bundes- und Landeszuständigkeit regeln<sup>16</sup>, lässt sich keine Antwort auf die Fragen entnehmen, ob die Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit überhaupt durch eine rechtlich im Wesentlichen monopolartig ausgerüsteten Zwangsversicherung stattfinden muss, geschweige denn, wie die Ausgestaltung eines Sicherungssystems im Einzelnen auszusehen hat.

### b) Europäisches Gemeinschaftsrecht

Der mittlerweile obligatorische Blick in das supranationale, vorrangig geltende Recht bringt keinen höheren Grad an Gewissheit: Der EG-Vertrag befasst sich zwar mit dem Gesundheitswesen<sup>17</sup>; die Rechtsprechung des EuGH zu den EU-Freiheiten<sup>18</sup> und dem Wettbewerbsrecht<sup>19</sup> ist ebenfalls von Bedeutung und hat zu grundsätzlichen Überlegungen auch zur Zukunft des deutschen Krankenversicherungssystems geführt<sup>20</sup>. Gleichwohl kann man bislang davon ausgehen, dass der deutsche Gesetzgeber autonom ist in der Frage, ob und in welcher Weise die überkommene Gesetzliche Krankenversicherung fortgeführt wird<sup>21</sup>.

Somit sollte es eigentlich nicht verwundern, dass die Frage nach Entscheidungshilfen oder -vorgaben für die hier zu erörternden Probleme von Beitragsgerechtigkeit (das betrifft in erster Linie die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung) und Finanzausgleich (das betrifft unmittelbar die Versicherungsträger) nicht allein mit dem Hinweis beantwortet werden sollte, dies sei eine rein politische Angelegenheit<sup>22</sup>. Mit einem solchen Hinweis ist zwar eine Antwort auf diese Frage gegeben, allerdings dahin gehend, dass es letztlich eine Sache der politischen Durchsetzbarkeit, also der Ausübung von politischer Macht ist, wie die Rechtsordnung im Großen und Ganzen sowie in ihren Einzelheiten gestaltet wird.

Wäre es nicht hilfreich und wohl auch für alle Beteiligten in höherem Maße akzeptabel, wenn beispielsweise die Art und Weise der Beitragshebung und die Frage der Grenzen der Beitragsbemessung – und zwar sowohl hinsichtlich der Jahresarbeitsentgeltgrenze<sup>23</sup> als auch des in jeder Hinsicht noch zu verkräftenden Beitragssatzes von 14 %-15 %<sup>24</sup> – nicht nur von eher situativen Machtkonstellationen abhängig wäre, sondern wenn insoweit Gerechtigkeitskriterien vorhanden wären und gefunden werden könnten, die über den Tag und über spezifische, insbesondere auch ökonomische Interessen hinaus möglichst zeitlose Geltung haben?

### c) Ethische Vorgaben

Diese Überlegung führt zu Philosophie und Ethik und damit zu Erkenntnisquellen, die – wie schon an dieser Stelle bemerkt werden soll – nicht nur allein auf geisteswissenschaftlichen, von den Tatsachen gleichsam losgelösten Überlegungen beruhen; vielmehr haben solche Überlegungen, jedenfalls nach meiner Einschätzung, stets einen realen, konkreten Anlass, dessen Problematik gelöst werden soll<sup>25</sup>. Die Verbindlichkeit derartiger Erkenntnisse als Rechtsquellen dürfte im materiellen Rechtsstaat gesichert sein<sup>26</sup>; das BVerfG hat in einer Anzahl von Entscheidungen die Geltung von „überpositivem Recht“ anerkannt<sup>27</sup>, zuletzt in der „Mauerschützen-Entscheidung“, unter Bezugnahme auf die so genannte Radbruch'sche Formel<sup>28</sup>.

Bevor im Nachfolgenden einige grundsätzliche Bemerkungen zum Anliegen und zur Leistungsfähigkeit von Ethik angestellt werden, soll zunächst der Gegenstand dessen, was es unter ethischen Gesichtspunkten zu bewerten gilt, dargestellt werden.

## II. Strukturmerkmale der derzeitigen Gesetzlichen Krankenversicherung

Beitragsbemessung und Finanzausgleich sind integrale Bestandteile des geltenden Krankenversicherungsrechts. Ob diese Systembestandteile dem Grunde nach und in ihrer konkreten Ausgestaltung gerecht – auch ethisch gerechtfertigt – sind, kann letztlich wohl nur in Zusammenhang mit dem gesamten System beurteilt werden. Aus ethischer Sicht sind jedoch sowohl die einzelnen Regelungsbestandteile des Systems als auch deren Wirkung in ihrer Gesamtheit Gegenstand wertender Betrachtung insoweit, als sie das Ergebnis menschlichen Handelns sind.

Im Nachfolgenden wird das deutsche System der Gesetzlichen Krankenversicherung schlagwortartig – und mit entsprechenden Unschärfen – skizziert, auch um den Standort von Beitragsbemessung und Finanzausgleich darzustellen.

### 1. Öffentlich-rechtliches Pflichtleistungssystem mit Monopolcharakter

Ausweislich der geltenden Rechtslage handelt es sich bei der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung um eine zwangsweise angeordnete staatliche Veranstaltung, die von einer nicht geringen Anzahl mittelbar-staatlichen Verwaltungseinrichtungen<sup>29</sup>, insgesamt jedoch monopolartig, betrieben wird. Ob es sich dabei in Wahrheit um Körperschaftlich funktionierende Organisationen oder um eine eher anstaltliche Struktur handelt, lässt sich anhand allein dieser Merkmale<sup>30</sup> noch nicht feststellen. Eine monopolistisch organisierte Leistungsverwaltung ist schließlich auch im Wege eines so genannten Anschluss- und Benutzungszwanges<sup>31</sup> in Bezug auf eine öffentliche Anstalt denkbar, wie zahlreiche Beispiele aus der Kommunalverwaltung zeigen.

Versicherungstypisch ist allerdings in der Gesetzlichen Krankenversicherung, dass staatliche Leistungen und damit korrespondierende Ansprüche an sich für Situationen vorgesehen sind, in denen die Leistungsfähigkeit des Einzelnen überfordert wäre – das ist beispielsweise bei einer banalen Erkältung, wohl auch noch bei einem relativ unkompliziert verlaufenden Beinbruch nicht der Fall.

Außerdem könnte man als charakteristisch für eine Versicherung die Beschränkung des versicherten Personenkreises auf eine typischerweise hilfsbedürftige und zur solidarischen Unterstützung geeignete und in irgendeiner Weise verpflichtete Gemeinschaft ansehen, die aus diesen Gründen unfreiwillig zu einer Solidargemeinschaft zusammengeschlossen werden darf oder sogar genossenschaftlich verpflichtet werden muss. Betrachtet man unter diesem Gesichtspunkt das deutsche Krankversicherungssystem, so zeigt sich eine eher klassen- oder schichtenspezifische Typisierung<sup>32</sup>, die an den arbeitsrechtlichen Status (Beschäftigter oder Selbständiger) sowie an den beruflichen Erfolg im Arbeitsleben anknüpft; dies zeigt sich an der Versicherungsfreiheit auch unselbständig Tätiger („Beschäftigter“) bei Überschreitung der Pflichtversicherungsgrenze<sup>33</sup>.

## 2. Selbstverwaltung und staatliche Aufsicht

Formell ist die deutsche GKV als Körperschaftliche Selbstverwaltung organisiert<sup>34</sup>. Mit diesem Modell soll – bei idealtypischer Betrachtungsweise – den von der Verwaltungstätigkeit Betroffenen ein gewisses Maß von Mitwirkung am Verwaltungshandeln „ihrer“ Körperschaft eingeräumt werden, wobei sich diese Mitwirkung auf alle Entscheidungsebenen beziehen kann, nämlich auf grundsätzliche Entscheidungen („Weichenstellungen“) in der Leitungsebene<sup>35</sup>, auf abgeleitete Rechtsetzung durch das Repräsentationsorgan<sup>36</sup> und auf Einzelfallentscheidungen im Verwaltungsvollzug<sup>37</sup>; gleichsam spiegelbildlich kann sich der (staatliche) Gesetzgeber in diesem Bereich auf grundsätzliche Vorgaben materiell- und organisationsrechtlicher Art beschränken. Und über allem wacht eine staatliche Aufsicht, die das Wirken des genossenschaftlichen Engagements<sup>38</sup> fördert<sup>39</sup>, allerdings auch die Beachtung des staatlichen sowie des autonomen Rechts<sup>40</sup> sicherstellt.

Betrachtet man die Wirklichkeit der GKV, so zeigt sich ein anderes, und zwar ein eher anstaltliches Bild: Die staatlichen Vorgaben sind – übrigens mit zunehmender Tendenz – minutiös ausgestaltet, wahrscheinlich zumeist als Reaktion auf eine in Einzelfragen nicht einigungsfähige, im Übrigen durch zwingendes Recht zusammengefügte und an sich zur Einigung verpflichtete „gemeinsame Selbstverwaltung“<sup>41</sup> der Krankenkassen und der Leistungsbringer<sup>42</sup>. Die mitgliederschaftliche Mitwirkung findet – praktisch – weder in Wahlen<sup>43</sup> noch in einer, zwischen den Wahlakten liegenden, aktiven Anteilnahme an den Angelegenheiten der jeweils eigenen Krankenkasse statt. Stattdessen wird innerhalb der Krankenkassenselbstverwaltung nach ständestaatlichem Muster operiert, wobei die Ersatzkassen mit ihrer vom Gesetzgeber zugelassenen rein gewerkschaftlichen Einflussnahme<sup>44</sup> in Angelegenheiten der Selbstverwaltung wohl vor anderen Problemen stehen als die Träger mit paritätischer Selbstverwaltung, die Entscheidungen nur bei Einigungen über die gesetzlich festgezurrten Fraktionen (Arbeitnehmer und Arbeitgeber<sup>45</sup>) hinweg ermöglicht.

In die rechtliche Skizzierung der GKV-Selbstverwaltung und die Betrachtung ihrer tatsächlichen Funktionsweise ist auch der Bereich der kassenärztlichen Selbstverwaltung einzubeziehen<sup>46</sup>. Möglicherweise handelt es sich um ein Kuriosum, das gleichsam öffentlich-rechtlich verfasste Gewerkschaften – die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ihren ebenfalls öffentlich-rechtlich verfassten Dachverbänden<sup>47</sup> – in praktisch allen wesentlichen Angelegenheiten mit Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV geschaffen hat. Das Bundesverfassungsgericht hat das Seinige dazu beigetragen, indem es einem Arzt bei Vorliegen der berufsrechtlichen Qualifikation

einen Anspruch auf Mitgliedschaft in einer Kassenärztlichen Vereinigung (und damit ein Recht auf Behandlung der Kassenpatienten) eingeräumt hat<sup>48</sup> und dem Staat untersagt hat, die Anzahl der Ärzte unter dem Gesichtspunkt des Bedarfs an ärztlichen Leistungen zu begrenzen<sup>49</sup>. Die Kassenärzteschaft verfügt nicht nur über eine öffentlich-rechtliche Verfassung mit maßgeblichem Einfluss im Rahmen der so genannten gemeinsamen Selbstverwaltung; die ärztliche Leistungserbringung ist den Kassenärzten zudem als (Be-)Handlungsmonopol übertragen<sup>50</sup>; schließlich ist zu berücksichtigen, dass die Ärzte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit diejenigen sind, die den Wünschen ihrer Patienten – gesunden und kranken – gerecht werden wollen und in der Lage sind, die Nachfrage nach ärztlichen oder ärztlich veranlassten Leistungen (insbesondere im Hinblick auf Arzneimittel) zu erhalten oder auch zu stimulieren<sup>51</sup>. Diese Wirkungszusammenhänge würden eine mitgliederschaftlich-demokratische Selbstverwaltung wohl in jedem Fall, auch bei an sich gegebener Funktionsfähigkeit, vor nicht lösbare Akzeptanzprobleme stellen – die Disproportionalität der tatsächlichen Machtverhältnisse ist offensichtlich; die Nachfragemacht liegt wohl zu stark bei den ärztlichen Leistungserbringern und muss deshalb und mit einer gewissen Folgerichtigkeit zum Versagen der Selbstverwaltung in wesentlichen Fragen führen.

## 3. Organisatorische Vielfalt

Am Beginn der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen bestimmten Berufsgruppen der gewerblichen Arbeiter vorbehaltene Krankenkassen<sup>52</sup>, eine Verwaltungsstruktur, die sicherlich zum Einzug von Beiträgen und der Auszahlung von (Kranken-)Geld<sup>53</sup> ausreicht und in einer gewissen Nähe zu verselbständigten Einrichtungen einer kommunalen Selbstverwaltung steht. Vor allem konnten sich eigentlich keine gravierenden Gerechtigkeits-, insbesondere Gleichheitsprobleme in einem Leistungssystem ergeben, das sich im Wesentlichen auf die Auszahlung von Geldleistungen auf der Grundlage eines gesetzlich und damit allgemein vorgeschriebenen Rechenwerkes beschränkte bei ebenfalls verbindlich geregelter Beitragserhebung im Umlageverfahren und bei Beschränkung auf einen insgesamt homogenen – kleinen – Kreis der versicherten Personen<sup>54</sup>.

Erst mit der Ausweitung auf Dienst- und Sachleistungen<sup>55</sup> sowie des Kreises der versicherten Personen<sup>56</sup> und grundsätzlich gleichbleibendem Finanzierungsmodus mussten sich tatsächliche Disparitäten in der Versichertenstruktur, in der Angebotsstruktur z. B. ärztlicher Leistungen und im Hinblick auf deren Inanspruchnahme seitens der Versicherten auswirken. Es dürfte einem nahezu angeborenen Gerechtigkeitsgefühl entsprechen, für die Absicherung gleicher Risiken<sup>57</sup> und eines praktisch fixierten Leistungsumfangs auch nur einen im Quervergleich der Versicherten gleichen oder zumindest gleichartigen, z. B. in Prozentanteilen vom Lohn erhobenen Beitrag zu zahlen.

Dieses Problem wird traditionell – und nicht nur im Bereich der Krankenversicherung – durch einen mehr oder weniger komplizierten Finanzausgleich zwischen Sozialversicherungsträgern geregelt<sup>58</sup>. Nachdem ein Kassenwechsel praktisch allgemein und nicht nur in engen Grenzen<sup>59</sup> zulässig gemacht worden ist, die Kassen also hinsichtlich ihrer Mitglieder einem allgemeinen Wettbewerb ausgesetzt sind<sup>60</sup>, hat das auch zu einer deutlichen Entmischung der Mitglieder-Risiko-Struktur geführt<sup>61</sup>. Dieses Problem lässt sich an sich auf denkbar einfache Weise lösen, nämlich in der Zusammenfassung der GKV-Träger zu einer einzigen Körperschaft oder An-



stalt, z. B. nach dem Vorbild der Bundesanstalt für Arbeit, die vom Gesetzgeber noch immer als Körperschaft bezeichnet<sup>62</sup> wird trotz ihrer deutlich ausgeprägten anstaltlichen Struktur mit ständischer Selbstverwaltung.

Der Sache nach ist in der Bundesrepublik Deutschland dieser Weg wahrscheinlich bereits eingeschlagen worden; das ergibt sich aus folgender Überlegung: Die Leistungsseite der Krankenversicherungsträger ist durch Gesetz und untergesetzliche Festlegungen<sup>63</sup> praktisch vereinheitlicht; zusätzliche Leistungen („satzungsmäßige Leistungen“, früher Mehrleistungen genannt) auf Grund diesbezüglicher Satzungen<sup>64</sup> werden eher nicht angeboten oder haben in den Gesamtausgaben wohl kein erhebliches Gewicht. Die Inanspruchnahme der rechtlich zur Verfügung gestellten Leistungen wird ausgelöst durch –erstens– das Verhalten der Versicherten und –zweitens– durch das Handeln der Leistungserbringer, sodass aus der Sicht der Krankenkasse 2 gleichsam finanzielle Risikosphären existieren; werden in der Risikosphäre „versicherte Personen“, also vor allem der Mitglieder der GKV, zur Grundlage des Finanzausgleichs sämtliche Merkmale oder Faktoren gemacht, die nach allen Erfahrungen und den entsprechenden einschlägigen Regelungen einen Leistungsanspruch auslösen (und infolgedessen entsprechende Ausgaben hervorrufen), dann wird der Sache nach –in u. U. komplizierter Weise und mit erheblichem Aufwand– nichts anderes erzeugt als eine einzige und insoweit homogene Versichertengruppe.

Wird der Finanzausgleich zudem auf die Merkmale erstreckt, die sich auf die Einnahmeseite einer Krankenkasse erstrecken, so ist die virtuelle Einheitskasse wohl perfekt oder, anders betrachtet, eine unter dem Gesichtspunkt der Mitgliederstruktur homogenisierte Krankenkassenlandschaft bewirkt.

Eine Vielzahl von Versicherungsträgern kann möglicherweise gleichwohl einen Sinn machen, nämlich im Hinblick auf den zweiten finanziellen Risikobereich, den die Krankenkassen zu bewältigen haben, nämlich den der Leistungserbringung. Ein institutionell gegliedertes Versicherungssystem lässt –insbesondere bei gleichzeitiger regionaler Gliederung– Disparitäten im Versorgungsangebot mit entsprechend typischen, unterschiedlichen Nachfrageeffekten sichtbar werden<sup>65</sup>. Und auch ein Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander mit dem Ziel, für die Krankenkasse und ihre Mitglieder tätig zu werden (oder bleiben zu können), dürfte gegenüber einer Mehrzahl von Nachfragern anders verlaufen als gegenüber einem einzigen Versicherungsträger mit Monopolstellung auch in dieser Richtung.

#### 4. Finanzierung

Mit dem Blick auf die finanzielle Struktur der GKV nähert man sich den Gegenständen Beitragsbemessung und Risikostrukturausgleich.

Die Finanzierung über Beiträge<sup>66</sup> ist das Merkmal einer jeden Versicherung und bewirkt damit eine versicherungstypische Solidarität, nämlich in jeglicher Krankenversicherung –und auch in der PKV– einen Solidausgleich zwischen Gesunden und Kranken. Die Besonderheit der GKV liegt darin, dass die Beitragsberechnung sich nicht am versicherten Risiko, sondern am (Arbeits-)Entgelt (des Beschäftigten) oder dem (Arbeits-)Einkommen (des Selbständigen)<sup>67</sup> orientiert; damit wird die GKV zugleich in den Dienst einer Vermögensumverteilung gestellt. Dabei werden allerdings nur die Einkünfte zu Grunde gelegt, die die Mitglieder im Arbeitsleben erzielt haben. Außerdem werden diese Einkünfte als Grundlage der Beitragserhebung auf die Jahresarbeitsentgeltgrenze als Beitragsbemessungsgrenze beschränkt

–eine immerhin bemerkenswerte (in der Regel wohl begünstigende) Ungleichbehandlung der freiwillig Versicherten mit darüber liegenden Einkünften sowie –berücksichtigt man die Jahresarbeitsentgeltgrenze als Pflichtversicherungsgrenze– derjenigen Personen, die abhängig tätig sind und mit ihren Einkünften ebenfalls über dieser Grenze liegen; weiterhin findet eine Ungleichbehandlung gegenüber den Selbständigen statt, die grundsätzlich –und unabhängig von ihrer Vermögenslage– nicht pflichtversichert sind.

In der GKV handelt der Staat einerseits in seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge<sup>68</sup>, andererseits als Obrigkeitsstaat klassischer Prägung<sup>69</sup>. Es dürfte verständlich sein, dass der Staat dieses System nicht dem gleichsam freien Spiel der (gesellschaftlichen) Kräfte –wobei sowohl die Versicherten als auch die Leistungserbringer ins Auge zu fassen sind– überlässt, sondern seine auch finanzielle Gesamtverantwortung in der Festlegung von Budgets zum Ausdruck bringt, innerhalb derer die Beitragshöhe und -bemessung stattzufinden hat und infolgedessen auch die Leistungsausgaben grundsätzlich Beschränkungen in finanziell vorgegebenen Rahmen unterliegen müssen. Mit derartigen Begrenzungen –entweder durch ein (oder mehrere) Budget(s) oder durch einen verbindlich verordneten Beitragssatz bei einer konkreten Vorstellung von den damit erzielbaren Einnahmen– relativiert und begrenzt der Staat das mit der GKV installierte Zwangssystem; er reguliert und begrenzt in gewissem Umfang damit zugleich auch den Markt der Anbieter von Leistungen der Gesundheitsförderung und -wiederherstellung.

Außerdem soll trotz dieser Begrenzung der weitgehende, umfassende Anspruch auf Leistungen nach einheitlichen Standards, in gleicher Qualität sowie an alle Versicherte nach deren individuellem Bedarf erfüllt werden. Und zudem –mit dem Anspruch des Versicherten korrespondierend– hat die GKV bei den Ärzten deren Erfüllung ihres hippokratischen Eides<sup>70</sup> zu finanzieren. Auf den ersten Blick kann man sich kaum vorstellen, dass diese Ziele harmonisch –vor allem ohne jeweilige Verkürzungen– verwirklicht werden können; die Vorstellung von einer Gesamtaufgabe, die einer Quadratur des Kreises nahe kommt, dürfte nahe liegen.

Dieses Problem lässt sich abstrakt-theoretisch oder konkret-pragmatisch lösen. Ebenso wie eine exakte mathematische Formel nicht erforderlich ist, um eine Kreisfläche mit wohl beliebiger Genauigkeit flächenmäßig in einem Quadrat darzustellen, lassen sich die erwähnten Eckpunkte möglicherweise abgleichen –wahrscheinlich nicht grundsätzlich, wohl aber in der derzeitigen Situation, in der die GKV steht mit ihren vorgegebenen Verpflichtungen, ihren Finanzierungsmöglichkeiten und der derzeitigen Art und Weise, wie die Finanzmittel verbraucht werden; dass dieser –pragmatische– Weg gangbar ist, setzt jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach nicht unerhebliche Rationalisierungsreserven voraus.

Damit soll nicht gesagt werden, dass es auch in jeder nahen oder fernen Zukunft gelingen wird, bei Beibehalt des derzeitigen Finanzierungssystems und der verbindlichen Limitierung entweder der Einnahmen (durch Vorgabe eines bestimmten Beitragssatzes) oder der Ausgaben (durch Festlegung von Budgets) die Ansprüche der Versicherungen in gleichem Umfang wie bislang zu erfüllen. Nach der derzeitigen Einschätzung insbesondere von sachverständigen Gesundheitsökonomern, auch unter Einbeziehung internationaler Vergleiche, kann jedoch einstweilen von derzeit vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven im GKV-System ausgegangen werden.

### III. Bedeutung ethischer Reflexionen

#### 1. Gedankliche Strategien zur Entwicklung der GKV

In der Einschätzung des deutschen Gesundheitswesens und der GKV besteht bei vielen Differenzen im Einzelnen offensichtlich Einigkeit darüber, dass ohne spürbare Korrekturen die bisherigen Zielsetzungen – gleichmäßige gesundheitliche Versorgung möglichst aller Bürger, solidarische Finanzierung, tragbare Belastung für jeden Einzelnen – nicht mehr auf Dauer verwirklicht werden können; auch der in Deutschland in Gang gesetzte (neue) Risikostrukturausgleich<sup>71</sup> wird nur als ein Beitrag im Rahmen einer Neustrukturierung der GKV betrachtet; in der Tat wird dadurch nur der kurz zuvor eingeführte Wettbewerb um günstige Risiken unattraktiv gemacht und der Weg zur Einheitskasse geebnet<sup>72</sup>.

Fraglich ist, in welcher Weise die GKV zu entwickeln ist. Denkbar ist, dass die Entwicklung – wie in den letzten Jahrzehnten – in einem eher experimentell gestalteten Verfahren vom Versuch und Irrtum (und anschließendem neuen Versuch) vonstatten geht; möglicherweise ist dieses Verfahren in einem demokratisch verfassten Gemeinwesen<sup>73</sup> unvermeidbar. Allerdings zeigen die bisherigen Erfahrungen auch, dass bei der Suche nach dem Gemeinwohl für alle Beteiligten (z. B. auch die Versicherten/ Patienten) sich nicht selten kostspielige und systemgefährdende Irrtümer durchsetzen: Die Gleichsetzung von sektoralen Interessen (z. B. der Ärzteschaft oder der Arzneimittelindustrie), die mit dem Einsatz sämtlicher zur Verfügung stehenden politischen Macht durchgesetzt worden sind, mit dem allgemeinen Wohl (oder dem maßgeblichen öffentlichen Interesse) ist das wohl wichtigste Beispiel für derartige Irrtümer.

In eine andere Richtung zielen diejenigen Überlegungen, die an den Grundprinzipien eines Regelungssystems wie der GKV anknüpfen und beispielsweise fragen, ob diese Prinzipien jemals sinnvoll gewesen sind, ob sie zumindest in der heutigen Zeit noch als vernünftig betrachtet werden können, in welcher Weise die Konkretisierung dieser Grundsätze stattgefunden hat und inwieweit dabei zielführend verfahren worden ist. Dieser Weg führt notwendigerweise zu den Grundfragen jeder Rechtsordnung, zu den Problemen von Gerechtigkeit, Solidarität, Gleichheit. Und damit ist man bei ethischen Fragestellungen angelangt.

#### 2. Ethik-Begriff und Leistungsfähigkeit von Ethik

Der Begriff Ethik geht auf Aristoteles zurück<sup>74</sup>. In der Übersetzung des Wortes versteht man darunter Gewohnheit, Herkunft, Sitte und Brauch. Ethik wird als philosophische Disziplin verstanden, die sich mit dem Handeln des Menschen beschäftigt, und zwar im Hinblick auf dessen wertorientierte Zielsetzung und Rechtfertigung.

Nach Kant<sup>75</sup> befasste sich die Philosophie mit 3 Hauptfragen: (1) Was kann ich wissen? (2) Was soll ich tun? (3) Was darf ich hoffen? Die philosophische Ethik geht der zweiten dieser Fragen nach; sie versucht, Handlungsprinzipien aufzustellen, aus denen Aussagen methodisch und inhaltlich abgeleitet werden und aus denen daraus moralische Sollenssätze, Gebote und Verbote ihre Rechtfertigung nachweisen müssen.

Warum sucht man in der Philosophie nach Antworten auf grundsätzliche Fragen in Angelegenheiten individueller und gesellschaftlicher sowie sozialer Moral? Offenbar erwartet man aus dieser Richtung Antworten von spezifisch hoher Qualität, also von einem besonders hohen Wahrheitsgehalt oder – mit anderen Worten: Man erwartet Antworten, die zur Lösung eines Problems in besonders geeigneter Weise beitragen. Diese Erwartungshaltung an Philosophie und Ethik ist berechtigt. Dazu muss man sich vergegenwärtigen, in welcher Weise Wahrheiten, als richtige Lösungen für erkannte Probleme, gefunden werden können. Verschiedene Ansatzpunkte sind denkbar; ihnen allen ist gemeinsam eine innere Überzeugung, also eigentlich die Gewissheit, dass es Wahres, Richtiges, Gutes (und folgerichtig auch Falsches und Schlechtes, Böses) gibt und dass die Menschen sich bemühen sollten, der Wahrheit auf die Spur zu kommen.

Wer diese Feststellungen akzeptiert, befindet sich bereits mitten im philosophischen Denken. Es wird damit angenommen, das wahre und gute Erkenntnis möglich und sinnvoll ist – das ist ein wesentlicher, gemeinsamer Ausgangspunkt der traditionellen abendländischen „Liebe zur Weisheit“ (was Philosophie wörtlich übersetzt bedeutet).

#### a) Der idealistische Ansatz der klassischen Philosophen

Nach Sokrates ist in der Seele eines Individuums die volle Erkenntnis der Wahrheit verborgen; sie kann durch Reflexion, durch selbständiges – wenn auch u. U. durch geschicktes Fragen angeregtes – Denken ans Licht der Welt geholt werden. Somit ergibt sich nicht aus der alltäglichen Erfahrung, sondern aus einer bestimmten Denkweise, was für eine moralisch einwandfreie geistige Haltung und Lebensführung notwendig ist.

Platon<sup>76</sup> vervollständigt diesen bereits deutlich idealistischen Ansatz folgendermaßen: Er teilt das Sein in 2 Bereiche, nämlich in einen „erkennbaren Bereich“, der die ewigen und unsichtbaren Ideen und Formen enthält und in einen „Sinnenbereich“ der dinglichen Welt. Steine, Bäume, menschliche Körper und andere Objekte, die über die Sinne wahrgenommen werden können, sind in gewisser Weise doch unwirkliche, schattenhafte und unvollkommene Abbilder von Ideen. Die Aufgabe der Philosophie ist es, die Scheuklappen des Alltagslebens abzustreifen, die Scheinwahrnehmung dessen, was sich aus der unreflektierten Betrachtung ergibt, abzustreifen und zur Wahrnehmung des Wirklichen aufzusteigen.

Darin steckt eine idealistische Grundhaltung insofern, als die Existenz von den absolut guten und damit der höheren Ideen, die alle anderen Ideen umfasst, für Platon eine Gewissheit ist. Es ist im Übrigen unschwer erkennbar, dass dieser Idealismus zu einer der Hauptquellen pantheistischer und mystisch-religiöser Quellen der abendländischen Kultur ist, beispielsweise im Gottesbild der christlichen Theologie, in der Gott den Platz des absolut Guten und der höchsten Idee einnimmt.

Bereits für Platon sind Wahrheit, Schönheit und Gerechtigkeit in der Gottesidee vereint – damit wurde im Übrigen die griechische Mythologie abgelöst. In dieser Sphäre der ewigen Ideen sind nach Platon die Richtlinien (oder Ideale) auffindbar, an denen die Handlungen des Diesseits (also im alltäglichen Leben) ausgerichtet werden sollten. In den Idealen findet der Philosoph die richtigen Formen sowohl für sein persönliches Verhalten als auch für die gesellschaftlichen Institutionen; dazu muss er sich von den vertrauten und eingewurzelten Konventionen der Gesellschaft – und im

Übrigen auch von der Herrschaft der sinnlichen Genüsse – trennen; diese Auffassung findet sich offensichtlich auch in den Anforderungen von christlicher Moralthologie und Lebensführung wieder, wenngleich der idealistische Grundansatz im Christentum in der Praxis religiöser Vermittlung zuweilen in etwas unglücklicher Weise personifiziert erscheint.

Platon hat zahlreiche konkrete Schlussfolgerungen für Menschen und ihr Zusammenleben in Staat und Gesellschaft aufgefunden. Im Hinblick auf die erstrebenswerten soziale Gerechtigkeit beispielsweise hält er eine Harmonie zwischen den Gesellschaftsklassen für erforderlich – darin kann man ihm auch heute folgen.

Platon hat zur staatsorganisatorischen Verwirklichung dieser Schlussfolgerung weiterhin vorgeschlagen, dass die Harmonie zwischen den Gesellschaftsklassen und damit die soziale Gerechtigkeit am zweckmäßigsten durch eine Aristokratie (also eine Herrschaft der Besten) verwirklicht würde. Darüber müsste man z. B. im Hinblick auf die GKV nachdenken; denn einerseits entspricht dieser Vorschlag möglicherweise nicht unserem Demokratiemodell, auch nicht in der verfassungsrechtlich verbürgten repräsentativen Variante<sup>77</sup>; andererseits müsste man die ständestaatlichen und korporatistischen Systembestandteile der GKV, auf die man bislang offenbar nicht verzichten will, zumindest in struktureller Hinsicht wohl eher einem Aristokratie-Modell zuordnen.

Platon hat diesen Vorschlag zur Organisation der staatlichen Leitungsebene im Übrigen als (auch) praktische Politikberatung verstanden; er wollte damit auf die Politik griechischer Tyrannen einwirken, vor allem auf Dionysos II von Syrakus, was aber misslang. Dieses Detail philosophischen Denkens und Handelns ist deshalb erwähnenswert, weil es exemplarisch dafür steht, dass Anlass für das philosophische Fragen und die Suche nach Wahrheit offenbar stets Erfahrungen sind, nicht selten im gesellschaftlich-staatlichen Bereich. Auch das Höhlengleichnis<sup>78</sup>, das sowohl die Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Wahrheit (und zwar bereits im Hinblick auf in tatsächlichem Bereich liegende Sinneseindrücke) als auch den Umgang mit Ergebnissen, die zwar wahr, zutreffend, also richtig sind, aber nicht den Erwartungen der Menschen auf Grund ihrer bisherigen Erfahrungen (man könnte auch sagen, auf Grund ihrer Sozialisation) entsprechen, lässt Schlussfolgerungen auf einschlägige, eindrückliche und nachhaltige Erfahrungen Platons zu. Und schließlich ist dieses Beispiel auch ein Beleg dafür, dass Platon die Ethik als das wichtigste Gebiet der Philosophie betrachtet hat.

#### b) Aristoteles

Die platonischen Erkenntnisse zur politischen Philosophie und Ethik wurden von Aristoteles<sup>79</sup> kritisch überprüft und dahin gehend relativiert, dass die persönlichen und gesellschaftlichen Verhaltensnormen nicht aus absoluten Prinzipien und reinen Ideen abzuleiten seien; vielmehr solle von den Menschen ausgegangen werden so wie sie sind; ethische Gesetze sollten eher als praktische Richtlinien für ein glückliches und ausgeglichenes Leben dienen und somit der Erfüllung der natürlichen Anlagen beitragen, die dem Menschen gegeben seien.

Diese Grundeinstellung ergibt sich aus der erkenntnistheoretischen Auffassung des Aristoteles, wonach Erkenntnis durch Verallgemeinerung aus Erfahrung und nicht durch eine Ideenschau gewonnen werden muss.

Staatstheoretisch – aus heutiger Sicht vielleicht eher beruhigend – war für Aristoteles an sich die von einem weisen König regierte Monarchie die ideale Staatsform; zugleich erkannte er aber auch, dass eine gemäßigte Demokratie oder Republik im Allgemeinen die beste Regierungsform ist.

Die Wirkungen dieses Philosophen reichen eindeutig bis in unsere Zeit; die Überlieferung seiner Texte, die nach der griechischen Antike jahrhundertlang als verschollen galten, verdanken wir im Übrigen den islamischen Philosophen, auf die Aristoteles maßgeblich eingewirkt hat. Auch in der heutigen Zeit ist Aristoteles vor allem mit seiner Vorstellung von Gerechtigkeit als dem grundlegenden Ordnungsprinzip der Gesellschaft präsent; die Unterscheidung von „allgemeiner“ und „besonderer“ Gerechtigkeit und bei letzterer die Forderung der Bewahrung von Gleichheit als Verwirklichung der „regelnden“ Gerechtigkeit zeigt beispielsweise die Art und Weise, wie Aristoteles dieses Prinzip versteht und konkretisiert durchaus in Kombination von pragmatischer Einschätzung der Wirklichkeit und der Gewinnung von Verhaltensregelungen auf verschiedenen, logisch-begrifflich verbundenen Abstraktionsebenen.

### 3. Zwischenergebnis. Weitere philosophische Ansätze

Die vorangegangene Betrachtung dieser wichtigen antiken Philosophen und Ethiker sollte das Anliegen und die Vorgehensweise und vor allem auch die Erträge (und damit die Ertragsfähigkeit) ethischer Überlegungen deutlich machen.

#### a) Idealismus und Materialismus/ Realismus

Gezeigt werden sollten auch die Denkansätze dieser Wissenschaftsdisziplin: Der Idealismus misst – vom Ansatz her – bei der Suche nach Erkenntnis tendenziell dem menschlichen Geist gleichsam konstitutive Bedeutung bei und meint, in den Gegenständen die Ideen und Denkprinzipien finden zu können; demgegenüber nimmt bei einem materialistischen Ansatz (Realismus) nach der eigenen Einschätzung der Philosoph eine eher passive, gleichsam empfangende Rolle ein.

Nach beiden Auffassungen ist die Wirklichkeit nach Prinzipien – idealistischen oder materialistischen – aufgebaut. Während vom idealistischen Ansatz her als Antrieb einer Entwicklung – in der Natur oder in der Geschichte der Menschheit – ein sich in Form von Ideen entfaltender Geist gesehen wird, der in dieser Weise die Entwicklung vorantreibt, betont der Materialismus (Realismus) die Selbständigkeit der Materie, die sich in gewisser Weise zunächst geistlos entwickle, jedoch bestimmte geistige Formen wie Ideen, Ideologien, Weltanschauungen hervorbringe; in diesem Zusammenhang wird Materie im Übrigen nicht nur als das körperliche Sein von Gegenständen, sondern auch als die Substanz geschichtlicher Epochen verstanden. Beispiele für derartige gegensätzliche Positionen sind – einerseits – Hegel<sup>80</sup> und sein dialektischer Idealismus und – andererseits – Marx<sup>81</sup> und sein dialektischer Materialismus.

### b) Rationalismus und Empirismus

In einer gewissen Nähe zum Idealismus steht der so genannte Rationalismus, bei dem Ausgangspunkt und Quelle der Erkenntnis der Geist, das Bewusstsein, die Vernunft sind, aus der im Wege deduktiv-ableitender Forschungsstrategie auch ethische Handlungsanleitungen entwickelt werden.

Demgegenüber setzt der Empirismus an der Anschauung und dem Erfahrungswissen an mit dem Ziel, aus den Dingen, die in induktiver Vorgehensweise untersucht, verstanden und interpretiert werden, allgemeine Gesetzmäßigkeiten und Handlungsanweisungen zu entwickeln.

### c) Theoretische und praktische Philosophie

Bereits Aristoteles hat eine weitere Unterscheidung getroffen: Die praktische Philosophie befasst sich mit Angelegenheiten, die für das konkrete Handeln von Menschen Bedeutung haben, also mit Gegenständen, die auch für den menschlichen Alltag bedeutungsvoll sind – zu diesem Teil der Philosophie, bei der es um die Entwicklung von Sollen-Sätzen geht, zählen neben politischer Philosophie und Geschichtsphilosophie insbesondere die Rechtsphilosophie sowie die Ethik.

Die theoretische Philosophie – mit ihren Teildisziplinen Metaphysik, Ontologie, Erkenntnistheorie, Anthropologie, Sprachphilosophie und Wissenschaftstheorie – untersucht demgegenüber die Themen „Erkenntnis“ und „Sein“, also „das, was ist“.

## IV. Philosophie und Ethik als praktische Handlungsanleitung

Mit dem Problemwissen, den Denkansätzen und den Ergebnissen der klassischen antiken Philosophen könnte man sich nunmehr an die an die Suche machen nach Antworten auf praktische und zurzeit als Probleme betrachteten Gegebenheiten, wie z. B. die Frage nach der gerechten Beitragsbelastung im Rahmen von staatlichen Interventionen, die in spezifischer Weise Wohlfahrt erzeugen, nämlich in einer Kombination von Zwang und Leistung, bei der bestimmte materielle (und wohl auch kulturelle) Güter und Ressourcen gesichert werden und zugleich eine vermögensmäßige Umverteilung stattfindet – und dies alles mit den Zielen, Gleichheit und Sicherheit, auch politische und wirtschaftliche Stabilität herzustellen<sup>82</sup>.

Ein solches Vorgehen muss nicht daran scheitern, dass man die Technik des Philosophierens nicht hinreichend beherrscht. Zu bedenken ist vielmehr, dass sich in der Nachfolge der klassischen griechischen Philosophie einige geistige Strömungen entwickelt haben, die heute ebenfalls Bedeutung haben für die Bildung ethischer Handlungsanweisungen. Man denke nur an die christlichen Vorstellungen mit ihren spezifischen, wenn auch nur bedingt auf geisteswissenschaftlich beruhender Denkweise entwickelten moralisch-ethischen Vorstellungen.

## 1. Das Problem von Pluralität von Philosophie und Ethik

Die „Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Philosophen“<sup>83</sup> dokumentiert allein für den deutschen Sprachraum 1370 als Philosophen tätig gewesene Personen; eine ähnliche Anzahl dürfte in anderen Kulturräumen nachweisbar sein. Wenn man berücksichtigt, dass es dem Philosophen und insbesondere dem Ethiker nicht nur darum geht, sich – gleichsam *l'art pour l'art* – in vernunftorientierten Gedankengängen zu üben, sondern dabei praktische Handlungsanleitungen und Problemlösungen zu entwickeln, dann wird man nach aller menschlichen Erfahrung wohl nicht selten erwarten müssen, dass weder vom gedanklichen Ansatz her noch hinsichtlich der Ergebnisse ein Konsens besteht.

Somit darf es beispielsweise nicht verwundern, dass ein vielköpfiger (in diesem Fall vom Bundeskanzler einberufener) nationaler Ethikrat<sup>84</sup> sich in derzeit aktuell-problematischen Fragen von Gentechniken und Umgang mit Embryonen oder bestimmten Stammzellen nicht in Übereinstimmung befindet mit der (vom Deutschen Bundestag bestellten) Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“<sup>85</sup>.

