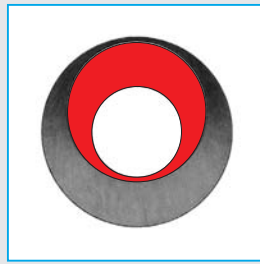


# Gesprächskreis Arbeit und Soziales



## Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung

– unter besonderer Berücksichtigung  
rechtsvergleichender und  
europarechtlicher Aspekte –





Friedrich-Ebert-Stiftung  
Gesprächskreis Arbeit und Soziales

# **Rechtsfragen einer solidarischen Bürgerversicherung**

– unter besonderer Berücksichtigung  
rechtsvergleichender und europarechtlicher Aspekte –

Dr. Bernd Schulte  
Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales  
Sozialrecht, München

Das Gutachten wird von der Abteilung Arbeit und Sozialpolitik  
der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen  
und Schlussfolgerungen sind vom Autor in eigener  
wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden.

ISBN 3-89892-302-9

© Friedrich-Ebert-Stiftung

*Herausgeber:* Friedrich-Ebert-Stiftung  
Wirtschafts- und sozialpolitisches  
Forschungs- und Beratungszentrum  
Abteilung Arbeit und Sozialpolitik  
D-53170 Bonn

*Layout:* Pellens Kommunikationsdesign GmbH, Bonn  
*Druck:* Printservice von Wirth mbH, Bergheim

Printed in Germany, Mai 2005

# Inhalt

Ursula Mehrländer, Peter König

<b>Vorbemerkung</b>	5
<b>Einleitung</b>	6
<b>I. Überlegungen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung</b>	9
<b>1. Das deutsche System der sozialen Sicherung</b>	9
<b>2. Die Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens</b>	14
<b>3. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die „Bürgerversicherung“ im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts</b>	25
3.1. Die Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung de lege lata als Ausgangspunkt	25
3.2. die Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung als Vorbild für die „Bürgerversicherung“	27
3.3. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die „Bürgerversicherung“ de lege ferenda	28
3.3.1. Die Gesetzgebungszuständigkeit für die Sozialversicherung	28
3.3.2. die Grundrechte der einzubeziehenden Personen und der damit künftigen „Bürgerversicherten“	29
3.3.2.1. Die allgemeine Handlungsfreiheit	29
3.3.2.2. die „hergebrachten Grundsätze“ des Berufsbeamtentums	31
3.3.3. Die Grundrechte der privaten Versicherungsunternehmen	32
3.3.3.1. Die Berufsfreiheit	34
3.3.3.2. Der Eigentumsschutz	34
3.3.4. Weitere Fragen	35
<b>II. Europarechtliche Aspekte</b>	36
<b>1. Das Europäische Gemeinschaftsrecht und das nationale Sozialrecht</b>	36
<b>2. Die Europäische Sozialpolitik</b>	38
<b>3. Die „Offene Methode der Koordinierung“</b>	39
<b>4. Das Europäische koordinierende Sozialrecht – Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 –</b>	40
<b>5. Die Gleichbehandlung von Männern und Frauen</b>	44
<b>6. Das Verbot der Diskriminierung wegen der Staatsangehörigkeit</b>	44
<b>7. Krankenversicherungsrecht und „Europäisches Marktrecht“</b>	45
7.1. Die gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten	45
7.2. Das Europäische Wettbewerbsrecht	48

<b>III. Der persönliche Anwendungsbereich der Gesundheitssysteme der EU-Staaten, der EWR-Staaten, die nicht der EU angehören, und der Schweiz</b>	52
1. Versicherte Personen	52
2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht	53
3. Anspruchsberechtigte Familienangehörige	54
4. Finanzierung von Sachleistungen bei Krankheit	55
5. Überblick über die Systeme der sozialen Sicherheit für Selbständige	56
<b>IV. Ausländische Beispiele</b>	57
1. Österreich	57
2. Niederlande	57
Neuere Veröffentlichungen des Gesprächskreises Arbeit und Soziales zur Sozialpolitik (eine Auswahl)	60

## Vorbemerkung

Sehr geehrte Damen und Herren,  
in den vergangenen Jahren hat eine intensive Diskussion darüber stattgefunden, wie unsere Sozialen Sicherungssysteme zukunftssicher gestaltet werden können. Aus diesen Diskussionen sind bereits eine ganze Reihe an Reformen in der Renten-, Beschäftigungs- und Gesundheitspolitik hervorgegangen. Allerdings werden diese Reformen noch nicht als ausreichend angesehen, den zukünftigen wirtschaftlichen und sozialen Herausforderungen gerecht zu werden. Deshalb gehen gegenwärtige Überlegungen in der Krankenversicherung dahin, zentrale Elemente – allem voran die Finanzierungsbasis – neu zu gestalten.