Die ganze Vielfalt an ethischen Ansichten und Erkenntnissen ist eine ebenfalls reflexionswürdige Erscheinung von Philosophie und Ethik. Der Grund dieser Vielfalt liegt augenscheinlich in dem Dilemma, das entweder als erkenntnistheoretisches Defizit verstanden werden kann oder das – von einem weniger idealistischen Ansatz ausgehend – damit erklärt werden muss, dass es für die menschlichen Probleme jeweils eine einzige zutreffende Lösung letztlich doch nicht gibt. Das macht die vernunftgeleitete Sache nach der besten Lösung nicht überflüssig – für das Problem, das sich aus dem grundsätzlich nicht auszuschließenden Nebeneinander von Erkenntnissen zum gleichen Gegenstand ergibt, bedarf es einer spezifischen Lösung.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen dürfte auch zweierlei unmittelbar einleuchten, nämlich – erstens – dass die Akzeptanz einer ethischen Erkenntnis eher unproblematisch ist, solange es um abstrakte Feststellungen geht; die Forderung des Aristoteles nach Gerechtigkeit<sup>86</sup>, der kategorische Imperativ von Kant<sup>87</sup> oder die Gedanken von John Rawls, wonach „jedermann ein gleiches Recht auf das umfangreichste Gesamtsystem gleicher Grundfreiheiten (hat), das für alle möglich ist“<sup>88</sup>; das alles dürfte auf allseitige Zustimmung stoßen; anders sieht es aus, wenn die Akzeptanz einer ethisch begründeten Forderung zu einer spürbaren Beeinträchtigung subjektiver Interessen führt. Und zweitens – es ist verständlich, dass zur Vermeidung des soeben geschilderten Dilemmas und aus der Einsicht der begrenzten Erkenntnisfähigkeit bzw. der objektiv nicht vorhandenen (und lediglich aufzufindenden einzig richtigen) Lösung der Prozess ethischer Erkenntnis von vorneherein anders gestaltet wird und dass damit zugleich auch die Erwartung an das Ergebnis einer Suche nach ethischer Wahrheit, Richtigkeit eine andere ist; in diesem Sinne darf man wohl Jürgen Habermas verstehen, der in seiner Diskursethik „an die Stelle des kategorischen Imperativs (von Habermas als „formalistische Ethik“ eingeschätzt) das Verfahren der moralischen Argumentation“ treten lässt<sup>89</sup>.

## 2. Eine ausweglose Situation?

Die geschilderte Problematik angesichts der Vielseitigkeit des menschlichen Geistes mag zu der Annahme verleiten, dass ethische Erkenntnisse letztlich möglicherweise doch eher als etwas Beliebigeres bewertet werden müssen; wäre das so, dann müsste die Akzeptanz z. B. einer bestimmten sozial-ethischen Forderung aus erkenntnistheoretischer Sicht eher in der Nähe einer – mittelbaren – Offenbarung<sup>90</sup> zu sehen sein. Wem dieser Gedanke zu abwegig erscheint, möge nur einmal die Ideen des Marxismus-Leninismus<sup>91</sup> denen eines Erz-Liberalen vom Schlage eines v. Hayek gegenüberstellen, der die Vorstellung von „sozialer Gerechtigkeit“ als Resultat primitiven, naiven Denkens „entlarvt“ hat, ein Denken, das die „selbstordnenden Prozesse“ des spontan sich entwickelnden Marktes nicht begreifen kann<sup>92</sup> (oder will).

Praktisch besteht das Dilemma der ethisch-philosophischen Pluralität allerdings wohl eher nicht in der hier als visionäre Befürchtung angedeuteten Weise. Man sollte nicht unterschätzen, in welchem Maße die Übereinstimmung in der Zielsetzung und nachfolgend ein konsequenter (man kann wohl sagen: unerbittlicher) Gebrauch der Vernunft, zu Lösungen führt, die qualitativ überlegen sein müssen im Vergleich mit solchen Handlungsanweisungen, die lediglich auf unbegründeter, subjektiver Gewissheit des Erkannten – also praktisch auf einem Glaubensereignis – beruhen. Wenn bei diesem Vorgang zudem noch stets die Erkenntnis mitschwingt, dass nicht nur die Erkenntnisfähigkeit anderer, sondern auch die eigene grundsätzlich als beschränkt eingeschätzt werden muss – trotz redlicher Bemühung –, dann ist außerdem auch Raum für intellektuelle Toleranz gegeben.

Eine derart basierte Ethik führt zu den Handlungsanweisungen, an denen die – notwendigerweise und durchaus legitime – Wahrnehmung von Interessen einzelner Personen oder Gruppen, auch Gesellschaften und Staaten zu messen ist. Ob sich diese überlegenen Erkenntnisse in einem auf allen staatlichen Ebenen demokratisch verfassten Staatswesen auch durchsetzen, ist ein anderes Problem; dies ist hier nicht zu erörtern und nimmt der Qualität ethischer Erkenntnisse nicht ihren Wert<sup>93</sup>.

## 3. Praxis der Gewinnung ethischer Handlungsanweisungen

Es gibt wohl verschiedene Wege, zu ethischen Erkenntnissen – hier im Hinblick auf die Rechtfertigung von Beitragsbemessung und Finanzausgleich – zu gelangen.

### a) Originäre, eigene Überlegungen

Eine Möglichkeit besteht darin, sich ganz eigenständig, allein oder gemeinsam mit anderen an diesen Problemen ebenso Interessierten, Gedanken zu machen. Letztlich kommt man ohne dieses Verfahren nicht aus; es steht zumindest am Ende, meist auch am Beginn jeglicher philosophischer Betrachtung.

### b) Hilfestellung durch philosophisch-ethische Erfahrungen

Hilfreich ist die Anwendung der Erkenntnis von Ethikern, Philosophen, die sich zu dem zu lösenden Problem geäußert oder vergleichbare Fragen beantwortet haben; man kann insoweit wohl durchaus von der Auswertung bisheriger philosophisch-ethischer (Denk-)Erfahrungen sprechen.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings der Einfluss der Dinge, der tatsächlichen Gegebenheiten, denen sich der Philosoph in seiner Zeit offensichtlich nicht entziehen kann, weder bei der Anlage seiner grundsätzlichen Überlegungen noch – und auch das dürfte unmittelbar einleuchten – hinsichtlich seiner konkreten Handlungsvorschläge. Auf diesem Wege – und unter Berücksichtigung der situativen Bedingtheit mancher philosophischer Erkenntnis – wäre die philosophische Gedanken- und Ergebniswelt nach einschlägigen Hinweisen zu durchforsten. Unter Berücksichtigung der hier interessierenden Themen würde dabei beispielsweise<sup>94</sup> der Utilitarismus ins Auge fallen, die vorherrschende Weltanschauung des englischen Liberalismus<sup>95</sup>; danach ist „die Nützlichkeit oder das Prinzip des größten Glücks die Grundlage der Moral“; „Handlungen sind insoweit und in dem Maße moralisch richtig, als sie die Tendenz haben, Glück zu befördern und insoweit moralisch falsch, als sie die Tendenz haben, das Gegenteil von Glück zu bewirken“, dabei ist Glück („happiness“) selbstverständlich zu definieren und wird im Einzelnen erläutert<sup>96</sup>.

Oder wir bemerken – nachdem wir Kant, Marx, Habermas und Rawls bereits gestreift haben – bei Adam Smith, dass der Wohlstand einer Nation – und zwar nicht nur der Gesamtheit von Staat und Gesellschaft, sondern auch bei jedem Einzelnen – am besten dadurch erreicht wird, dass dem ökonomischen Wettbewerb freier Lauf gelassen wird; die wünschenswerte Harmonie in Staat und Gesellschaft werde damit prästabilisiert<sup>97</sup>. Die Zuneigung zu diesem Vordenker des Liberalismus wird vielleicht noch erhöht durch seine Bemerkungen zu einem vernünftigen staatlichen Steuersystem einschließlich der Erkenntnis, dass eine zu starke Besteuerung zu einer staatlicherseits nicht beherrschbaren Steuervermeidung führen muss<sup>98</sup>. Allerdings wird man sich möglicherweise etwas zwiespältig fühlen angesichts der Forderung nach der unverbrüchlichen Geltung des alttestamentarischen Talionsprinzips: „Wie jedermann tut, so soll ihm wieder getan werden, und die Wiedervergeltung des Gleichen mit Gleichen scheint das große Gesetz zu sein, das nun die Natur selbst vorgeschrieben hat“<sup>99</sup>.

Ein derartiger Gang durch die Geschichte ethischer Erkenntnisse lässt sich in spezifizierterer Form fortsetzen, nämlich unter besonderer Berücksichtigung von Rechtsphilosophie und Rechtsethik sowie der Sozialphilosophie und -ethik.

## 4. Rechtsphilosophie und Rechtsethik. Naturrecht

Das Wort Begriff: „Rechtsphilosophie“ stammt aus dem 18. Jahrhundert; der Sache nach befassen sich Philosophen seit alters her mit der geistig-moralischen Grundlegung der Rechtsordnung, mit dem Verhältnis der Bürger zum Staat und damit der staatlichen Rechtsordnung sowie – allgemeiner gesagt – mit den Zusammenhängen von Sein und Sollen.

Auch in dieser Teildisziplin geht es um die Suche nach dem Wahren und Guten – hier nach dem richtigen Recht und die damit untrennbar verbundene Frage, ob das Recht zumindest in seinem Kern, in seinen wesentlichen Aussagen in irgendeiner Weise vorgegeben ist oder menschlicher Vernunft entstammt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Vorstellung von Naturrecht zu erwähnen – darunter versteht man Prinzipien, die sich aus gleich bleibenden und dauerhaften Eigenschaften ableiten lassen, die dem Menschen „von Natur aus“ zukommen. Mit dieser Vorstellung von Naturrecht ist allerdings nicht zugleich und zwingend etwas

über Ursprung und Erkenntnis von Naturrecht gesagt; im Übrigen sollen damit auch nicht konkrete Sollens-Vorschriften und Handlungsweisen als gleichsam inhaltlich vorprogrammiert gelten.

Die glaubensbasierten Naturrechtslehren lassen sich in die Zeit der Stoiker<sup>100</sup> zurückverfolgen; dem Chrysispos aus Soloi wird der Entwurf einer systematischen Naturrechtslehre zugesprochen, wonach der Kosmos ein aktives Prinzip ist, das Gott, Geist oder Schicksal genannt wird und vernünftig geordnet ist; tugendmäßig zu leben heißt, nach der Vernunft zu leben und die irrationalen Regungen der Seele (Leidenschaft, Gefühle) zu unterdrücken; wesentlich ist die „Evidenz“ der Sinneswahrnehmung, deren unmittelbare Gewissheit in das Bewusstsein erhoben wurde; als Grundlage einer phänomenologischen Erkenntnistheorie und nach einer Systematisierung ihrer Prinzipien stellt sie „nach glücklich überstandener christlicher Metamorphose bis auf den heutigen Tag Gestalt und Inbegriff der europäischen Weltweisheit“ dar<sup>101</sup>.

Cicero<sup>102</sup> hat das Naturrecht wie folgt definiert: „Das wahre Gesetz ist die rechte Vernunft in Übereinstimmung mit der Natur. Es gilt überall, ist unveränderlich und ewig. Seine Vorschriften fordern zur Pflichterfüllung auf, und seine Verbote halten davon ab, Böses zu tun. In Rom und Athen, heute und zu allen Zeiten werden dieselben immer gültigen und unveränderlichen Gesetze gelten“<sup>103</sup>.

Wenn heute auf das Naturrecht Bezug genommen wird, handelt es sich wohl zumeist um einen Autor christlichen Glaubens, dessen Ansichten mit der Naturrechtslehre der Stoa zumeist wohl durchaus vereinbar ist. Der prominenteste Vertreter der christlichen Naturrechtslehre dürfte Thomas von Aquin<sup>104</sup> sein, der in seiner „Summa Theologiae“<sup>105</sup> die vernünftige Lenkung der Schöpfung durch Gott als das „ewige Gesetz“ bezeichnet; „die Teilnahme aller Vernunftswesen am ewigen Gesetz heißt Naturgesetz“ – somit haben diejenigen, die sich ihrer Vernunft bedienen, an der göttlichen Vernunft teil, hinsichtlich ihrer eigenen Handlungen und der Lenkung anderer; auch Gut und Böse lässt sich durch vernunftgeleitete Überlegungen voneinander unterscheiden<sup>106</sup>.

Eine ins Detail gehende, praktisch sämtliche Fragen des gesellschaftlichen und staatlichen Lebens beantwortende Naturrechtslehre aus unseren Tagen stammt von Johannes Messner<sup>107</sup>; darauf wird zurückzukommen sein.

Die Naturrechtslehre der Neuzeit hat sich von den überkommenen theologischen Voraussetzungen gelöst. Nach Hugo Grotius<sup>108</sup> ist das Naturrecht der Kern des Gesetzes, das durch die Vernunft gefunden werden kann; er steht damit am Beginn der rationalistischen Theorien des 17. und 18. Jahrhunderts; vor allem wendet er sich gegen die Vorstellung, dass das Naturgesetz deduktiv zu entwickeln und unabhängig von den Erfahrungen und der Tradition sei<sup>109</sup>.

Naturrecht als überpositives, dem geschriebenen Recht als vorgegebenes und mit Vorrang geltendes Recht wurde im 19. Jahrhundert kritisch beurteilt<sup>110</sup> und weitgehend durch dem Utilitarismus zuzuordnende Lehren verdrängt. Evidente Verbrechen wie die des Dritten Reichs, des 2. Weltkrieges und der DDR haben zu einer allerdings letztlich eher nur kurzfristig wirkenden Renaissance des – überpositiven – Naturrechts geführt<sup>111</sup>.

Nicht unerwähnt bleiben soll bei diesem Blick auf die Rechtsphilosophie die Vielfalt der Ansätze, die insbesondere in der Neuzeit entwickelt worden sind. Nach Macchiavelli<sup>112</sup> soll die Politik sich – ohne Rücksicht auf Moral und Naturrecht – allein von rational erkannten Zweckmäßigkeitkriterien leiten lassen<sup>113</sup>; Pufendorf sieht in der gegenseitigen Achtung einen wesentlichen Ansatz für eine gute Rechtsordnung<sup>114</sup>; Hobbes<sup>115</sup> argumentiert in der Tradition der vertragstheoretischen Begründung<sup>116</sup>, um die seiner Ansicht nach abgrundtiefen Schwächen des Menschen<sup>117</sup> im gesellschaftlich-staatlichen Miteinander irgendwie in Schach zu halten, vor allem durch die Unterwerfung unter einen machtvollen Souverän; Locke<sup>118</sup> hingegen argumentiert für Freiheit, Gleichheit, Eigentum und staatliche Gewaltenteilung – mit erkennbarem Einfluss auf die amerikanische Unabhängigkeitserklärung<sup>119</sup> und die Menschenrechtserklärung von der französischen Revolution<sup>120</sup> bis zur jüngst von den EU-Organen proklamierte EU-Grundrechtscharta<sup>121</sup>; an David Hume<sup>122</sup> anknüpfend, gründet sich nach der Auffassung von Kant das Recht nicht auf Natur, sondern auf die reine und deshalb allgemeine und universale Vernunft des Menschen<sup>123</sup>; in einem gewissen Gegensatz hierzu beruht nach Hegel<sup>124</sup> das Recht nicht auf einer einzigen Vernunft, sondern auf dem historisch-organisch gewachsenen Volksgeist, als Ausdruck eines Volksgeistes, der sich durchaus dynamisch entwickelt, hin auf das Endziel der Freiheit<sup>125</sup>; auch von Marx<sup>126</sup> wird das Recht in einem dynamischen Entwicklungsprozess gesehen, allerdings lediglich in der Funktion eines ideellen Überbaus der ökonomischen Produktionsverhältnisse<sup>127</sup>.

So viele Rechts-Philosophen und so viele Meinungen; an allem ist etwas Wahres dran – oder ist eine davon vielleicht die einzig richtige Erkenntnis?<sup>128</sup>

## 5. Sozialphilosophie und Sozialethik

In besonderer Weise „zuständig“ für Fragen des richtigen Sozialrechts sollten die philosophischen Denker sein, die sich in erster Linie und von ihrem wissenschaftlichen Denkansatz her den sozialen Fragen widmen. Von einer (oder „der“) „sozialen Frage“ spricht man bei einem evidenten Versagen der gesellschaftlichen Ordnung.

### a) Die „soziale Frage“

Das uns wohl geläufigste Beispiel für das Vorliegen einer/ der „sozialen Frage“ ist die Entwicklung der ökonomischen Lebensbedingung im 19. Jahrhundert in Westeuropa; die dazu gehörenden Stichworte sind bekannt: weitgehende Verarmung der Arbeiterklassen, aber auch des Handwerks<sup>129</sup> und der Landwirtschaft<sup>130</sup>, unmenschliche Arbeitsbedingungen, Zerfall der Familien (wegen Frauen- und Kinderarbeit), Fall der Geburtenziffern unter das Reproduktionsniveau, katastrophale Wohnverhältnisse, körperliche und psychische Schädigungen, sinkende Lebenserwartung, Bildungsmangel – und dies alles auf der einen Seite der Gesellschaft; und auf der anderen Seite eine unglaubliche Ansammlung an Reichtum und daraus resultierender wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Macht. Der im 19. Jahrhundert geprägte Begriff der „sozialen Frage“ bezeichnet somit einen Zustand, in dem offensichtliche Fehlfunktionen in der Gesellschaft, vor allem auch die Teilhabe an den Früchten der gesellschaftlichen Kooperation<sup>131</sup>, zu erheblichen Mängeln führen.

Derartiges ist in der Geschichte von Gesellschaften und Staaten nichts Neues; auch Platons Überlegungen in seiner „Republik“ waren offensichtlich veranlasst durch den seinerzeitigen, von ihm wahrgenommenen Zustand des athenischen Gemeinwesens; seine Untersuchung zur (wünschenswerten) Gerechtigkeit befasst sich mit den wesentlichen Grundlagen von Gesellschaftsordnungen und kommt sowohl zu individual-ethischen Forderungen als auch institutionellen Schlussfolgerungen; dabei wird allerdings eine Ordnung konstruiert, die nur als utopisch<sup>132</sup> bezeichnet werden kann, möglicherweise in weiten Teilen auch so gemeint ist.

Äußerungen zur sozialen Frage werden beispielsweise auch in der Anprangung sozialer Übel durch die Propheten Israels gesehen, denen ein tief religiös verwurzelter Gerechtigkeitssinn und eine überraschende Einsicht in die soziale Situation bescheinigt wird<sup>133</sup>; auch in der Naturrechtslehre des Mittelalters und ihrer Beschäftigung mit den sittlichen Sozialprinzipien, insbesondere in deren Anwendung auf die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse der Zeit, wird eine Aufgeschlossenheit für soziale Fragen einschließlich zentraler Fragen der Wirtschaftstheorie, des Preises, des Lohnes und des Zinses sowie der Analyse der rechts- und handelstechnischen Formen der Wirtschaft ihrer Zeit nachgesagt<sup>134</sup>.

Wenn man heutzutage vom „Sozialsystem“ statt von der „Gesellschaftsordnung“ spricht, schwingt dabei wohl zumeist die Vorstellung von Klassenstrukturen und Disparitäten mit, die ausgleichsbedürftig und -fähig sind.

#### b) Sozialismus als Alternative zum Kapitalismus

Die Idee des Sozialismus heutiger Prägung lässt sich auf 3 Wirkungslinien zurückführen<sup>135</sup>: Erstens – auf einen utopischen Gedanken, der eine in allen Gesellschaftsformen wiederkehrende Unzufriedenheit über Unterdrückung und soziale Ungerechtigkeit zum Ausdruck bringt; zweitens – auf eine politisch-praktische Bewegung von besitzlosen Bevölkerungskreisen, insbesondere Arbeitern, die zwar zu freien Staatsbürgern geworden sind, sich aber gleichzeitig als Opfer brutaler wirtschaftlicher Ausbeutung sehen müssen<sup>136</sup>; drittens – auf eine politische Protesthaltung, die sich in intellektueller Hinsicht auf die kritisch-wissenschaftliche Durchdringung einer Gesellschaftsform stützen konnte, deren typische Merkmale Überschussproduktion, ungerechte Güterverteilung und irrationale Anhäufung von Reichtum sind.

Marx hat diese 3 Strömungen in seinem Gedankengebäude zusammengefasst; humanistische Wertorientierung wurde mit utopischem Denken verknüpft; die von Marx entwickelte kritisch-wissenschaftliche Theorie über die grundlegend zerstörerischen Tendenzen im Kapitalismus wurden mit der Behauptung von bestimmten historischen Möglichkeiten des Sozialismus verbunden. Zusammen mit diesem theoretischen Rüstzeug waren die notwendigen Voraussetzungen für eine internationale Arbeiterorganisation<sup>137</sup> geschaffen worden, die ernstlich als Alternative zum Kapitalismus in Betracht kommen konnte.

Eine Schwäche bereits der Marx'schen Visionen dürfte wohl darin liegen, dass Marx entsprechend dem durch die sensationell erfolgreichen Naturwissenschaften geprägten Wissenschaftsverständnis seiner Zeit möglicherweise die Notwendigkeit gesehen hat, seine Theorie zu einem kausal-determinierten Wissenschaftsgebäude auszubauen und damit – letztlich etwas zwanghaft – die zutreffend erkannten Phäno-

mene seiner Epoche im Wege einer prognostizierten, kausal funktionierenden Gesetzmäßigkeit auf zukünftige Sachverhalte hinzuführen (also gedanklich zu extrapolieren), die man als bereits im Bereich des Utopischen angesiedelt bewerten muss.

Davon abgesehen hat die politisch-praktische Verwertung seiner Erkenntnisse und Vorstellungen<sup>138</sup> wohl kein wesentliches Interesse daran gehabt, das Marx'sche Gedankengebäude intellektuell weiterzuentwickeln. Für die meisten seiner Anhänger bedeutet Sozialismus eine Gelegenheit zu beschleunigter materiellen Entwicklung; humanistische und demokratische Ideale hatten darin eher keinen Platz; und wer diese Ideale ernst nahm, wurde früher oder später als Romantiker, Revisionist, Renegat oder Verräter ausgeschaltet. Unter sozialer Gerechtigkeit wurden somit in erster Linie folgende Errungenschaften verstanden: Brot und Land, auch das Ende von Ausbeutung und ungerechten Kriegen<sup>139</sup>.

#### c) Sozialismus, grundrechtliche Freiheiten und Demokratie

Marx hat wahrscheinlich zu wenig – oder zu blind-idealistisch – über die Frage nachgedacht, in welchen politischen Formen seine neue Gesellschaft handeln sollte; außerdem sind ihm möglicherweise – bei der wohl zu einseitigen Fixierung auf die wirtschaftlichen Lebensbedingungen – geistige Strömungen entgangen, die sich im 19. Jahrhundert mit seinen auch feudalen Strukturen sicherlich zunächst nicht zugunsten der Arbeiterklasse und der kleinen Handwerker und Landwirte ausgewirkt haben; gemeint sind die Vorstellungen, die Ende des 18. Jahrhunderts in der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung und in der französischen Revolution als geistiger Überbau das Handeln der Menschen geleitet haben und die im Übrigen durchaus von realen, diesseitigen und evidenten Unzulänglichkeiten ausgelöst wurden. Die in der Aufklärung prägnant entwickelten Ideen von Freiheit in grundsätzlich allen menschlichen Lebensbereichen, von Gleichheit aller Menschen, von Brüderlichkeit – man kann statt dessen auch den Begriff der Solidarität setzen – und von (demokratischer) Teilhabe an der staatlichen Machtausübung sind praktisch erst mit der Weimarer Reichsverfassung<sup>140</sup> in aktuelles Recht umgesetzt und damit durchgesetzt worden.

Die sozialversicherungsrechtliche Antwort Bismarcks auf die soziale Frage erscheint aus dieser Betrachtungsweise nicht nur politisch-taktisch vernünftig, sondern auch in einem philosophisch-ethischen Zusammenhang, nämlich unter Beachtung der bis dahin in Westeuropa entwickelten – wenn auch in Deutschland bis dahin nicht praktisch wirksam gewordenen – zeitgemäßen Ideale eines modernen Gemeinwesens. Damit soll nicht gesagt werden, dass Bismarck ein Staatssystem eines freiheitlichen und demokratischen Sozialismus als erstrebenswert vor Augen gestanden hat; der Sache nach können seine Sozialversicherungssysteme gleichwohl als Bausteine eines solchen Systems betrachtet werden.

#### d) Gegenströmungen zum Sozialismus

Vernunftbegabte Wesen begegnen einer Krise durch Anpassung; soweit dies im Rahmen eines Systems nicht möglich ist, sind Systemveränderungen als Folge von Strukturwandlungen denkbar bis hin zur Sprengung eines Systems.

Antworten auf die soziale Frage können auch anders ausfallen als dies bei Bismarck real-politisch und zunächst ohne Bedrohung für das seinerzeitige Staats- und Gesellschaftssystem geschehen ist. Sie können auf hohem intellektuellem Niveau gegeben werden – das schließt freilich nicht aus, dass zugleich auch die Realität gesehen und beeinflusst werden soll, auch im Sinne eines Gegensteuerns gegen soziale Anliegen und gegen eine entsprechende soziale Politik.

Betrachtet man die geistige Landschaft im Hinblick auf Denker mit (auch) philosophisch-ethischem Anliegen, so fallen Schlagworte wie Liberalismus, Konservatismus, auch Neo-Liberalismus ins Auge, also Begriffe, die vor allem mit bestimmten ordnungspolitischen Vorstellungen im Hinblick auf die Wirtschaft verbunden sind. Es handelt sich hierbei um Strömungen, die der Sache nach auch in früherer Zeit nachweisbar sind<sup>141</sup>, jedoch erst markant hervortreten in der Aufklärung, die auch eine Antwort auf die absolutistische Staatswirtschaft des Merkantilismus<sup>142</sup> geben wollte. Hierzu einige Anmerkungen, soweit damit soziale Fragen berührt sind.

##### aa) Liberalismus

Die Entstehung des Liberalismus kann mit dem Beginn der klassischen Nationalökonomie – in der heutigen Bezeichnung: Volkswirtschaftslehre – angesetzt werden, als deren Begründer der schottische Nationalökonom und Philosoph Adam Smith<sup>143</sup> gilt. Seine „Untersuchung über die Natur und die Ursachen des Wohlstandes von Nationen“<sup>144</sup> aus dem Jahr 1776 folgt den wirtschaftstheoretischen und -politischen Überlegungen der (französischen) Physiokraten, die – in Ablehnung der merkantilistischen Staatswirtschaft ihrer Zeit – das Modell eines natürlichen Wirtschaftskreislaufes entwickelten auf der Grundlage von Freihandel und „Laissez-faire“-Prinzip; gemeinsam mit den britischen Nationalökonom Thomas Robert Malthus<sup>145</sup>, David Ricardo<sup>146</sup> und John Stuart Mill<sup>147</sup> wurde neben Freihandel und dem Recht auf Eigentum ein vollkommener Wettbewerb gefordert; die Gefahr von Arbeitslosigkeit und Produktionsüberschüssen wurde als gering eingeschätzt.

Mill galt als letzter Vertreter der klassischen Nationalökonomie und zugleich als Reformers; er forderte neben hohen Steuern auf Erbschaft<sup>148</sup> u. a. einen stärkeren Schutz von Kindern<sup>149</sup> und Arbeitern; insoweit kann er als Sozialliberaler (oder als Bindeglied zwischen „klassischer“ Laissez-faire-Politik und dem in der Entstehung begriffenen Wohlfahrtsstaat) verstanden werden<sup>150</sup>.

##### bb) Neoliberalismus

Neo- oder Ordoliberalismus gehen von den traditionellen Werten der klassischen Liberalismus aus; er ist in gleicher Weise ökonomisch orientiert: Sozialordnung und Sozialpolitik werden – aus dieser Betrachtungsweise – als Teilordnung der Wirtschaftsordnung aufgefasst<sup>151</sup>. Neu ist an dieser Variante des Liberalismus, dass dem Staat – in Abweichung vom Laissez-faire-Prinzip – die Aufgabe zugewiesen wird, für Wettbewerbsbedingungen zu sorgen, die allen Marktteilnehmern die Freiheit in ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit gewährleistet<sup>152</sup>. Damit wird wirtschaftstheoretisch

reagiert sowohl auf die Weltwirtschaftskrise von 1929<sup>153</sup> als auch auf die von John Meynard Keynes entwickelten Vorschläge zur staatlichen Einflussnahme auf die Wirtschaft, insbesondere in Zeiten ökonomischer Krisen<sup>154</sup>.

Im Hinblick auf die sozialen Probleme soll – nach Ansicht der Neoliberalen – der Staat die Bürger zur Selbsthilfe und zu selbstverantwortlicher Vorsorge<sup>155</sup> anregen; nach dem 2. Weltkrieg wird eine wohl stärkere staatliche Verantwortung für die Herstellung und Sicherung sozialer Gerechtigkeit gesehen, wobei diesbezügliche staatliche Interventionen nur insoweit als zulässig erachtet werden, als sie „wirtschaftskonform“ erfolgen<sup>156</sup>. Die Frage der „sozialen Gerechtigkeit ist in – man kann wohl sagen – neo-klassischer Weise von Friedrich August von Hayek<sup>157</sup> beantwortet worden<sup>158</sup>; offensichtlich hält v. Hayek diesen Begriff für schlichtweg bedeutungslos, auf einer primitiv-naiven Vorstellung beruhend und in Unkenntnis der spontanen, sich selbst ordnenden Prozesse des Marktes.

##### cc) Konservatismus

Zu den auch in der heutigen Zeit spürbar und politisch stark vertretenen Anschauungen gehörte der Konservatismus; bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts entstanden, wenden sich seine Anhänger gegen die Aufklärung; dem Glauben wird gegenüber der Vernunft der Vorzug gegeben; die Tradition wird höher eingeschätzt als die ungezügelte Infragestellung, Hierarchie rangiert vor Gleichheit, die Gemeinschaftswerte vor dem Individualismus und das göttliche Recht, das christlich verstandene Naturrecht vor dem säkularen Recht. Damit wird folgerichtig die bestehende Verteilung von Macht, Reichtum und gesellschaftlicher Stellung für gerecht erachtet<sup>159</sup>.

Im Bereich des europäischen Konservatismus werden nicht nur konsequent – bis Ende des 19. Jahrhunderts – demokratische Strukturen und demnach auch das Wahlrecht abgelehnt sowie autoritäre und totalitäre Bewegungen<sup>160</sup> unterstützt. Die soziale Frage wird im Sinne der herrschenden konservativen Lehre des Korporatismus<sup>161</sup> beantwortet: Soziale Ordnung und Gerechtigkeit<sup>162</sup> soll in enger Zusammenarbeit von Unternehmern und Arbeitnehmern hergestellt werden, durchaus auch mit dem Ziel, das freie Spiel der Marktkräfte und des Wettbewerbs zu ersetzen – nämlich durch kollektive („korporative“) Ordnungsmechanismen. Die Anschauungen entsprechen der Gesellschaftslehre der römisch-katholischen Kirche; sie sind maßgeblich in den Enzykliken *Rerum novarum*<sup>163</sup> und *Quadragesimo anno*<sup>164</sup> formuliert worden.

In Amerika hat sich der Konservatismus in eine andere Richtung bewegt; es hat sich ein offensichtlich breiter Konsens im Hinblick auf wirtschaftlichen Individualismus, Sozial-Darwinismus<sup>165</sup>, Nationalismus und demokratisch legitimierte, aber prinzipiell eher schwache Staatsmacht gebildet. Bedeutung erlangte der Konservatismus insbesondere als Antwort auf den New Deal<sup>166</sup> mit seinen Beschränkungen des freien Marktes, relativ hoher Besteuerung und administrativen Interventionen und Regulierungen der Wirtschaft<sup>167</sup>, was von Seiten der Konservativen als „Weg in die Knechtschaft“ empfunden wurde. Diese Spielart des Konservatismus steht in deutlicher Nähe zum Liberalismus.



In neuerer Zeit (nach dem 2. Weltkrieg) war in den Vereinigten Staaten und Großbritannien ein liberaler Konsens im Hinblick auf Ausweitung der staatlichen Aktivitäten, auch in Bezug auf Wohlfahrtsmaßnahmen, zu beobachten; dagegen wenden sich die Konservativen und ihr prominenter Flügel – die Neue Rechte („New Right“) – mit der Forderung nach Rückkehr zu grundlegenden individualistischen Werten in Wirtschaft und Gesellschaft, als Prinzipien der Ordnung und Kontinuität.

#### dd) Reform des Sozialstaats

Mit der Skizzierung dieser Ansätze dürfte deutlich gemacht worden sein, dass es auf der Ebene einer hohen Abstraktion kaum umstritten ist, welche Bedeutung der sozialen Frage heute zukommt; ideologische Gegnerschaft und wissenschaftliche Auseinandersetzung sind teilweise nur schwer auseinanderzuhalten<sup>168</sup>. In der wissenschaftlichen Diskussion zu bestimmten gesellschafts-, wirtschafts- und sozialpolitischen Grundpositionen sind 4 sozialphilosophische Leitbilder mit sozialstaatlicher Relevanz herausgearbeitet worden<sup>169</sup>, nämlich die als „Minimalstaates“<sup>170</sup>, des „souveränitätsorientierten Sozialstaates“<sup>171</sup>, des „emanzipierten Sozialstaates“ und des „subsidiären Sozialstaates“; dieses (zuletzt genannte) Leitbild wird von zahlreichen Verfassungsrechtlern, Politikwissenschaftlern, Sozialpolitikern und Sozialethikern vertreten; dabei wird versucht, die Ziele individueller Freiheit mit sozialer Sicherheit, sozialer Gerechtigkeit und sozialem Frieden miteinander zu verbinden<sup>172</sup>; eine Unterbewertung sozialer Ziele gegenüber wirtschaftlichen Zielen soll ausgeschlossen werden<sup>173</sup>.

Wie sich aus diesem Leitbild Prinzipien ordnungskonformer Sozialpolitik und Reformansätze zum derzeitigen Sozialsystem ableiten lassen, ist im einschlägigen Schrifttum eindrucksvoll gezeigt worden<sup>174</sup>.

#### 6. Wege zur ethischen Bewertung von Risikostrukturausgleich und Beitragsbemessung

Im Vorangegangenen wurden – eingangs – zunächst die Strukturmerkmale der deutschen GKV dargestellt, die durch ein spezifisch ausgestaltetes System der Beitragsbemessung finanziert und durch einen neuen, ergänzten Risikostrukturausgleich weiterentwickelt werden soll. Anschließend wurde gezeigt, in welcher Weise ethisch-philosophische Erkenntnisse gewonnen werden; prinzipiell kann dabei sowohl bei der sorgfältigen, in der heutigen Zeit wissenschaftlich begründeten Betrachtung und Bewertung der Dinge als auch bei vernunftgesteuerten Überlegungen, und zwar durchaus auch idealistischer Provenienz, angesetzt werden. Wahrscheinlich sind überzeugende, als verbindlich anerkenbare Ergebnisse nur bei einer Kombination beider Ansätze zu erreichen.

Es hat sich weiterhin die Pluralität der Auffassungen, auch bereits auf hochabstraktem Niveau, gezeigt; erst recht stoßen die gegensätzlichen Meinungen in den gedanklich konkreteren Ebenen aufeinander, in denen die Entscheidungen z. B. für den Beibehalt und die Fortentwicklung der GKV in der jetzigen Ausgestaltung in einzelnen Fragen vorbereitet werden.

Damit stellt sich die – möglicherweise als nahe liegend empfundene – Frage, welchen Sinn es macht, auf höherer Abstraktionsebene auch ganz konkreten Fragen z. B. nach der Gerechtigkeit der derzeitigen Beitragsregelungen der GKV und des

(neuen) Risikostrukturausgleichs nachzugehen. Stellt man sich diese Frage aus entscheidungstheoretischer Sicht<sup>175</sup> mit dem Ziel, einen Konsens von zunächst divergierenden Ansichten zu erreichen, so erweist sich dieses Vorgehen als der auch praktisch allein gangbare Weg; für die Politikwissenschaft ist das eine Selbstverständlichkeit; es ist nicht ersichtlich, warum im Bereich konträrer Ansichten in einem Bereich, in dem Fragen vom Sein und Sollen gleichsam gemischt auftreten und zu einer möglichst konsensualen Antwort geführt werden sollen, etwas anderes gelten soll.

Es ist nicht das Anliegen dieser Ausführungen, in der Diskussion um Beitragsgerechtigkeit und um dem neuen, im wesentlichen noch in Vorbereitung befindlichen Risikostrukturausgleich fertige Antworten einzubringen oder zu bestätigen; es gibt genügend gedankliches Material zu diesen Fragen, so dass es insoweit einer Ergänzung nicht bedarf. Für die notwendig erscheinenden, grundlegenden Überlegungen zur GKV, die erforderlich sind angesichts der – soweit ersichtlich – allgemeinen Überzeugung, das es mit der GKV so wie bisher nicht weitergehen kann, sollen lediglich einige Anregungen gegeben werden, die überwiegend nicht neu sind, jedoch stärker als bisher ins Blickfeld geraten sollten.

Der Risikostrukturausgleich ist eingebettet in ein System, das möglicherweise in seiner Gesamtheit ethisch begründeten Gerechtigkeitskriterien nicht genügt. Für sich betrachtet allerdings verfeinert er die Gleichheit der Beitragsbelastung, die den Mitgliedern der GKV systemimmanent auferlegt wird. Es ist allerdings anzunehmen, dass damit ein Erwartungsschub insoweit erzeugt wird, als weitere Verfeinerungen dieser Solidaritätsbeziehungen unter dem Gesichtspunkt der Belastungsgleichheit und -gerechtigkeit entstehen sollten, z. B. im Hinblick auf ein unterschiedliches Verhalten bei der Inanspruchnahme von Leistungen, die auf verschiedenen, durchaus nachweisbaren und operationalisierbaren Gründen (personenbedingte Merkmale, Versorgungsdichte<sup>176</sup>) beruhen können.

Betrachtet man einen Risikostrukturausgleich unter diesem Gesichtspunkt (der Herstellung von Solidarität), dann ist freilich auch zu bedenken, dass diese spezifische Gerechtigkeit nur zwischen den jeweiligen Mitgliedern der GKV hergestellt wird, die nach den mitgliederschaftlichen Regeln<sup>177</sup> und den Vorschriften über die Tragung der Beiträge<sup>178</sup> zu einer finanziellen Gemeinschaft (unter Einbeziehung auch der Arbeitgeber) zusammengeschlossen wird. Die Problematik des in der GKV versicherten Personenkreises und des sich daraus ergebenden Mitgliederkreises, der Beitragsberechnung und der Verteilung der Beitragslasten wird damit nicht gelöst, sondern eher verfestigt.

Bei den Überlegungen zum Grundsatz der Solidarität<sup>179</sup> fällt weiterhin ins Auge, dass eine proportional vergleichbare Solidarität im System der GKV nicht installiert ist zwischen den Partnern im Leistungserbringungsprozess, nämlich zwischen insbesondere Ärzten und ihren Patienten; Entsprechendes gilt z. B. für den Bereich der medikamentösen Versorgung. Es ist immerhin merkwürdig, dass in einem zwangsweise eingerichteten (mittelbar-) staatlichen Leistungsunternehmen die Seite der Leistungserbringer, deren Zutritt zu dem System zumindest formell nicht verpflichtend ist, nicht gleichartigen – eben gleichsam proportionalen – Restriktionen mit dem Ziel einer Herstellung wechselseitiger Verbundenheit und gegenseitiger Verantwortlichkeit unterworfen ist.

In diesem Zusammenhang ist die eher primäre Zielsetzung des neuen Risikostrukturausgleichs zu diskutieren, die zu einer weitgehenden finanziellen Gleichschaltung der Gesetzlichen Krankenkassen führt; die daraus resultierenden Effekte sowie die sich möglicherweise mit gewisser Zwangsläufigkeit daraus ergebenden weiteren Schritte im Hinblick auf die institutionelle Fortentwicklung der GKV – vielleicht in Richtung auf eine „Einheits-Krankenversicherungsanstalt“ – können nicht unbeachtet bleiben, es sei denn, dass man ein Durchwursteln („muddle through“<sup>180</sup>) als den Königsweg für Reformen auch im Bereich der GKV hält; oder folgt man damit vielleicht einem philosophisch-ethisch schlüssigen Prinzip in der heutigen, unter egalitär-demokratischen Grundsätzen stehenden Gesellschaft?