Ein intensiv diskutierter Vorschlag aus dieser Debatte über die Neugestaltung der Finanzierung ist das Modell einer „Bürgerversicherung“. Im Rahmen dieses Versicherungstyps sollen zwar nach wie vor Erwerbseinkommen zur Finanzierung beitragen, aber darüber hinaus ist beabsichtigt, zukünftig auch andere Einkommensarten wie z.B. Einkünfte aus Kapitalanlagen heranzuziehen. Ein wesentliches Ziel der Bürgerversicherung ist es, dadurch die Einnahmesituation der Krankenversicherung langfristig zu stabilisieren und gleichzeitig auch mehr Verteilungsgerechtigkeit zu schaffen.

Im Verlaufe der Diskussion dieses Modells sind eine ganze Reihe an Gestaltungsvarianten zur Bürgerversicherung vorgelegt worden. So wurde z.B. erörtert, ob die Versicherungspflicht-

grenze anzuheben oder sogar völlig aufzuheben wäre. Diese Überlegungen standen im Zusammenhang mit der Frage, ob neben der gesetzlichen noch weiterhin eine private Krankenversicherung bestehen sollte. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt zeichnen sich immer deutlichere Konturen eines aussichtsreichen Modells einer Bürgerversicherung ab. Eine entscheidende Unsicherheit konnte aber bisher noch nicht ausgeräumt werden: Ist die Bürgerversicherung mit unseren verfassungsrechtlichen Vorgaben vereinbar? Außerdem ist nicht geklärt, ob die Bürgerversicherung im Einklang mit dem europäischen Gemeinschaftsrecht steht.

Wir haben Dr. Bernd Schulte vom Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht in München darum gebeten, die zentralen Argumente der Befürworterinnen und Befürworter einer Bürgerversicherung in einem Gutachten für unseren Gesprächskreis Arbeit und Soziales darzustellen und gleichzeitig zu prüfen, ob und inwieweit sie deutschem und europäischem Recht entsprechen. Dieses Gutachten liegt jetzt vor. Wir bedanken uns bei Dr. Schulte für seinen konstruktiven Beitrag und schließen uns den Anmerkungen in seinem Vorwort an, wonach seine vorliegenden Ausführungen ggf. noch weiter konkretisiert, ergänzt und ausdifferenziert werden müssen. Wir hoffen, dass das vorliegende Gutachten genau hierzu in der öffentlichen Diskussion einen Beitrag leistet.

*Dr. Ursula Mehrländer*  
Leiterin des Gesprächskreises  
Arbeit und Soziales  
der Friedrich-Ebert-Stiftung

*Peter König*  
Referent für Sozialpolitik

## Einleitung

Die vorliegende Ausarbeitung ist aus den Beiträgen hervorgegangen, die der Verfasser auf den Diskussionsforen geleistet hat, die u.a. von der *Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG)*, vom *Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB)* und vom „*netzwerk gesundheit*“ im Jahre 2004 veranstaltet worden sind.<sup>1</sup> Die dort vorgestellte Konzeption einer „Bürgerversicherung“ ist auch Ausgangspunkt der nachfolgenden Ausführungen. Ergänzend werden die seitdem von dritter Seite unterbreiteten Vorschläge mit berücksichtigt (siehe unten 2.).

Dabei ist sowohl den in diesem Zusammenhang auch von anderer Seite vorgetragenen Überlegungen als auch der Diskussion in der breiten Öffentlichkeit und zumal im einschlägigen Schrifttum – bis Ende 2004 – Rechnung getragen worden.

Wie das Alternativmodell der „Kopfpauschale“ bzw. „Kopfprämie“ oder „Gesundheitsprämie“ ist auch das Konzept der „Bürgerversicherung“ noch nicht vollständig ausgearbeitet. Dies gilt insbesondere für die Fragen des Verhältnisses von GKV und PKV zueinander sowie für die „Verbeitragung“ weiterer Einkommensarten.

In den Details unterscheiden sich auch noch die Vorstellungen von SPD und den Grünen sowie auch vom Deutschen Gewerkschaftsbund. Darüber hinaus liegt seit jüngst der Vorschlag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der

gesamtwirtschaftlichen Entwicklung für ein vermittelndes Modell – „Bürgerpauschale“ – vor.

Auch die vorliegenden Ausführungen werden deshalb zu konkretisieren und zu ergänzen sein im Hinblick auf den Fortgang der Diskussion und die weitere Ausdifferenzierung des Konzepts der „Bürgerversicherung“.

Die *rechtswissenschaftlichen Beiträge* zur Diskussion um die „Bürgerversicherung“, die nicht zuletzt durch den Bericht der sog. Rürup-Kommission<sup>2</sup> ausgelöst worden ist,<sup>3</sup> gehen zum Teil von Modellen und Vorschlägen aus, die – etwa was das Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung angeht – mittlerweile überholt sind mit der Folge, dass einzelne Kritikpunkte insbesondere aus auch verfassungsrechtlicher Sicht zwischenzeitlich obsolet geworden sind.

So sieht das Modell der „*Bürgerversicherung*“ – korrekter unter Bezugnahme auf den konkret einbezogenen Personenkreis: „Einwohnerversicherung“ oder „Volksversicherung“ – nicht nur die Ausweitung der Versicherungspflicht auf alle Bürger – richtiger: Einwohner –, sondern in dem Bestreben, die Finanzierung des Gesundheitssystems beschäftigungsfreundlicher, solider und gerechter zu machen, auch eine Einbeziehung sowohl von Erwerbseinkommen – welches die traditionelle Basis für die Beitragserhebung in der Gesetzlichen Krankenversicherung darstellt – als auch von sonstigen Einkommensarten, namentlich Kapitaleinkommen vor, um zu einer

1 Vgl. dazu die Statements und Diskussionsbeiträge des *Verfassers* in: Engelen-Kefer, U./Wiesehügel, K. (Hg.), *Sozialstaat – solidarisch, effizient, zukunftssicher*, Hamburg 2004, und Pfäff, M./Stapf-Finé, H. (Hg.), *Bürgerversicherung – solidarisch und sicher!* Hamburg 2004.

2 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hg.), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme*. Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 149 ff.

3 Vgl. zum einschlägigen Schrifttum aus jüngster Zeit beispielsweise – besonders kritisch – die Beiträge der 43. Bitburger Gespräche vom 22. – 24. April 2004; ferner *Axer, P.*, Verfassungsrechtliche Fragen einer Bürgerversicherung, in: Söllner, A. u.a. (Hg.), *Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze*, München 2005, S. 1 ff.; *Beck, J.*, Bürgerversicherung: Steht die Verfassung ihrer Einführung entgegen? in: *Soziale Sicherheit* 2004, S. 386 ff.; *Butterwegge, Ch.*, Bürgerversicherung – Patentrezept für das Gesundheitswesen? in: *Die Krankenversicherung (KrV)* 2004, S. 206 ff.; *Beer, D./Klahn, D.*, Rechtliche und ökonomische Eckpunkte einer Bürgerversicherung, in: *Die Sozialgerichtsbarkeit (SGB)* 2004, S. 13 ff.; *Eichenhofer, E.*, Reform des Sozialstaats – von der Arbeitnehmersicherung zur Einwohnerversicherung, in: *Recht der Arbeit (RdA)* 2003, S. 264 ff.; *Farhauer, O./Borchardt, K.*, Bürgerversicherung – eine Reformalternative? Bonn (Institut „Finanzen und Steuern“) 2004; *Farhauer, O./Borchardt, K./Stargadt, T.*, Bürgerversicherung – Die Wirkung von Kopfprämien auf den Arbeitsmarkt, in: *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (ZVersWiss.)* 2004, S. 349 ff.; *Felder, St./Kjifmann, M.*, Kurz- und langfristige Folgen einer Bürgerversicherung, in: Cassel, D. (Hg.), *Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen*, Baden-Baden 2004, S. 9 ff.; Hufen, F., Grundrechtsschutz der Leistungserbringer und privaten Versicherer im



breiteren und zugleich solidarischeren Beitragserhebung zu kommen (wobei im letztgenannten Fall nicht zuletzt aus administrativen Praktikabilitätsgründen eine möglichst weitgehende Annäherung an das Steuerrecht angestrebt wird, etwa was vorzusehende Freibeträge angeht), und um auf diese Weise auch eine zumindest partielle Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge von den Löhnen zu erreichen.