Zur Beitragsgerechtigkeit und ihrer Überprüfung unter philosophisch-ethischer Fragestellung und daraus abzuleitenden Gerechtigkeitskriterien ist demnach Folgendes stichwortartig anzumerken: Die Vorstellung, dass das derzeitige Beitragssystem den Solidaritätsgrundsatz bereits gleichsam ausgereizt hat, dürfte unzutreffend sein. Es geht hierbei um das Problem der Umverteilung in dem derzeitigen GKV-System. Die diesbezügliche, übliche Darstellung zu den „sozialen“ Wirkungen der GKV sind nicht selten unzulänglich<sup>181</sup>. Abgesehen von der so genannten unechten (temporären) Umverteilung<sup>182</sup>, die hier außer Betracht bleiben soll, ist die echte (soziale) Umverteilung überdenkenswert. Sie geht nicht nur zu Lasten der besser Verdienenden und damit zugunsten der weniger Verdienenden<sup>183</sup>, wie z. B. die kostenlose Familienhilfe<sup>184</sup>, sondern zugleich auch zugunsten des gut verdienenden Familienvaters.

Selbst entschiedene Befürworter des Status quo fordern eine so genannte Umfinanzierung der Umverteilung<sup>185</sup>; danach sollte die beitragsfinanzierte Sozialversicherung von Umverteilungselementen entlastet werden. Dass im übrigen sogar ein Nebeneinander von Versicherungsträgern offenbar funktionieren soll, bei denen sich die einen nach dem Modell des lohnbezogenen Beitragssystem der GKV finanzieren und die anderen ihre Beiträge vom Ansatz her in privatversicherungsrechtlicher Weise, wenn auch mit zahlreichen gesetzlichen Maßgaben und einer vorgeschriebenen Beitragshöchstgrenze, zeigt der Versorgungsbereich Pflege mit einem Nebeneinander von Pflichtversicherung und Versicherungspflicht und prinzipiell unterschiedlichem Beitragssystem<sup>186</sup>; und im Übrigen findet sich auch dort ein gesetzlich vorgeschriebener Finanzausgleich zwischen – einerseits – den öffentlich-rechtlichen Pflegekassen<sup>187</sup> und – andererseits – den privaten Pflegeversicherern<sup>188</sup>, bislang jedoch (noch) nicht über beide Bereiche hinweg.

Was heute noch als Utopie erscheint, kann in absehbarer Zeit Wirklichkeit werden – dazu gibt es zahlreiche Beispiele in der Geschichte der Menschheit. Wenn es möglich war, die einst als Utopien bewerteten Ideen von Freiheit und Gleichheit (z. B. auch von Frauen und Männern) und Demokratie zu verwirklichen, dürfte auch im Bereich der GKV einiges machbar sein, was heute noch unwirklich erscheint. Das sollte allerdings sorgfältig vorgedacht werden – soziale Ethik ist dabei in vermehrtem Umfang gefragt.

- <sup>1</sup> Von W. Weischedels „philosophischer Hintertreppe“ über J. Gaarders „Sophies Welt“ bis zu den Reihen „Ethik in der modernen Welt“ und „Denker“ im C. H. Beck Verlag (mit zzt. 13 Werken seit 1995) – um nur einen Verlag zu nennen.
- <sup>2</sup> z. B. die Enquete-Kommission des Bundestages oder der Nationale Ethikrat (des Bundeskanzlers); vgl. auch Fuchs, Die Räterepubliken, SZ vom 8. 1. 2002, S. V 2/9.
- <sup>3</sup> z. B. der EU, die UN oder der WHO.
- <sup>4</sup> Die Wirkung einer Verfassung haben praktisch EU- und EG-Vertrag einschließlich der Protokolle; eine vergleichbare Wirkung kommt den für die UN und WHO verbindlichen Regelwerken zu.
- <sup>5</sup> Vgl. für das allgemeine Polizei- und Sicherheitsrecht z. B. Artikel 2, 11 BayPolizeiaufgabenG; ein Beispiel für besonderes Sicherheitsrecht: §§ 1, 16, 17, 25, 53 Bundes-Infektionsschutzgesetz (mit dem die Regelungen des Bundes-Seuchengesetzes und des Geschlechtskrankheitengesetzes abgelöst worden sind).
- <sup>6</sup> Besonderes Problem: die „öffentliche Ordnung“ als polizeilich geschütztes Rechtsgut, vgl. für alle Schenke, Polizei- und Ordnungsrecht, in: Steiner (Hrsg.), 6. Aufl., 1999, Rdnr. II 39-45.
- <sup>7</sup> Die dazu gehörenden programmatischen Vergaben, wonach die polizeilichen Maßnahmen notwendig, geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein müssen (so bereits das preußische Polizeiverwaltungsgesetz vom 1. 6. 1931, vgl. dort §§ 14, 15 Abs. 1, 21, 41 PVG), sind heute anerkanntermaßen als Teilmaßstäbe des „Übermaßverbots“ Bestandteil des Rechtsstaatsprinzips, vgl. für alle Schenke, a. a. O., Rdnr. II 202-207.
- <sup>8</sup> Im Polizeirecht allgemein anerkannt, vgl. für alle Schenke, a. a. O., II 66-73; in anderen Rechtsgebieten wird dies so ausdrücklich – differenzierend – normiert, z. B. in § 4 BSHG.
- <sup>9</sup> Zur Dogmatik des Ermessens und den – in beiden Entscheidungsschritten – bestehenden rechtlichen Bindungen vgl. für alle Maurer, Allgemeines Verwaltungsrecht, 12. Aufl. 1999, § 7 Rdnr. 17-25.
- <sup>10</sup> Zu den derzeit diskutierten Alternativen – Erhalt der derzeitigen Struktur oder Schaffung eines wesentlich stärker wettbewerblich orientierten Systems – vgl. die Beiträge der Deutsch-österreichischen Sozialrechtsgespräche 2000 in: Jabornegg/ Resch/ Seewald (Hrsg.), Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2000.
- <sup>11</sup> Zum Schutz der Gesundheit und der Menschenwürde vgl. z. B. Seewald, Gesundheit als Grundrecht, 1982; das BVerfG leitet in mittlerweile ständiger Rspr. Schutzpflichten aus den Grundrechten ab – seit BVerfGE 39, S. 1, 36, 42 –, die sich nach der Vorstellung eines so genannten Untermaßverbots sogar zu einer konkreten Handlungspflicht verdichten sollen, so BVerfGE 88, Leitsatz 8 – Schwangerschaftsabbruch II.
- <sup>12</sup> Zu diesem dogmatischen Ansatz insgesamt Seewald, Zum Verfassungsrecht auf Gesundheit, 1981, passim.
- <sup>13</sup> Soweit ersichtlich, ist dies auch bislang nie behauptet worden.
- <sup>14</sup> Von – in Wahrheit – „konkurrierender“ Zuständigkeit (so ausdrücklich Artikel 70 Abs. 2 und Artikel 72, 74, 74 a, 105 Abs. 2 GG) kann keine Rede sein, auch nicht nach dem neugefassten Artikel 72 Abs. 2 GG.
- <sup>15</sup> Artikel 74 Abs. 1 Nr. 11 GG
- <sup>16</sup> Artikel 87 Abs. 2 GG
- <sup>17</sup> Vgl. vor allem Artikel 152 (ex 129) EGV.
- <sup>18</sup> Vgl. z. B. EuGH vom 28. 4. 1998, Rs. C 120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831, 1882 ff., EuGH vom 28. 4. 1998, Rs. C 158/96 (Kohl), Slg. 1998, I-1931, 1948 sowie EuGH vom 12. 7. 2001, Rs. C 157/99 (Smits/Peerbooms), NJW 2001, S. 3391 ff., sowie Schulte, BayVBl 2000, S. 336 ff., 362 ff.
- <sup>19</sup> Seit EuGH vom 17. 2. 1993, Rs. C-159 und 160/91 (Poucet/Pistre), Slg. 1993, I-639, 483 ff., 507 ff., 514, 598.
- <sup>20</sup> Dazu z. B. Pitschas, in: Igl (Hrsg.), Europäische Union und Gesetzliche Krankenversicherung, 1999, S. 804 (148) ff.
- <sup>21</sup> Zu welchen Ergebnissen insoweit das Verfahren der so genannten offenen Koordinierung führen wird, lässt sich zurzeit nicht abschätzen, vgl. dazu zuletzt das EG-Kommissionspapier vom 20. 6. 2001, HVBG RdSchr. VB 89/2001.
- <sup>22</sup> Zu den Kriterien politischen Handelns vgl. Kleinhenz, Probleme wissenschaftlicher Beschäftigung mit der Sozialpolitik. Dogmengeschichtlicher Überblick und Entwurf eines Wissenschaftsprogramms für die Theorie der Sozialpolitik, 1970, S. 61 ff.

- <sup>23</sup> § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGBV – im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung zugleich die Pflichtversicherungsgrenze; zur Beitragsbemessungsgrenze im Sinne der GKV vgl. § 223 Abs. 3 SGB V.
- <sup>24</sup> Die magische Zahl von 14 % erscheint bereits bei Geißlers „Krankenversicherungs-Budget“-Studie (1974), dazu Seewald, a. a. O., S. 2 f.
- <sup>25</sup> Zu der damit zusammenhängenden Vorstellung einer Rechtslehre als (wohl „Quasi“-)Naturwissenschaft vgl. Schiedermaier, Das Phänomen der Macht und die Idee des Rechts bei Gottfried Wilhelm Leibnitz, 1970, S. 14 f.
- <sup>26</sup> Vgl. Artikel 20 Abs. 3, Präambel GG.
- <sup>27</sup> Vgl. BVerfGE 1, S. 14, 61, 62; 4, S. 299, 302 ff.; 3, S. 225, 231 ff.; 10, S. 59, 80 ff.; 15, S. 126, 141 ff.; 29, S. 166, 175 ff.; 54, S. 53, 66 ff.
- <sup>28</sup> BVerfGE 95, S. 96, 134
- <sup>29</sup> Die Anzahl der Träger der GKV ist von 1558 (Stand: 1. 1. 1980) auf ca. 450 (im Jahre 2001) gesunken.
- <sup>30</sup> Bezeichnung als Versicherung, öffentlich-rechtliches Monopol, zwangsweise Einbeziehung von Beiträgen
- <sup>31</sup> Vgl. z. B. für derartige kommunale Veranstaltungen Seewald, Kommunalrecht in: Steiner (Hrsg.), Besonderes Verwaltungsrecht, 6. Aufl. 1999, Rdnr. 1 170 ff.
- <sup>32</sup> Vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V – Arbeiter und Angestellte.
- <sup>33</sup> „Jahresarbeitsentgeltgrenze“, § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.
- <sup>34</sup> Vgl. im Einzelnen §§ 29 ff. SGB IV.
- <sup>35</sup> Vgl. § 35 a Abs. 2 SGB IV.
- <sup>36</sup> Vgl. § 33 Abs. 1, 3 und § 34 SGB IV.
- <sup>37</sup> z. B. die Tätigkeit der Rentenausschüsse, vgl. § 36 a SGB IV.
- <sup>38</sup> Vom 17. 11. 1881; zu den Genossenschaften als bedeutendes Instrument der solidarischen Selbsthilfe vgl. Lampert/Althammer, Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. Aufl. 2001, S. 60 f., so bereits die „Kaiserliche Botschaft“.
- <sup>39</sup> Diese Aufgabe der Aufsicht wird ausdrücklich in den Regelungen des Kommunalrechts genannt, vgl. z. B. Artikel 108 BayGO, Artikel 94 BayLKrO.
- <sup>40</sup> Die Rechtsaufsicht ist das obligatorische Minimum jeglicher staatlicher Aufsicht, vgl. § 87 Abs. 1 SGB IV, Artikel 109 Abs. 1 BayGO.
- <sup>41</sup> Beispiel für subtile Regelung: zahnärztliche Leistungen in §§ 28 Abs. 2, 29, 30 SGB V sowie Vorgaben für Honorarberechnung im Rahmen der „Gesamtvergütung“ in einem 5 Druckseiten umfassenden § 85 SGB V.
- <sup>42</sup> Diese handeln durch Verträge, Empfehlungen und Richtlinien, vgl. §§ 82 ff., 88 ff. SGB V.
- <sup>43</sup> Dazu muss man sich sowohl die so genannten Friedenswahlen zu den Repräsentationsorganen der Sozialversicherungsträger vor Augen halten (vgl. § 46 Abs. 3 SGB IV, dazu das BSG E 36, S. 242, das die Wahl ohne Wahlhandlung ausdrücklich als verfassungsgemäß anerkannt hat) sowie die bei „wirklichen“ Wahlen zu beobachtende geringfügige Wahlbeteiligung in Höhe von durchschnittlich knapp 40 % der Wahlberechtigten; genaue Angaben bei Plate, BArbBl 2000, S. 10 ff.; Wahlen mit Wahlhandlung haben z. B. im Jahr 1999 nur bei 15 von insgesamt 548 Trägern stattgefunden.
- <sup>44</sup> Dies folgt aus einer Zusammenschau von Friedenswahlen und der Struktur des Verwaltungsausschusses (früher: der Vertreterversammlung, so noch für die Unfall- und die Rentenversicherung, vgl. § 33 Abs. 1, 2 SGB IV) der GKV-Träger, s. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IV.
- <sup>45</sup> Vgl. § 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV.
- <sup>46</sup> Organisationsrechtlich geregelt in §§ 77 - 81 SGB IV.
- <sup>47</sup> Zu der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung vgl. § 77 Abs. 4 SGB V; zur historischen Entwicklung s. KassKomm-Hess, § 72 SGB V Rdnr. 4 ff.
- <sup>48</sup> Vgl. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung. Pflegeversicherung, § 95 Rdnr. 4. 5.
- <sup>49</sup> BVerfGE 11, S. 30 – Verbot einer Zulassung nach Verhältniszahlen; vgl. dazu auch KassKomm-Hess, § 102 SGB V, Rdnr. 3 ff.; ob die neuerdings geltenden – neuen – Vorschriften zur kassenärztlichen Bedarfsplanung (vgl. § 102 SGB V) mit dem GG vereinbar sind, wird das BVerfG zu entscheiden haben.

- <sup>50</sup> Das Gesetz spricht diesbezüglich von einem „Sicherstellungsauftrag“ traditionell der kassenärztlichen Vereinigungen; neuerdings obliegt dieser Auftrag der gemeinsamen Selbstverwaltung, ohne das sich damit etwas am Behandlungsmonopol der Ärzte geändert hat; vgl. §§ 72, 72 a, 75 SGB V.
- <sup>51</sup> Zumindest die Möglichkeit der Induzierung von entsprechender „Patienten“-Nachfrage dürfte unbestritten sein, vgl. für alle KassKomm-Hess, § 102 SGB V, Rdnr. 4.
- <sup>52</sup> Zur Geschichte der Krankenkassen-Organisation vgl. Tennstedt, Geschichte des Sozialrechts. in: v. Maydell/Ruland (Hrsg.), SRH, 2. Aufl. 1996, S. 26, 27.
- <sup>53</sup> Zunächst überwogen die Geldleistungen bei weitem, Tennstedt, a. a. O., S. 26.
- <sup>54</sup> Zum ursprünglichen Kreis der versicherten Personen zu Beginn der GKV vgl. § 1 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. 6. 1883.
- <sup>55</sup> Zur Entwicklung vgl. z. B. Schlenker, in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I, Krankenversicherung, 1994, § 1 Rdnr. 27 ff. (Leistungen und Finanzierung).
- <sup>56</sup> Bloch, in: Schulin (Hrsg.), a. a. O., § 15 Rdnr. 4 ff.
- <sup>57</sup> Zu den in der GKV versicherten Risiken kann man neben der Krankheit z. B. auch die durch Vorsorge (primäre, sekundäre und tertiäre Prävention) und Früherkennung gesetzlich erfassten Risiken zählen.
- <sup>58</sup> Vgl. für die GKV §§ 265 ff., 268 ff. SGB V, für die Gesetzliche RV §§ 218, 219 SGB VI, für die Gesetzliche UV §§ 173 ff., 176 ff. SGB VII, für die (Gesetzliche) Pflegeversicherung §§ 65-68 SGB XI.
- <sup>59</sup> z. B. zu den Ersatzkassen, die traditionell nicht über „originäre“ Mitglieder verfügen, sondern auf die Übernahme von Mitgliedern anderer Kassen angewiesen sind, vgl. zur geltenden Rechtslage §§ 173 ff. SGB V.
- <sup>60</sup> Eingeführt durch die GKV-Neuregelungs-Gesetze vom 23. 6. 1997 (BGBI I, S. 1518 und 1520), vgl. dazu Jungbluth, Wettbewerbsrecht im Gesundheitswesen, in: Jabornegg/Resch/Seewald (Hrsg.), Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S. 25 ff.
- <sup>61</sup> Dazu z. B. Schaaf, Die Reform der RSA in der GKV, SGB 2001, S. 537 ff.; Rürup, G + G Sonderdruck, 2001, Die Reform des RSA im Rahmen der Vorstellungen der „Fünf Weisen“ zur Gesundheitspolitik.
- <sup>62</sup> § 367 Satz 1 SGB III
- <sup>63</sup> Nach der Rspr. des BSG sind Leistungsrecht und Leistungserbringungsrecht dabei als Einheit zu betrachten, vgl. BSGE 81, S. 54, S. 73, S. 182; dagegen z. B. LSG Niedersachsen, NZS 2001, S. 32 und Schimmelpfeng-Schütte, Richtliniengesetzgebung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und demokratische Legitimation, NZS 1999, S. 530 ff.; neuestens: BSG SozR 3-2500 § 27 a Nr. 3.
- <sup>64</sup> §§ 20 Abs. 2, 23 Abs. 2 Satz 2, 24 Abs. 1, 37 Abs. 2 Satz 2, 38 Abs. 2, 40 Abs. 1 Satz 2, 41 Abs. 1 Satz 2 Satz 2 SGB V
- <sup>65</sup> Die Diskussion um die Regionalisierung u. a. auch der bundesweit operierenden Krankenkassen setzt hier an, vgl. Seewald (Hrsg.), Organisationsprobleme der Sozialversicherung, 1992.
- <sup>66</sup> Die Regelungen des GKV-Beitragsrechts finden sich in §§ 220 ff. in Verb. mit §§ 14 ff. SGB IV und dort in Bezug genommenen Regelungen des Einkommensteuerrechts sowie in Verb. mit der Sachbezugs- sowie der Entgeltverordnung.
- <sup>67</sup> Vgl. §§ 226 ff. SGB V in Verb. mit §§ 14, 15 SGB IV.
- <sup>68</sup> Dieser Begriff wurde vor allem von Forsthoff geprägt, vgl. sein Werk „Die Verwaltung als Leistungsträger“ aus dem Jahre 1938; in der Rechtssprache taucht dieser Begriff erst in neuerer Zeit auf, vgl. Artikel 87 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 BayGO.
- <sup>69</sup> Angesichts von Zwangskorporation, zwangsweiser Auferlegung von Geldleistungspflichten, und zwar von Beiträgen mit – zusätzlich – vermögensumverteilender Wirkung
- <sup>70</sup> Abgedruckt bei Kollesch/Nickel (Hrsg.), Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus den medizinischen Schriften der Griechen und Römer, 1994, S. 53-55
- <sup>71</sup> Vgl. das „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 10. 12. 2001 (BGBI I, S. 3465).
- <sup>72</sup> Vorsichtiger Schaaf, a. a. O., S. 542: „... die Auswirkungen auf die Kassenlandschaft sind derzeit kaum absehbar.“
- <sup>73</sup> Vgl. Artikel 20 Abs. 2, Artikel 38 GG.

- <sup>74</sup> Vgl. Korff/Beck u. a. (Hrsg.), Lexikon der Bioethik, 2000, S. 656 mit Hinweisen zu den historischen Ansätzen; Höffe, Lesebuch zur Ethik, 1998, S. 17 ff., dort auch zu den Bedeutungen von Ethik in den Weltkulturen.
- <sup>75</sup> Vgl. dazu z. B. Naucke, Rechtsphilosophische Grundbegriffe, 4. Aufl., 2000, S. 67 ff.
- <sup>76</sup> 427-347 v. Chr.; vgl. dazu z. B. Naucke, Rechtsphilosophische Grundbegriffe, 4. Aufl. 2000, S. 10 ff.
- <sup>77</sup> Vgl. Artikel 20 Abs. 2, Artikel 38 GG.
- <sup>78</sup> Abgedruckt z. B. bei Naucke, a. a. O., S. 13-15
- <sup>79</sup> 384-322 v. Chr.; Auszüge aus seinem Werk z. B. bei Höffe, Lesebuch zur Ethik, 1998, S. 92-105 (Nr. 62-70; Nachweise dazu: S. 423)
- <sup>80</sup> Vgl. dazu z. B. Hegel, Grundlinien der Philosophie des Rechts, in: Werke in 20 Bänden, 1970, Bd. 7 S. 15-17 (zum Thema Natur- und Rechtsgesetze), sowie Naucke, a. a. O., S. 79-84.
- <sup>81</sup> Vgl. z. B. die – im Übrigen erstaunlich aktuellen – Ausführungen von Marx zu den Themen „Technischer Fortschritt, freie Wirtschaft, Krisen“ (aus Marx/Engels, Manifest der kommunistischen Partei, 1848, Marx-Engels-Werke, Bd. 4, S. 465-468) und „Arbeitslosigkeit“ (aus Marx, Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie, Bd. 1, 1967, Marx-Engels-Werke, Bd. 23, S. 454, 464-465, 665-666).
- <sup>82</sup> Vgl. dazu sowie zu den Ursachen der Sozialstaatskrise und zu Reformansätzen z. B. Lampert/Althammer, a. a. O., S. 460 ff. m. w. N.
- <sup>83</sup> Bearbeitet von Bruno Jahn, 2001 (Saur Verlag, München); es handelt sich praktisch um einen Auszug aus der in den letzten Jahren fertig gestellten 12-bändigen „Deutschen Biographischen Enzyklopädie“.
- <sup>84</sup> Vgl. die beiden Beiträge in der SZ vom 28. 1. 2002, S. 13.
- <sup>85</sup> Näheres dazu in [www.bundestag.de/gremien/medi/index.html](http://www.bundestag.de/gremien/medi/index.html).
- <sup>86</sup> Nachweis bei Naucke, a. a. O., S. 29 mit Hinweis auf Aristoteles, Politik (dtv-Ausgabe), S. 151 f.
- <sup>87</sup> Aus: „Grundlegung der Metaphysik der Sitten“, (Hrsg. Vorländer, 1945), S. 20-22
- <sup>88</sup> Der „erste Grundsatz“ aus „Eine Theorie der Gerechtigkeit“ 1975, („Gerechtigkeit als Fairness“), S. 27-29, 330 f.
- <sup>89</sup> In „Was heißt Diskursethik?“ in: Erläuterungen zur Diskursethik, 1991, S. 11-14
- <sup>90</sup> „Offenbarung“ im Sinne einer nicht vernunftbasierten Erscheinung, die in einer Glaubenslehre als wichtiges Element der Begegnung mit dem Göttlichen von höchster Bedeutung ist.
- <sup>91</sup> Vgl. dazu beispielsweise die Feststellungen von Marx, zu „Arbeitslosigkeit“ (1867) und zu „Technischer Fortschritt, freie Wirtschaft, Krisen“ s. o. Fn. 81.
- <sup>92</sup> Über „die soziale Gerechtigkeit“ (1973) in: „Recht, Gesetzgebung und Freiheit“, Bd. 2, 1981, S. 93, 100-101, 108-109, 123-124, 135
- <sup>93</sup> Vgl. dazu auch Höffe, Über die Macht der Moral, in: Merkur 50 (1996) S. 747 ff.
- <sup>94</sup> Die hellenistisch-römische Philosophie sowie die Philosophie des Mittelalters werden hier „übersprungen“.
- <sup>95</sup> Hauptvertreter; Francis Hutcheson (der in seiner berühmten Formel „das größte Glück der größten Zahl“ forderte), Jeremy Bentham, (vgl. seine „Einführung in die utilitaristische Ethik“, Hrsg. O. Höffe, 1992, S. 55-58, 79-81) und John Stuart Mill (vgl. Utilitarismus 1871/1976, S. 13-14, 28-30, 66-67).
- <sup>96</sup> Mill, „Was ist Utilitarismus“ (1971) aus: Utilitarianism (1871/1976), a. a. O.
- <sup>97</sup> Smith, An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations, 1776 (Ausgabe Recktenwald)
- <sup>98</sup> Vgl. Tipke/Lang, Steuerrecht, 14. Aufl. 1994, § 1 Rdnr. 44, § 2 Rdnr. 2, 31.
- <sup>99</sup> Smith (1723-1790), über Gerechtigkeit und Wohltätigkeit, in: „Theorie der ethischen Gefühle“ (deutsche Ausgabe von W. Eckstein, 1977), S. 115-122
- <sup>100</sup> Seit ca. 305 v. Chr., begründet von Zenon, benannt nach der Stoa, der bunt bemalten Säulen-„Halle“, die der Stoiker-Gemeinde ihren Namen gegeben hat.
- <sup>101</sup> Glockner, Die europäische Philosophie. Von den Anfängen bis zur Gegenwart, 1958, S. 208
- <sup>102</sup> 106-43 v. Chr.

- <sup>103</sup> Aus „De Republica“, das erste philosophische Hauptwerk Ciceros aus dem Jahr 54 v. Chr.
- <sup>104</sup> 1225-1274, Hauptvertreter der Hochscholastik
- <sup>105</sup> Entstanden in den Jahren 1265-1273
- <sup>106</sup> Vgl. auch „Das natürliche Gesetz als Grundlage der Ethik“, in: Heinzmann (Hrsg.), Thomas von Aquin, 1994, S. 153-159.
- <sup>107</sup> J. Messner, Das Naturrecht, 7. Aufl., 1984
- <sup>108</sup> 1583-1645; der Niederländer gilt als Begründer der neuzeitlichen Naturrechtslehre und des modernen Völkerrechts.
- <sup>109</sup> „Wie die Mathematiker ihre Zahlen losgelöst von Körpern behandeln, so habe ich in der Beschäftigung mit dem Recht meine Vernunft von allen besonderen Tatsachen abgelöst“, aus: De Jure Belli ac Pacis, 1625
- <sup>110</sup> Mit dem rationalistischen und nicht von der Hand zu weisenden Hinweis, dass ein Beweis von Naturrecht nicht möglich ist
- <sup>111</sup> Wohl jüngstes Beispiel hierfür die Mauerschützen-Rechtsprechung des BGH, bestätigt durch BVerfGE 95, S. 96, 134.
- <sup>112</sup> 1469-1527; Politiker, Historiker und politischer Philosoph
- <sup>113</sup> Vgl. Der Fürst, 1978, S. 62 ff., zur Frage der Tugenden des Herrschers
- <sup>114</sup> 1632-1694, Jurist und Staatsphilosoph; vgl. über die Pflicht des Menschen, des Bürgers nach dem Gesetz der Natur, 1994, S. 45 ff., zum Naturrecht.
- <sup>115</sup> 1588-1679
- <sup>116</sup> Vgl. dazu Höffe, Zur vertragstheoretischen Begründung politischer Gerechtigkeit: Hobbes, Kant und Rawls im Vergleich, in: Ethik und Politik. Grundmodelle und -probleme der praktischen Philosophie, 1979, S. 195 ff.
- <sup>117</sup> Zur „homo homini lupus“-Formel vgl. Vom Bürger, in: Vom Menschen, (Hrsg. Frischeisen-Köhler, 1966, S. 82-84 [zum „Krieg aller gegen alle“]).
- <sup>118</sup> 1632-1704; vgl. z. B. Über den menschlichen Verstand (Nachdruck 1976), S. 285-288, 324 zum Thema „Ist der Wille frei?“
- <sup>119</sup> Im Jahre 1776
- <sup>120</sup> Im Jahre 1789
- <sup>121</sup> Erklärungen des Europäischen Rates vom 4. 6. 1999, EuGRZ 1999, S. 364, dazu z. B. Knöll, NJW 2000, S. 1845 ff., sowie die daraufhin entwickelte „Charta der Grundrechte der Europäischen Union“, 2000, feierlich proklamiert vom Europäischen Parlament, dem Rat und der Kommission (Hrsg. Europäische Gemeinschaften, 2001).
- <sup>122</sup> 1711-1776, Hauptvertreter des Empirismus
- <sup>123</sup> Im Einzelnen dargelegt in der Metaphysik der Sitten, 1795
- <sup>124</sup> 1770-1831, wichtigster Denker des deutschen Idealismus
- <sup>125</sup> In den „Grundlinien der Philosophie des Rechts“, 1821, wird Hegels Staats- und Rechtsphilosophie deutlich, vgl. dazu Naucke, S. 77 ff.
- <sup>126</sup> 1818-1883
- <sup>127</sup> M. F. Meyer, Rechtsphilosophie, [encarta.msn.de](http://encarta.msn.de) (11/2001)
- <sup>128</sup> Vgl. Beckers/Hägele u. a. (Hrsg.), Pluralismus und Ethos der Wissenschaft, 1999.
- <sup>129</sup> Wegen der verminderten Konkurrenzfähigkeit gegenüber der Industrie
- <sup>130</sup> Wegen neuen Produktionsmethoden in Übersee und Verfall z. B. der Kornpreise
- <sup>131</sup> Messner, a. a. O., IV. Teil, Ziff. 55. S. 248
- <sup>132</sup> Dieser Begriff (utopisch, Utopie) wird seit der imaginären Staatsvision von Th. Morus „Utopia“ (wörtlich übersetzt: Nirgendwo) aus dem Jahre 1516 für unwirkliche, zumeist jedoch ideale Gedanken(welten) verstanden.
- <sup>133</sup> Messner, a. a. O., S. 248
- <sup>134</sup> Messner, a. a. O., S. 248, 249; zu Einzelheiten der wirtschaftlichen Umstände des Mittelalters vgl. ders., a. a. O., S. 269.

- <sup>135</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden Mihailo Markovic, Ist der Sozialismus noch eine Alternative? Anmerkungen zur Utopie einer gerechten Gesellschaft, SZ vom 25./26. 9. 1992, Feuilleton-Beilage.
- <sup>136</sup> Ihr Kampf um bessere, menschenwürdige Lebensbedingungen bedurfte wahrscheinlich nicht erst einer radikalen Vision.
- <sup>137</sup> zu deren Entstehung Marx auch praktisch beitrug
- <sup>138</sup> Die Nachfolger von Marx waren von weit geringerer intellektueller Statur und hatten eher ein Interesse daran, Marx als „Klassiker“ und sein Denken als mehr oder weniger geschlossene Ideologie zu behandeln.
- <sup>139</sup> Markovic, a. a. O.
- <sup>140</sup> vom 11. 8. 1919 (RGBl S. 1383, zuletzt geändert durch G vom 17. 12. 1932, RGBl S. 547)
- <sup>141</sup> Die genossenschaftliche Einbindung von gesellschaftlichen Kräften in Selbstverwaltungsorgane mit einem verfassungsrechtlich vorprogrammierten Zwang zur Einigung über die Klassengrenzen hinweg (paritätische Selbstverwaltung!) kann durchaus auch als Entlastung von unliebsamem allgemein (sozial-)politischem Engagement verstanden werden; auch Platon und Aristoteles haben sich – ebenso wie später auch die Römer – mit wirtschaftlichen Fragen befasst und z. B. den Handel als nicht wünschenswerte Lebensgrundlage betrachtet; im Mittelalter wurde seitens der katholischen Kirche der Wucher (die Annahme von Zinsen für verliehenes Geld) als unmoralisch verdammt.
- <sup>142</sup> Vgl. dazu z. B. Schliesky, Öffentliches Wirtschaftsrecht, 2000, S. 13 f.
- <sup>143</sup> 1723-1790, schottischer Moralphilosoph und Wirtschaftstheoretiker
- <sup>144</sup> „Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations“, deutsche Ausgabe von H. Recktenwald
- <sup>145</sup> 1766-1834, britischer Nationalökonom, Geistlicher und Demograph
- <sup>146</sup> 1772-1823, britischer Nationalökonom
- <sup>147</sup> 1806-1873, britischer Philosoph, Nationalökonom und Sozialreformer
- <sup>148</sup> Vgl. seine „Principles of Political Economy“, 1848.
- <sup>149</sup> In den „Grundsätzen der politischen Ökonomie“ stellt Mill (im Jahr 1871) fest (1. Buch, 2. Kap., § 7): „Für die Gesellschaft im Ganzen sind Arbeit und Kosten der Erziehung der Kinderwelt ein Teil der Auslagen, ohne die keine Produktion besteht, und welche mit einem Plus von dem künftigen Ertrag ihrer Arbeit ersetzt werden müssen.“
- <sup>150</sup> Zur liberalen sozialen Bewegung in Deutschland (prominentester Vertreter: Friedrich Naumann, 1860-1919) vgl. Lampert/Althammer, Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. Aufl., 2001, S. 56.
- <sup>151</sup> Vgl. Eschenhagen, Neoliberalismus, encarta.msn.de 2002.
- <sup>152</sup> In der Bundesrepublik Deutschland ist diese Vorstellung durch das UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb vom 7. 6. 1909) und vor allem durch das GWB (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen vom 27. 7. 1957) umgesetzt worden; vgl. für den Bereich der EU nunmehr Artikel 81-93 EGV.
- <sup>153</sup> für die u. a. der staatlich unbeeinflusste Ablauf kapitalistischer Wirtschaftsmechanismen nach den Regeln des (ökonomischen) Liberalismus als ausschlaggebend bewertet wurde.
- <sup>154</sup> Sein maßgebliches Werk „Allgemeine Theorie der Beschäftigung, des Zinses und des Gesetzes“ (1936) erschien während einer lang anhaltenden Wirtschaftsflaute und gilt als Angriff auf die seinerzeit herrschende Wirtschaftstheorie; Keynes verlangte eine grundlegend andere Wirtschaftspolitik des Staates, insbesondere eine antizyklische Konjunkturpolitik unter Einsatz der staatlichen (fiskalischen) Nachfrage am Markt.
- <sup>155</sup> z. B. im Rahmen eines ausgebauten Versicherungswesens
- <sup>156</sup> Stichworte hierzu: Interventionismus, Dirigismus, auch eine staatlich verantwortete antizyklische Wirtschaftspolitik, vgl. dazu Artikel 109 Abs. 2 - 4 GG sowie das G zur Förderung der Stabilität und des Wachstums der Wirtschaft vom 8. 6. 1967.
- <sup>157</sup> 1899-1992, österreichischer Ökonom (Nobelpreis 1974) und politischer Philosoph
- <sup>158</sup> in „Recht, Gesetzgebung und Freiheit“, Bd. 2, 1981

- <sup>159</sup> Seine klassische Formulierung hat der Konservatismus bei Edmund Burke gefunden, vor allem in seinen Reflections on the Revolution in France, 1790; in „seiner“ Gesellschaft soll eine natürliche Elite – auf Grund von Geburt, Reichtum, auch Bildung – die Führung im Staate stellen; Gleichheit, Wahlrecht, Repräsentation werden abgelehnt; ein extremer Unterschied zwischen Reich und Arm soll vermieden werden.
- <sup>160</sup> z. B. der Faschismus in Italien, der Nationalsozialismus in Deutschland und das Franco-Regime in Spanien
- <sup>161</sup> im Sinne ständestaatlich inspirierter Organisationsstrukturen
- <sup>162</sup> in allen Angelegenheiten, die die Arbeitsbedingungen, Löhne, Preise, Produktion und Wechselkurse betreffen
- <sup>163</sup> aus dem Jahre 1891
- <sup>164</sup> aus dem Jahre 1931, bekannt durch das dort formulierte Subsidiaritätsprinzip, das die Kirche gegenüber dem Staat fordert; in der Enzyklika Humanae vitae zum Verhältnis von Glaube und Vernunft (aus dem Jahre 1968) warnt Johannes Paul II. vor einer Überbetonung der Vernunft.
- <sup>165</sup> Übertragung von Darwins Theorie des „Überlebens des Tüchtigsten“ („survival of the fittest“) von der Natur auf die Gesellschaft; danach sind die Erfolgreichsten die Tüchtigsten; diese Vorstellung wird auch zur Unterscheidung zwischen Nationen und Rassen missbraucht.
- <sup>166</sup> eingeleitet von Franklin D. Roosevelt, 1933
- <sup>167</sup> So das Werk des wohl prominentesten Kritikers de New Deal, Friedrich A. Hayek (The Road to Serfdom, 1944)
- <sup>168</sup> Vgl. dazu Lampert/Althammer, Lehrbuch der Sozialpolitik, 6. Aufl., 2001, S. 455 mit zahlreichen weiteren Nachweisen.
- <sup>169</sup> Dann Lampert/Althammer, a. a. O., S. 456 unter Bezugnahme auf Spieker, Legitimationsprobleme des Sozialstaats, 1986.
- <sup>170</sup> vertreten von den neoklassisch orientierten Ökonomen, insb. F. v. Hayek und Robert Nozick
- <sup>171</sup> Vgl. E. Forsthoff, Der Staat der Daseinsvorsorge, 1938.
- <sup>172</sup> Lampert/Althammer, a. a. O., S. 457
- <sup>173</sup> Lampert/Althammer, a. a. O., S. 458 unter Bezugnahme auf Oswald v. Nell-Breuning, Kommerzialiserte Gesellschaft, in: Stimmen der Zeit, Bd. 158, S. 32 ff., 33.
- <sup>174</sup> Vgl. z. B. Lampert/Althammer, a. a. O., S. 458 ff., 460 ff., jeweils m. w. N.
- <sup>175</sup> Vgl. dazu z. B. B. Becker, Öffentliche Verwaltung. Lehrbuch für Wissenschaft und Praxis, 1989, §§ 25, 26.
- <sup>176</sup> Vgl. dazu die Diskussion um die Notwendigkeit einer Regionalisierung der insb. bundesweit operierenden Krankenkassen, z. B. bei Seewald (Hrsg.), Organisationsprobleme der Sozialversicherung, 1992, mit Beiträgen von Glück, Seewald, Hromadka, Kolb, Brodersen, M. Schweitzer, Hansen, Jacobs, Neubaur, Pitschas, Wasem, Rüfner, Ebsen.
- <sup>177</sup> Vgl. §§ 186-193 SGB V.
- <sup>178</sup> §§ 249-251 SGB V
- <sup>179</sup> Dazu Lampert/Althammer, a. a. O., S. 422, 450, 459
- <sup>180</sup> Vgl. zu diesem vor allem in der amerikanischen Organisationslehre diskutierten Prinzip z. B. B. Becker, a. a. O., § 26, 4, S. 445 ff., 446 (zum Thema „Nichtrationales Entscheiden“).
- <sup>181</sup> Nicht selten wird der Tatsache, dass z. B. in der GKV durchaus auch von „Arm und Reich“ (also „von unten nach oben“) umverteilt wird, keine Rechnung getragen.
- <sup>182</sup> Dazu Haverkate/Huster, Europäisches Sozialrecht, 1999, Rdnr. 505
- <sup>183</sup> Dieser „Transfer von Reich und Arm“ wird von Haverkate/Huster als „Simplifizierendes Trugbild“ bezeichnet, a. a. O., Rdnr. 509.
- <sup>184</sup> Vgl. § 10 SGB V.
- <sup>185</sup> Nachweise bei Haverkate/Huster, a. a. O., Rdnr. 517, Fn. 52
- <sup>186</sup> Vgl. im Einzelnen §§ 54-60 (für die Mitglieder der öffentlich-rechtlichen Versicherungsträger) und §§ 110 (für Mitglieder in der privaten Pflegeversicherung) SGB XI.
- <sup>187</sup> Vgl. §§ 65-68 SGB XI.
- <sup>188</sup> Vgl. § 111 SGB XI.

## **Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer Auswirkung auf die Finanzierung – Länderbericht Österreich**

*DDr. Oskar Meggeneder, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse*

### **I. Politische Rahmenbedingungen der Reform der Krankenversicherung**

In Österreich ist die Gesetzliche Krankenversicherung im gesundheitspolitischen Spektrum einer der bedeutendsten, wenn nicht überhaupt der wichtigste Akteur. Auch wenn Gesundheitspolitik auf Grund der Besonderheiten des Gesundheitsmarktes (im Vergleich zu den allgemeinen Güter- und Dienstleistungsmärkten) einen entsprechenden Steuerungs- und Regelungsbedarf hat, ist sie von der allgemeinen Wirtschaftspolitik nicht unabhängig, sondern wird von dieser ganz wesentlich mitbestimmt. Wie in allen übrigen EU-Mitgliedsstaaten wird auch von der österreichischen Politik betont, dass angesichts der Sachzwänge der Internationalisierung und Globalisierung der Handlungsspielraum des Nationalstaates deutlich eingeschränkt sei. Auf der Jagd nach dem Nulldefizit und dem Bemühen, dem Staat ideale Schlankheitsmaße zu verleihen, sind Verteilungsfragen oder gar ein Ausbau der sozialen Sicherheit obsolete Vorstellungen vergangener Tage. Dieser allgemeine Konsens, der mehr oder minder quer durch die politischen Parteien geht, hat erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik und das Gesundheitssystem. Sozialpolitische Reformen haben in Österreich bedeutend weitreichendere Konsequenzen als in anderen Industriestaaten. Während einschneidende Veränderungen in der Sozialpolitik in anderen Ländern zumeist „nur“ soziale Randgruppen treffen, wird in Österreich die gesamte Bevölkerung berührt. Die Umgewichtung der österreichischen Sozialpolitik durch die gegenwärtige Regierung führt zu einer: „... prioritären Ausrichtung des Sozialstaates an individuellen Not- und Bedarfslagen.“<sup>1</sup> Die österreichische Bundesregierung bewegt sich hier im Gleichklang mit der europäischen Sozialpolitik, die durch eine zunehmende Individualisierung von sozialen Rechten gekennzeichnet ist<sup>2</sup>. Der kurzfristige Abbau des Budgetdefizits und die mittelfristige Reduktion der Staatsschulden wird naturgemäß den Gesundheitssektor mit seinem traditionell hohen Finanzierungsanteil durch die öffentliche Hand radikal und nachhaltig treffen. Unter Verweis auf die notwendige Erfüllung der „Maastricht-Kriterien“ werden ökonomische Entscheidungen zum unumgänglichen, beinahe naturgesetzlichen Sachzwang hochstilisiert und der eingeschlagene Sparkurs bedarf nahezu keiner demokratischen Legitimation mehr. Der ohnehin schon seit Jahren zu beobachtende leicht rückläufige Anteil des Staates und der Sozialversicherung an der Finanzierung des Gesundheitssystems<sup>3</sup> wird von der gegenwärtigen Bundesregierung noch einmal kräftig nach unten gedrückt.

## II. Reformmaßnahmen der Bundesregierung

Unter Berufung auf die wirtschaftspolitischen Ziele der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der österreichischen Unternehmen und der Reduktion der Staatsausgaben werden einerseits Beitragserhöhungen zum Tabuthema erklärt und andererseits bislang vom Zentralstaat und den nachgeordneten Gebietskörperschaften erbrachte gesundheitspolitische Leistungen den sozialen Krankenversicherungen zugeschoben. Der Einfallreichtum ist hierbei beachtlich; und zwar sowohl der gegenwärtigen als auch der vorhergehenden Bundesregierung: Der für die Zivildienerschaften entrichtende Beitragssatz wurde halbiert; daraus resultiert ein Einnahmenverlust für die Krankenversicherung: 69 Mio. ATS (5,01 Mio. EUR). Der von den Arbeitgebern zu entrichtende Krankenversicherungsbeitrag für Arbeiter wurde um 0,3 % abgesenkt. Dies bedeutet einen Einnahmefehl zwischen 200 bis 400 Mio. ATS (7,27 bis 14,53 Mio. EUR). Die im Budgetbegleitgesetz vorgesehene Verringerung der Zahlungen der Pensionsversicherung an die Krankenversicherung vermindert deren Einnahmen um 150 Mio. ATS (10,9 Mio. EUR). Die Leistungskürzungen in der Arbeitslosenversicherung schlagen unmittelbar auf die Krankenversicherung durch und mindern das Beitragsaufkommen um 200 Mio. ATS (7,27 Mio. EUR). Bei der von der Regierung zugesagten Pauschalabgeltung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (kein Vorsteuerabzug möglich) wird dem Umstand, dass die Arzneimittel immer teurer werden, nicht Rechnung getragen. Dies verursachte 2001 einen Einnahmefehl von 1,1 Milliarden ATS (79,94 Mio. EUR). Dieser Trend der finanziellen Aushöhlung der sozialen Krankenversicherung ist aber nicht nur der gegenwärtigen Regierung anzulasten, sondern dieser Weg wurde bereits von der Vorgängerregierung eingeleitet. Das 1997 eingeführte so genannte „Lehrlingspaket“ brachte den teilweisen Entfall des Krankenversicherungsbeitrages für Lehrlinge. Dies bedeutet für 2001 eine Minderung der Einnahmen der sozialen Krankenversicherung von 335 Mio. ATS (24,35 Mio. EUR). Die zur finanziellen Entlastung der Krankenversicherungsträger gedachten Maßnahmen, Ambulanzbehandlungsbeitrag und Pflichtbeiträge für nicht pflegende Angehörige (gemäß § 51 d ASVG), bringen bei weitem nicht den prognostizierten Entlastungseffekt. Der sozialen Krankenversicherung, deren Einnahmensteigerung nun schon seit mehreren Jahren unter der Wachstumsrate des BIP liegt, wird nicht nur eine Mittelzufuhr verweigert, sondern ihr werden sogar zusätzliche Finanzierungslasten aufgebürdet. So müssen nunmehr vor allem die Gebietskrankenkassen für den Gebärungsabgang der strukturell benachteiligten Krankenversicherung der Bauern aufkommen, für deren Abgänge (1999: 624 Mio. ATS = 45,35 Mio. EUR) bislang der Bund eingestanden ist. Zur Krankenanstaltenfinanzierung wurde für das Jahr 2001 zusätzlich zur Valorisierung der Pauschalzahlung den Krankenversicherungsträgern ein Zusatzbeitrag von 1 150 Mio. ATS (83,57 Mio. EUR) vorgeschrieben.

**Tabelle 1: Finanzielle Maßnahmen zur Krankenkassenreform**

<b>Einnahmenerhöhende Maßnahmen</b>	<b>Einnahmensenkende Maßnahmen</b>
Beitragspflicht für Mitversicherte und Zusatzpensionen	Pauschalabgeltung Mehrwertsteuer
Einführung Ambulanzbehandlungsbeitrag	Senkung Beitragssatz Arbeiter
	Senkung KV-Beitrag Pensionisten (von der ausschließlich die PV-Träger profitierten)
	Leistungskürzungen Arbeitslosenversicherung
	Halbierung Beitragssatz für Zivildienerschaften
	Entfall der KV-Beiträge für Lehrlinge
<b>Ausgabensenkende Maßnahmen</b>	<b>Ausgabenerhöhende Maßnahmen</b>
Geringere Krankengeldzahlungen	Neuregelung der Zahlung an Privatkrankeanstalten
	Erhöhung des Beitrages zum Ausgleichsfonds der KV-Träger (Nullsummenspiel)
	Einführung Ambulanzbehandlungsbeitrag (Lenkungseffekte)
	Zusatzbeitrag für Krankenanstaltenfinanzierung (Überweisung an den Strukturfonds)

Eine Gesamtschätzung der Reformmaßnahmen der letzten 3 Jahre ergibt folgendes Bild: Eine Aufrechnung der einnahmenerhöhenden und ausgaben senkenden Maßnahmen einerseits gegen die einnahmensenkenden und ausgaben erhöhenden Maßnahmen andererseits zeigt, dass die Maßnahmen in Summe zu einer deutlichen Verschlechterung der Finanzsituation der sozialen Krankenversicherung geführt haben. Ein Großteil der Maßnahmen hat zur finanziellen Entlastung des Zentralstaates auf Kosten der sozialen Krankenversicherung geführt (Pauschalabgeltung Mehrwertsteuer, Senkung KV-Beitrag Pensionisten, Leistungskürzungen Arbeitslosenversicherung, Halbierung Beitragssatz für Zivildienstler, zusätzliche Überweisung für den Strukturfonds<sup>4</sup> zur Krankenanstaltenfinanzierung). Mit der Senkung des Beitragssatzes für Arbeiter und dem Entfall der KV-Beiträge für Lehrlinge wurden zum Nachteil der sozialen Krankenversicherung die Arbeitgeber entlastet. Die Einführung des Ambulanzbehandlungsbeitrages bringt zwar eine Einnahmenerhöhung<sup>5</sup>; für diese kommt allerdings nicht die Solidargemeinschaft auf, sondern sie stellt einen Selbstbehalt dar. Die Neueinführung und Erhöhung von bestehenden Selbsthalten ist ohnehin ein beliebtes Instrument der Regierung, um anderweitigen Möglichkeiten der Zufuhr von Finanzmitteln auszuweichen. Im Klartext heißt dies Folgendes: Hätten sowohl die amtierende als auch die vorhergehende Bundesregierung keine einzige ihrer gesundheitspolitischen Maßnahmen gesetzt, so würden von den 12 sich im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger befindlichen GKVen nur 3 rote Zahlen schreiben. Heute ist es in etwa umgekehrt; nur 2 schreiben schwarze Zahlen.

Angesichts der wechselvollen, ja geradezu chaotischen Diskussion bezüglich der Reform des Gesundheitswesens und der mit einem unglaublichen Dilettantismus angegangenen Reformmaßnahmen ist es schwer abzuschätzen, in welche Richtung letztendlich die Weichen gestellt werden. Im Prinzip lassen sich aus den unübersichtlichen, zum Teil widersprüchlichen Reformvorschlägen der Bundesregierung 3 Ansätze ableiten:

- Die Einführung des freien Wettbewerbs im Bereich der sozialen Krankenversicherung (dieser Ansatz ist zur Zeit aus der Diskussion verschwunden, da sich eine vom zuständigen Bundesminister eingesetzte Expertengruppe dagegen ausgesprochen hat);
- Beibehaltung des Systems der Pflichtversicherung; es erfolgt jedoch eine Umverteilung der Finanzierungslasten von den Beitragszahlern hin zu den Leistungsnachfragern (den Patienten und Patientinnen). In den letzten Jahren ist der Anteil der privat finanzierten Ausgaben im Gesundheitswesen überproportional gewachsen und zwar bei gleichzeitiger Rückläufigkeit der durch private Zusatzversicherungen finanzierten Gesundheitsausgaben<sup>6</sup>.
- Lähmung der Selbstverwaltung, die de facto zu ihrer Ausschaltung führt und Einführung eines quasi-staatlichen Gesundheitssystems.

Die z. T. eingeschränkten und z. T. in ihren Auswirkungen problematischen Handlungsoptionen der sozialen Krankenversicherung mögen die Regierungsparteien – neben gesellschaftspolitischen Grundhaltungen – veranlasst haben, wenn schon nicht alles, so doch vieles auf die Karte des Strukturausgleichs zu setzen, da sie davon ausgehen, damit das Finanzdebakel der sozialen Krankenversicherung hinausschieben zu können.

### III. Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

Die Finanzkraft der einzelnen Versicherungszweige und der Versicherungsträger innerhalb eines Versicherungszweiges weist erhebliche Unterschiede auf. Diese sind sowohl einnahmen- als auch ausgabenseitig begründet. Die divergente Finanzkraft hat ihre Ursachen in der ungleichen wirtschaftlichen Dynamik in den einzelnen Bundesländern, der demographischen Struktur in den Bundesländern oder den einzelnen Versicherungsträgern sowie in den Strukturveränderungen innerhalb der Berufsgruppen, wie beispielsweise die wachsende Zahl von Angestellten und die Verminderung der Anzahl der Arbeiter und Bauern. Um diese finanziellen Differenzen auszugleichen, die zwischen den Versicherungsträgern und Versicherungszweigen bestehen, gibt es innerhalb der österreichischen Sozialversicherung im Rahmen des Finanzausgleichs eine Reihe von entsprechenden Instrumenten, die in der nachfolgenden Tabelle aufgelistet sind.

Grund	Teilnehmer	Ausgleichsinstrument
Strukturausgleich in der Krankenversicherung	Alle Gebietskrankenkassen VA des österr. Bergbaues SVA der gewerblichen Wirtschaft SVA der Bauern	Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger (§ 447 a-e ASVG)
Spitalsfinanzierung	Alle Sozialversicherungsträger (Ausnahme: VA des österreichischen Notariates)	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f ASVG)
Erhöhung der Eigenfinanzierung der Pensionsversicherung	Alle Pensionsversicherungsträger (Ausnahme: VA des österreichischen Notariates)	Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger (§ 447 g ASVG)
Ersatzansprüche	ASVG – Krankenversicherungsträger und AUVA (Ausnahme: BKK Verkehrsbetriebe, VA der österreichischen Eisenbahnen)	Besonderer Pauschbetrag (§§ 315-319 a ASVG)
Überweisung an die Landesfonds (§ 447 f ASVG)	Alle Krankenversicherungsträger	Belastungsausgleich (§ 322 a ASVG)



Im Rahmen dieses Beitrages ist der Strukturausgleich (Finanzausgleich) zwischen den Krankenversicherungsträgern von Interesse. Mit Wirkung vom 1. 1. 1961 wurde beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger der Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger errichtet. Die Aufgabe dieses Ausgleichsfonds ist es, für eine ausgeglichene Gebarung und ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues (VadÖB), der Sozialversicherungsanstalt der Gewerblichen Wirtschaft (SVGW) und der am 1. 1. 2001 in den Ausgleichsfonds hereingenommenen Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) – soweit die 3 letztgenannten als Träger der Krankenversicherung tätig sind – zu gewährleisten (§ 447 a Z 1 ASVG). Die Mittel für den Fonds werden durch die Beiträge der im Fonds vertretenen Krankenversicherungsträger aufgebracht. Diese Beiträge beziffern sich seit 1. 1. 2001 mit 2 % ihrer Beitragseinnahmen (vorher 1,4 %). Darüber hinaus hat der Fonds noch sonstige Einnahmen in Form von Zinserträgen. Bei der VadÖB, der SVGW und der SVB werden zur Beitragsberechnung die Beitragseinnahmen aus dem Geschäftsbereich der Krankenversicherung herangezogen. Dieser Fondsbeitrag ist von der Summe der für das vorhergehende Kalenderjahr fällig gewordenen Beitragseinnahmen zu ermitteln und in 2 gleichen Teilbeträgen, jeweils am 1. 4. und 1. 10. an den Hauptverband zu überweisen. Von den Jahreseinnahmen sind 10 % zur Bildung einer Rücklage zu verwenden, die nur zur Deckung eines außerordentlichen Aufwandes in Folge unvorhergesehener Ereignisse (z. B. Epidemien, Naturkatastrophen) herangezogen werden darf. Diese Rücklage wird im sozialversicherungsinternen Gebrauch als „Katastrophenfonds“ bezeichnet. Erreicht diese Rücklage die Höhe von 1 % der Summe der Beitragseinnahmen der am Fonds beteiligten Sozialversicherungsträger, so ist diese nicht weiter zu erhöhen. Die Rücklage ist zinsbringend in mündelsicheren inländischen Wertpapieren oder in Einlagen bei Kreditunternehmen, die eine ausreichende Sicherheit bieten (gemäß § 446 Abs. 1 Z 4 ASVG) anzulegen.

Zur Deckung einer erhöhten Belastung einer Gebietskrankenkasse, die zum Betrieb einer Krankenanstalt (gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 des KAG) verpflichtet ist<sup>7</sup>, ist eine besondere Rücklage zu bilden. Dieser besonderen Rücklage werden zugeführt:

- die Vermögenserträge eines Geschäftsjahres des Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447 f ASVG);
- 10 % der Jahreseinnahmen des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger;
- ein Betrag von ursprünglich (1994) jährlich ATS 200 Mio. (für 2001: 17,8 Mio. EUR), welcher durch Überweisungen aller dem Hauptverband angehörenden Krankenversicherungsträger nach dem selben Schlüssel aufgebracht wird, der für die Verteilung im später noch zu erläuternden „Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung“ festgesetzt ist (§ 447 f Abs. 3 Z 2 ASVG). Dazu kommt noch (erstmalig für das Geschäftsjahr 2001) ein Betrag von jährlich 100 Mio. ATS (7,27 Mio. Euro) aus dem „Katastrophenfonds“.

Aus dem Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger werden Zuschüsse, Zuwendungen, Zweckzuschüsse und Darlehen gewährt.

## 1. Zuschüsse (§ 447 b ASVG)

Auf einen Zuschuss hat ein dem Ausgleichsfonds angehörender Krankenversicherungsträger einen Rechtsanspruch, wenn seine durchschnittliche Beitragseinnahme je Pflichtversicherten die Ausgleichsgrenze nicht erreicht. Als Ausgleichsgrenze gilt der Durchschnitt aller Beitragseinnahmen je Pflichtversicherten bei allen beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern. Mittels des Zuschusses soll die Liquidität des betreffenden Krankenversicherungsträgers verbessert werden. Insgesamt stehen für die Gewährung von Zuschüssen 20 % der frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds zur Verfügung. Den Gebietskrankenkassen, die zum Betrieb einer Krankenanstalt verpflichtet sind, gebührt ein Zuschuss, um die daraus erwachsende erhöhte Belastung ganz oder teilweise abzudecken. Dieser Zuschuss wird aus den Mitteln der oben erwähnten „besonderen Rücklage“ gewährt.

## 2. Zuwendungen (§ 447 c ASVG)

Aus dem Ausgleichsfonds können Zuwendungen an die beitragspflichtigen Krankenversicherungsträger unter Bedachtnahme auf ihre Vermögenslage aus folgenden Gründen gewährt werden:

- um einen außergewöhnlichen Aufwand in Folge unvorhergesehener Ereignisse (z. B. Epidemien, Naturkatastrophen) ganz oder teilweise abzudecken;
- um eine unterschiedliche Belastung aus der Gewährung von Sachleistungen sowie aus dem Betrieb eigener Gesundheitseinrichtungen ganz oder teilweise auszugleichen;
- um eine ungünstige wirtschaftliche Situation eines Krankenversicherungsträgers ganz oder teilweise abzudecken;
- die Gewährung von Zuwendungen ist jedoch ausgeschlossen, wenn die wirtschaftliche Situation durch eigenes Verschulden (z. B. Managementfehler) herbeigeführt wurde oder durch diese vorwiegend verursacht wurde. Die Gewährung von Zuwendungen ist auch dann ausgeschlossen, wenn die Vermögenslage des Krankenversicherungsträgers so günstig ist, dass seine finanzielle Leistungsfähigkeit auch ohne Zuwendungen gesichert ist;
- um einen Beitrag zur Erwerbung, Errichtung oder Erweiterung von Einrichtungen zur Früherkennung von Krankheiten, zur Krankheitsverhütung, zur Krankenbehandlung, Zahnbehandlung, Anstaltspflege und Durchführung von Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit zu leisten. Dies allerdings nur dann, wenn diese Einrichtungen zur Erfüllung der Aufgaben des Krankenversicherungsträgers erforderlich sind.

### 3. Zweckzuschüsse (§ 447 e ASVG)

Um die Errichtung oder Erweiterung von eigenen Gesundheitseinrichtungen zu erleichtern, sind aus dem Ausgleichsfonds Zweckzuschüsse zu leisten. Der Zweckzuschuss ist in der Höhe von 25 % des notwendigen Aufwandes für die Errichtung oder Erweiterung einer solchen Einrichtung zu gewähren. Bei Leistung von Zweckzuschüssen können Zuwendungen zusätzlich gewährt werden. Für die Zweckzuschüsse werden maximal 60 % der frei verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds zur Verfügung gestellt. Wird diese Grenze überschritten, so sind die Zweckzuschüsse innerhalb des genannten Höchstmaßes anteilmäßig zu kürzen.

### 4. Darlehen (§ 447 d ASVG)

Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds können den beitragspflichtigen Krankenversicherungsträgern auch Darlehen gewährt werden. Die kurzfristigen Darlehen dienen auch der (teilweisen) Behebung einer vorübergehend ungünstigen Wirtschaftslage (Liquiditätsprobleme) des Krankenversicherungsträgers.

### IV. Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung verfolgt weniger den Zweck eines Ausgleichs der Unterschiede in der Finanzkraft der Krankenversicherungsträger, sondern wurde eingerichtet, um die schwer zu steuernden Ausgabenzuwächse für Krankenanstalten in den Griff zu bekommen. Er ist nur insofern ein Ausgleichsfonds, als mit seiner Hilfe die unübersichtlichen Finanzströme im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung (im Sinne der Leistungsanspruchnahme durch Patienten) verursachergerecht den Krankenversicherungsträgern zugeordnet werden sollen. Aus diesem Grunde wird der Ausgleichsfonds, der für die Krankenanstaltenfinanzierung eine sehr wechselvolle Geschichte in seinem mehr als 20-jährigem Bestehen aufweist, nur in seinen Grundzüge dargestellt.

Im Jahre 1978 wurde der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds errichtet. Gegenüber den Vorjahren kam es zu einer wesentlichen Änderung: Die bis zum 31. 12. 1977 alljährliche Erhöhung der von den Krankenversicherungsträgern zu entrichtenden Pflegegebührensätze pro Patient und Tag wurde der Regelung durch privatrechtliche Verträge entzogen und an die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger gekoppelt. Der jeweilige Pflegegebührensatz erhöhte sich mit jedem 1. 1. um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen aller 24 Krankenversicherungsträger im Durchschnitt anstiegen. Diese Bindung der Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger an die Zunahme ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit sollte die Krankenversicherungsträger vor einer darüber hinausgehenden Inanspruchnahme schützen und war als bedeutender Stabilisierungsfaktor anzusehen.

Zwischen 1978 und 1996 wurden zwischen dem Bund und den Bundesländern jeweils zeitlich begrenzte Vereinbarungen über die Krankenanstaltenfinanzierung abgeschlossen. Im ASVG wurden diese Regelungen im § 447 f, das sind die Bestimmungen über den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung, umgesetzt. Mit jeder Verlängerung der Vereinbarung kam es zu zusätzlichen finanziellen Belastungen der Krankenversicherungsträger.

Beim Hauptverband ist seit Errichtung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds im Jahre 1978 ein Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung eingerichtet. Der Fonds hatte von 1978 bis 1996 die Überweisung der Mittel der Krankenversicherungsträger an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds durchzuführen. Ab 1997 hat der Fonds die Überweisungen der Mittel der Sozialversicherungsträger an die bei den Ländern eingerichteten Landesfonds durchzuführen und die Aufbringung der dazu benötigten Mittel zu gewährleisten. Das Vermögen dieses Fonds ist getrennt vom sonstigen Vermögen des Hauptverbandes zu verwalten.

### 1. Mittel des Fonds

Die Mittel des Ausgleichsfonds für die Kalenderjahre 2001 bis 2004 werden durch Überweisungen aller Sozialversicherungsträger (Ausnahme: Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats) aufgebracht:

- Für 2002 ist an den Landesfonds ein vorläufiger Pauschalbetrag von 3,08 Mrd. EUR zu leisten. Dieser Betrag wird ab 1998 jährlich aufgewertet. Die Aufteilung des Betrages unter den Sozialversicherungsträgern hat sich an der Inanspruchnahme der Leistungen (Basis 1994) und an den Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger zu orientieren. Dem Betrag von 3,08 Mrd. EUR liegen 2 Teilbeträge zugrunde:
  - Teilbetrag 1 setzt sich aus den ehemaligen Zahlungen der Träger der Sozialversicherung für Pflegegebührensätze, für die Jahresausgleichszahlung und für Ambulanzgebühren zusammen.
  - Teilbetrag 2 besteht aus den Beiträgen, welche die Träger der Sozialversicherung an den Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds zu leisten hatten.
- Seit 2001 zusätzlich: Überweisung von 83,6 Mio. EUR an den beim Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen errichteten Strukturfonds.

Die endgültige Abrechnung des Pauschalbetrages hat bis zum 31. 10. des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.

### 2. Verwendung der Mittel des Fonds

Der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung überweist an die 9 Länder (Landesfonds):

- 70 % des Pauschalbeitrages in 12 gleich hohen Monatsraten jeweils am 20. eines Monats;
- 30 % des Pauschalbetrages in 4 gleich hohen Quartalsbeträgen jeweils am 20. 4., 20. 7., 20. 10. und 20. 1. des Folgejahres;
- die Mittel des oben angeführten Strukturfonds in 4 Teilbeträgen am 25. 3., 25. 6., 25. 9. und 25. 12.

Mit der Zahlung des Pauschalbetrages für die Kalenderjahre 2001 bis 2004 an die bei den Bundesländern eingerichteten Landesfonds sind alle Leistungen der Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und ambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung zur Gänze abgegolten.

Ausgenommen davon sind Leistungen im Rahmen der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen und im Einvernehmen zwischen den Sozialversicherungsträgern und den betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (gilt nur in Wien für Zahnambulanz, Behandlung wachstumsgestörter Kinder und in Vorarlberg für Mammografie). Die im § 27 Abs. 2 KAG ausgenommenen Leistungen (Transporte in und aus der Krankenanstalt, orthopädische Hilfsmittel, Zahnersatz und Bestattungskosten) sind ebenfalls nicht mit dem Pauschalbetrag abgegolten.

### V. Reform des Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger

Eine beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Expertengruppe hat in einem rund einjährigen Diskussionsprozess Ende November 2001 ein Reformpapier vorgelegt, dessen Grundzüge im Folgenden dargestellt werden.

#### 1. Grundvoraussetzung und Ziel des Ausgleichsfonds

Die Experten gehen davon aus, dass ohne direkte Mittelzuführung, wie beispielsweise Beitragserhöhungen, einzelne Krankenversicherungsträger spätestens 2003 mangels Kreditgewährung durch die Banken ihren Leistungsverpflichtungen nicht nachkommen können. Da seitens der Regierung eine Beitragserhöhung oder sonstige Mittelzufuhr an die Krankenversicherungsträger ausgeschlossen wird, sind finanzschwache Krankenversicherungsträger im zunehmenden Maße auf Leistungen aus dem Ausgleichsfonds angewiesen. Gemäß Artikel 10 B-VG ist die Sozialversicherung Bundessache. Eine Bundeshaftung würde den Krankenversicherungsträgern eine nahezu unbeschränkte und zinsgünstige Darlehensgewährung durch die Kreditinstitute sichern. Dementsprechend müsste daher für die unmittelbare Zukunft der Bund seine Solidarität bekunden und die de facto bestehende Haftung des Bundes auch für die Krankenversicherung in den Sozialversicherungsgesetzen festschreiben. Sollte jedoch ein wirkungsvoller Finanzausgleich ausschließlich über den Ausgleichsfonds gewährleistet werden, muss nach Meinung der Experten der Ausgleichsfonds entsprechend höher dotiert werden. Ohne eine Zuführung zusätzlicher Finanzmittel kann der Fonds seine Ausgleichsfunktion nicht wahrnehmen. Als eine möglich Einnahmenquelle nennen die Experten zweckgebundene Steuern, wie die Alkohol- und Tabaksteuer, Verkehrsabgaben und eine Wertschöpfungsabgabe der Unternehmen. Ausdrücklich ist hier festzuhalten, dass mit Ausnahme einer zarten Andeutung in Richtung Tabaksteuer entsprechende Signale der Regierung in diese Richtung gänzlich fehlen. Darüber hinaus wird die Einbeziehung aller Krankenversicherungsträger und insbesondere auch der Krankenfürsorgeanstalten in den Ausgleichsfonds gefordert. Auch den Experten war klar, dass die genannten Vorschläge kaum die Chance einer politischen Realisierung haben. Sie gehen daher davon aus, dass der neue Ausgleichsmechanismus auf Basis der bisherigen Geldmenge (Beitragssatz von 2 % der Einnahmen aus dem Geschäftsbereich Krankenversicherung) und mit den bisherigen Mitgliedern erfolgt. Man hört aber bereits, dass der Beitragssatz auf 4 % verdoppelt werden soll.

## 2. Struktur des neuen Ausgleichsfonds

Für den „Ausgleichsfonds Neu“ sollen 2 Töpfe geschaffen werden. Das Berechnungssystem soll möglichst einfach und rechnerisch nachvollziehbar gehalten werden.

### a) Topf 1: Strukturausgleich

Topf 1 soll als objektive Kriterien alle jene Strukturparameter beinhalten, die von den einzelnen Krankenversicherungsträgern kurz- bis mittelfristig nicht beeinflussbar sind. Der Strukturtopf soll als Rechengröße veranschaulichen, wie die Struktur ist und den theoretischen Ausgleichsbedarf auf Grund der gegebenen Strukturunterschiede feststellen. Die Experten schlagen folgende Strukturparameter vor:

- Beitragskopfquote;
- Aufwand für Angehörige;
- Krankenanstaltenfinanzierung;
- Pensionistenquote als ergänzender Strukturparameter.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Beitragskopfquote und die Pensionistenquote einander zu einem gewissen Ausmaß überschneiden, da ein hoher Anteil von Pensionisten (geringere Beitragsgrundlage) die Beitragskopfquote mehr oder minder direkt beeinflusst. Die Experten gestehen daher zu, dass sie zum gegebenen Zeitpunkt nicht in der Lage sind, zu ihrem Vorschlag ein entsprechendes Berechnungsmodell zu machen.

Der Strukturausgleich (Topf 1) soll die bisherigen Zuschüsse ablösen. Auf die Leistungen aus dem Titel Strukturausgleich soll ein Rechtsanspruch bestehen. Für den Topf 1 steht ein bestimmter, noch zu vereinbarenden Prozentsatz der jährlichen Einnahmen des Fonds zur Verfügung. Der Vorschlag lautet auf einen Beginn des Strukturausgleichs mit 20 % der Einnahmen des Fonds. Dieser Prozentsatz soll jährlich von der Geschäftsführung des Hauptverbandes im Einvernehmen mit dem Verwaltungsrat neu festgelegt werden. Längerfristiges Ziel soll sein, dass der Finanzausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern in einem zunehmenden Maße über den Strukturausgleich (Topf 1) erfolgt.

### b) Topf 2: Zielerreichungstopf

Über den Zielerreichungstopf sollte im Folgejahr nach Maßgabe der vorhandenen Mittel die negative allgemeine Rücklage eines am Ausgleichsfonds beteiligten Krankenversicherungsträgers aufgefüllt werden. Wenn alle am Fonds beteiligten Krankenversicherungsträger keine negative allgemeine Rücklage<sup>8</sup> mehr haben, dann sollten eventuell noch vorhandene Mittel zur aliquoten Auffüllung der untergedeckten Leistungssicherungsrücklage<sup>9</sup> bis zu einem Ausmaß von 50 % des Sollbetrages herangezogen werden. Rechtsgrundlage für die Zielvereinbarungen ist § 32 a ASVG. Demnach hat der Verwaltungsrat des Hauptverbandes zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Versicherungsträger Zielvereinbarungen zu treffen. Die Durchführung dieser Aufgabe liegt bei einer Controllinggruppe, die aus Vertretern des Hauptverbandes, des Bundesministeriums für Soziale Sicherheit und Generationen und des Bundesministeriums für Finanzen gebildet wird (§ 32 b Abs. 2 ASVG). Auf Grund des Reformvorschlages soll im Vorfeld für Leistungen aus dem Ausgleichsfonds eine individuelle Zielvereinbarung mit Zielbindung zwischen den

zuständigen Gremien und dem Mittelempfänger aus dem Zielerreichungstopf abgeschlossen werden. Grundlage für diese Zielvereinbarungen sind die gemäß § 31 Abs. 3 Z 13 und 14 ASVG zu ermittelnden Kennzahlen<sup>10</sup>. Alle Mittelempfänger aus dem Zielerreichungstopf sollten ein Ziel bekommen, dass sich letztlich auf diese Kennzahlen auswirkt.

### c) Berechnung der Strukturparameter

#### aa) Beitragskopfquote

Die Ausgleichsmasse auf Grund der Beitragskopfquote wird wie folgt berechnet:

- Beiträge gesamt laut Erfolgsrechnung/Versichertenstand gesamt  
= Kopfquote der Beiträge in Euro
- Der Durchschnitt bildet die Ausgleichsgrenze
- Differenz zur Ausgleichsgrenze in Euro x Zahl der Versicherten  
= theoretische Ausgleichsmasse in Euro

#### bb) Angehörige

Die Ausgleichsmasse auf Grund der Belastung durch beitragsfrei mitversicherte Angehörige wird wie folgt berechnet<sup>11</sup>:

- Leistungsaufwand KV gesamt
- Leistungsaufwand KV Angehörige
- Anteil Aufwand der Angehörigen in Prozent
- Differenz zum Gesamtdurchschnitt
- Gesamtleistungsaufwand x Differenzprozentsatz  
= theoretische Ausgleichsmasse in Euro

#### cc) Krankenanstaltenfinanzierung

Der Aufwand der Krankenversicherungsträger für Anstaltspflege beruht auf der 1994 durchgeführten Aufwandserhebung. Dieser seinerzeit festgeschriebene Schlüssel wird jährlich um die Entwicklung der Beitragseinnahmen aufgewertet. Die Aufwandsentwicklung ist daher für den einzelnen Krankenversicherungsträger seit 1996 bis einschließlich 2004 nicht beeinflussbar<sup>12</sup>. Seitens der Expertengruppe wird für die Ermittlung der Ausgleichsmasse auf Grund des festgeschriebenen Schlüssels für die Krankenanstaltenfinanzierung folgende Berechnung vorgeschlagen:

- Aufwand laut Position 3 b<sup>13</sup> der Erfolgsrechnung/ Versichertenstand  
= Kopfquote für die Anstaltspflege
- Der Durchschnitt bildet die Ausgleichsgrenze
- Differenz zur Ausgleichsgrenze in Euro x Zahl der Versicherten  
= theoretische Ausgleichsmasse in Euro

### dd) Pensionisten

Wie bereits weiter oben ausgeführt, fließt der Pensionistenanteil in die Beitragskopfquote ein. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Pensionisten im Durchschnitt nicht nur eine geringere Beitragsgrundlage aufweisen, sondern auch pro Kopf einen deutlich höheren Aufwand als die Erwerbstätigen verursachen. Beim Leistungsaufwand für Pensionisten handelt es sich um keine Finanzstrukturzahl, sondern um den einzigen Risikostrukturparameter des Ausgleichsfonds. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber bei den Pensionisten für die einzelnen Krankenversicherungsträger unterschiedliche Beitragssätze vorsieht (zwischen 7 und 18 %). Die Expertengruppe ist zwar grundsätzlich der Meinung, dass der Pensionistenanteil als ergänzender Strukturparameter für den Finanzausgleich berücksichtigt werden müsste; bislang wurde aber noch kein objektiver und allgemein akzeptierter Berechnungsmodus gefunden. Daher soll nach Meinung der Experten die (demografische) Belastung durch Pensionisten vorerst in die Berechnung noch nicht aufgenommen werden. Sobald eine versichertenbezogene Zuordnung der Leistung möglich ist und somit auch die Aufwendungen für die Gruppe der Pensionisten exakt erfassbar ist, soll der Strukturparameter Pensionisten in die Berechnungen des Finanzausgleichs aufgenommen werden.

### 3. Kritik

#### a) Zur Einbeziehung von Nicht-ASVG-Krankenversicherungsträgern in den Ausgleichsfonds

Der VfGH hatte sich in den vergangenen Jahren einige Male mit Fragen des finanziellen Ausgleichs zwischen den Trägern der Krankenversicherung zu beschäftigen<sup>14</sup>. So hat beispielsweise der VfGH im Jahr 1985 in einem Erkenntnis<sup>15</sup> entschieden, dass eine Einbeziehung der Beamtenversicherung in den Solidarausgleich – in diesem Fall war der Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger betroffen – verfassungswidrig ist. Als verfassungswidrig (gleichheitswidrig) aufgehoben wurden gesetzliche Bestimmungen aus den Jahren 1981 und 1983, mit denen die BVA verpflichtet wurde, an den Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger aus den Mitteln der von der BVA durchgeführten Krankenversicherung Beträge von insgesamt 623 Mio. ATS zu zahlen. Festgestellt wurde, dass ein alle Sozialversicherungen umfassendes Solidaritätsprinzip nicht besteht. Ein persönlicher oder sachlicher Zusammenhang zwischen der Sozialversicherung nach dem B-KUVG und der Pensionsversicherung (nach dem ASVG) besteht nicht. Insbesondere fehlt der Zusammenhang zwischen den Beiträgen der Angehörigen der einen Versicherungsgemeinschaft und dem Leistungsanspruch der Angehörigen der anderen Versicherungsgemeinschaft. Die Versicherungsgemeinschaft der Sozialversicherung reicht nur soweit, als einer Beitragsverpflichtung im Prinzip ein Leistungsanspruch gegenübersteht. Da zwischen der BVA und dem Ausgleichsfonds der Pensionsversicherungsträger nach § 447 g ASVG kein entsprechender Zusammenhang besteht, ist die gesetzliche Anordnung der Überweisung von Geldbeträgen gleichheitswidrig.

Gleiches gilt aus meiner Sicht auch für die Einbeziehung der SVGW und seit 2000 auch der SVB in den Ausgleichsfonds der KV-Träger, da hier eine Solidargemeinschaft konstruiert wird, die über die Versichertengemeinschaft hinausgeht. Insbesondere der Fall der SVB ist es wert, extemporiert zu werden. Hat Deutschland mit der Vereinigung beider Länder den „Arbeiter- und Bauernstaat“ überwunden, so

ist Österreich auf dem besten Wege, zu einem „Bauernstaat“ zu denaturieren. Obwohl in Österreich auf Grund seiner Topographie, die Landwirtschaft – mit der Ausnahme ganz weniger Regionen – völlig unökonomisch ist, erhält dieses „Wirtschaftssektörchen“, das gerade einmal 1,5 % des Bruttosozialprodukts erwirtschaftet, rund 53 % der gesamten Staatssubventionen. Wenn sich aber die Gesellschaft schon den Luxus leistet, den Bauernstand künstlich am Leben zu erhalten, dann soll die Gesamtgesellschaft auch für die Kosten aufkommen. In diesem Sinne war es ja auch völlig korrekt, dass bis zum 31. 12. 2000 der Abgang der SVB aus Budgetmitteln des Zentralstaates abgedeckt wurde.

Es ist davon auszugehen, dass eine Klage gegen den bereits derzeit existierenden Ausgleichsfonds der KV-Träger beim VfGH gute Erfolgsaussichten hätte. Gegen eine Einbeziehung der Krankenfürsorgen, wie von den Experten vorgeschlagen, spricht darüber hinaus, dass diese streng genommen gar nicht unter den Begriff der „Sozialversicherung“ zu subsumieren sind. Es handelt sich dabei vielmehr um Fürsorgeeinrichtungen des Dienstgebers arbeits- oder dienstrechtlichen Ursprungs; da solche Einrichtungen bereits vor Inkrafttreten des Kompetenzartikels (Artikel 10 B-VG) im Jahr 1925 bestanden haben, wird es nach herrschender Lehre als zulässig angesehen, dass die Länder die Versorgung ihrer Mitarbeiter über die Krankenfürsorgen mit Landesgesetz regeln, obwohl die „Sozialversicherung“ gemäß Artikel 10 B-VG in Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache ist. Eine Einbeziehung der Krankenfürsorgen in den Solidarausgleich im Wege eines Bundesgesetzes wäre daher auf jeden Fall verfassungswidrig.

#### b) Zur Erhöhung der Beitragsmittel für den Ausgleichsfonds

Die Gedanken, die gegen eine Berufsgruppen übergreifende Solidargemeinschaft sprechen, gelten natürlich in noch stärkerem Maß gegen noch höhere Ausgleichsbeiträge. Grundsätzlich steht es dem Gesetzgeber zu, den Beitrag zum Solidarausgleich autonom festzusetzen; Grenzen ergeben sich hier aus dem allgemeinen Sachlichkeitsgebot und aus dem Prinzip der finanziellen Selbstständigkeit als zentralem Bestandteil der Selbstverwaltung. Es ist auch festzuhalten, dass der 1961 errichtete Krankenkassenausgleichsfonds die strukturellen Einkommensunterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen, der VAdÖB und der SVA der Gewerblichen Wirtschaft<sup>16</sup> ausgleichen sollte. Die Unterstützung negativ gebarender Krankenversicherungsträger sollte hingegen aus der Zweckwidmung von Mitteln der Tabaksteuer erfolgen<sup>17</sup>. Ausgleichszahlungen müssten also, um sachlich gerechtfertigt zu sein, in einem nachvollziehbaren mathematischen Verhältnis zu den strukturellen Unterschieden zwischen den Trägern stehen, was ebenfalls eine Grenze für den Gesetzgeber darstellt. Dass plötzlich begonnen wird, am Ausgleichsfonds herumzudoktern, ist auf die Absicht der Bundesregierung zurückzuführen, auch bei den Krankenkassen ein „Nulldefizit“ zu erreichen. Eine Erhöhung der Beitragssätze trägt aber nicht einen einzigen Cent zu diesem Ziel bei, weil diese nur dazu führt, dass die Verteilungsmasse innerhalb der KV-Träger größer wird, das Defizit in Summe aber gleich bleibt. Es handelt sich sozusagen um eine Umverteilung des Mangels.