Auf diese Weise würde mit dem Ziel größerer Verteilungsgerechtigkeit eine stärkere Berücksichtigung des Leistungsfähigkeitsgrundsatzes realisiert. Zugleich würden die Arbeitgeber, die nur an der Finanzierung der „ersten Beitragssäule“ – Erwerbseinkommen – beteiligt wären, entlastet.

Im Übrigen gibt es eine Reihe von weiteren Festlegungen, zu denen an erster Stelle die *Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze* gehört.

Zur Diskussion gestellt – aber mittlerweile wohl mehrheitlich abgelehnt – worden ist auch eine Abschaffung jeglicher *Beitragsbemessungsgrenze*.

Auch wird nach Vorstellungen aus jüngster Zeit keine „*Einheitskasse*“ angestrebt, sondern

die Bürgerversicherung soll alle derzeit bestehenden *öffentlichen (gesetzlichen) Krankenkassen* und *privaten Krankenversicherungsunternehmen* einschließen, die einen einheitlichen Bürgerversicherungstarif anbieten könnten. Die von der geplanten allgemeinen Versicherungspflicht erfassten Personen hätten im Rahmen dieses Modells dann das Recht auf freie Kassenwahl (u. a. auch die zwischen „gesetzlich“ und „privat“).

Eine „faktische Abschaffung der privaten Krankenversicherung“ (PKV) bzw. die Beschränkung von deren Geschäftstätigkeit lediglich auf ergänzende Krankenversicherungen, wie sie in einigen Vorschlägen zur Diskussion gestellt und von Kritikern als verfassungswidrig bezeichnet worden ist, steht somit nicht mehr zur Diskussion.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die geplante Einführung der „Bürgerversicherung“ nicht andere Reformen der Gesetzlichen Krankenversicherung ersetzen würde, die auf eine bessere Qualität und eine höhere Effizienz abzielen und die Rechnung tragen sollen sowohl der demographischen Ent-

---

Zentrum der Gesundheitsreform, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2004, S. 14 ff.; *Kiefer, G./Ruiss, D.*, Gesetzliche Krankenversicherung als Bürgerversicherung – Solidarisch, praktisch, realistisch? in: Sozialer Fortschritt (SF) 2004, S. 152 ff.; *Isensee, J.*, „Bürgerversicherung“ im Koordinatensystem der Verfassung, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2004, S. 393 ff.; *Kirchhof, F.*, Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Kranken- und Renten-„Bürgerversicherung“, in: Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS) 2004, S. 1 ff.; ders., Verfassungsrechtliche Probleme einer umfassenden Bürgerversicherung, in: PKV Publik 2003, S. 100 ff.; Konrad, K., Bürgerversicherung nicht sinnvoll. Zur Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WZB-Mitteilungen, H. 102 (2003), S. 10 ff.; *Langer, B. u.a.*, Beitragsersatzeffekte bei sofortiger Einführung einer Bürgerversicherung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2004, H. 9-10, S. 44 ff. *Lauterbach, K. u.a.*, Entlastungswirkungen der Bürgerversicherung, in: Die Ersatzkasse (Ersk) 2004, S. 397 ff.; ders., Warum nur eine Bürgerversicherung die Probleme in unserem Gesundheitssystem lösen kann, in: Soziale Sicherheit 2004, S. 420 ff.; *Lüngen, M./Gerber, A./Klever-Deichert, G.*, Bürgerversicherung. Zukunftsfest und sicher, in: Gesundheit + Gesellschaft (G + G wiss.) 2004, H. 7-8; *Muckel, St.*, Verfassungsrechtliche Probleme der Bürgerversicherung, in: Die Ersatzkasse (Ersk) 2004, S. 275 ff.; ders., Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung, (Teil I) in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2004, S. 583 ff., sowie ders., Teil II und Schluss, in: ebda., S. 670 ff.; *Niemann, J.*, Kopfprämien-Modell der CDU: Familien, Rentner und Geringverdiener sind die Verlierer, in: Die Ersatzkasse (Ersk) 2004, S. 57 ff.; *Pannen, Ch.*, Statement: Bürgerversicherung und/oder Gesundheitsprämie – Stellvertreterdiskussion oder realistische Perspektive zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Teltower Kreis (Hg.), Umbau der Sozialsysteme, Reinbek 2004, S. 45 ff.; *Schmidt, T.*, Die Berufsfreiheit privater Krankenversicherungsunternehmen in einer Bürgerversicherung ohne Beteiligung der PKV – Anhand der Entscheidung des BVerfG zum Beitragssicherungsgesetz –, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2004, S. 732 ff.; *Schmidt-Aßmann, E.*, Verfassungsfragen der Gesundheitsreform, in: Neue Juristische Wochenschrift (NJW) 2004, S. 1689 ff.; *Muckel, St.*, Verfassungsrechtliche Grenzen der Reformvorschläge zur Krankenversicherung (Teil I), in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2004, S. 587 ff.; *Sodan, H.*, Die „Bürgerversicherung“ als Bürgerzwangsversicherung, in: Zeitschrift für Rechtspolitik (ZRP) 2004, S. 217 ff.; *Stapp-Finé, H.*, Zum aktuellen Stand der Debatte: Bürgerversicherung oder Kopfpauschale? in: Soziale Sicherheit 2004, S. 377 ff.; *Storr, St.*, „Neuorganisation der Sozialen Sicherungssysteme“ – zu den verfassungsrechtlichen Grenzen der Reformen in der Sozialversicherung am Beispiel der Krankenversicherung“ –, Wallrahenstein, A., Kopfprämien auf versicherte Bürger und weitere Ungereimtheiten zur Reform des Gesundheitswesens, in: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb) 2004, S. 24 ff.; *Wieland, J.*, Verfassungsrechtliche Grenzen der Beitragserhebung in der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht (VSSR) 2003, S. 259 ff.; *Zipperer, M.*, Gutachten für den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu den verfassungsrechtlichen, ordnungspolitischen und finanziellen Implikationen einer Bürgerversicherung, St. Augustin 2000. – Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat in seinem Jahresgutachten 2004, das im November 2004 vorgelegt worden ist, einen Vorschlag für sog. Pauschalprämien statt einkommensabhängiger Beiträge für Kranken- und Pflegeversicherung vorgelegt (S. 511 ff.) und dabei u.a. auch Ausführungen zur Abgrenzung des Versichertenkreises gemacht. Kritisch zum „Kopfpauschalen“-Modell die Beiträge in: *Beck, E./Borchert, H.J. (Hg.)*, Kopfpauschale – ein Anschlag auf die Bürgerfreiheit, Frankfurt/M. (DGB-Bildungswerk Hessen e.V.), o.J. (2005)