Der Effekt ist lediglich, dass finanziell sehr marode Kassen nicht mehr ganz so schlecht dastehen und Kassen mit einer positiven Rücklage plötzlich auch marode werden.

### c) Zu den angeführten Strukturparametern

Wie bereits oben dargestellt, gibt es keine Solidargemeinschaft zwischen den Versicherten nach dem ASVG, GSVG, BSVG und B-KUVG. Diese Tatsache spiegelt sich auch in den – nach berufsständischen Prinzipien vollkommen unterschiedlich ausgeprägten – Beitrags- und Leistungsrechten wider. Diese Problematik des Überbaus wirkt sich natürlich auch bei den Ausgleichsparametern aus: Es wird kaum möglich sein, einen sachlich gerechtfertigten Ausgleich zwischen so verschiedenen Versichertengruppen und Trägern herzustellen. Während also etwa berufsgruppenunspezifische Faktoren wie die demografischen Werte „Pensionistenanteil“ und „Angehörigenquote“ noch relativ einfach ausgeglichen werden können, erscheint es praktisch unmöglich, Faktoren wie Beitragssätze<sup>18</sup>, Mitversicherungsregeln und die unterschiedlichen leistungsrechtlichen Modelle unter einen Hut zu bringen. Besteht etwa bei den Gebietskrankenkassen eine praktisch deckende Finanzierung der Leistungsausgaben durch Versicherten-Beiträge (im weiteren Sinn), kann die SVB nur einen Bruchteil ihrer Ausgaben in der KV aus Beiträgen der Versicherten decken. Das Finanzierungssystem der KV stellt hier also de facto eine Übernahme von Sozialleistungen dar, die eigentlich der Staat aus allgemeinen Steuermitteln zu erbringen hätte. Ein Ausgleich zwischen diesen beiden Systemen wird also immer zu einer Ungleichbehandlung der beiden Gruppen führen.

### d) Zum Zielerreichungstopf

Die Verknüpfung von Zielvereinbarungen mit der Gewährung von Finanzmitteln aus dem Ausgleichsfonds wirft schwerwiegende Fragen der Selbstverwaltung auf.

Zum einen ist festzustellen, dass die GKV zwar ein bedeutender Teil im Gesundheitssystem ist, zum anderen aber nur einen geringen Einfluss auf die Entwicklung des Gesundheitssektors nehmen kann. Die Erreichung oder Nichterreichung von Zielen wird demnach ganz entscheidend von externen Faktoren abhängen, wie etwa Eingriffen des Gesetzgebers, wirtschaftlichen Entwicklungen, demografischen Trends, dem Verhalten anderer Player am Gesundheitsmarkt usw. Es wird daher kaum möglich sein, einen sachlich nachvollziehbaren Zusammenhang zwischen Zielerreichung und erfolgreichem Management der Selbstverwaltung herzustellen, sobald ein der Vereinbarung zugrunde liegender Parameter sich ändert. Fragen der Selbstverwaltung der Träger sind ebenfalls massiv angesprochen. Gänzlich zu verwerfen ist der entsprechende Vorschlag der Expertengruppe. Eine Zielvereinbarung – insbesondere wenn sie mit massiven finanziellen Auswirkungen versehen ist – beruht auf übereinstimmenden Willenserklärungen der vertragsschließenden Parteien. Eine bindende Zielvereinbarung, die nur von einem Gremium der am Ausgleichsfonds beteiligten Träger beschlossen wird, kann höchstens einstimmig, also nur mit Zustimmung des betroffenen Trägers, erfolgen. Die Zustimmung muss in einem solchen Fall aber jedenfalls durch den Willen der zuständigen Selbstverwaltungskörper des betroffenen Trägers gedeckt sein.

Weder der Hauptverband noch der Ausgleichsfonds sind den SV-Trägern übergeordnete Instanzen, die auf hoheitlichem Weg die Träger zu bestimmten Schritten verpflichten können. Eine bindende Wirkung von Vereinbarungen kann daher nur auf einer tatsächlichen Zustimmung des betroffenen Trägers beruhen.

Die Zustimmung des Trägers wirft wiederum die Frage der Kompetenz der Selbstverwaltungsorgane auf. Grundsätzlich dürfte die Zustimmung zu Zielvereinbarungen im Sinne des Monitoring und Controlling in die Generalkompetenz des Vorstandes fallen (§ 434 ASVG). Ungeklärt ist aber die Frage, ob der Vorstand auf diesem Weg andere Gremien der Selbstverwaltung verpflichten kann. In praktisch allen Fragen des Leistungsrechts hat alleine die Generalversammlung über das Satzungsrecht die Möglichkeit, Schritte zur Zielerreichung zu setzen. Auch die Rechte der Kontrollversammlung sind z. B. bei Liegenschaftsangelegenheiten oder längerfristigen Verträgen berührt.

Es lässt sich also festhalten, dass weder die Fragen der Zuständigkeit innerhalb der Selbstverwaltung eindeutig geklärt sind, noch ein geregeltes Verfahren erkennbar ist, wie es zu den Zielvereinbarungen kommt. Eine Zielvereinbarung, die aufgrund einseitiger finanzieller Macht – ohne Ausgleichsmechanismen – zustande kommt, ist aus rechtlicher Sicht generell problematisch<sup>19</sup>. In der Konsequenz kann es auf diesem Weg zu einem de facto Weisungsrecht der mittelvergebenden Stelle gegenüber dem finanzschwachen Träger kommen, was mit dem Gedanken der Trägerselbstverwaltung nicht vereinbar wäre. Hier sind funktionierende Schutzmechanismen zu entwickeln, die sachlich gerechtfertigte und tatsächlich umsetzbare Vereinbarungen garantieren sollen.

## VI. Alternativen zum Risikostrukturausgleich

Die Finanzierungsprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung werden von der Bundesregierung durchaus anerkannt, nur ist der Lösungsansatz über eine Reform des Risikostrukturausgleichs meines Erachtens nicht zielführend. Weder eine Veränderung der Modalitäten des Risikostrukturausgleichs und schon gar nicht eine Erhöhung der Zufuhr von Finanzmitteln aus den laufenden Einnahmen der am Fonds beteiligten Krankenversicherungsträger kann die Finanzierungsprobleme der GKV lösen. Dass die bislang gesetzten Maßnahmen die GKV mehr be- als entlasten, wurde bereits weiter oben ausgeführt. Eine Betrachtung der in Tabelle 1 aufgelisteten Maßnahmen zeigt, dass lediglich eine einzige Ausgaben senkende Maßnahme gesetzt wurde; und diese setzt zudem noch bei den Versicherten an. Eine Zufuhr finanzieller Mittel, z. B. in Form einer Beitragserhöhung, wird seitens der Regierung kategorisch ausgeschlossen. Hier folgt die Regierung einem Trend, der insgesamt in der EU zu beobachten ist, sodass ein Ausscheren nicht wahrscheinlich ist<sup>20</sup>.

### 1. Einnahmenseitige Maßnahmen

Schließt man sich der Auffassung an, dass die Gesetzliche Krankenversicherung als eine selbstverwaltete Institution der Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht die Aufgabe hat, als gesellschaftspolitische Verteilungsinstanz für die Gesamtbevölkerung zu fungieren, so ist zumindest ein einnahmenseitiges Maßnahmenbündel zu diskutieren, nämlich die Übernahme von Beitragsleistungen und der Ersatz von Beitragsausfällen durch den Zentralstaat:

- Übernahme des Beitragsausfalls bei den Lehrlingen aus Steuermitteln, da dieser aus berufsbildungspolitischen Gründen eingeführt wurde;
- Refundierung der Beitragseinnahmefälle durch die Halbierung des Beitragssatzes bei den Zivildienern;
- Anhebung des KV-Beitragsanteils der Pensionsversicherungen für Pensionisten auf das ursprüngliche Niveau;
- Übernahme der Gebarungsabgänge der SVB, wie bis zum 31. 12. 2000 üblich.

In diesem Zusammenhang muss auch die zuletzt stärker diskutierte Aufhebung der Beitragsfreiheit für Angehörige diskutiert werden. Die Legitimation eines derartigen Vorhabens ließe sich dadurch begründen, dass die Versichertengemeinschaft der GKV nicht für verteilungs- und familienpolitische Aufgaben erhalten muss. Bei Einführung der Beitragspflicht für bislang mitversicherte Angehörige sind die Beiträge meiner Ansicht nach gleichfalls aus Steuermitteln zu finanzieren. Dies ist wie folgt zu begründen: Die Familienpolitik der gegenwärtigen Bundesregierung orientiert sich an traditionellen Rollenbildern, hat also nicht die Absicht, allein verdienende Familienerhalter finanziell zu belasten. Marin, der sich für die Aufhebung der Beitragsfreiheit stark macht, fordert daher eine sozial gestaffelte Beitragsleistung<sup>21</sup>. Er übersieht dabei aber völlig, dass sich das Solidaritätsprinzip der GKV nicht auf einen Armutsausgleich bezieht, sondern auf einen vom Einkommen unabhängigen Ausgleich des Erkrankungsrisikos.

## 2. Ausgabenseitige Maßnahmen

Die strukturellen Finanzierungsgpässe in der sozialen Krankenversicherung alleine auf die Einnahmenproblematik zurückführen zu wollen, ist ohnehin eine sehr verkürzte Sichtweise. Die Krankenversicherung hat gegenwärtig auch erhebliche Ausgabenprobleme. Die Ausgabenproblematik der GKV wird im folgenden Exkurs umrissen.

### a) Strukturelle Ausgabenprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung

Die 3 größten Ausgabenbereiche in der Krankenversicherung sind Krankenanstalten, Arzneimittel und ärztliche Hilfe. Wenn nun im Folgenden die strukturellen Ausgabenprobleme der GKV erläutert werden, gehe ich stillschweigend davon aus, dass der Gesundheitsmarkt ein angebotsinduzierter Markt ist. Mir ist auch in der Literatur kein Gesundheitsökonom untergekommen, der einen anderen Ansatz vertreten würde.

Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenversicherung für die Krankenanstalten wiesen über Jahre hinweg eine hohe Dynamik auf. Erst die Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) im Jahre 1997 brachte der sozialen Krankenversicherung eine Entlastung, weil ab diesem Zeitpunkt die Ausgabensteigerung für Krankenanstalten mit dem Einnahmewachstum der Krankenversicherung begrenzt war. Dass dieser Deckel ab 2001 wieder aufgehoben wird, wurde bereits erwähnt. Für die öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten besteht das Problem, dass sie durch den Kontrahierungszwang verpflichtet sind, jeden Patienten aufzunehmen und zu behandeln. Eine Angebotssteuerung über Patientenselektion ist also nicht möglich. Die soziale Krankenversicherung ihrerseits war vor Einführung der LKF verpflichtet, jede durch ein öffentliches Krankenhaus erbrachte Leistung zu finanzieren – hatte also ihrerseits gleichfalls keine Möglichkeit, steuernd einzugreifen. Aus gutem Grund wurde daher seitens der Politik bei der Einführung der LKF angekündigt, durch Bettenabbau und Schließung von Krankenanstalten angebotssteuernd einzugreifen. 4 Jahre LKF zeigen, dass es bei einer Ankündigungspolitik geblieben ist. Jedes Mal, wenn die Schließung einer Krankenhausabteilung oder gar einer Krankenanstalt in den Raum gestellt wurde, war dies von einem Gezeter in der Öffentlichkeit begleitet, welches die verantwortlichen Politiker regelmäßig vor der Umsetzung ihres Vorhabens zurückschrecken ließ. Aber nur die Umsetzung einer restriktiven Angebotsplanung kann einen Beitrag zur Zurücknahme der Ausgabendynamik im Krankenhaussektor bewirken.

Im Bereich der Arzneimittel ist festzuhalten, dass diese zur Zeit das stärkste Ausgabenwachstum aufweisen. Es verwundert daher nicht, dass sich die Bemühungen um eine Ausgabenreduktion im Gesundheitswesen auf diesen Sektor konzentrieren. Grundsätzlich können Steuerungsmaßnahmen auf der Nachfrage- oder auf der Angebotsseite ansetzen. Die Steuerung auf der Nachfrageseite, im Regelfall Zugangsbeschränkungen durch Selbsthalte, ist für die soziale Krankenversicherung aus ihrer Interessenlage heraus das Mittel letzter Wahl. Aber es gibt auch gewichtige Gründe, die gegen den Einsatz dieses Instruments sprechen. Eine US-amerikanische Studie hat nachgewiesen, dass sich durch Selbsthalte bei Arzneimitteln bei älteren Patienten mit geringem Einkommen die Wahrscheinlichkeit der Institutionalisierung in Pflegeeinrichtungen erheblich erhöht und in der Folge die Arzneimittelkosten drastisch ansteigen<sup>22</sup>. Eine bundesdeutsche Untersuchung unter-

schiedlicher Selbstbeteiligungsmodelle bei der Verordnung von Arzneimitteln kommt zum Schluss, dass diese kaum zu einer Kostendämpfung führen, sondern im besten Falle zu einer Kostenverschiebung von der Krankenversicherung zu den Versicherten<sup>23</sup>. Die Wirkung von Selbstbeteiligungen ist wohl in keinem Bereich so gründlich untersucht worden wie bei den Arzneimitteln. Die Studien kommen überwiegend zum Ergebnis, dass Selbstbeteiligungen bei Arzneimitteln keine steuernde Wirkung in Richtung Kostendämpfung entfalten, sondern im besten Fall ein Finanzierungsinstrument darstellen<sup>24</sup>.

Die Überlegenheit der Anbieter im Gesundheitsmarkt zeigt sich besonders deutlich am Arzneimittelsektor. Von den jeweils neu am Markt eingeführten Arzneimitteln bringen zwar nur wenige einen bisher nicht erzielbaren therapeutischen Nutzen, diese werden aber zu derart hohen Preisen abgesetzt, dass sich nicht nur die Entwicklungskosten innerhalb kürzester Zeit amortisieren, sondern die wenigen marktbeherrschenden Pharmakonzerne auch noch satte Extraprofite einfahren<sup>25</sup>. Aber selbst neu eingeführte Arzneimittel ohne nachweisbaren therapeutischen Zusatznutzen treiben die Ausgaben für Arzneimittel enorm in die Höhe<sup>26</sup>.

Die doppelte Klammer der Einnahmefizite einerseits und der nur wenig beeinflussbaren Ausgabenproblematik andererseits hat entscheidende Auswirkungen auf die sozialen Krankenversicherer. Nachdem das Einnahmewachstum dem Ausgabendruck immer weniger folgen kann, sind folgende ausgabenseitig wirksame Handlungsoptionen zu prüfen: Kostenreduktion, Rationierung, restriktive Verhandlungen mit und Steuerung von Vertragspartnern sowie die Streichung versicherungsfremder Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV.

#### b) Kostenreduktion

Was die Kostenreduktion anbelangt, so haben die sozialen Krankenversicherer, wie jedes andere Unternehmen, gleichfalls Rationalisierungsreserven. Diese betreffen vor allem die Personalkosten, die etwa 80 % der gesamten Kosten ausmachen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Anteil der Verwaltungskosten an den Gesamtausgaben zwischen 2,9 und 3,6 % beträgt. Das heißt, die finanziellen Auswirkungen von Rationalisierungsmaßnahmen sind derart gering, dass sie allenfalls einen „kosmetischen“ Beitrag – und dies nur kurzfristig – leisten können. Trotz der relativen Unergiebigkeit dieser Maßnahme werden die sozialen Krankenversicherer diese Handlungsoption aufgreifen, zumal das SRÄG (§ 588 Abs. 14 ASVG) dies sogar zwingend vorschreibt.

#### c) Rationierung

Was die Möglichkeit der Rationierung anbelangt, so hat diese im Selbstverständnis einer sozialen Krankenversicherung keinen Platz, ist leistungsrechtlich derzeit nur im vernachlässigbaren Segment der freiwilligen Leistungen möglich und wurde bislang auch von der Bundesregierung noch nicht in Erwägung gezogen. Meiner Meinung nach müssten sich aber die gesundheitspolitischen Entscheidungsträger einer Rationierungsdiskussion stellen. Von den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukten wird unter Verweis auf eine Unterversorgung ständig eine Ausweitung des Angebots auf den unterschiedlichsten Ebenen gefordert. Tatsache ist, dass im Gesundheitswesen nicht nur Unterversorgung besteht, sondern in weiten Teilen gleichzeitig Überversorgung und Fehlversorgung. „Handlungsbe-

darf besteht hinsichtlich der Zielorientierung für die Verbesserung der Steuerungsprozesse, für die Entwicklung alternativer innovativer Organisationsformen in der Gesundheitsversorgung. . .“<sup>27</sup>

#### d) Ausgabenreduktion über Vertragspartner

Der erfolgversprechendste Weg für einen positiven und nachhaltigen Beitrag zur Milderung der Finanzierungsprobleme der GKV führt über Vertragspartnerverhandlungen sowie über Vereinbarungen, und, wo nötig und möglich, über rechtliche Regelungen, zur Angebotssteuerung. Relativ aussichtsreich sind Verhandlungen im Bereich der ärztlichen Hilfe. Hier besteht in der Tat noch die Möglichkeit, über den Weg der Verhandlungen die angebotsinduzierte Ausgabendynamik zu bremsen. Schwierig ist es, das Auftreten neuer Anbieter hintan zu halten. Zum einen erzeugen insbesondere Lokalpolitiker erheblichen Druck (beispielsweise um zusätzliche Arztstellen zu schaffen) und andererseits wird eine restriktive Politik der Invertragnahme durch das Prinzip der Kostenerstattung unterlaufen (z. B. bei Inanspruchnahme eines Wahlarztes). Den Bereich der Vertragsbeziehungen zu den Ärzten gestalten die Krankenversicherungsträger weitgehend autonom; und dies mit einigem Erfolg wie ich meine. Immerhin gelingt es den meisten Krankenversicherungsträgern, in diesem Bereich das Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik weitgehend umzusetzen. Aus diesem Grunde halte ich den derzeit beobachtbaren Weg, die Autonomie der Krankenversicherungsträger zu beschneiden und das operative Geschäft dem Hauptverband der Österr. Sozialversicherungsträger zu übertragen, für einen völlig verfehlten Weg, zumal der internationale Trend in die gänzlich entgegengesetzte Richtung geht<sup>28</sup>.

Die Bereiche der Krankenanstalten und Arzneimittel machen immerhin 46 % des Ausgabenvolumens der Krankenversicherung aus. Der Sektor der ambulanten und stationären Krankenhausversorgung ist derzeit von der GKV kaum beeinflussbar. Hier bräuchte eigentlich die Politik nur die Aufgaben erfüllen, die sie sich selbst auferlegt hat. Die Ausgabendynamik ist auf dem Gebiet der Arzneimittel Besorgnis erregend. Eben weil die Arzneimittel mittlerweile der wesentlichste Kostentreiber im Gesundheitswesen sind, greift der Gesetzgeber, meist unter Einbeziehung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, regulierend am Markt ein. In Österreich konzentrieren sich dabei die Eingriffe auf den Arzneimittelhandel (Apotheken und Drogengroßhandel, neuerdings auch Hausapotheken), während die Arzneimittelhersteller, abgesehen von den geringen Steuerungsmöglichkeiten im Zuge des Zulassungsverfahrens und des Aufnahmeverfahrens in das Heilmittelverzeichnis, weitgehend ungeschoren davonkommen. Dabei wäre ein regulierender Eingriff bei den Ex-factory-Preisen wohl der erfolgversprechendste Steuerungsmechanismus. Dies müsste grundsätzlich möglich sein, da der EUGH in Übereinstimmung mit seiner bisherigen Rechtsprechung davon ausgeht, dass nationale Preisregelungssysteme als solche nicht unzulässig sind, sondern nur dann als vertragswidrig eingestuft werden, wenn sie zu einer Beeinträchtigung des Warenverkehrs führen und nicht gerechtfertigt sind<sup>29</sup>.



Meiner Auffassung nach bieten sich am Arzneimittelsektor mehrere Handlungsoptionen an: Trotz Absenkung der Großhandelsspanne ab 1. 6. 2000 um durchschnittlich 1,3 % Punkte liegt diese laut einer IWI-Studie noch immer 0,9 % Punkte über dem europäischen Durchschnitt. Der Großhandel ist auch nach der beschriebenen Absenkung ab 1. 6. 2000 nach wie vor bereit, den Apotheken Sonderkonditionen (Naturalrabatte etc.) zu gewähren. Angesichts dieser nachweislich bestehenden finanziellen Spielräume ist die Forderung einer über 1 % Punkt hinausgehenden Absenkung der Großhandelsspanne jedenfalls gerechtfertigt<sup>30</sup>.

Die bereits zitierte IWI-Studie belegt auch auf Apothekenebene einen über dem europäischen Durchschnitt liegenden Aufschlag. Eine Absenkung des Apothekenaufschlages um rund 7,8 % Punkte wäre zur Durchschnittserreichung notwendig. Die erwähnten Sonderkonditionen zeigen natürlich auch bei den Apotheken Auswirkungen. Sie verhelfen den Apothekern zu höheren Einnahmen als die gesetzlich geregelten Aufschläge vorsehen. Festzuhalten ist auch, dass durch die Umsatzentwicklungen der letzten Jahre die Erträge der Apotheken aus Umsätzen mit Gebietskrankenkassen beträchtlich gestiegen sind. Etwa um 16,45 % im Jahr 1998, um 11,91 % im Jahr 1999 und immer noch um 3,67 % im Jahr 2000. Die Forderung nach Absenkung des Apothekenaufschlages auf den europäischen Durchschnitt ist daher an der Untergrenze des Machbaren angesiedelt.

Die vielfach diskutierte rechtliche Klarstellung, dass Hausapotheker beim Großhändler einkaufen dürfen, stellt meines Erachtens nach nur eine Legalisierung eines bereits bestehenden Zustandes dar. Eine Weitergabe dieser bereits bestehenden Einkaufsvorteile an die Sozialversicherung muss daher auch ohne Gesetzesänderung gefordert werden können.

Dem Beispiel Deutschland folgend, muss auch für Österreich die Legalisierung des Versandhandels gefordert werden. Damit ist nicht einmal die Zulassung von Internet-Apotheken für den österreichischen Markt gemeint, sondern nur die rechtliche Klarstellung, dass österreichische Apotheken über ihren geschützten Wirkungsbereich hinaus Arzneimittel zustellen dürfen. Als inhaltliches Einsatzgebiet käme insbesondere die Versorgung von chronisch Kranken und Patienten, die über einen längeren Zeitraum die selben Arzneimittel benötigen, infrage. Wie das Projekt des Internationalen Instituts für empirische Sozialökonomie in Stadtbergen (INIFES) gezeigt hat, könnte es dadurch zu beträchtlichen Einsparungen für die soziale Krankenversicherung kommen<sup>31</sup>.

#### e) Streichung versicherungsfremder Leistungen

Welche Leistungen als Fremdleistungen in der GKV zu bezeichnen sind, ist nicht eindeutig bestimmbar, sondern davon abhängig, was als Kern des Leistungsangebotes der GKV bezeichnet werden kann<sup>32</sup>. Als systemferne oder sozialpolitische Zusatzleistung, die nichts mit dem Versicherungsfall der Krankheit zu tun hat, würde ich die künstliche Befruchtung als eine im Kern familienpolitische Maßnahme und das Impfwesen bezeichnen<sup>33</sup>. Letzteres deshalb, weil es sich bei der Impfung um ein typisches meritorisches Gut<sup>34</sup> handelt, das im Interesse der Gesamtgesellschaft zu erbringen ist und deshalb nicht alleine der Versichertengemeinschaft angelastet werden darf.

## VII. Resümee

Die politischen Entscheidungsträger müssen sich klar entscheiden, was sie wollen: Möchten sie den Wettbewerb in der sozialen Krankenversicherung einführen, dann soll dies den Bürgern und Bürgerinnen klar gesagt werden, und dieser soll „ohne Wenn und Aber“ eingeführt werden. Das heißt aber auch, freier Wettbewerb auf der Anbieterseite, was die Abschaffung der Öffentlich-Rechtlichkeit der Kammern (Ärzte, Apotheker) und die Auflösung der zunftähnlichen Strukturen der entsprechenden Innungen in den Wirtschaftskammern bedeutet. Sozial Bedürftige, die bei solch einem System durch den Rost fallen würden, sind der Obsorge des Staates zu überantworten. Die Einführung eines freien Wettbewerbes und ein Hereinholen des Solidarprinzips über die Hintertür eines Risikostrukturausgleichs halte ich erstens für systemfremd und zweitens für undurchführbar, wie die Kalamitäten des Risikostrukturausgleichs in Deutschland zeigen<sup>35</sup>. Meines Erachtens sind Solidarprinzip und freier Wettbewerb in der GKV unvereinbar.

Wird dieser Weg in Österreich nicht eingeschlagen, so ist ein Strukturausgleich in Form eines Finanzausgleichs, der allen im Ausgleichsfonds vertretenen Krankenversicherungsträgern die annähernd gleiche Finanzbasis verschafft, die adäquate Alternative. Dieses Ziel kann der derzeit bestehende Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger durchaus erfüllen. Ein Risikostrukturausgleich ist nicht notwendig, da dieser über den Weg der Pflichtversicherung ohnehin gewährleistet ist. Eine Reform des Ausgleichsfonds ist meines Erachtens im Prinzip entbehrlich. Lediglich die Teilnahme einzelner Versicherungsträger (SVB, SVGW) sollte aus den bereits angeführten Gründen überdacht werden. Der Ausgleichsfonds sollte nur die Gebietskrankenkassen und die VAdÖB umfassen. Dies deshalb, weil es nicht Aufgabe der GKV sein kann, verteilungspolitische Aufgaben zu übernehmen, oder gesellschafts- und raumordnungspolitische Disparitäten (Stichwort: Bauern) auszugleichen. Die anerkanntermaßen schweren strukturellen Benachteiligungen der SVB fallen in den Zuständigkeitsbereich des Zentralstaates, allenfalls der nachgeordneten Gebietskörperschaften und sind von diesen zu entschärfen und nicht von der Versichertengemeinschaft der unselbständig Erwerbstätigen.

- <sup>1</sup> Tálos, Sozialstaat Österreich, WISO Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift des ISW 2001 H. 4, 21.
- <sup>2</sup> Behning/Feigl-Heihls, Europäisierung von Wohlfahrtspolitik, SWS-Rundschau 2001, 459.
- <sup>3</sup> Österle, Reformen im Gesundheitssystem im Blickwinkel wohlfahrtsstaatlicher Prinzipien, Kurswechsel 1996 H. 3, 129.
- <sup>4</sup> Für den Strukturfonds haben die Kassen 1 150 Mio. ATS abzuführen; die vom Gesetzgeber erwartete Gegenfinanzierung über die Einführung eines Beitrages für die Zusatzpensionen und eines Zusatzbeitrags für kinderlose Mitversicherte ist jedoch deutlich niedriger ausgefallen.
- <sup>5</sup> Die Einnahmen sind im Übrigen deutlich niedriger ausgefallen als von der Regierung prognostiziert und brachten einen erheblichen Verwaltungsaufwand mit sich.
- <sup>6</sup> Vgl. Mayrhuber/Bauernberger, Sozialquote 1999 leicht gestiegen, WIFO Monatsberichte 2001, 733.
- <sup>7</sup> De facto betrifft diese Bestimmung nur die Wiener GKK, welche als einzige GKV ein Krankenhaus betreibt.
- <sup>8</sup> Was hier verschämt als „negative allgemeine Rücklage“ bezeichnet wird, bedeutet nichts anderes, als dass der betroffene KV-Träger konkursreif ist. Eine negative allgemeine Rücklage haben die Kärntner GKK, die Tiroler GKK und die SVB.
- <sup>9</sup> Die Leistungssicherungsrücklage beträgt 1/12 der Jahresausgaben für Versicherungsleistungen.
- <sup>10</sup> Diese sind die Leistungskennzahlen nach der Erfolgsrechnung, die Kennzahlen des Verwaltungsaufwandes und die Kennzahlen für den Betriebserfolg der eigenen Einrichtungen.
- <sup>11</sup> Derzeit kann die Zahl der Angehörigen nicht ermittelt werden. Die angeführte Hilfsberechnung für durch Angehörige verursachte Aufwendungen soll daher bis zur Einführung der Chipkarte (und damit der Feststellung der genauen Zahl der Angehörigen) verwendet werden.
- <sup>12</sup> Seitens der Krankenversicherungsträger gibt es hierzu unterschiedliche Positionen. So wendet beispielsweise die Tiroler Gebietskrankenkasse ein, dass der Strukturparameter Krankenanstaltenfinanzierung in dieser Form nicht stimmt, zumal die Pflegegebührensätze den Stand von 1977 fortschreiben. Die SVGW sieht den Parameter Krankenanstaltenfinanzierung überhaupt als entbehrlich an. Sie begründet dies damit, dass die ungleiche Belastung der Krankenversicherungsträger bereits nach § 322 a ASVG und § 447 f Abs. 11 ASVG ausgeglichen wird.
- <sup>13</sup> Überweisungen an den Krankenanstaltenfonds.
- <sup>14</sup> Vgl. vor allem Slg. 14.598 aus 1996 zur Aufteilung der Finanzlast zum KRAZAF, 10.279 aus 1984 sowie vor allem das Erkenntnis vom 14. 6. 1985, JBl 1986, 710.
- <sup>15</sup> 14. 6. 1985, G 66, 67/83, G 74/83, sowie Slg. 10451/1985, diskutiert in: JBl 1986, 710.
- <sup>16</sup> Bei der Aufnahme der SVGW 1978 hat es bereits heftige Kritik auf Grund der stark divergierenden Versichertengemeinschaften (einerseits unselbstständig und andererseits selbstständig Erwerbstätige).
- <sup>17</sup> Vgl. 188 d Blg IX. GP des NR und Antrag 112/A zu 334 d Blg IX. GP NR.
- <sup>18</sup> So beträgt beispielsweise der Beitragssatz für die hochdefizitäre SV der Bauern lediglich 5,9 % und ist somit am niedrigsten. Dies bedeutet, dass die Versichertengemeinschaft der Bauern im Vergleich zu jener der ASVG-Versicherten anteilmäßig um 0,4 Prozentpunkte weniger zur Bedeckung des Leistungsaufkommens beiträgt. Den höchsten Beitragssatz hat die SVGW mit 8,4 %, was sicherlich ein wesentlicher Grund für ihren wirtschaftlichen Erfolg ist.
- <sup>19</sup> Vgl. z. B. das Erfordernis der freien Willensbildung gemäß § 869 ABGB!
- <sup>20</sup> In jüngster Zeit wurde allerdings vom Gesundheitsstaatssekretär die Idee einer zweckgebundenen Abgabe auf gesundheitsschädigende Genussmittel (alkoholische Getränke, Tabak) eingebracht.
- <sup>21</sup> Hausfrauen sollen Sozialversicherung zahlen, in: Salzburger Nachrichten vom 14. 1. 2002, 2.
- <sup>22</sup> Vgl. Soumerai et al., Effects of medicaid drug-payment limits on admission to hospitals and nursing homes, The New England Journal of Medicine 1991, 1072.
- <sup>23</sup> Pfaff et al., Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auswirkungen der Reformgesetzgebung 1989 und 1993 auf die Versicherten. Frankfurt am Main 1994.
- <sup>24</sup> Vgl. zusammenfassend: Meggeneder, Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung: Steuerungs- oder Finanzierungsinstrument?, WISO Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift des ISW 1998 H. 1, 93.
- <sup>25</sup> Vgl. Laimböck, Die soziale Krankenversicherung zwischen Staat, Monopol und Wettbewerb. Hall in Tirol 2000.

- <sup>26</sup> Vgl. Bausch, Arzneimittelinnovation im Spannungsfeld zwischen Versorgung und Budgetierung. In: Klauber et al. (Hrsg.), Innovation im Arzneimittelmarkt. Berlin, Heidelberg, New York 2000.
- <sup>27</sup> Plamper/Lauterbach, Das ökonomische Dilemma der Gesundheitspolitik: Fehlsteuerungen und Fehlversorgungen im Gesundheitsbereich – ein Diktat der Knappheit? In: Kellermann/Konegen/Staack (Hrsg.), Aktivierender Staat und aktive Bürger. Plädoyer für eine integrative Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main 2001.
- <sup>28</sup> Vgl. Theurl, Die österreichische Gesundheitspolitik der letzten Jahre im Lichte der internationalen Entwicklung. In: Theurl (Hrsg.), Der Sozialstaat an der Jahrtausendwende. Heidelberg 2001.
- <sup>29</sup> EuGHE 1985, 305, 321 f. – Cullet; EuGHE 1996, I-6285, 6389 Rz. 47 – Merck II. Hierzu gibt es jedoch andere Meinungen. Gründlich aufgearbeitet hat dies: Freytag, Parallelimporte nach EG- und WTO-Recht. Patente und Marken versus Handelsfreiheit. Berlin 2001.
- <sup>30</sup> Clement/Fiala, Empirische Grundlagen des österreichischen Pharmagroßhandels im europäischen Vergleich, IWI Arbeitsheft 60. Wien 1999.
- <sup>31</sup> Die am 17. 9. 2001 bei einem Workshop in Berlin präsentierte INIFES-Studie „Analyse potentieller Auswirkungen einer Ausweitung des Pharmaversandes in Deutschland“ kommt zum Ergebnis, dass zwischen 6 % und 12 % Einsparungspotenzial ausgeschöpft werden könnte. Bei regional begrenzten Versandapotheken mit einem Umsatz ähnlich dem der derzeitigen öffentlichen Apotheken prognostiziert diese Analyse ein Einsparungspotenzial von 6 %. Bei einer überregionalen Tätigkeit mit dem 4-fachen Umsatz einer normalen Apotheke können bereits 8 % Einsparungspotenzial festgestellt werden. Bei einer nochmaligen Verzehnfachung dieses Umsatzes durch Einbindung von an den Großhandel angeschlossenen Versandapotheken beziffert die INIFES-Analyse das Einsparungspotenzial mit einer Größe von 12 %.
- <sup>32</sup> Vgl. Weller, Der interne soziale Ausgleich ist nicht versicherungsfremd, Arbeit und Sozialpolitik 1997 H. 5/6, 42.
- <sup>33</sup> In Deutschland wird deshalb gefordert, der GKV für die Wahrnehmung derartiger versicherungsfremder Leistungen entsprechende Bundeszuschüsse zu gewähren. Vgl. Klose/Schellschmidt, Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick. Bonn 2001.
- <sup>34</sup> Jede Person, die sich gegen eine zwischen Menschen übertragbare Erkrankung impfen lässt, ist nicht nur selbst geschützt, sondern es sind zugleich alle übrigen Personen davor geschützt, durch die geimpfte Person angesteckt zu werden.
- <sup>35</sup> Siehe auch die Beiträge von Nopper und Weber/Unterhuber im vorliegenden Sammelband.

## Wettbewerb und Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Werner Schneider, AOK-Bundesverband

Dieses Referat (die Vortragsform wurde beibehalten) ist in folgende Abschnitte gegliedert:

- Beginnen möchte ich mit den **Rahmenbedingungen und Ausprägungen des Wettbewerbs vor dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (GStruktG)**. Hierzu gehören vor allem das organisations- und versicherungsrechtliche Umfeld, aber auch die empirischen Folgen.
- Im Zentrum des Referats stehen die **ordnungspolitischen Weichen, die der Gesetzgeber mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 grundlegend neu gestellt hat**.
- Einen Schwerpunkt dieser Organisationsreform bildet der Risikostrukturausgleich (RSA) – **wie funktioniert er – was bewirkt er?**
- **Wettbewerbssituation nach Einführung des RSA:** Im Vordergrund steht hier die Frage, wie sich die Situation der Krankenkassen durch den Wettbewerb in den letzten Jahren unter RSA-Bedingungen ausgewirkt hat.
- Es schließt sich die Erörterung der **Wettbewerbsdefizite** und der hieraus entstandenen **RSA-Reform** an.
- Am Schluss des Beitrags werde ich einen **Ausblick auf die anstehende Gesundheitsreform** in der Bundesrepublik Deutschland geben.

### I. Ausschlaggebend für seinen Erfolg sind die Rahmenbedingungen des Wettbewerbs!

Wir haben es nicht erst seit einigen Jahren mit Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung zu tun. Wir kannten den Wettbewerb auch schon vor der großen Organisationsreform des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992. Es war bereits damals ein ausgesprochen lebendiger Wettbewerb, es war aber auch ein weitestgehend ungeordneter Wettbewerb in einer wettbewerbsfeindlichen Landschaft. Das Ganze lief nicht im Rahmen einer bewusst geplanten Wettbewerbsordnung ab – es hatte sich eher historisch entwickelt. Es war eine Szene, die geprägt war von versicherungsrechtlichen Diskriminierungen einzelner Versichertengruppen. So waren z. B. Arbeiter bestimmten Kassenarten – in der Regel der AOK – ohne Wahlfreiheit gesetzlich zugewiesen. Demgegenüber hatten Angestellte Wahlmöglichkeiten, die sich in der Regel auf mehrere so genannte Angestellten-Ersatzkassen und die so genannten RVO-Kassen (in der Regel AOK) erstreckten. Diese Wahlfreiheiten für nahezu die Hälfte aller Versicherten führten für die betroffenen Krankenkassen automatisch in eine Konkurrenzsituation. Die historisch gewachsenen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wurden dieser Wettbewerbssituation nicht gerecht. Neben den Ungleichheiten im Versicherungsrecht und im Vertragsrecht waren vor allem auch die Ungleichheiten der Krankenkassen im Organisationsrecht wettbewerbslich bedeutsam: Die Möglichkeiten der Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen bedeuteten für die privilegierten Trägerbetriebe und Trägerinnungen kollektive Wahlmöglichkeiten zugunsten ihrer Belegschaften. Die Ergebnisse dieser Art von Wettbewerb waren nicht nur verfassungsrechtlich problematisch, sondern auch öko-

nomisch und gesundheitspolitisch ausgesprochen unbefriedigend. Angesichts der ungleichen wettbewerblichen Rahmenbedingungen war es nahe liegend, dass sich der Wettbewerb nicht auf die Suche nach kreativen Lösungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit konzentrierte, sondern sich weitgehend in der Selektion günstiger Versicherungsrisiken erschöpfte. Dies lässt sich empirisch belegen:

- In unserem System solidarischer Beitragsfinanzierung nach dem Prinzip der Leistungsfähigkeit zahlen die Mitglieder einer Krankenkasse einen gleichen Beitragssatz ihrer beitragspflichtigen Einnahmen. Für die Finanzkraft einer Krankenkasse ist somit die Höhe der Löhne, Gehälter und Renten ihrer Versicherten (sog. Grundlöhne) ausschlaggebend. Krankenkassen mit überwiegend geringer verdienenden Mitgliedern haben im Wettbewerb hier somit einen Nachteil. Es ist bekannt, dass die AOKen sowohl bei den Erwerbstätigen (AKV) als auch bei den Rentnern (Krankenversicherung der Rentner, KVdR) traditionell die geringsten und die BKKen die höchsten Durchschnittsgrundlöhne hatten. Diese Grundlohnunterschiede bewirkten seinerzeit, dass 2 miteinander konkurrierende Krankenkassen trotz identischer Ausgabenhöhe (z. B. 5 000 DM je Mitglied im Jahr) extrem unterschiedlich hohe Beitragssätze von ihren Mitgliedern erheben mussten (z. B. bei einem Durchschnittsgrundlohn von 40 000 DM nur 12,5 %, dagegen bei einem Durchschnittsgrundlohn von nur 30 000 DM immerhin 16,7 %).
- Die Höhe der Ausgaben einer Krankenkasse und damit ihr Beitragsbedarf ist primär durch die Risikostruktur – z. B. Alter und Geschlecht – ihrer Versicherten geprägt: Naturgemäß steigt der medizinische Versorgungsbedarf mit zunehmendem Alter. Auch Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentner haben einen deutlich höheren Versorgungs- und Ausgabenbedarf. Abbildung 1 zeigt, dass diese Versichertengruppen auf die Kassenarten extrem unterschiedlich verteilt sind und die „günstigen“ Risiken bei den Angestellten-Ersatzkassen und die ungünstigen bei der AOKen versichert sind: So entfielen im Jahre 2000 – auch diese Anteile haben sich in den letzten Jahrzehnten nur unwesentlich geändert – auf 100 Mitglieder in der Altersgruppe 15 bis 65 Jahre in den alten Bundesländern bei den Angestellten-Ersatzkassen nur 17 Rentner und bei den AOKen dagegen 29 Rentner. Weit extremer noch sind die Strukturunterschiede in den Versichertenbeständen der Krankenkassen in den neuen Bundesländern und bei den Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrentnern.

Risikostrukturen in der GKV: Alters- und BU-/EU-Rentner sehr ungleich verteilt

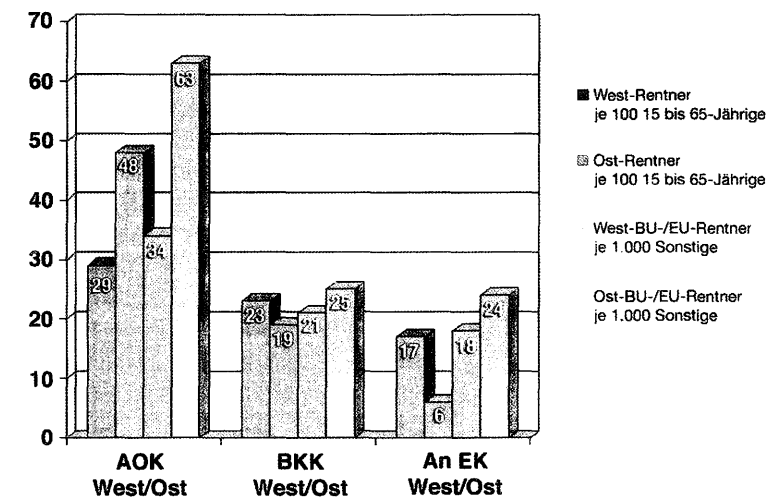


Abb. 1

Eine Krankenkasse mit ungünstiger Risikostruktur hatte somit auch auf der Ausgabenseite einen Beitragssatznachteil. Es gab zwar bereits vor 1992 einen Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der die unterschiedlichen Lasten für Rentner ausgleichen sollte. Jedoch war dieser auf die pflichtversicherten Rentner begrenzt und schloss altersabhängige Ausgabenunterschiede der übrigen Versicherten nicht ein. Da es sich um einen Ausgleich der tatsächlichen Ausgaben handelte, wirkte er auf Grund der finanziellen Fehlanreize außerdem ausgabentreibend.

Besonders spürbar wirkten sich die Unterschiede in den Versichertenstrukturen auf die Beitragssätze aus, wenn sich geringe Durchschnittsgrundlöhne und hohe Beitragsbedarfe auf einzelne Krankenkassen oder Kassenarten konzentrierten. Dies war bei zahlreichen AOKen der Fall. Dementsprechend zwangsläufig waren die Beitragssatzunterschiede zwischen den Kassen und Kassenarten in den Achtzigerjahren erheblich. Dass seinerzeit hiervon die Angestellten-Ersatzkassen profitierten, war angesichts ihrer besonderen Privilegien im Kassenwahlrecht nahe liegend.

## II. Die Organisationsreform von 1992: Ordnungspolitische Neuausrichtung

### 1. Ziele des GStruktG 1992

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 (GStruktG) hat deshalb die Kassenwahlrechte völlig neu geordnet (vgl. Abbildung 2). Mit Beginn des Jahres 1996 wurde die Kassenwahlfreiheit auf alle Versichertengruppen ausgeweitet. Flankierend wurde ab 1994/95 der Risikostrukturausgleich eingeführt. Das GStruktG veränderte darüber hinaus auch das Vertragsrecht, das Selbstverwaltungsrecht und die organisationsrechtlichen Rahmenbedingungen für die Krankenkassen. Hierzu gehören die Bedingungen des Marktzugangs für Krankenkassen, d. h. die Errichtungsmöglichkeiten von Betriebs- und Innungskrankenkassen, die begrenzt, jedoch nicht abgeschafft worden sind. Auch im Bereich der Kassen-Fusionsmöglichkeiten wurden neue Bedingungen geschaffen, die weitreichende Folgen hatten. Neu war auch, dass

künftig alle Krankenkassen, die dem Wettbewerb nicht standhalten, geschlossen werden können. Die Möglichkeit der Versicherten, unter verschiedenen Krankenkassen zu wählen, wurde revolutionär neu umgestaltet. Fast alle Diskriminierungen einzelner Versichertengruppen wurden beseitigt.

Die große Strukturreform von 1992

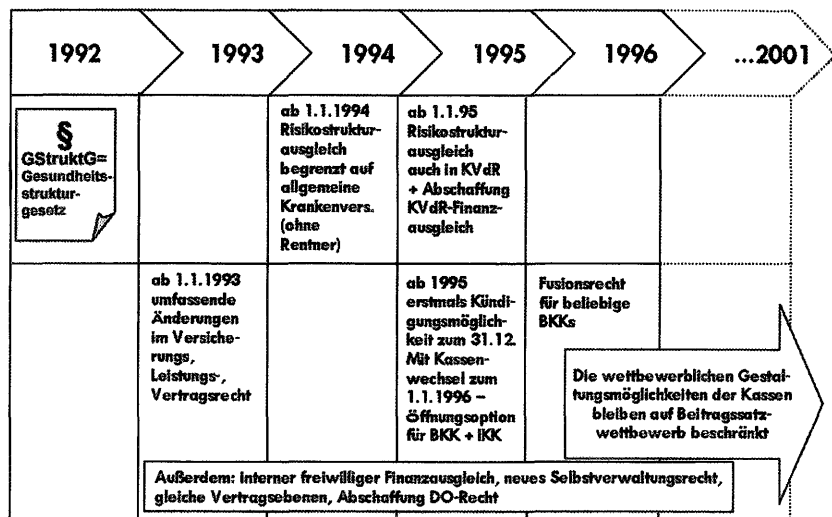


Abb. 2

Mit der Ausweitung der Kassenwahlrechte auf alle Versicherten hat der GStruktG-Gesetzgeber eine bewusste und gezielte Entscheidung zugunsten einer wettbewerblichen Ausrichtung der GKV getroffen. Was vorher Ergebnis einer eher zufälligen historischen Entwicklung war und den Charakter eines Wildwest-Wettbewerbs angenommen hatte, wurde nunmehr in einen anderen ordnungspolitischen Rahmen gestellt. Ziel war, über die kreative Kraft des Wettbewerbs Impulse und Anreize zugunsten der Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu geben. Zentrales Steuerungsinstrument dieses Wettbewerbs sollte der Preis – also der Beitragssatz der Krankenkassen – sein. Über die Beitragssatzunterschiede der Krankenkassen sollten den kassenwählenden Versicherten die preis-leistungsrelevanten Marktinformationen gegeben werden.

## 2. Kritik

Kritiker dieses Weges bezweifelten von Beginn an, dass es in einem Solidar-system, dessen Mitglieder und organisatorische Rahmenbedingungen gesetzlich determiniert sind, deren Leistungsnachfrage nach dem Bedarfsprinzip und deren Finanzierung nach dem Leistungsfähigkeitsprinzip organisiert sind, eine Chance für einen sinnvollen Wettbewerb geben könne. Für die Ökonomen unter den Kritikern war ausschlaggebend, dass die Beitragssätze primär nicht nach Wirtschaftlichkeits- oder Qualitätsfaktoren, sondern nach Risikostrukturunterschieden zustande kamen. Damit war klar, dass der Preiswettbewerb niemals zu sinnvollen Allokationsergebnissen führen könne – so die Skeptiker –, weil er nicht die Leistungsfähigkeit im Sinne von Wirtschaftlichkeit oder Qualitätsniveau einer Krankenkasse widerspiegeln, sondern die historische Zufälligkeit ihrer Versichertenstruktur. Zumindest ebenso so schwergewichtig war das Argument der Kritiker, dass unter diesen Bedingungen keinerlei Anreizwirkung von einem Wettbewerb ausgehen könne: Gewinner des Wettbewerbs werde, wer die günstigsten Risiken kumuliere, nicht wer sinnvolle Ergebnisse produziere.

Diese Kritik am wettbewerbsorientierten Ansatz war zutreffend – die Antwort der Politik war die Einführung des Risikostrukturausgleichs (vgl. Abbildung 3): Seine primäre ordnungspolitische Funktion war, die finanziellen Auswirkungen der Risikostrukturunterschiede zwischen den Krankenkassen zu neutralisieren. Hierdurch sollten die 2 zentralen Voraussetzungen für den Preiswettbewerb in der GKV erfüllt werden: Zum einen sollte die Signal- und damit Steuerungsfunktion am Markt ermöglicht, zum anderen finanzielle Anreize der Krankenkassen zu Risikoselektionen beseitigt werden. In diesem Sinne wurde der RSA zum „technischen Kern“ der neuen GKV-Wettbewerbsordnung.

Hat er diese Aufgabe erfüllt? Bevor ich zu der Antwort komme, sollten wir uns näher anschauen, wie er funktioniert.

Wettbewerb in der GKV funktioniert doch nicht?

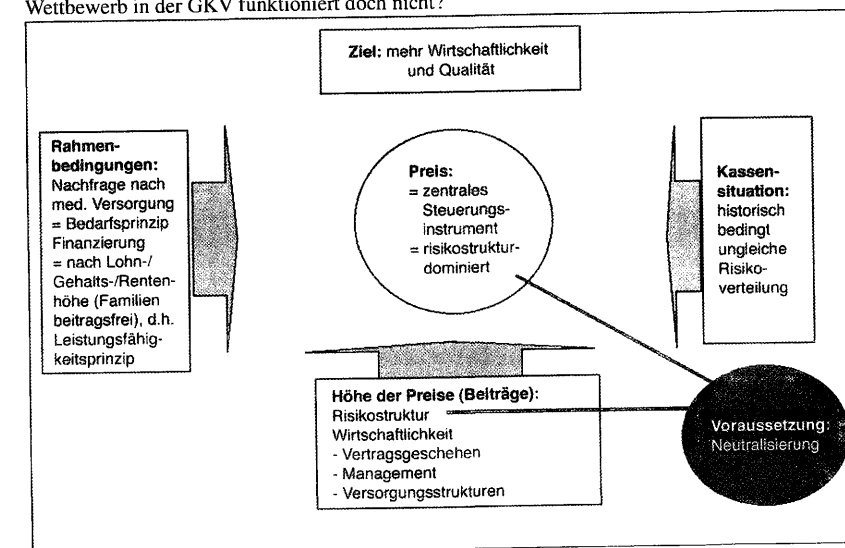


Abb. 3

### III. RSA: Ausgleichsmechanik mit eingebauter Wirtschaftlichkeitsmotorik

Der Mechanik des RSA liegen 2 wichtige Vorgaben zugrunde:

- Es darf nicht sein, dass eine Krankenkasse auf Grund der Zusammensetzung ihrer Versichertenbestände – also Alter, Geschlecht, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Einkommens- oder Familiensituation der Mitglieder – im Wettbewerb finanziell benachteiligt wird. Wenn die Versicherten nach diesen Gliederungskategorien somit unterschiedlich Ausgaben oder Einnahmen verursachen, müssen diese zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden.
- Andererseits darf es aber auch nicht sein, dass ein solcher Ausgleich das Interesse der Krankenkasse an Wirtschaftlichkeit beeinträchtigt – wie das etwa bei dem jahrzehntlang praktizierten Ausgabenausgleich für Rentner der Fall war. Hieraus leitet sich die Bedingung ab, dass es sich nicht um einen Ausgleich der Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkasse handeln darf.

Die Lösung beider Bedingungen erfolgt in einem einfachen finanztechnischen Verfahren, das sich aus wenigen Grundelementen zusammensetzt.

**1. Schritt:** Die Krankenkassen „sortieren“ ihre Versicherten nach Risikostatusmerkmalen (Alter, Geschlecht etc.) in Versichertengruppen – die Kombination aller gesetzlich vorgegebenen Versichertengruppen-Merkmale ergibt rd. 600 Versichertengruppen (z. B. 90 Gruppen für männliche Versicherte mit Alter 0-1, 1-2, 2-3 ... plus 90 Gruppen für weibliche Versicherte mit Alter ... plus ... mit Krankengeldanspruch ... plus ... mit Bezug einer BU-/EU-Rente). Praktisch vorstellbar ist dies als Matrix mit rd. 600 Zellen, in denen jede Krankenkasse die Zahl der dieser Zelle zuzuordnenden Versicherten einträgt. Aus der Struktur dieser Matrix wird die Risikostruktur der Versicherten der Krankenkasse erkennbar.

**2. Schritt:** Die Versichertenzuordnung nach den vorgegebenen „Risikofaktoren“ generiert zwar Informationen über die Versichertenstruktur, nicht aber über das finanzielle Gewicht dieser Risikostruktur. Hierzu müssen die Zellen mit den jeweiligen unterschiedlichen „Risikobelastungen“ durch diese Versicherten bewertet werden. Damit es nicht zu einem Ausgabenausgleich kommt, dürfen diese Gewichte nicht die Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkassen sein. Die Lösung: Es werden bei jeder Krankenkasse einheitlich und unabhängig von ihren tatsächlichen Ausgaben die Durchschnittsausgaben aller Krankenkassen – differenziert nach den 600 Gruppenzellen – als Standardbelastung zugrunde gelegt (z. B. für den 68-jährigen versicherten Mann 6 000 DM, für die 43-jährige versicherte Frau 1 500 DM etc. bei jeder Krankenkasse). Das Gesetz nennt diese Pro-Kopf-Durchschnittsausgaben „standardisierte Leistungsausgaben“, viele Krankenkassen nutzen inzwischen im Sinne einer budgetorientierten Betrachtung den Begriff „Normausgaben“.

Der **3. Schritt** ist die simple Multiplikation der Zahl der Versicherten mit dieser standardisierten Leistungsausgabe in jeder Versichertengruppe und die Addition dieser Produkte über alle Versichertengruppen. Das Ergebnis ist der Beitragsbedarf, den eine Krankenkasse auf Grund ihrer spezifischen Risikostruktur hat. Dieser Beitragsbedarf wird der Kasse im RSA auch tatsächlich zugewiesen.

Es handelt sich also nicht um die Addition ihrer Ist-Ausgaben, sondern um Risikobelastungen, die auf der Grundlage GKV-weiter Pro-Kopf-Standards einheitlich für alle Krankenkassen vorgegeben werden. Diese Erkenntnis ist wichtig, weil sie die irreführende Kritik der notorischen Gegner des RSA widerlegt, die ihn für

ausgabentreibend halten. Das Gegenteil ist der Fall: Der RSA hat den KVdR-Ausgabenausgleich abgelöst und dadurch erstmals überhaupt standardisierte Ausgleichsgrundlagen eingeführt. Ausschlaggebend ist, dass die Höhe der Ist-Ausgaben der einzelnen Krankenkasse keine Auswirkungen auf die Höhe ihrer Beitragsbedarfszuweisung im RSA hat. Hierdurch entsteht unter dem massiven Druck des Beitragsatzwettbewerbs das Interesse für jeden Kassenvorstand, die Ist-Ausgaben möglichst niedrig zu halten. Sind sie höher als die RSA-Beitragsbedarfszuweisung, muss die Differenz aus dem entsprechend erhobenen Beitrag von den Versicherten finanziert werden (der Beitragssatz muss dann überdurchschnittlich hoch kalkuliert werden). Sind die Ausgaben niedriger als die Normausgabe, kann die Differenz über den unterdurchschnittlich niedrigen Beitragssatz als Wettbewerbsvorteil an die Versicherten weitergegeben werden. Wer den RSA also als „Fehlreiz“ diskreditiert – es sind ausschließlich einige wenige so genannte Zahlerkassen – stellt damit die Wirklichkeit auf den Kopf.

Über diese 3 Schritte werden zwar die auf der Ausgabenseite anfallenden Risikolasten zwischen den Krankenkassen, nicht aber jene auf der Einnahmenseite ausgeglichen. Es folgt somit noch ein **4. Schritt:** Der Finanzkraftausgleich (so genannter Grundlohnenausgleich) soll bewirken, dass den Krankenkassen keine Nachteile auf Grund der unterschiedlich hohen Beitragsbemessungsgrundlagen ihrer Mitglieder (Löhne, Gehälter, Renten, Arbeitslosengeld etc.) entstehen. Nach Durchführung der ersten 3 Schritte ist bekannt, wie hoch die Risikobelastung der gesamten GKV ist – das ist die Summe aller Beitragsbedarfe aller Krankenkassen. Setzt man diese ins Verhältnis zur GKV-Grundlohnsumme (d. h. die Summe aller beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder aller Krankenkassen), erhält man einen rechnerischen Beitragssatz, den wir Ausgleichsbedarfssatz nennen. Das ist der Satz, den jede Krankenkasse aus den Grundlöhnen ihrer Mitglieder (= Finanzkraft) in den RSA-Ausgleichstopf „hineinzahlt“. Dadurch wird erreicht, dass jede Krankenkasse in der Bundesrepublik Deutschland zur Finanzierung der sehr unterschiedlichen Risikolasten der Krankenkassen den gleichen finanziellen Beitrag liefert.

Mit diesen 4 Schritten ist die simple Mechanik des RSA – denn er ist nicht so kompliziert, wie es viele behaupten – erschöpfend erläutert. Im Ergebnis erhält jede Krankenkasse den Beitragsbedarf zugewiesen, den sie benötigt, um die standardisierten Risikolasten (nicht Ausgaben!) ihrer spezifischen Risikostruktur zu finanzieren; zugleich trägt jede Kasse aus der sehr unterschiedlichen Grundlohnsumme den gleichen Prozentsatz (Ausgleichsbedarfssatz) zur Finanzierung bei, eine Kasse mit geringer Finanzkraft also weniger als eine Kasse mit hoher Finanzkraft. Aus diesen beiden RSA-Ebenen „Beitragsbedarf und Finanzkraft“ wird erkennbar, dass die bei vielen übliche Einteilung der Krankenkassen in RSA-Zahler und RSA-Empfänger weder der RSA-Mechanik, noch der RSA-Philosophie Rechnung trägt. Jede Kasse zahlt – rechnerisch jedenfalls – in den RSA-Topf ihre Finanzkraft und jede Kasse erhält hieraus ihren Beitragsbedarf (vgl. Abbildung 4). Die wettbewerblich diskriminierte Begrifflichkeit ist also unangebracht. Erst im Vergleich dieser beiden Ebenen wird erkennbar, ob eine Kasse durch den RSA im Saldo be- oder entlastet wird.

Wie funktioniert der RSA?

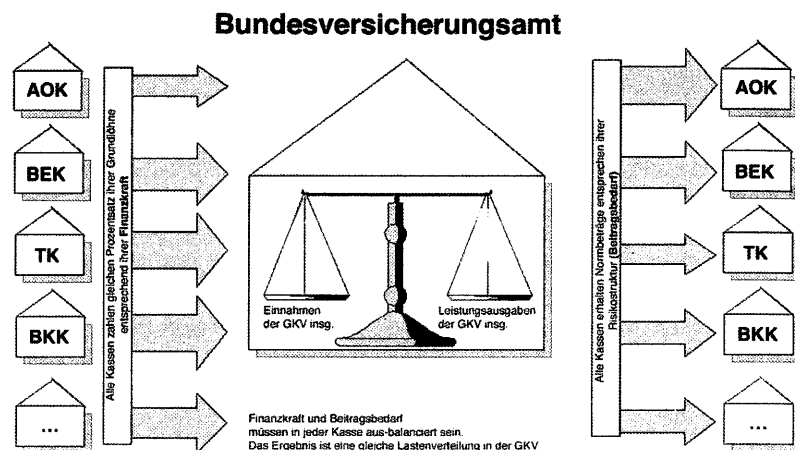


Abb. 4

#### IV. Erfahrungen zeigen: RSA ist notwendig – aber nicht hinreichend

##### 1. Auswirkungen auf den Beitragssatz

Die wichtigste Innovation der Organisationsreform von 1992 neben der Einführung der Kassenwahlfreiheit war zweifellos die Einführung des RSA. Trotz aller Ungereimtheiten und Unvollständigkeiten, die in der Reformdiskussion der letzten Jahre deutlich geworden sind und schließlich zum RSA-Reformgesetz 2001 geführt haben – in den 8 Jahren seit seiner Einführung hat er ohne Zweifel immense Wirkungen in vielerlei Hinsicht entfaltet. Immerhin müsste die AOK zwischen 3 und 6 Beitragssatzpunkte mehr von ihren Beitragszahlern verlangen, wenn es keinen RSA gäbe. Die Beitragssätze der Bundesknappschaft und einiger AOKen in den neuen Ländern stünden wahrscheinlich bei etwa 20 % und höher. Demgegenüber könnten eine ganze Reihe von Betriebskrankenkassen im Wettbewerb mit einem Beitragssatz um die 6 % agieren. Dass ein Wettbewerb zwischen Krankenkassen ohne RSA nicht funktionieren kann, muss somit jedem einleuchten. Der RSA hat bewirkt, dass sich die Einführung des Kassenwahlrechts im Jahre 1996 nicht zu einem Desaster entwickelte. Der Zusammenbruch des Systems blieb aus.

Entwicklung der allgemeinen Beitragssätze im Jahresdurchschnitt in Prozent (1991 - 2001, Bund)

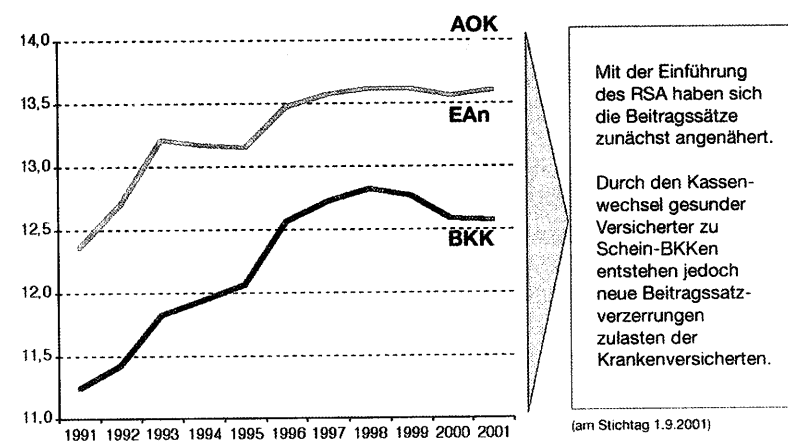


Abb. 5

##### 2. Organisatorische Auswirkungen

Auch im Bereich der Organisationsstrukturen gibt es unter dem Druck des RSA-gesteuerten Wettbewerbs ausgesprochen interessante Entwicklungen seit 1992. Die Zahl der Krankenkassen betrug vor 1991 weit über 1 000. Es gab immense Bemühungen, um durch Fusionen zu mehr Wirtschaftlichkeit im organisatorischen Bereich zu kommen mit – durchaus beachtlichen Erfolgen. Wir haben es heute mit nur noch rd. 400 Krankenkassen zu tun. Durch den Fusionsprozess wurden erhebliche Rationalisierungserfolge erreicht. Dies zeigt: Es ist nicht alles schief gelaufen. Gleichwohl haben wir ernste Probleme zu lösen, die ihre Ursachen auch in den heute immer noch unterschiedlichen organisations- und wahlrechtlichen Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen haben. Damit spreche ich die Möglichkeit von Betriebs- und Innungskrankenkassen an, sich für Betriebsfremde, für Innungsfremde zu öffnen. Diese Option haben nur Betriebs- und Innungskrankenkassen, nicht jedoch die AOK oder Ersatzkassen. Mit dieser Option kann die privilegierte BKK oder IKK selbst entscheiden, mit welcher Intensität sie am Kassenwettbewerb teilnehmen möchte.

##### 3. Zwischenergebnis

Ein erstes Resümee zu den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs kommt zu dem Zwischenergebnis: Der RSA hat beachtliche Wirkungen in der finanziellen Neutralisierung unterschiedlicher Risikobelastungen entfaltet. Unübersehbar sind auch seine betriebswirtschaftlichen Erfolge als Controlling-Instrument. Kaum eine Krankenkasse verzichtet auf benchmark-orientierte Analyseansätze, die erst mithilfe der Norm-Ist-Ausgabenvergleiche und damit durch den RSA ermöglicht worden sind. Der RSA hat somit nicht nur über seine Kernfunktion – Neutralisierung von Risikolasten –, sondern auch unmittelbar durch die neue Qualität an Transparenz eine inzwischen allgemein anerkannte Bedeutung als Grundlage für effizientes Kostenmanagement gewonnen. Forderungen nach Abschaffung des RSA, wie sie in den Anfangsjahren etwa von der am stärksten „belasteten“ Techniker Krankenkasse zu hören waren, sind inzwischen eher eine Seltenheit.

## Ausgabendeckende Beitragssätze 1998

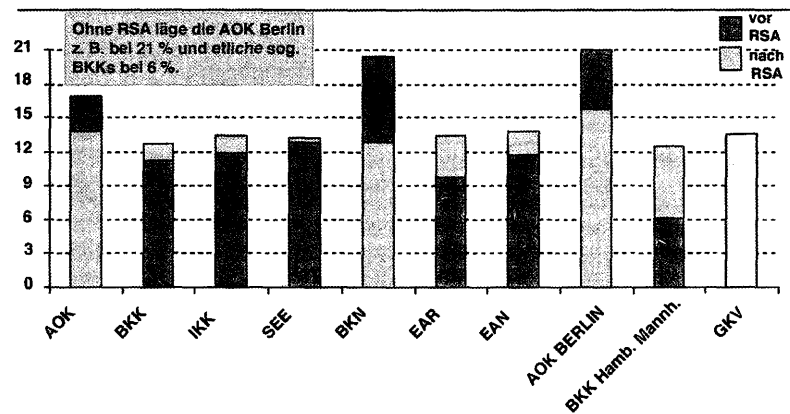


Abb. 6

Er ist zwar durchaus wirksam – jedoch nicht hinreichend effizient – wie im Einzelnen noch deutlich werden wird. Es gibt allerdings auch erhebliche Beitragssatzverwerfungen durch verschiedene Fehlentwicklungen, die eng mit den ordnungspolitischen Rahmenbedingungen im Organisationsrecht zusammenhängen. Dies lässt sich anhand der empirischen Erfahrungen der letzten Jahre nachweisen. Und es gibt darüber hinaus erhebliche Beitragssatzbelastungen, die der Gesetzgeber verursacht hat. Wir haben es also seit 1994 mit einer spürbaren Verschärfung des Kassenwettbewerbs unter leider immer noch unzureichenden rechtlichen Rahmenbedingungen zu tun.

#### 4. Überlegungen zur Verbesserung des Wettbewerbs

Nach welchen Kriterien lässt sich beurteilen, ob die Wirkungen des Kassenwettbewerbs befriedigend oder unbefriedigend einzuschätzen sind? Dies lässt sich nur an der Zielsetzung des Wettbewerbs messen. In einem System, dessen Hauptaufgabe die solidarische Absicherung sozialer Risiken ist, kann der Wettbewerb nicht Selbstzweck sein. Für die Einführung von Wettbewerb in einem sozialen Sicherungssystem muss es also eine Rechtfertigung geben. Eine solche Rechtfertigung hätte der Wettbewerb, wenn er zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Versorgungsqualität der Kranken und Schwerkranken führte. Es ist weitgehender Konsens, dass dies die **Ziele des Wettbewerbs** sind.

Sind diese Ziele durch die Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten aber erreicht worden? Was hat sich seit 1995/96 in der GKV geändert?

Die grafische Darstellung der Entwicklung der Marktanteile der 3 größten Kassenarten – AOK, Angestellten-Ersatzkassen und Betriebskrankenkassen – im Westen zeigt, dass die AOK im Bereich der erwerbstätigen Versicherten ohne Rentner, also in dem wettbewerbsmäßig am stärksten umkämpften Bereich, erhebliche Marktanteile verliert. Dies geschieht allerdings nicht erst seit 1995/96, dem Zeitpunkt der Einführung der Kassenwahlrechte, sondern seit Jahrzehnten. Die negative Dynamik der

Marktanteilskurve der AOK ist in den letzten 3 Jahren jedoch noch ausgeprägter als in den Achtzigerjahren. Die AOK ist somit der Verlierer dieser Form des Wettbewerbs, wenn man das unter quantitativen Mitgliederaspekten betrachtet.

#### Entwicklung der AKV-Marktanteile im Jahresdurchschnitt (1980 - 2000, Bund)

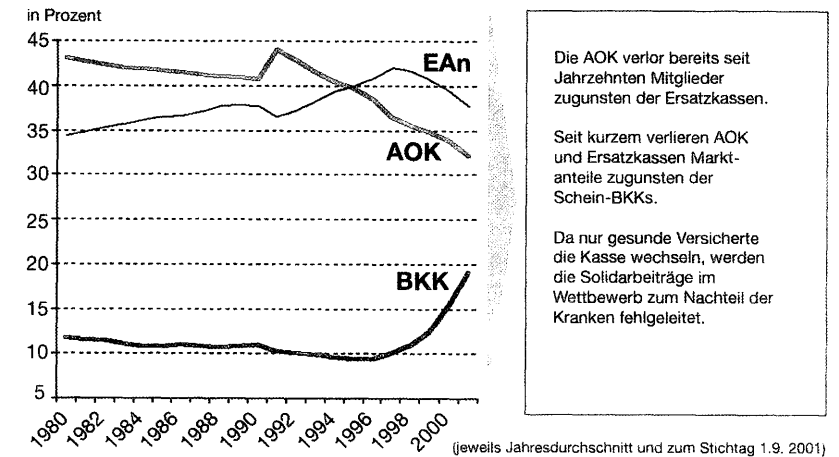


Abb. 7

Die Angestellten-Ersatzkassen hingegen waren traditionell – schon vor Einführung der Kassenwahlrechte – auf dem Expansionspfad. Erst seit etwa 4 Jahren müssen auch sie Verluste an Marktanteilen hinnehmen und unterliegen damit dem gleichen Schicksal wie die AOK. Die großen Gewinner sind die Betriebskrankenkassen, die vor Einführung der Kassenwahlrechte jahrzehntlang einen unveränderten Marktanteil von rd. 10 % im Bereich der allgemeinen Krankenversicherung hatten. Seit etwa 3 Jahren kann die BKK exorbitante Mitgliederzuwächse verzeichnen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich diese Zuwächse nur auf einen Teil der Betriebskrankenkassen konzentrieren.

Wenn wir uns die Verluste und Gewinne genauer anschauen, stellen wir fest, dass die AOK in den letzten 5 Jahren 12 % und die Ersatzkassen 3 % ihrer Mitglieder verloren und die Betriebskrankenkassen über 60 % hinzugewonnen haben. Auf einzelne Krankenkassen bezogen sieht das Bild noch etwas düsterer aus: Die Barmer Ersatzkasse, die DAK, die Technikerkasse waren lange Zeit – bezogen auf die quantitativen Wirkungen – Gewinner des Wettbewerbs. Dies hat sich inzwischen auch dort deutlich erkennbar geändert. Beunruhigend ist das zunächst einmal nur für die negativ betroffene Kasse – denn schließlich gehört es ja zum Charakter des Wettbewerbs, sich zu messen, um zu gewinnen oder zu verlieren. Allerdings muss diese Form des Wettbewerbs auch die Gesundheitspolitiker beunruhigen: Es ist eine Dynamik in der Veränderung des Marktes erkennbar, die etliche der mit jährlicher Verdoppelung ihrer Mitglieder konfrontierten Pseudo-BKKen vor organisatorische Probleme stellt.



## V. Verzerrte Beitragssätze: Verlierer sind die kranken Versicherten

### 1. Wettbewerbsmodell des Gesetzgebers

Der Kassenwettbewerb soll – so die Vorstellung des Gesetzgebers – über die Beitragssätze gesteuert werden. Wie die Preise auf Gütermärkten sind die Beitragssätze Signale, die dem Wahlberechtigten die Botschaft über das Preis-Leistungs-Verhältnis geben sollen. Und der RSA sollte dafür sorgen, dass die Beitragssätze nicht mehr durch unterschiedliche Versichertenstrukturen beeinflusst werden. Hat das aber in den letzten Jahren tatsächlich funktioniert?

Diese Frage lässt sich schrittweise beantworten, wenn man die Ausprägungen des Wettbewerbs der letzten Jahre beleuchtet. Nachdenklich stimmt zunächst das Zitat eines Pressesprechers aus dem BKK-System, der gesagt hat: „Sobald die Menschen krank, vielleicht sogar chronisch krank sind, haben sie etwas anderes zu tun als die Krankenkasse zu wechseln“ (Frankfurter Rundschau 17. 5. 2000). Diese Feststellung trifft den qualitativen Kern des Kassenwettbewerbs: Es wechseln nicht die Kranken, sondern – verständlicherweise – die Gesunden. Dies bedeutet im Klartext, dass die unterschiedlichen Risikobelastungen der Krankenkassen nicht mehr primär entlang der traditionellen Faktoren Alter, Geschlecht etc. verändert werden, sondern in erster Linie durch den aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten.

### 2. Das Problem der Entsolidarisierung

Der Risikostrukturausgleich hat insofern versagt. Sein Ziel, die unterschiedlichen Versichertenstrukturen der Krankenkassen finanziell auszugleichen und somit Beitragssatzverschiebungen auf Grund von Mitgliederab- oder -zuwanderungen zu vermeiden, kann er nicht erreichen. Denn er berücksichtigt nicht, dass Versicherte gleichen Alters und Geschlechts unterschiedlich gesund bzw. krank sind. Und wenn es nur die Gesunden sind, die die Krankenkasse wechseln, entstehen Krankenkassen mit extrem unterschiedlichen Solidargemeinschaften: Auf der einen Seite die Krankenkassen mit überwiegend gesunden Mitgliedern – sie kommen mit extrem niedrigen Beitragssätzen aus –; auf der anderen Seite die Kassen mit zunehmenden Anteilen von kranken und chronisch kranken Versicherten, denen aber die zur Mitfinanzierung der Ausgaben notwendigen gesunden Mitglieder fehlen. Dies führt zu einem erneuten Auseinanderdriften der Beitragssätze. Vor allem aber führt dies zu einer Fehllenkung der Solidarmittel, die nicht dort landen, wo die chronisch Kranken zu versorgen sind, sondern in viel zu hohem Ausmaß dort, wo sich die gesunden Versicherten ansammeln.

Was bedeutet es unter gesundheitspolitischen Aspekten, wenn der Wettbewerb zwangsläufig zu einer Entsolidarisierung in der GKV führt? Es kann keine Krankenkasse ein Interesse daran haben, die Versorgungsqualität zu verbessern, wenn dies im finanziellen Ergebnis der Krankenkasse unter den Bedingungen des Wettbewerbs katastrophale Folgen hat. Wenn die Krankenkassen vernünftige gesundheitspolitische Programme machen, hierdurch aber fürchten müssen, vermehrt chronisch kranke Versicherte zu binden oder zusätzliche zu gewinnen, ist das ein existenzbedrohendes „Geschäft“. Die hierdurch verursachten Beitragssatzbelastungen wären demnach gravierend, dass die Wettbewerbs- und Existenzfähigkeit dieser Kasse bedroht wäre. Die nahe liegende Folge ist somit: Ein Qualitätswettbewerb findet nicht statt.

## 3. Ergebnis: Fehlsteuerung durch den bisherigen RSA

Was bedeutet das für die Steuerungswirkungen des Wettbewerbs? Der Wettbewerb soll zu mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Versorgungsqualität führen. Wenn der Beitragssatz von einer kontinuierlichen Verschlechterung der Risikostruktur beeinflusst wird, gelingt es den Krankenkassen dann noch, durch Managementbemühungen in den verschiedenen Leistungsbereichen, ihre Wirtschaftlichkeit nach außen sichtbar zu machen? In der Vergangenheit ist das jedenfalls nicht gelungen. In diesem Bereich hat der RSA ganz offensichtlich versagt. Das führte dazu, dass im Jahre 2000 die Ausgaben je Mitglied bei den Ortskrankenkassen um 2,5 % stiegen und bei den Betriebskrankenkassen um 3,3 % sanken. Die sanken natürlich nicht, weil die Betriebskrankenkassen so phantastische Kostenmanagementprogramme steuern. Sie sanken dort, weil sich die Versichertenstruktur der Betriebskrankenkassen erheblich verbessert hat. Es sind eben die Gesunden, die wechseln und ihre RSA-Gutschrift in gleicher Höhe mitbringen, wie sie den Versorgerkassen für gleichaltrige kranke Versicherte – die ihrer bisherigen Kasse treu bleiben – zugeschrieben wird.

## VI. Drei-Stufen-Konzept auf wissenschaftlichem Fundament

### 1. Zwischenbilanz

Hauptmakel der bisherigen RSA-Konzeption ist die viel zu grobe Risikodifferenzierung. Die Morbidität wird im RSA bislang nicht unmittelbar berücksichtigt. Dadurch wird zu viel Geld für gesunde und zu wenig für kranke Versicherte zur Verfügung gestellt. Hierin liegt das simple Geheimnis des vermeintlichen Erfolges der Schein-BKKen. Ein weiteres Problem stellt der unzureichende Finanzausgleich dar. Da in die Bemessung der RSA-Beitragsbedarfe nur rd. 92 % des Ausgabenvolumens der GKV einfließt (in die standardisierten Leistungsausgaben gehen nur Regelleistungen, nicht aber Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben ein), bleibt zwangsläufig auch der Ausgleich der unterschiedlichen „Grundlöhne“ (Arbeitsentgelte, Renten etc.) der Beitragszahler im RSA unvollständig. Hierdurch bleibt es für die Krankenkassen in der Regel finanziell günstig, möglichst viele höherverdienende Mitglieder zu versichern. Von diesem RSA-Privileg profitiert vor allem die Techniker Krankenkasse zulasten der AOKen. Die Mixtur aus organisationsrechtlichen Ungereimtheiten und RSA-Defiziten wirkte sich auf die wettbewerblichen Rahmenbedingungen verhängnisvoll aus.

### 2. Vorarbeiten zum neuen RSA

Dem Reformgesetz gingen umfassende wissenschaftlich-empirische Analysen durch externe Sachverständige voraus. Sowohl die Bundesregierung als auch die GKV-Spitzenverbände hatten verschiedene wissenschaftliche Experten und Institute hiermit beauftragt. Die diversen Gutachten kamen in der Analyse der wettbewerblichen Verwerfungen und ihrer Ursachen zu weitgehend gleichen, in den Lösungsansätzen dagegen zu teilweise unterschiedlichen Ergebnissen: Sämtliche vom BMG und GKV-Spitzenverbänden veranlassten wissenschaftlichen RSA-Analysen stellten übereinstimmend fest, dass die Beschränkung des RSA auf sozioökonomische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Einkommen etc. der Versicherten für eine risikogerechte Mittelzuordnung durch einen RSA nicht ausreicht. Wenn eine Kasse für einen

schwerkranken Versicherten, der z. B. 20 000 EUR Ausgaben verursacht, eine gleich hohe Beitragsbedarfszuweisung im RSA erhält wie für einen gleichaltrigen gesunden Versicherten, muss es zwangsläufig zu Beitragssatzverzerrungen kommen.

Auch der Sachverständigenrat für die gesamtwirtschaftliche Entwicklung hatte es bereits in seinem vorletzten Jahresgutachten auf den Punkt gebracht: „Die Schwäche des RSA liegt darin, die tatsächlichen durchschnittlichen Ausgaben als Ausgleichsrichtgrößen zu nehmen, da diese offensichtlich zu grobe Morbiditätskriterien sind, um Anreize zu einem gesamtwirtschaftlich ineffizienten Kassenwettbewerb um gute Risiken zu unterbinden...“.

In seinem letzten Jahresgutachten hat er diesen Befund noch einmal bekräftigt. Der RSA konnte die wettbewerblichen Deformierungen mit seinen jährlichen Transfers von inzwischen rd. 12 Mrd. EUR anfangs zwar noch bremsen, nicht aber dauerhaft aufhalten. Leidtragende waren vor allem die kranken, schwer- und chronisch kranken Sozialversicherten, deren medizinische Versorgung nur mit überdurchschnittlich hohen und aktuell steigenden Beitragssätzen sicherzustellen war. Qualitätsfortschritte blieben unter dem wettbewerblichen Beitragssatzdruck zwangsläufig auf der Strecke.

### 3. Die Vorschläge der Gutachter

Die Vorschläge der Gutachterteams konzentrierten sich konsequenterweise darauf, die unterschiedlichen Risikostrukturen der 70 Mio. GKV-Versicherten differenzierter als heute abzubilden. Das Reformgesetz folgte hier vor allem den Vorschlägen des BMG-Gutachterteams IGES/Wasem/Cassel. Die Risikolasten der Krankenkassen werden ab 2007 nicht mehr mittelbar nach Alter, Geschlecht etc., sondern unmittelbar über morbiditätsbasierte Klassifikationen (Morbi-RSA) differenziert. Da dies nicht kurzfristig umsetzbar ist, muss ein Risikopool diese Zeit überbrücken.

Auch hier folgt das Reformgesetz zumindest in der Konzeption dem Vorschlag von IGES/Wasem/Cassel. Ziel des Risikopools ist, die Unterdeckungen zu verringern, die durch besonders versorgungsintensive schwerkranke Versicherte verursacht werden. Kennzeichen des Risikopools sind der Schwellenwert und der Eigenanteil der Krankenkasse: Von dem 20 450 EUR übersteigenden Ausgabenbetrag werden 60 % aus dem Pool erstattet.

Die Finanzierung des Pools erfolgt über eine dem Risikopool entsprechende Absenkung der RSA-Beitragsbedarfe. In der Ausgestaltung des Risikopools folgte der Gesetzgeber jedoch nicht den von der AOK unterstützten Vorstellungen der Gutachter, die einen deutlich niedrigeren Schwellenwert von rd. 10 000 EUR und eine niedrigere Eigenbeteiligung der Kasse von 20 % vorgesehen hatten. Dementsprechend bleiben die positiven finanziellen Wirkungen dieser Maßnahme auf wenige Kassen begrenzt, in denen sich besonders hohe Risikolasten konzentrieren.

### 4. Versorgungsdefizite in der Krankenbehandlung und RSA

Zu den inzwischen weitgehend gefestigten Erkenntnissen gehört auch, dass unser Gesundheitssystem erhebliche Versorgungsmängel aufweist. Hierauf haben vor allem die Experten des BMG-Sachverständigenrats wiederholt hingewiesen. Das vom VdAK, vom IKK- und AOK-Bundesverband beauftragte Expertenteam Lauterbach/Wille hatte deshalb vorgeschlagen, finanzielle Anreize zur Verbesserung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker im Rahmen der RSA-Reform zu schaffen. Das Reformgesetz ist diesem Ansatz mit einer zusätzlichen Differenzierung für chronisch kranke Versicherte im RSA gefolgt. Voraussetzung für die Differenzierung ist eine freiwillige Einschreibung der betroffenen Versicherten in qualitätsgesicherten strukturierten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme), die für bestimmte Diagnosen vorgesehen sind.

Stand der RSA-Reform: Was wurde erreicht? Beschlossene RSA-Änderungen

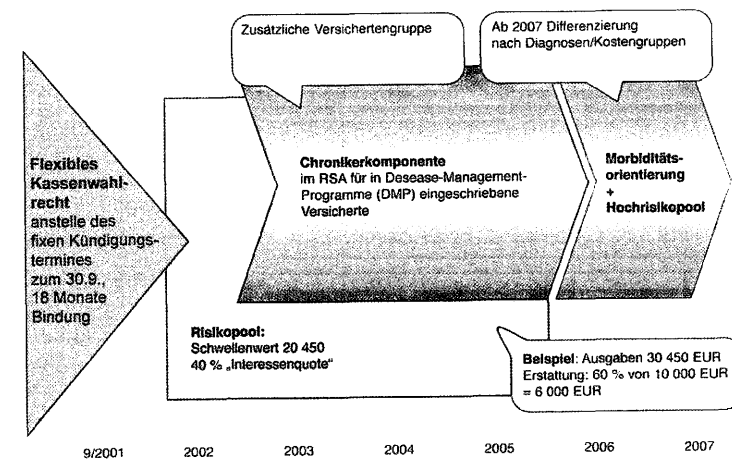


Abb. 8

## VII. Bewertung des RSA

Der RSA ist 8 Jahre nach seiner Einführung – trotz Verfassungsbeschwerden und juristischer Rundumschläge – politisch und rechtlich stabil. Seine Notwendigkeit zur Steuerung eines sinnvollen Wettbewerbs um mehr Qualität und Effizienz wird auf der Grundlage der breiten wissenschaftlich fundierten Diskussion zunehmend auch im Politikbereich verstanden. Ausschlaggebend ist nicht, wie hoch eine Kasse be- oder entlastet wird, sondern ob der Kassenwettbewerb zu mehr Qualität und Effizienz beiträgt. Hierzu bedarf es der unmittelbaren Morbiditätsorientierung des RSA und der konsequenten Umsetzung der hierzu seit dem 1. 1. 2002 geltenden gesetzlichen Regelungen.

Leider aber hat die RSA-Reform von 2001 nicht alle Defizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung – noch nicht einmal alle im RSA – gelöst. Nach wie vor ist die Finanzkraftseite im RSA unterbelichtet: Für Kassen mit ungünstiger Altersstruktur und geringen „Grundlöhnen“ kann dies einen Wettbewerbsnachteil in Höhe von mehr als 0,3 Beitragssatzpunkten ausmachen. Handlungsbedarf besteht ebenfalls weiterhin im Kassenorganisationsrecht. Obwohl hierzu bereits seit langem fachlich ausgereifte Vorschläge zur Beseitigung der BKK-Privilegien und anderer Ungereimtheiten vorliegen, kam es nicht zu der überfälligen Entrümpelung von Regelungen, die teilweise noch aus der nachbismarckschen RVO-Phase stammen.

Zunehmend konzentrieren sich die Forderungen der Gesundheitsökonomien und Spitzenverbände auf die Öffnung der Vertragsbeziehungen zwischen GKV und Leistungsanbietern für mehr Wettbewerb – vor allem auch unter den Leistungsanbietern. Der wettbewerblich orientierte Weg hat nach meiner Einschätzung seine endgültige Bewährungsprobe zwar noch nicht bestanden – er hatte angesichts der unzureichenden Rahmenbedingungen aber auch keine echte Chance hierzu<sup>1</sup>.

Bevor wir uns an die Konstruktion der ordnungspolitischen Alternativen heranwagen – Einheitsversicherung oder regionales bzw. berufsständisches Zuweisungssystem – sollten wir den eingeschlagenen Weg behutsam aber konsequent weiterverfolgen. Erst wenn der Beweis erbracht ist, dass wettbewerbliche Orientierung und Solidarprinzip wirklich nicht miteinander vereinbar sind, sollten wir diesen Pfad verlassen. Ob wir in den oben genannten ordnungspolitischen Alternativen ohne Wahlfreiheiten jedoch auf einen RSA oder vergleichbare Ausgleichssysteme verzichten könnten, wage ich angesichts der Grundsätze, die das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss von 1994 zu den Beitragssatzunterschieden aufgestellt hat, sehr zu bezweifeln.

<sup>1</sup> Rudolf Dressler im Juni 2000, kurz vor seinem Ausscheiden aus dem Deutschen Bundestag: „... Nach diesen 20 Jahren bin ich mir nahezu sicher, es gibt keinen Reformvorschlag, der nicht mindestens schon einmal gedacht oder erwogen wurde. Wir sind wirklich durch damit ... Es gibt nicht den großen Entwurf zur Gesundheitsreform; es gibt nur die zähen, kleinen Schritte von Etappe zu Etappe. Die aber muss man gehen ...“

## Der Risikostrukturausgleich aus der Sicht einer Allgemeinen Ortskrankenkasse

Wolfgang Nopper, AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man sich – um den Risikostrukturausgleich (im Folgenden: RSA) wirklich zu verstehen – anhand eines einfachen Beispiels die Wirkungsweise dieses Verfahrens vor Augen führen muss. Ich bin mir sicher, dass dann auch viele der Zuhörer einen ganz neuen Einblick erhalten werden.

Obwohl Sie nun bereits eine ganze Menge an theoretischer Information erhalten haben, komme auch ich nicht umhin, an dieser Stelle noch ein paar Ergänzungen vorzunehmen, weil sie zum besseren Verständnis notwendig sind.

Folgendes ist vorauszuschicken: RSA und Wettbewerb sind untrennbar miteinander verbunden.

„Nachdem die GKV ursprünglich im Wesentlichen als parafiskalisches Zuweisungssystem konzipiert war, hat der Gesetzgeber mit dem GStruktG die Grundlagen für eine wettbewerbliche Orientierung der GKV gelegt, indem nahezu alle GKV-Mitglieder ab 1996/97 die Möglichkeit erhalten haben, ihre Krankenkasse zu wechseln.“

Und:

„Es werden nur dann die angestrebten positiven Gesamtwirkungen erzielt werden können, wenn der Wettbewerb in einen adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmen eingebunden ist.“ (Jakobs/Reschke/Wasem: Zur funktionalen Abgrenzung von Beitragssatzregionen in der GKV; Gutachten im Auftrag des Arbeitsministeriums Baden-Württemberg, Juni 1999)

Weder der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung noch der Risikostrukturausgleich sind aus dem „Nichts“ aufgetaucht. Wettbewerb in der GKV gab es schon immer, er wurde aber durch das Gesundheitsstrukturgesetz, mit dem auch der RSA eingeführt wurde, gewaltig verschärft. Auch der RSA hatte einen Vorläufer, nämlich den so genannten KVdR-Finanzausgleich, mit dem die Leistungsausgaben der Rentner seit 1978 gleichmäßig auf alle Kassen verteilt wurden.

Einen gravierenden Unterschied darf man allerdings nicht vergessen: Während der RSA einen Ausgleich auf der Einnahmenseite vornimmt, handelte es sich beim KVdR-Ausgleich um einen rein ausgabenbezogenen Finanzausgleich. Der Anreiz, bei den Leistungsaufwendungen für Rentner zu sparen, war gleich Null. Festzuhalten ist aber, dass es ihn schon vor der Einführung des RSA-Finanztransfers zwischen den einzelnen Krankenkassen gab. Der RSA erst hat Transparenz in das Ausgleichssystem gebracht, denn zu Zeiten des KVdR-Ausgleichs wusste keine Kasse, was wirklich umverteilt wird. Das lag daran, dass die Abwicklung über die BfA erfolgte; die einzelne Kasse kannte zwar die Ausgaben der bei ihr versicherten Rentner, nicht aber deren Grundlohn.

Eines aber ließ der KVdR-Ausgleich vollkommen außen vor. Ungleich verteilt zwischen den Kassen sind nämlich nicht nur die Rentner, sondern auch die Allgemeinversicherten. So hat die AOK beispielsweise bei den Geringverdienern einen viel höheren Marktanteil als bei den Arbeitnehmern, die ihren Beitrag aus der Bei-

tragsbemessungsgrenze zahlen. Andererseits ist die Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Angehörigen bei den traditionellen BKKen (nicht bei den virtuellen BKKen!) höher als bei vielen anderen Kassen.

Mit anderen Worten:

„Mit dem Ausgleich der finanziellen Auswirkungen der unterschiedlichen Risikostrukturen der Krankenkassen sollen eine gerechte Beitragsbelastung der Versicherten erreicht und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen abgebaut werden.“ (Gesetzesbegründung zu § 126 Abs. 1 SGB V)

Hätte der Gesetzgeber also die Kassen mit ihren historisch gewachsenen Risikostrukturen ohne jeden Ausgleich in den freien Wettbewerb entlassen, wäre eine enorme Beitragssatzspreizung die Folge gewesen. Ein beträchtlicher Teil der Kassen wäre unter diesen Rahmenbedingungen ganz schnell untergegangen. Absicht des Gesetzgebers war es also, den Wettbewerb in einen adäquat ausgestalteten Ordnungsrahmen einzubinden und annähernd gleiche Startchancen zu schaffen. Inwieweit ihm das gelungen ist, werden wir uns noch ansehen.

Der RSA soll dem Solidaritätsprinzip auch unter den Bedingungen des Wettbewerbs weiterhin Geltung verschaffen. Dass er damit dem Willen von mehr als 4/5 der Bevölkerung entspricht, können Sie am folgenden Schaubild erkennen. Dieses Grundanliegen der Deutschen ist übrigens bei den Anhängern aller Parteien nahezu gleich.

**Einstellung der Versicherten zum Solidarprinzip in der GKV**

**In der GKV sollen junge für alte und gesunde für kranke Menschen einstehen...**

Anhänger von:	stimme zu	teils, teils	lehne ab
SPD	88,3	6,5	5,2
CDU/CSU	86,9	8,9	4,2
Bündnis 90/Die Grünen	86,2	6,9	6,9
FDP	81,3	6,8	11,9
PDS	85,7	5,7	8,6
Sonstige	78,0	14,2	7,8
Gesamt	84,0	9,7	6,3

Quelle: Emnid/ WidO – Repräsentative Umfrage zum Thema Solidarprinzip, 2000

Was gleicht nun der RSA wirklich aus? Das hängt davon ab, wie weit er das Solidaritätsprinzip in seinen Mechanismen umsetzt. Das Solidaritätsprinzip besagt, dass der gut Verdienende für den weniger gut Verdienenden einsteht, der Ledige für die Familie, der Junge für den Alten, und Unterschiede in der Beitragshöhe zwischen Frauen und Männern soll es – anders als in der Privatversicherung – auch nicht geben. Demgemäß gleicht der RSA die Faktoren

- Grundlohnsumme**
- Alter**
- Geschlecht** und
- Anzahl der beitragsfrei mitversicherten Angehörigen**

aus. Dass daneben der Faktor Erwerbsminderungsrente eine gesonderte Rolle spielt, braucht uns für eine vereinfachte Betrachtung nicht weiter zu interessieren, er sei hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.

Einen Faktor des Solidaritätsprinzips haben wir aber bisher ausgelassen, nämlich den, dass der Gesunde für den Kranken einsteht. Dieser Risikofaktor ist differenziert zu betrachten. Der RSA gleicht die Morbidität – so heißt dieser Faktor – nur insoweit aus, als beispielsweise 80-jährige Versicherte **im Durchschnitt** „kränker“ sind als 20-jährige.

Die unterschiedliche Morbidität **innerhalb** einer bestimmten Altersgruppe lässt er außer Betracht. Es ist aber bekannt, dass beispielsweise zwischen der Höhe des Einkommens und der individuellen Gesundheit ein Zusammenhang besteht. Demgemäß ist die Höhe der Leistungsaufwendungen für einen Versicherten auch davon abhängig, welcher Bevölkerungsschicht er angehört. Warum das so ist, soll uns an dieser Stelle nicht weiter berühren; diese Frage zu beantworten wäre eine nachmittagfüllende Veranstaltung für sich. Es leuchtet aber ein, dass ein Bauarbeiter einem anderen Krankheitsrisiko ausgesetzt ist als ein Angestellter im Büro.

**Innerhalb** der jeweiligen Krankenkasse findet indessen ein vollständiger Morbiditäts-Ausgleich statt. Nur **zwischen** den Kassen ist er auf die dargestellten 4 Faktoren beschränkt.

Wie aber funktioniert der RSA nun „in der Wirklichkeit“? Wie schafft man es, diese 4 Faktoren so zu operationalisieren, dass es zu einem Ausgleich kommt? Das ist einfacher, als zunächst vermutet.

Die 2 Faktoren Alter und Geschlecht lassen sich abbilden, indem man eine Tabelle erstellt mit den Ausgaben, die eine bestimmte Altersgruppe, männlich oder weiblich, im Durchschnitt verursacht. Die Tabelle, die Sie vor sich sehen, ist eine verkürzte Darstellung der durchschnittlichen Leistungsausgaben in der Bundesrepublik Deutschland nach Alter und Geschlecht. Die einzelnen Werte werden auch als „Normerlöse“ bezeichnet.

### Standardisierte Leistungsausgaben/Normerlöse

in Euro pro Kopf GKV (wirklichkeitsnahe Abbildung)

Alter	Männer	Frauen	Alter	Männer	Frauen
10	722	666	50	1 491	1 600
15	746	871	55	1 931	1 933
20	642	971	60	2 300	2 050
25	702	1 291	65	3 132	2 504
30	755	1 495	70	3 326	2 750
35	857	1 365	75	3 933	3 633
40	1 000	1 234	80	4 458	4 079
45	1 191	1 349			

In Wirklichkeit gibt es mehrere 100 solcher Tabellenwerte, da für jeden Jahrgang ein Ausgabenwert für sich errechnet wird, und außerdem existieren 3 verschiedene Versichertengruppen, demgemäß auch 3 verschiedene Tabellen. Beispielsweise unterscheiden sich die Ausgaben zwischen den Versichertengruppen „Arbeitnehmer“ und „Familienangehörige“ deshalb, weil die einen mit Krankengeldanspruch versichert sind, die anderen nicht. Um aber das System an sich zu erläutern, genügt eine einfache Darstellung vollkommen. Des Weiteren habe ich einige Tabellenwerte etwas gerundet, damit wir uns nachher das Rechnen erleichtern können. Indem man auch den beitragsfrei mitversicherten Angehörigen einen Normausgaben-(Normerlös-)Wert zumisst, trägt man dem 3. Faktor des RSA Rechnung.

Mittels dieser Tabelle wird nun ermittelt, was die jeweilige Kasse **im Durchschnitt** ausgeben darf, um mit dem **durchschnittlichen** Beitragssatz der GKV in der Bundesrepublik Deutschland auszukommen. Der Ausgleichsanspruch in Euro bemisst sich danach, ob die Kasse in der Lage ist, mit ihrer Grundlohnsumme diese Durchschnittsausgaben zu finanzieren. Hier kommt also der 4. Faktor des RSA, die Grundlohnsumme, zum Tragen. Die Summe der Durchschnittsausgaben wird ermittelt, indem man die jeweiligen Durchschnittswerte aus der Tabelle mit der Anzahl der Versicherten in der jeweiligen Alters- und Geschlechtskategorie multipliziert und anschließend die Ergebnisse zusammenaddiert.

Übrigens werden nicht alle Ausgaben der Kassen in den Ausgleich einbezogen. Außen vor bleiben die Verwaltungskosten und die Leistungen, die in der Satzung vorgesehen sind, z. B. Kuren. Begründet wird dies damit, dass diese Ausgaben von der jeweiligen Kasse selbst gesteuert werden können. Ob das immer so ist, darüber kann man trefflich streiten. Auf diesen Punkt komme ich noch zurück.

### Der RSA - Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht

in € je Versich.

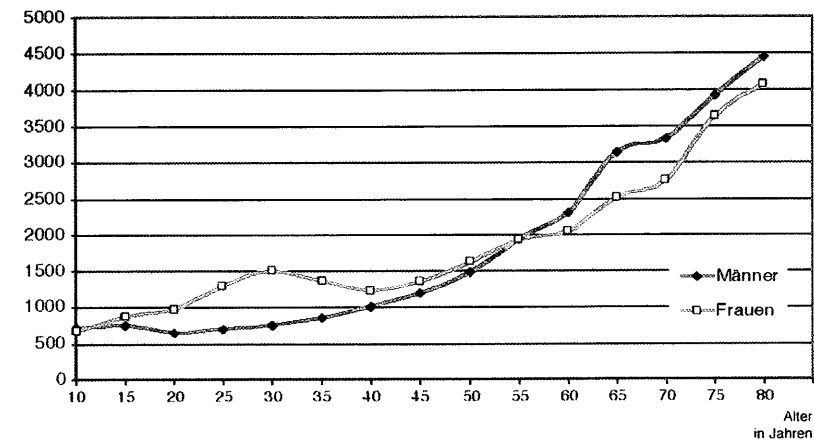


Abb. 1

In dieser Darstellung habe ich Ihnen die Tabelle als Grafik aufbereitet. Sie sehen hier sehr schön, wie die Ausgabenkurven nach Alter und Geschlecht verlaufen. Frauen sind beispielsweise in jüngeren Jahren „teurer“ als Männer; das liegt am so genannten „Geburtenrisiko“. Später setzt sich dann die höhere Vitalität der Frauen durch, was sich auch in deren höherer Lebenserwartung niederschlägt.

Von den „Zahlerkassen“ wird oft die Kompliziertheit dieses Verfahrens bemängelt. Meine Meinung dazu will ich Ihnen nicht verhehlen. Solange es uns gelingt, mit den 4 Grundrechenarten auszukommen, desavouiert sich ein solches Argument von selbst.

### Solidarprinzip und Äquivalenzprinzip

Der RSA ist ökonomisch gesehen ein Mittler zwischen **Solidar-** und **Äquivalenzprinzip**.

Die GKV erhebt ihre Beiträge nach dem **Solidarprinzip**.

**Parameter** sind:

- Höhe des Einkommens und
- Beitragssatz, der nach dem Prinzip des Umlageverfahrens mit einem Vomhundertsatz auf die Summe der Versicherteneinkommen die aktuellen Gesamtausgaben deckt.

⇒ Die Höhe des individuellen Versicherungsrisikos (Alter, Geschlecht) spielt keine Rolle.

Wenn man das Zusammenwirken der Ausgleichsfaktoren etwas genauer betrachtet, stellt man fest, dass mit dem RSA quasi ein tragendes Element aus der privaten Krankenversicherung, nämlich das Äquivalenzprinzip, Einzug in die GKV gehalten hat. In Anwendung dieses Prinzips bemessen sich die Beiträge der Versicherten in der PKV nach dem individuellen Risiko. Deshalb zahlt der Ältere dort einen höheren Beitrag als der Jüngere. Dabei spielt es keine Rolle, wie hoch das Einkommen ist, aus dem dieser Beitrag finanziert wird.

Weil die Normerlöse nach dem Äquivalenzprinzip errechnet werden, der einzelne Versicherte aber seinen Beitrag weiterhin nach dem Solidaritätsprinzip zahlt, stellt der RSA einen Mittler zwischen diesen beiden Prinzipien dar.

#### Finanzierung des RSA

- Über den RSA fließen nun alle Beiträge in einen gemeinsamen „Topf“, der vom Bundesversicherungsamt verwaltet wird.
- Die Zuweisung an die einzelnen Kassen erfolgt dann quasi nach dem **Äquivalenzprinzip**, denn sie erhalten ihre Einnahmen gemäß einer Normausgabentabelle, die sich nach Alter und Geschlecht – und damit nach dem Versicherungsrisiko – unterscheidet.

Wie werden die Zahlungsströme nun in der Praxis gelenkt? Zuständig für die Durchführung des RSA ist das Bundesversicherungsamt. Dort werden die Normerlöse errechnet, die Sie vorher in der Tabelle gesehen haben. Man muss sich das so vorstellen: Die Beiträge der einzelnen Versicherten fließen in einen gemeinsamen Topf, aus dem heraus das Bundesversicherungsamt die Normerlöse auf die Kassen verteilt.

Nun möchte ich anhand eines vereinfachten Beispiels die in der Praxis ablaufenden Berechnungsschritte zeigen. Nehmen wir einmal an, die gesamte GKV der Bundesrepublik Deutschland besteht nur aus 2 Kassen, und jede hat nur 2 Versicherte. Nehmen wir auch an, beide Kassen hätten keine satzungsmäßigen Mehrleistungen. Wir werden zunächst die Beitragssätze der beiden Kassen ohne RSA ausrechnen und anschließend mit RSA. Dabei werden wir alle grundlegenden Rechenschritte, die das Bundesversicherungsamt durchführt, nachvollziehen.

#### Rechenbeispiel zum RSA

- Annahme:
- Die GKV besteht nur aus 2 Kassen (A und B).
  - Jede Kasse hat nur jeweils 2 Versicherte.
  - Die Verwaltungskosten belaufen sich jeweils auf 100 EUR je Versicherten.
  - Die Kassen haben nur RSA-fähige Leistungsausgaben.

#### Daten der Kasse A

ein Mann	40 Jahre, tatsächliche Leistungsausgaben	1 050 EUR
eine Frau	60 Jahre, tatsächliche Leistungsausgaben	2 100 EUR
	standardisierte Leistungsausgaben: (1 000 EUR + 2 050 EUR =)	3 050 EUR
	tatsächliche Leistungsausgaben: (1 050 EUR + 2 100 EUR =)	3 150 EUR
	Gesamtausgaben: (3 150 EUR Leistungen + 200 EUR Verwaltungskosten =)	3 350 EUR
Grundlohnsumme:		29 000 EUR

#### Daten der Kasse B

ein Mann	60 Jahre, tatsächliche Leistungsausgaben	2 200 EUR
eine Frau	50 Jahre, tatsächliche Leistungsausgaben	1 600 EUR
	standardisierte Leistungsausgaben: (2 300 EUR + 1 600 EUR =)	3 900 EUR
	tatsächliche Leistungsausgaben: (2 200 EUR + 1 600 EUR =)	3 800 EUR
	Gesamtausgaben: (3 800 EUR Leistungen + 200 EUR Verwaltungskosten =)	4 000 EUR
Grundlohnsumme:		27 000 EUR

#### Ausgabendeckender Beitragssatz vor RSA (1)

##### Kasse A

$$\frac{3\,350 \text{ EUR Ausgaben}}{29\,000 \text{ EUR Grundlohnsumme}} \times 100 = 11,6 \%$$

##### Kasse B

$$\frac{4\,000 \text{ EUR Ausgaben}}{27\,000 \text{ EUR Grundlohnsumme}} \times 100 = 14,8 \%$$

Die standardisierten Leistungsausgaben bzw. Normerlöse brauchen wir natürlich nicht, wenn wir den Beitragssatz „vor RSA“ ausrechnen. Vor Einführung des RSA waren – den alten KVdR-Ausgleich lassen wir einmal außer Betracht – nur die tatsächlichen Ausgaben und die Verwaltungskosten maßgebend.

Das ist eine einfache Rechnung, „X“ (also der Beitragssatz) = Gesamtausgaben (Leistungsaufwand + Verwaltungskosten) dividiert durch die Grundlohnsumme, multipliziert mit 100. Bei der Kasse „A“ ergibt sich ein Beitragssatz von 11,6 %, bei der Kasse „B“ ein solcher von 14,8 %. Der Unterschied lässt sich relativ einfach erklären, denn Kasse „B“ hat sowohl höhere Ausgaben als auch eine niedrigere Grundlohnsumme als Kasse „A“.

**Ausgabendeckender Beitragssatz nach RSA (2)**

Ausgleichsberechnung nach RSA

**Beitragsbedarfssumme GKV:**

Leistungsausgaben <b>Kasse A:</b>	3 150 EUR
Leistungsausgaben <b>Kasse B:</b>	<u>3 800 EUR</u>
	6 950 EUR

**Grundlohnsumme GKV:**

Grundlohnsumme <b>Kasse A:</b>	29 000 EUR
Grundlohnsumme <b>Kasse B:</b>	<u>27 000 EUR</u>
	56 000 EUR

**Ausgleichsbedarfssatz GKV**

$$\frac{\text{Beitragsbedarfssumme (GKV)} \times 100}{\text{Grundlohnsumme (GKV)}} = \frac{6\,950 \text{ EUR} \times 100}{56\,000 \text{ EUR}} = 12,4107\%$$

**Finanzkraftermittlung**

<b>Kasse A:</b> 29 000 EUR x 12,4107 % =	3 600 EUR
<b>Kasse B:</b> 27 000 EUR x 12,4107 % =	<u>3 350 EUR</u>
	6 950 EUR

**Ausgleichsanspruch/-verpflichtung**

<b>Kasse A:</b> Beitragsbedarf (= stand. Leistungsausgaben)	3 050 EUR	
Finanzkraft	<u>- 3 600 EUR</u>	
	- 550 EUR	(Nettozahler)
<b>Kasse B:</b> Beitragsbedarf (= stand. Leistungsausgaben)	3 900 EUR	
Finanzkraft	<u>- 3 350 EUR</u>	
	550 EUR	(Nettoempfänger)

Um einen Ausgleich vornehmen zu können, muss das Bundesversicherungsamt zunächst alle maßgeblichen Ausgleichsparameter auf GKV-Ebene, also bundesweit, zusammentragen.

Zuerst wird die Summe aller ausgleichsfähigen Leistungsausgaben (d. h. ohne satzungsgemäße Mehrleistungen) ermittelt. Dabei werden die **tatsächlichen** Ausgaben zugrunde gelegt, denn die Durchschnittswerte für die Tabelle (s. die Tabelle auf S. 140) können ja erst ermittelt werden, wenn die tatsächlichen Gesamtausgaben feststehen. Diese Summe wird auch als die „Beitragsbedarfssumme der GKV“ bezeichnet, denn sie entspricht dem Bedarf, der über die Beiträge aller Versicherten zu finanzieren ist. Natürlich muss der Beitragsbedarf der GKV wiederum der Summe aller standardisierten Leistungsausgaben (Normerlöse) entsprechen.

Die „Grundlohnsumme der GKV“ wird durch Addition der Grundlohnsummen aller Kassen errechnet.

Der „Ausgleichsbedarfssatz der GKV“ stellt den durchschnittlichen Beitragssatz aller Krankenkassen für die ausgleichsfähigen Leistungsausgaben dar. Er wird benötigt, um die „Finanzkraft“ der jeweiligen Krankenkasse zu ermitteln.

Die „Finanzkraft“ einer Krankenkasse ist die Summe Geldes, die ihre Mitglieder mittels des Durchschnitts-Beitragssatzes (also des Ausgleichsbedarfssatzes) aus dem kassenindividuellen, tatsächlichen Grundlohn aufbringen können. Erst dieser Rechenvorgang stellt sicher, dass der Faktor Grundlohn zwischen den Krankenkassen ausgeglichen wird.

Um nun die jeweiligen Ausgleichsbeträge zu berechnen, werden „Finanzkraft“ und „Beitragsbedarf“ für jede einzelne Krankenkasse einander gegenüber gestellt. Der „Beitragsbedarf“ der Kasse entspricht ihren standardisierten Leistungsausgaben, die wir aus der Normausgabentabelle ermittelt hatten (siehe die Tabelle auf S. 140 und das Rechenbeispiel auf S. 142f.).

In unserem Fall beträgt bei der Kasse A die Summe der Standardausgaben 3 050 EUR, ihre Finanzkraft jedoch 3 600 EUR. Somit bringt sie netto 550 EUR in den Ausgleich ein. Genau diesen Betrag erhält Kasse B, weil deren Beitragsbedarf sich auf 3 900 EUR beläuft, während sie eine Finanzkraft von nur 3 350 EUR aufweist. Wichtig ist, dass also nicht die **tatsächlichen**, sondern die **standardisierten** Ausgaben in die Berechnung einfließen. Würden die tatsächlichen Ausgaben ausgeglichen, hätte keine Kasse mehr ein Interesse an wirtschaftlichem Verhalten.

Der ausgabendeckende Beitragssatz nach RSA errechnet sich wieder nach dem bekannten Schema, nur dass zu den tatsächlichen Ausgaben jetzt noch der Nettotransfer aus dem RSA dazu kommt bzw. in Abzug gebracht wird.

**Ausgabendeckender Beitragssatz nach RSA (3)**

<b>Kasse A:</b>	Ausgaben gesamt	3 350 EUR
	+ Nettotransfer RSA	+ 550 EUR
		<u>3 900 EUR</u>

$$\frac{3\,900 \text{ EUR zu finanzierende Ausgaben}}{29\,000 \text{ EUR Grundlohnsumme}} \times 100 = 13,4 \%$$

<b>Kasse B:</b>	Ausgaben gesamt	4 000 EUR
	+ Nettotransfer RSA	- 550 EUR
		<u>3 450 EUR</u>

$$\frac{3\,450 \text{ EUR zu finanzierende Ausgaben}}{27\,000 \text{ EUR Grundlohnsumme}} \times 100 = 12,8 \%$$

Gelingt es einer Krankenkasse, durch konsequentes Kostenmanagement die tatsächlichen Leistungsausgaben unter die Normausgaben zu drücken, wird ihr Beitragssatz unterhalb des Durchschnitts-Beitragssatzes der GKV liegen. Deshalb setzt der RSA klare Anreize, sparsam mit den Leistungen umzugehen.

**RSA und Beitragssatzunterschiede – These 1**

Der RSA lässt (mit Ausnahme der BU-/EU-Rentner) den Morbiditätsfaktor außer Betracht. Auch nach RSA sind die Deckungsbeiträge der einzelnen Kundengruppen sehr unterschiedlich.

Sparsames Handeln oder „großzügige“ Leistungsgewährung sind also **vordergründig** Faktoren, die für unterschiedliche Beitragssätze auch nach dem RSA verantwortlich sind.

Es gibt aber noch eine andere, weit „effektivere“ Möglichkeit, die Ausgaben zu beeinflussen. Wenn sich eine Kasse im Vertrieb darauf konzentriert, möglichst gesunde Versicherte zu werben, ist der betriebswirtschaftliche Effekt noch größer, als durch Kostenmanagement, das einen nicht unbeträchtlichen Personaleinsatz benötigt. Die unterschiedlichen Risikostrukturen sind die ganz wesentlichen Ursachen für die nach wie vor bestehenden und weiter wachsenden Beitragssatzunterschiede zwischen den Krankenkassen. Wer nur die Jungen und Gesunden versichert, spart nebenbei noch Verwaltungsaufwand, denn wo keine Kosten entstehen, braucht es auch kein Kostenmanagement.

Es ist bekannt, dass gut verdienende Arbeitnehmer einen hohen Deckungsbeitrag erwirtschaften. Und wir wissen ferner, dass Bezieher von Sozialhilfe sehr oft einen negativen Deckungsbeitrag aufweisen. Diese Tatsache bleibt beim RSA außer Betracht, weil er die unterschiedliche **Morbidität** innerhalb derselben Alters- und Geschlechtsgruppe **nicht ausgleicht**.

**RSA und Beitragssatzunterschiede – These 2**

Der RSA gleicht nur 92 % aller Ausgaben – d. h. die so genannten „ausgleichsfähigen Leistungsausgaben“ – aus. Die nicht ausgleichsfähigen Leistungsausgaben (z. B. Kuren) und die Verwaltungskosten sind nicht in den RSA einbezogen. Das führt zu dem absurden Ergebnis, dass eine Kasse u. U. trotz günstiger Verwaltungskosten einen höheren Beitragssatzanteil dafür erheben muss. Der RSA ist somit unvollständig.

**Beispiel:**

$$\frac{125 \text{ EUR Verw.Kosten (je M.)}}{20\,000 \text{ EUR Grundlohn (je M.)}} \times 100 = \mathbf{0,625 \text{ BSP}}$$

$$\frac{135 \text{ EUR Verw.Kosten (je M.)}}{25\,000 \text{ EUR Grundlohn (je M.)}} \times 100 = \mathbf{0,54 \text{ BSP}}$$

Der Gesetzgeber hat die Verwaltungskosten bewusst nicht in die Ausgleichsmechanik des RSA einbezogen. Dieser Ausgabenbereich wird in der Öffentlichkeit und insbesondere von den Leistungserbringern besonders kritisch beäugt, obwohl er nur einen Anteil von 5 % an den Gesamtausgaben hat. Auf 3 % beläuft sich der Anteil der satzungsgemäßen – also nicht ausgleichsfähigen – Mehrleistungen.

Würde denn wirklich „Verschwendung gefördert“, wenn auch diese Bereiche in den RSA einbezogen wären? Auch hier kämen doch nur Durchschnittskosten zum Ausgleich; der Anreiz zum Sparen ginge nicht verloren. Man könnte aber das absurde Ergebnis vermeiden, dass eine Kasse trotz niedrigerer Verwaltungskosten einen höheren Beitragssatzanteil für diesen Kostenbereich verlangen muss, nur weil ihre Versicherten einen unterdurchschnittlichen Grundlohn aufweisen.

**RSA und Beitragssatzunterschiede – These 3**

Der Wettbewerb in der GKV verläuft anders als gedacht. Die Risikostrukturen gleichen sich nicht an, sondern bewegen sich weiter auseinander. Empirische Erfahrungen belegen, dass in der Regel nur die unter 40-jährigen und nur „Gesunde“ und diese nur wegen des Preises die Kasse wechseln.

Der Deckungsbeitrag eines Gesunden entspricht praktisch seinem individuellen Normerlös. Im verbleibenden Versichertenkollektiv übersteigen dann als Folge die durchschnittlichen Ist-Ausgaben die jeweiligen Normerlöse. Somit entsteht dort ein negativer Deckungsbeitrag.

Der Gesetzgeber hatte bei Einführung des verschärften Wettbewerbs unterstellt, dass sich die Risikostrukturen der einzelnen Kassen mit der Zeit vermischen würden, sodass quasi „nach dem Gesetz der großen Zahl“ jede Kasse irgendwann denselben Rentneranteil aufweist. Bis dieser Zustand erreicht sei, sollte der RSA für faire Startchancen sorgen.



Genau das Gegenteil ist aber eingetreten. Wir wissen, dass praktisch nur junge und gesunde Versicherte die Kasse wechseln. Und je höher das Einkommen ist, desto mehr ergibt sich ein Anreiz, zu einer billigen Krankenkasse zu gehen. Die Annahme, die bettlägerige Rentnerin, die jeden Tag von der Sozialstation versorgt und 2-mal in der Woche vom Arzt besucht wird, würde genauso die Kasse wechseln, entspricht halt nicht der Lebenswirklichkeit. Zumal dann, wenn die billige Krankenkasse nur über Telefon (wenn es gerade nicht besetzt ist) oder Internet erreicht werden kann.

**Wie entstehen unterschiedliche Kostenstrukturen?**

1. Durch soziodemographische Faktoren, z. B. gibt es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Gesundheitsbewusstsein („je höher der Bildungsabschluss, desto gesünder“).
2. Durch regional bedingte Faktoren in der Angebotsstruktur (z. B. ist die Krankenhausdichte in Berlin aufgrund historischer Gegebenheiten wesentlich höher als in Bayern).
3. Durch unterschiedliche Leistungsansprüche (z. B. bekommen „Härtefall-Versicherte“ den Zahnersatz zu 100 % erstattet, die anderen Versicherten haben einen Eigenanteil zu tragen; Sozialhilfeempfänger sind stets Härtefälle).

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass unterschiedliche Kostenstrukturen für unterschiedliche Beitragssätze auch nach Einführung des RSA verantwortlich sind. Die soziodemographischen Faktoren habe ich Ihnen bereits genannt. Die unterschiedlichen Deckungsbeiträge der Versichertengruppen kommen nicht zuletzt auch durch unterschiedliche Leistungsansprüche zustande. Der Normerlös nach RSA ist derselbe, ob der Versicherte den Zahnersatz zu 100 % bekommt oder nur einen Zuschuss erhält.

Nicht zu unterschätzen sind regional bedingte Faktoren in der Angebotsstruktur. Diese sind aus meiner Sicht zu Recht nicht in den RSA einbezogen worden. Zwar kann sie eine einzelne Kasse praktisch kaum beeinflussen. Für die Politik ginge aber jeder Anreiz verloren, in der Krankenhauslandschaft für wirtschaftliche Strukturen zu sorgen. Das Thema „Berliner Krankenhäuser“ sorgt nicht umsonst seit Monaten für Furore in den Medien. Nachstehend folgen nun einige Kennzahlen, um Ihnen die Dimension des RSA zu verdeutlichen.

**Wichtige Kennzahlen\* 2001 der GKV West**

Kennzahlen	Mrd. DM	Mrd. EUR
RSA-fähige Leistungsausgaben insgesamt	202	103
Grundlohnsumme insgesamt	1 584	810
- Grundlohnsumme AKV insgesamt	1 331	681
- Grundlohnsumme KVdR insgesamt	253	129

Ausgleichsbedarfssatz GKV West	12,66 v. H.
gesamtdeutscher ABS (nur West)	12,86 v. H.

\* hochgerechnet

Finanzströme im RSA in Milliarden DM in 2000 (nur GKV West)

**Einzahlungen (Finanzkraft)**

**Auszahlungen (Beitragsbedarf)**

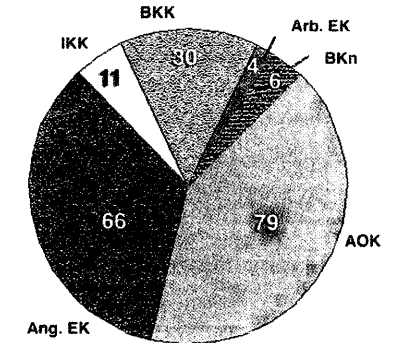
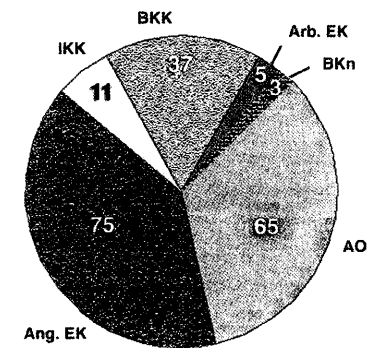


Abb. 2

Finanzströme im RSA in Milliarden Euro in 2000 (nur GKV West)

**Einzahlungen (Finanzkraft)**

**Auszahlungen (Beitragsbedarf)**

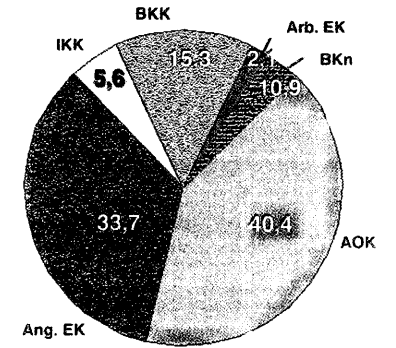
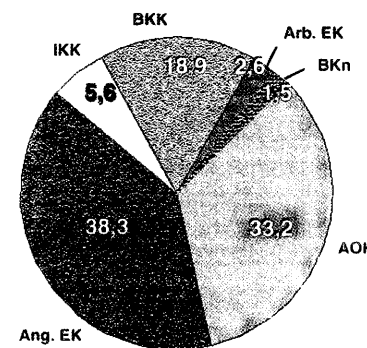


Abb. 3

Ich habe Ihnen die Berechnungsweise des RSA anhand eines einfachen Beispiels gezeigt. Hier sehen Sie nun die realen Summen, die im Ausgleichsverfahren bewegt werden bzw. eine Rolle als Berechnungsgrundlage spielen. Ich zeige Ihnen hier nur die Daten der GKV West, also der so genannten alten Bundesländer. Auf das Thema West-Ost-Transfer ausführlich einzugehen, würde an dieser Stelle zu weit führen. Ich möchte es nur kurz streifen.

#### **Dient der RSA nur dem hehren Zweck der Wettbewerbsgerechtigkeit?**

Der West-Ost-Ausgleich wurde noch zu Seehofers Zeiten geschaffen, weil die Ost-Krankenkassen – und zwar alle – infolge der wirtschaftlichen Entwicklung in den neuen Bundesländern in Not geraten waren und man – um den Aufbau Ost nicht zu gefährden – Beitragssatzerhöhungen im Osten vermeiden wollte. Dafür erhöhen wir nun im Westen. Mit anderen Worten:

- Über den RSA wird auch der West-Ost-Ausgleich abgewickelt. Und:
- Gäbe es den RSA nicht, hätte der Gesetzgeber dafür einen anderen Weg auswählen müssen.

#### **Was ist aus dem bisherigen RSA geworden?**

Der Wettbewerb in der GKV ist unvollständig. Beispielsweise müssen derzeit die Preise für Krankenhausleistungen „einheitlich und gemeinsam“ zwischen den Kassen und den Krankenhäusern vereinbart werden. Verhandlungspartner auf der Krankenkassenseite sind aber nahezu ausnahmslos AOK und Ersatzkassen. Eine billige BKK werden sie als Verhandler nie erleben. Warum auch? Das erledigen doch die großen Versorgerkassen. Die AOK hat in Bayern einen Anteil von fast der Hälfte aller Krankenhausfälle. In der Wirtschaft sind Rabatte in beträchtlicher Höhe für „Großabnehmer“ üblich. Wäre dies auch in der GKV möglich, könnten die großen Versorgerkassen dafür manch anderen Nachteil in Kauf nehmen.

Dazu folgende These:

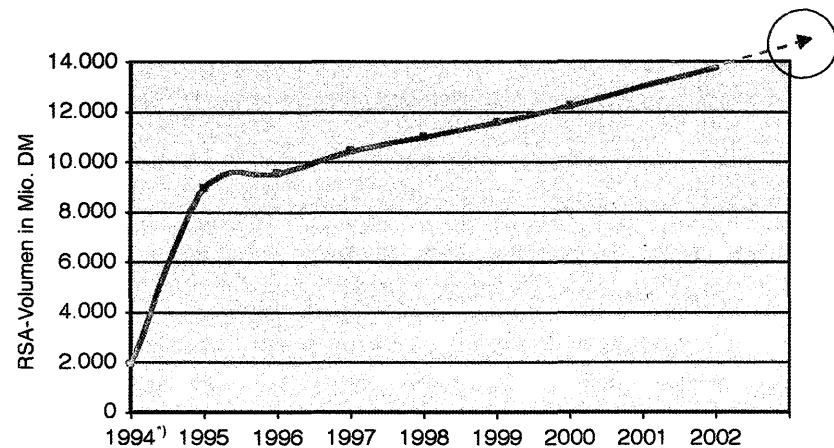
„Die im Kassenwettbewerb potenziell erreichbare Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit kann nur dann auch tatsächlich erreicht werden, wenn die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen, insb. im Vertragsbereich, deutlich erweitert werden. . .“ (Jacobs/Reschke/Wasem a. a. O.)

Diesen Schritt ist der Gesetzgeber bisher schuldig geblieben. „Einheitlich und gemeinsam“ (vgl. u. a. § 73 Abs. 1 c oder § 109 Abs. 1 SGB V) als Vertragsrechtsmaxime zementiert Oligopole und beschränkt den Wettbewerb in der GKV auf die „Jagd nach guten Risiken“. Der „return of invest“ ist aus der individuellen Sicht einer Krankenkasse auf der Vertriebsseite um ein Vielfaches höher als auf der Kostensteuerungsseite. Volkswirtschaftlich ist diese Art Wettbewerb ein Nullsummenspiel, weil weder mehr Qualität noch niedrigere Preise erreicht werden.

Die Vorstellungen der AOK Bayern lassen sich folgendermaßen skizzieren:

1. „Deutschland verfügt im internationalen Vergleich mit einem Anteil von rund 11 % am Bruttoinlandsprodukt und Gesamtausgaben von jährlich rund 410 Mill. DM/209,6 Mio. EUR über das zweit teuerste Gesundheitswesen nach den USA, aber bei weitem nicht über das beste.“ (Florian Gerster, ehemal. Gesundheitsminister in Rheinland-Pfalz)
2. Mehr Effizienz im Gesundheitswesen kann nur erreicht werden, wenn auch die Wettbewerbsparameter richtig gesetzt sind.
3. Der RSA ist mit seinem Anreizsystem der Wettbewerbsparameter schlechthin.
4. Der RSA ist für alle Elemente zu vervollständigen, die über den Grundlohn finanziert werden. Ebenso muss er Versicherte mit erweiterten Leistungsansprüchen (Härfälle) berücksichtigen.
5. Der RSA darf keinen Anreiz für Risikoselektion setzen.
6. Soll er seine volkswirtschaftliche Funktion erfüllen, muss er sich stattdessen auf die Parameter „Qualität“, „Preis der Leistung“ und „Innovation“ konzentrieren.

Was passiert, wenn nichts passiert?



<sup>1)</sup> 1994 ohne Rentner, ab 1995 alle Versichertengruppen

Abb. 4

Wenn nichts passiert, geschieht auch etwas. Die Kritiker des RSA bemängeln, dass der RSA-Transfer von Jahr zu Jahr steigt. Das ist zunächst sachlich richtig. Der RSA hat im Jahr 2000 rd. 26 Mrd. DM bewegt. Die Entwicklung seit 1994 können Sie dem Schaubild entnehmen. Inzwischen gibt es Kassen, die weit mehr als die Hälfte ihrer Beitragseinnahmen in den RSA einzahlen.

Warum ist das so, und wird diese Entwicklung so weitergehen? Wenn der RSA nicht reformiert wird, ist der Trend in der Tat unaufhaltsam. Mit jedem 30-Jährigen, der zu einer Billigkrankenkasse wechselt, steigt der Nettotransfer, den diese Kasse zu leisten hat. Es muss also im Interesse aller liegen, den RSA so zu reformieren, dass die Wettbewerbsparameter darauf gerichtet sind, die Kranken möglichst wirtschaftlich zu versorgen. Erste Ansätze in Form des Risikopools und von Disease-Management-Programmen hat der Gesetzgeber in Angriff genommen. Der morbiditätsorientierte RSA soll 2007 kommen.

Hier sehen Sie die Elemente, mit denen der Gesetzgeber die Reform des RSA eingeleitet hat.

#### Risikopool

- Einführung ab 1. 1. 2002
- Solidarische Finanzierung von 60 % der Kosten für
  - Krankenhaus
  - Arzneimittel
  - Krankengeld
  - ambulante Dialyse
 die einen Grenzbetrag von 20 450 EUR übersteigen

#### Disease-Management-Programme (DMP) ab 1. 7. 2002

- Finanzierung eingeschriebener Versicherter über RSA
- Voraussetzungen:**
  - Bei chronischen Erkrankungen
  - Einhaltung gesetzlicher Qualitätskriterien
  - Genehmigung der DMP durch Bundesversicherungsamt

#### Morbiditätsorientierter RSA (teilweise ab 2006 – vollständig ab 2007)

- RSA wird auf Basis der Morbiditätsstruktur berechnet
- Voraussetzungen:**
  - Umfangreiche Datenerhebungen
  - Laufende Aktualisierung
  - Umwandlung des Risikopools zu einem „Hochrisikopool“

Erlauben Sie mir zum Abschluss noch eine Bemerkung zu landläufigen Aussagen, wie „die BKK zahlt“ oder die „AOK bekommt Geld“. Das ist nicht richtig. Der 30-jährige AOK-Versicherte „zahlt“ genau denselben Betrag für den 80-jährigen AOK-Rentner wie der gleichaltrige BKK-Versicherte. Nur tritt dieser Betrag nirgends in Erscheinung, weil der Ausgleich innerhalb der AOK stattfindet. Die Begriffe „zahlen“ und „erhalten“ gelten also nicht für die Kassen, sondern für deren Versicherte. In diesen Zusammenhang gehört auch die Mär von „reichen“ und „armen Kassen“.

Auch in Österreich „zahlt“ jeder 30-Jährige für den 80-Jährigen. Das fällt dort nur deshalb nicht auf, weil in Österreich das Gros der Bevölkerung bei einer Krankenkasse versichert ist.

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.

## **Der Risikostrukturausgleich aus der Sicht einer Betriebskrankenkasse**

*Dr. Stefan Weber und Dr. Hans Unterhuber,  
Siemens Betriebskrankenkasse*

Von der guten Absicht zum bürokratischen Monstrum, oder:  
Wenn Funktionäre zu wissen meinen, was für Versicherte gut ist

### **Kurze Zusammenfassung**

Obwohl der bestehende Risikostrukturausgleich sich weder konzeptionell noch operativ bewährt hat, soll er auf der Basis eines politischen Kuhhandels weiter ausgedehnt werden. Im Zentrum der Reformvorschläge stehen nicht die schützenswerten Interessen der Versicherten, also der Verbraucher. Ziel ist vielmehr, die Wirkungen der Wahlentscheidung von Millionen von Versicherten ungeschehen zu machen und überkommene Strukturen auf Dauer zu zementieren.

Die in anderen Feldern als Verbraucherschützer agierende Bundesregierung stellt im Gesundheitswesen die Funktionsinteressen über diejenigen der Versicherten.

Dies beweisen so „verbraucherfreundliche“ Instrumente wie das zeitweise Verbot des Kassenwechsels für Pflichtmitglieder, Mindestpreise (!) für preiswerte Kassen oder weitere überbürokratisierte Finanzausgleiche.

Die Autoren halten die Fortsetzung der Politik des wenig durchdachten „Durchwurstelns“ mit einer immer stärker ausufernden Bürokratisierung für einen Irrweg. Sie plädieren deshalb für die Vorbereitung einer Strukturreform der GKV. Auch in der Gesundheitspolitik fordern sie einen Paradigmenwechsel wie in der Agrar- und der Rentenpolitik. Gute Beispiele im europäischen Ausland (Niederlande, Schweiz) könnten als Vorbild dienen.

### **Wozu dient der RSA: Zum Schutz von Kassen oder von Versicherten?**

Mit dem GStruktG wurden zwei historisch bedeutende Neuerungen eingeführt: Die Wahlfreiheit der Versicherten und als flankierende Maßnahme der Risikostrukturausgleich (RSA). Tragender Gedanke war damals, dass die historisch bedingt unterschiedlichen Risikostrukturen in der ersten Phase des Wettbewerbs – und die darauf beruhenden Beitragssatzunterschiede der Krankenkassen – ausgeglichen werden und somit alle Krankenkassen weitgehend gleiche Startchancen im Wettbewerb haben sollten.

Schon damals herrschte allerdings Uneinigkeit darüber, ob der RSA nach einer Übergangsphase wieder zurückgeführt werden könne oder ob er als dauerhafte Einrichtung notwendig sei. Begründet wurde Letzteres vor allem damit, dass der Risikostrukturausgleich auch notwendig sei, um Risikoselektion durch die Krankenkassen zu verhindern. Auch müsse der Beitragssatz die Effizienz der Krankenkasse widerspiegeln und nicht deren Risikostruktur. Die Gegenposition lautete, dass der RSA nach einer Übergangsphase entbehrlich ist, weil nicht Krankenkassen, sondern Versicherte geschützt werden müssen. Und die könnten im Prinzip jede Krankenkasse frei wählen. Sofern sie trotz vermeintlicher Nachteile aus der Sicht von Dritten ihre Krankenkasse nicht verlassen, haben sie sicherlich gute Gründe für diese Entscheidung. Die finanziellen Folgen dieser Entscheidung sind aber nicht über Finanzaus-

gleiche zu finanzieren. Sollten bestimmte Krankenkassen dagegen im Wettbewerb nicht bestehen können, so sind die Versicherten durch den Kontrahierungszwang der anderen Kassen in jedem Fall abgesichert.

Diese Überlegungen spielen inzwischen keinerlei Rolle mehr. Der RSA ist inzwischen zu einem reinen Strukturierungsinstrument pervertiert. Die Wahlscheidungen der Versicherten sollen möglichst die vorhandenen Machtstrukturen nicht infrage stellen.

#### **Die Ehrlichen sind die Dummen – oder: Je größer die Finanzströme, desto ungenauer die Berechnungsbasis**

Der Risikostrukturausgleich wurde trotz vieler Warnungen rasch eingeführt und zwar unter z. T. chaotischen Umständen. Neben den großen Schwankungen beim monatlichen Abschlagsverfahren und den z. T. kaum vorhersehbaren Ausgleichsergebnissen hat vor allem die mangelhafte Datenbasis zu einer ungerechten Belastung der „Ehrlichen“ (derjenigen, die z. B. ihren Familienversichertenbestand bereinigt hatten) geführt, die bis heute nicht bereinigt ist. Sie wurde von der Politik und den Aufsichtsbehörden schulterzuckend zur Kenntnis genommen. Diese Schieflage führte zu einer ganzen Flut von Klagen gegen den RSA, die – da bis heute nicht rechtskräftig entschieden – ein erhebliches rechtliches Risiko für den gesamten Finanzausgleich darstellen. Dieses Risiko wird von der Politik weitgehend ignoriert.

Bis heute sind die finanziellen Verwerfungen der Anfangsjahre nicht behoben. Auch die Verschleppung der Gerichtsverfahren kommt nach Aussagen von Beobachtern der Szene mit jedem Monat mehr in den Geruch der Rechtsverweigerung.

Hier zeigte sich schon, dass man bei der Einführung des Risikostrukturausgleichs etwas Entscheidendes vernachlässigt hatte: Ein Finanzausgleich muss, damit er Akzeptanz erfährt und auch praktisch durchführbar ist, einfach, transparent und vor allem nicht manipulationsanfällig sein. Keine dieser Kriterien erfüllt der RSA, weder bei Einführung noch worauf zurückzukommen sein wird – nach einer Ausweitung, wie heute geplant.

#### **Der RSA als Objekt der politischen Begierde – Ein Kuhhandel folgt dem nächsten**

Mit dem GKV-Finanzstärkungsgesetz (GKVFG) vom 24. 3. 1998 hat der Gesetzgeber die Finanzprobleme der ostdeutschen Krankenkassen durch eine partielle bundesweite Durchführung des Risikostrukturausgleichs in Form eines Finanzkraftausgleichs zu lösen versucht. Diese Maßnahme griff nicht. Die Politik beschloss deshalb im Rahmen eines politischen Kuhhandels, insbesondere um die hochverschuldeten Ost-AOKen zu entlasten, durch das Rechtsangleichsgesetz vom 16. 12. 1999 eine schrittweise Einführung des gesamtdeutschen RSA auch auf der Beitragsbedarfsseite. Jüngste Zahlen zeigen, dass die seinerzeitigen Befürchtungen, dass die Gelder nicht zur Entlastung der Beitragssätze der Ostkrankenkassen, sondern zu Ausgabenmehrungen führen würden, sich nunmehr bewahrheiten.

#### **Von der doppelten Dummheit der Ehrlichen – Schutzbedürfnis der „Unehrllichen“?**

Das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. 12. 1998 beweist dies endgültig. Nach der in § 25 IV RSAV eingefügten Regelung können die Ausgleichszahlungen, die durch die Korrektur der in den Vorjahren durchgeführten Jahresausgleiche ausgelöst werden, auf mehrere Jahresausgleiche verteilt werden. Hintergrund war, dass diese Korrekturen – bedingt durch Neuerhebung und -berechnung der Daten – z. T. so erhebliche finanzielle Auswirkungen auf die „unehrlichen“ (d. h. Kassen mit erheblichem Korrekturbedarf in den Bestandsdaten) Krankenkassen und Kassenarten hatten, dass man eine sofortige Zahlung für diese Krankenkassen für unzumutbar hielt. Diese Regelung verleugnet zum einen den berechtigten Anspruch der von den Korrekturen begünstigten („ehrllichen“) Kassen auf eine sofortige Korrektur. Denn immerhin mussten diese Kassen schon über 3 Jahresausgleiche auf eine – wenn überhaupt – zutreffende, zumindest aber verbesserte Datengrundlage warten. Zum anderen ist diese Regelung in höchstem Maße inkonsequent und zeigt den Perspektivenwechsel der Politik. Denn drastische Beitragssatzerhöhungen wurden bei belasteten Krankenkassen bei Einführung des RSA ohne weiteres in Kauf genommen.

#### **Das Bündnis der Verlierer – Pro Wettbewerb nur dann, wenn er nützt**

Vor diesem Hintergrund erscheinen auch die aktuellen Gesetzesvorschläge des BMG, die auf Basis des Mohrenstraßenkompromisses der Spitzenfunktionäre der Krankenkassen entstanden, in einem noch zwiespältigeren Licht. Ausgelöst wurde die neue Gesetzesinitiative durch ein Bündnis ehemaliger Todfeinde, nämlich Erbsatzkassen des VdAK und AOKen.

Marktanteile der Kassenarten seit 1960

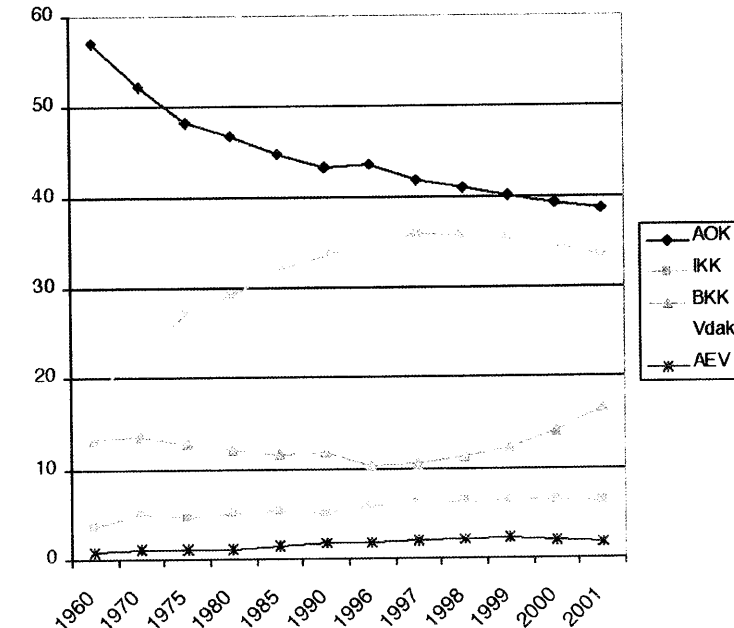


Abb. 1

Die Ersatzkassen als größte Gewinner (vgl. Abbildung 1) und "Risikoselektierer" (vgl. Abbildung 2) im Kassenwettbewerb der Nachkriegszeit sahen sich zum ersten Mal in ihrer Geschichte mit Mitgliederverlusten konfrontiert.

Altersstruktur der Kassenarten 1999

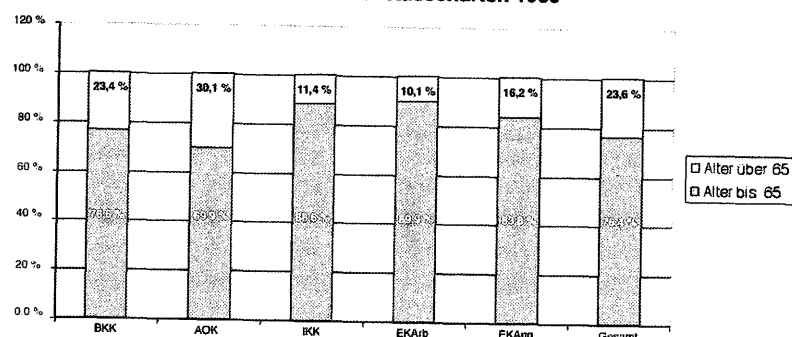


Abb. 2

Jahrelang hatten sie den Wettbewerb propagiert. Und ließen ihn sofort fallen, als sie nicht mehr zu den Gewinnern gehörten. Die größten deutschen Krankenkassen gingen als „Verliererkassen“ gemeinsam an die Öffentlichkeit und forderten von der Politik und den Verbrauchern Hilfe ein. Dass dieses publikumswirksame Jammern der Kassenfunktionäre der marktführenden „Verliererkassen“ zu einer kostenlosen Marketingaktion für die Wettbewerbsgegner mutierte, nämlich für die BKKen, wurde den Protagonisten erst später klar. Die Versicherten zeigten, was sie von jammern den „Verliererkassen“ hielten. Das was man eindämmen wollte, hatte man erst so richtig in Gang gebracht, die Abwanderung von den „Verliererkassen“.

#### Gutachterwettbewerb zur Beschränkung des Wettbewerbs

Die Politik war ratlos, fürchtete aber den politischen Druck des VdAK und der AOK. In solchen Fällen helfen in der Regel Gutachter.

Gestützt auf ein Auftragsgutachten des VdAK, der AOKen und IKKEn schien man rasch eine Patentlösung zur Einschränkung des Wettbewerbs zu haben. Mit der Wechslerkomponente war ein Instrument gefunden, mit dem man gezielt die Gewinner des Wettbewerbs, die BKKen abstrafen konnte. Bei der zweiten Rechnung fiel den Vorschlagenden dann wohl auf, dass dies vielleicht doch nicht die gewünschte Wirkung haben würde, weder zeitlich noch von den finanziellen Dimensionen her. So wurde der Vorschlag medienträchtig um die so genannte Chronikerkomponente ergänzt.

Mittlerweile lagen aber auch die Vorschläge des vom BMG beauftragten Gutachterteams vor. Diese waren, was bei Kenntnis der bisherigen Gutachtertätigkeit der beteiligten Institutionen und Wissenschaftler nicht überraschend, für die AOK wesentlich günstiger, sodass das Verliererkassenbündnis brach und die AOK sich die BMG-Gutachternvorschläge zu Eigen machte (oder umgekehrt?).

#### Wenn Verbandsfunktionäre zum Konsens gezwungen werden – oder: Der faule Kompromiss zu Lasten der Verbraucher

Nur vor dem Hintergrund dieser politischen Gemengelage kann der Ende März zwischen den Vertretern der Spitzenverbände und dem BMG ausgehandelte Kompromiss gesehen werden. Es ging darum, die großen Ersatzkassen und die AOKen zu schützen und die preiswerten BKKen abzustrafen. Nur darum und nicht um die Wettbewerbsbedingungen oder die Versorgung chronisch Kranker ging es, auch wenn etwas anderes behauptet wurde. Selbst wenn bei dem einen oder anderen Funktionär echtes Bemühen und gute Absichten vorhanden sind. Eins sollte allen Beteiligten klar sein:

Die aktuellen Vorschläge werden weder zu einem „besseren“ Wettbewerb noch zu einer besseren Versorgung der Versicherten führen, sondern bedeuten eine gigantische Bürokratisierung des Gesundheitswesens mit eklatanten Fehlanreizen und mehr als ungewissen Wirkungen.

#### Vorschaltgesetz „Wahlrechte“

##### Belebung der Kassenwahlrechte durch mehr Papierkram?

Gemäß dem so genannten Vorschaltgesetz zur Neuregelung der Kassenwahlrechte können zukünftig alle Versicherten unterjährig mit einer Frist von 6 Wochen zum Monatsende die Kasse wechseln. Dies wäre in der Tat im Sinne einer Wettbewerbsförderung eine „gute Tat“, würden dieser Wechselmöglichkeit nicht mit gleichem Federstrich bürokratische Hindernisse entgegengestellt: Zukünftig reicht es nämlich nicht mehr aus, wenn der Versicherte bei seiner alten Kasse kündigt und einen Aufnahmeantrag bei seiner neuen Kasse unterschreibt. Nein, die gekündigte Kasse muss dem Versicherten eine Kündigungsbestätigung ausstellen, bevor die neue Kasse die Mitgliedsbescheinigung ausstellen darf. Die interpretierbare Verpflichtung, diese Kündigungsbescheinigung „unverzüglich“ auszustellen, wird die gekündigten Kassen sicherlich nicht veranlassen, beim Ausstellen von Kündigungsbestätigungen neue Schnelligkeitsrekorde aufzustellen. Oder deutlicher: Man wird den Versicherten durch Verzögerungen Knüppel zwischen die Beine werfen.

#### Aussetzung des Wahlrechts im Jahr 2001 – Die Entmündigung des Verbrauchers durch die Verbraucherschutzregierung

Der von der Bundesregierung programmatisch verkündete Verbraucherschutz gilt im Gesundheitswesen nicht. Dort gilt der Grundsatz des Bestands- und Institutionenschutzes. Insbesondere die Aufhebung des Wahlrechts zum Stichtag 30. 9. 2001 tritt die Rechte der Pflichtversicherten mit Füßen. Freiwillige Mitglieder dürfen 2001 die Kasse wechseln, Pflichtversicherte nicht. Eine Beschneidung von Versichertenrechten, allein um Schutzzäune um die Ortskrankenkassen und großen Ersatzkassen zu bauen! Das Sonderkündigungsrecht bei Beitragssatzerhöhungen soll trotz der verlängerten Bindungsfrist an die Wahlentscheidung entfallen, sofern sich die Grünen nicht doch noch durchsetzen und dies verhindern. Das Entfallen ist skandalös, hat doch sogar jeder Versicherte in der PKV das Recht, bei Tarifierhöhungen dieser zu widersprechen, was zu einer Beendigung des Vertragsverhältnisses führt.

### **Ergänzungen zum RSA – Viele Köche ...**

Als Konsequenz des faulen Kompromisses der Spitzenfunktionäre wurde von vielen Köchen ein Brei von Maßnahmen zubereitet, der noch vielen den Magen verderben wird. Sie zeichnen sich alle dadurch aus, dass sie die Rechte der Verbraucher weiter einschränken, zahlreiche Anreize zu Ausgabenerhöhungen beinhalten, einen unübersichtlichen bürokratischen Apparat erfordern und in ihrer Wirkung völlig ungewiss sind.

### **Mindestbeitragssatz – Schutz der Verbraucher vor zu niedrigen Preisen?**

Der vorgeschlagene Mindestbeitragssatz von 12,5 % ist willkürlich (warum nicht 13,5 %??) wettbewerbsfeindlich und ökonomisch unsinnig! Er ist ein Instrument aus der sozialistischen Motenkiste. Er treibt die Lohnzusatzkosten nach oben und wirkt ausgabenerhöhend. Die betroffenen BKKen werden rasch ihre Ausgaben den Beitragssätzen angleichen, um die Zahlungen an die jeweiligen BKK LV zu minimieren oder ganz zu vermeiden. Er erhöht für viele Verbraucher die Preise durch staatliche Festlegung.

Die Verwendung der eingesammelten Mittel für Disease-Management-Programme (DMP) durch die Landesverbände ist zwar gut gemeint, wirft aber mehr offene Fragen auf, als sie Lösungen bietet. Der Mindestbeitrag ist zudem überflüssig, da viele der preiswerten Betriebskrankenkassen ohnehin dabei sind, ihren Beitragssatz anzuheben!

Der Mindestbeitragssatz entwertet auch Wahlentscheidungen von Versicherten. Was ist den Versicherten, die zu einer preiswerten Betriebskrankenkasse gewechselt sind, vorzuwerfen? Dass sie bei einer anhaltenden Diskussion um zu hohe Lohnzusatzkosten das Heft selbst in die Hand genommen haben und für sich und ihre Arbeitgeber eine solche verwirklicht haben. Die „Strafe“ für diese Eigeninitiative ist der Mindestbeitragssatz – und das von einer Bundesregierung, die sich die Senkung der Lohnzusatzkosten sowie die Förderung der Eigeninitiative auf die Fahnen geschrieben hat. Der Mindestbeitragssatz schadet den Verbrauchern und dem Arbeitsmarkt und schützt nur die „Verliererkassen“.

### **Risikopool – Der Einstieg in den Ausgabenausgleich – oder: Aus Erfahrung wird man (nicht lange) klug**

Durch den so genannten Risikopool („solidarische Finanzierung aufwendiger Leistungsfälle“) sollen ab 2003 alle Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Arznei- und Verbandmittel, nichtärztliche Leistungen der ambulanten Dialyse, Kranken- und Sterbegeld oberhalb eines Schwellenwerts (Sind das jetzt die vereinbarten 40 000 DM oder nicht?) zu 60 % von allen Krankenkassen gemeinsam finanziert werden. Auch wenn dies durch die Wortwahl „Risikopool“ kaschiert werden soll: Es handelt sich um einen Ausgabenausgleich, dessen negative Anreizwirkungen jedem bekannt sein sollten. Die Ersetzung des alten KVdR-Ausgleichs, einem Ausgabenausgleich durch den RSA wurde als großer Fortschritt für ein wirtschaftliches Gesundheitswesen gefeiert. Jetzt führt man einen solchen Ausgabenausgleich wieder ein. Welchen Anreiz zum ausgabenbegrenzenden Leistungsmanagement sollten Kassen bei teuren Fällen haben, wenn Ihnen von der Ersparnis von einem Euro zukünftig

nur noch max. 40 Cent bleiben? Welcher Anreiz sollte in Hochpreisregionen (wie z. B. im Krankenhaussektor in Berlin) bestehen, die Strukturen zu ändern, wenn die erhöhten Ausgaben bequem über den Risikopool refinanziert werden können?

Unklar bleibt auch, wie man eine korrekte Erfassung der Fälle sicherstellen will. Dazu ist eine gigantische Datensammlung notwendig; Leistungsausgaben müssen versichertenbezogen zusammengeführt werden. Bislang sollte eine solche versichertenbezogene Zusammenführung in der Vergangenheit aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich sein, auch wenn dies zur Verbesserung der Qualität der Versorgung der Versicherten dringend notwendig gewesen wäre. Um den Wunsch nach Umverteilung von finanziellen Mitteln zu bedürftigen Krankenkassen zu verwirklichen, scheint man selbst die sonst immer so gepflegten Bedenken der Datenschützer, einer sonst unüberwindbaren Hürde für mehr Transparenz im Gesundheitswesen, vom Tisch zu wischen. Es zeigt sich: Bestandsschutzinteressen von Institutionen bewegen halt mehr als die Interessen der Versicherten.

### **DMP – Die Bürokratisierung des Versorgungsmanagements – oder: Gut gemeint heißt nicht gut gehandelt!**

„Publikumswirksames“ Kernstück der RSA-Reform soll die Einführung einer so genannten Chroniker-Regelung sein. Ab 2002 sind die Ausgaben für Versicherte, die sich in ein so genanntes strukturiertes Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten (Disease-Management-Programm), einschreiben, im Rahmen des RSA gesondert ausgleichsfähig. Die Zulassung der Behandlungsprogramme soll durch das Bundesversicherungsamt erfolgen. Über die möglichen Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme RSA-wirksam entwickelt werden dürfen, und über die Anforderungen für solche Programme soll im Laufe des Jahres 2002 entschieden werden.

Ziel der Regelung soll es sein, die Anreize für eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker zu steigern. Krankenkassen, die sich gezielt um chronisch Kranke kümmern, sollen dadurch keine finanziellen Nachteile entstehen, sondern sie sollen gegenüber dem Status quo besser gestellt werden.

### **Neue Aufgaben für den Vertrieb – oder: Die Jagd nach den gemäß Gesetz chronisch Kranken**

Man darf, wenn diese Regelung tatsächlich Gesetz werden sollte, gespannt sein, wie die bislang von Angst geplagten großen Versorgerkassen – die sich nicht länger nur so nennen brauchen, sondern endlich auch danach handeln dürfen – sich befreit der neuen Herausforderung stellen werden. Anscheinend ist man der Überzeugung, dass der bislang bei gesunden Versicherten wenig erfolgreiche Vertrieb bei chronisch Kranken wesentlich erfolgreicher sein wird. Damit ist schon ein wesentlicher Knackpunkt des Gesetzes angesprochen: Auch wenn die Teilnahme an den Disease-Management-Programmen für die Versicherten freiwillig sein soll – mit Blick auf die erheblichen finanziellen Folgen werden die Krankenkassen nichts unversucht lassen, möglichst viele Versicherte in diese Programme zu bekommen. Einzelheiten möchten wir der Phantasie der Leser überlassen.

### Neue Aufgaben für das BVA – Neue Risiken für den Finanzminister?

Über die Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms entscheidet das Bundesversicherungsamt. Hier stellen sich 2 entscheidende Fragen. Welche Kompetenz bringt das Bundesversicherungsamt, bisher auf rechtliche Prüf- und Aufsichtsfragestellungen spezialisiert, mit, um über die Zulässigkeit von strukturierten Behandlungsprogrammen zu entscheiden?

Disease-Management-Programme sind höchst komplex und erfordern ein geballtes ökonomisches und medizinisches Know-how. In den USA gibt es eigene Unternehmen mit riesigen Mitarbeiterstäben, die sich mit der Entwicklung, Durchführung und Verbesserung von Disease-Management-Programmen beschäftigen. Plant man, diese Mitarbeiter abzuwerben und zum Bundesversicherungsamt zu holen, um eine ordnungsgemäße Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme sicherzustellen?

Man wird sich wohl mit „inländischen“ Ressourcen begnügen müssen. Und damit stellt sich die Frage nach der Folge zu Unrecht nicht zugelassener Behandlungsprogramme bzw. zu Unrecht zugelassener. Beides könnte sich im Rahmen von Rechtsstreitigkeiten nach Jahren herausstellen. Schon jetzt mag mancher Jurist mit Freude an einen Amtshaftungsprozess denken, der die Frage entgangener Transferzahlungen im RSA wegen eines zu Unrecht nicht zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramms zum Gegenstand hat.

### Morbi-RSA – Keiner weiß, wie's funktionieren soll – aber es ist die Patentlösung!

Das Gesetz enthält einen gesetzlich festgelegten Fahrplan für die Weiterentwicklung des RSA. Ab spätestens 2007 sollen die Beitragsbedarfe der Krankenkassen aufgrund direkter Morbiditätsmerkmale der Versicherten bestimmt werden. Keiner weiß zwar, wie diese direkte Morbiditätsorientierung aussehen soll, aber sie ist die Lösung für alle Probleme beim RSA. Selbst die Gutachter bleiben bei diesem Vorschlag merkwürdig vage. Dessen ungeachtet hat der Gesetzgeber den Morbi-RSA als Grundentscheidung mit Fahrplan in den Gesetzentwurf aufgenommen, ohne dass die praktische Durchführung bedacht ist (Es wird schon irgendwie gehen. Das ist dann halt Aufgabe der Exekutive. Das hatten wir doch bereits einmal?!).

### Die Bundesregierung verlässt den Pfad der Tugend – Wer holt Sie zurück?

Es ist deshalb zu resümieren: Die Reform des RSA ist verbraucherfeindlich und schützt nur die großen wettbewerbsscheuen Durchschnittskassen (Ortskrankenkassen, große Ersatzkassen). Sie wird nicht zur Verbesserung der Versorgung im Gesundheitswesen führen! Es ist unverständlich, warum die Bundesregierung gerade im Gesundheitswesen ihren auf anderen Politikfeldern eingeschlagenen Weg der stärkeren Orientierung an den Interessen der Verbraucher verlässt.

### Der Ausweg: die GKV-Reform an Haupt und Gliedern – Verbraucherorientierter Paradigmenwechsel auch im Gesundheitswesen

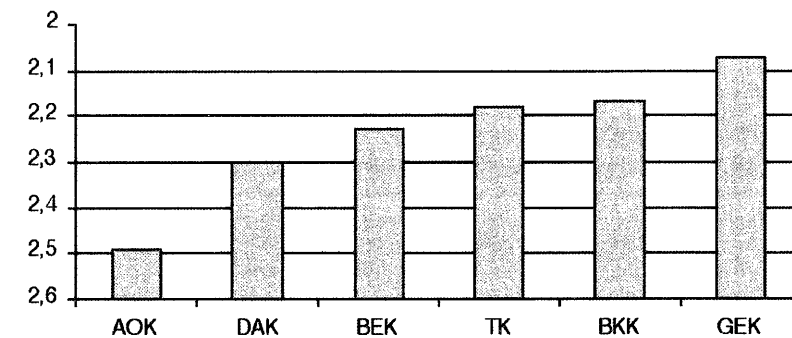
Die Agrarpolitik soll künftig von der Ladentheke her aus Sicht des Verbrauchers umgestaltet werden. In der Rentenpolitik wurde nach Jahrzehnten ein Paradigmenwechsel vollzogen. In der Gesundheitspolitik zementiert man ohne Rücksicht auf die Wünsche und Anforderungen der Versicherten die überkommenen Strukturen und verfolgt weiter eine Politik des Duchwurstelns.

Notwendig wäre aber auch hier ein verbraucherorientierter Paradigmenwechsel.

### Verbraucherorientierung – Wer interessiert sich eigentlich für die Versichertenzufriedenheit in der GKV?

Die Höhe der Beitragssätze spielt dann eine geringere Rolle, wenn die Zufriedenheit der Versicherten groß ist. Die größten Krankenkassen befinden sich am Ende der Zufriedenheitstabelle. Die Kunden der so genannten Versorgerkassen fühlen sich anscheinend doch nicht so gut versorgt, wie behauptet wird. Für diesen Umstand interessiert sich jedoch niemand.

Globalzufriedenheit der Versicherten im Jahr 2000



Quelle: Dt. Kundenmonitor 2000  
Abb.3

Der Beitragssatz der günstigen BKKen ist deshalb anziehend, weil viele Kunden mit den Verliererkassen unzufrieden sind und deren Preis-Leistungs-Verhältnis nicht mehr attraktiv finden. Wie der deutsche Kundenmonitor zeigt, stimmt bei den BKKen anscheinend die Kundenzufriedenheit bei einem attraktiven Preis. Das Bild der kundenfeindlichen Risikoselektierer ohne Versorgungsangebote entbehrt bisher jedes empirischen Nachweises. Ganz im Gegenteil! Die Politik sollte sich mehr um die tatsächlichen Bedürfnisse der Versicherten kümmern.



### **Ausweitung der Mitwirkungsrechte von Versicherten – Wettbewerb ist der beste Verbraucherschutz**

Statt die Mitwirkungsrechte zu beschränken bzw. zu erschweren, sollten auf allen Ebenen die Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten erweitert werden. Viele Befragungen zeigen, dass Versicherte sich gerade das wünschen. Die Problematik der angeblichen Beitragssatzorientierung der Versicherten wäre damit sofort vom Tisch.

Auch der chronisch kranke Versicherte kann Wahlrechte ausüben und tut es auch. Wenn er dies nicht möchte, ist das zu respektieren. Dies ist weder ungerecht noch rechtlich bedenklich. Das Nichtausüben von Wahlrechten ist jedenfalls kein Grund, um Wahlmöglichkeiten abzuschaffen.

Nicht Flickschusterei und Maßnahmen zum Schutz von Institutionen sind deshalb notwendig, sondern eine grundlegende Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung mit folgenden Eckpunkten:

- Mehr Mitwirkungsrechte für die Versicherten: Die Versicherten wollen auch jenseits des jetzigen Leistungskatalogs von ihrer Gesetzlichen Krankenkasse Leistungen angeboten bekommen.
- Neubestimmung der Solidarität in der GKV (Familienlastenausgleich und Einkommensumverteilung, versicherungsfremde Leistungen Aufgabe der GKV?).
- Mehr Vertragsfreiheit in den Beziehungen zu den Leistungserbringern bzw. mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und Abschaffung aller Monopole.
- Reform des jetzigen Organisationsrechts (wettbewerbsgerechte Rechtsform; Wettbewerb zwischen PKV und GKV, freie Verbandswahl etc.).
- Europafähigkeit (grenzüberschreitender Leistungsaustausch, Verträge mit ausländischen Leistungserbringern).
- Umstellung der Finanzierung der GKV (Kopfpauschale, Altersrückstellung, Kapitaldeckung, Bürgerversicherung?).
- Rückversicherung statt RSA als wettbewerbskonformes Modell für die Absicherung von Großrisiken.

Spätestens in der nächsten Legislaturperiode werden die Verantwortlichen diese Themen angehen müssen, damit das Vertrauen der Bevölkerung in die Gesetzliche Krankenversicherung nicht noch weiter erschüttert wird. Die Bundesregierung sollte deshalb auf den Weg der Tugend zurückkehren und von den aktuellen Maßnahmen ablassen.