wicklung – charakterisiert durch die Alterung der Bevölkerung – und dem wissenschaftlichen und medizinisch-technischen Fortschritt, der das Angebot von und den Bedarf nach zusätzlichen medizinischen Leistungen stimuliert, als auch der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, die durch die Hinwendung zu neuen Arbeitsformen – z.B. Zeitarbeit, Teilzeitarbeit, „neue Selbständigkeit“ – sowie durch strukturell bedingte hohe Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung gekennzeichnet ist, und die auch Anpassungsbedarf in den sozialen Sicherungssystemen schafft (der dort unter dem Schlagwort „flexicurity“ – „flexibility on the labour market and social security“ – diskutiert wird).

Für diese sich ergänzenden und auch überschneidenden Entwicklungen, welche die Systeme der sozialen Sicherheit vor spezifische Herausforderungen stellen, stehen in der öffentlichen Diskussion u. a. die Begriffe „Technisierung“, „Globalisierung“ und „Europäisierung“.

„*Technisierung*“ mag als Chiffre stehen für die wissenschaftliche und wissenschaftlich-technische Fortentwicklung, die sich im Gesundheitswesen in besonderer Weise manifestiert.

„*Globalisierung*“ steht für die Intensivierung der (auch in der Vergangenheit bereits geläufigen) wirtschaftlichen Prozesse, die vor nationalen Grenzen nicht Halt machen und die heute durch den technologischen Fortschritt, namentlich in den Bereichen Verkehr, Kommunikation und Information beschleunigt werden.

Die wirtschaftliche Verflechtung der nationalen Volkswirtschaften und die grenzüberschreitenden Aktivitäten zumal transnational tätiger Unternehmen hat in Europa hat zu einer zunehmenden Integration der nationalen Volkswirtschaften der Mitgliedstaaten der Europäischen Union geführt – Stichwort „*Europäisierung*“ – und in diesem Zusammenhang zur Schaffung

eines Gemeinsamen Marktes und Binnenmarktes sowie einer Wirtschafts- und Währungsunion.

Der damit verbundene politische und rechtliche Rahmen sowie auch der Umstand, dass die Sozialpolitik in zunehmendem Maße zum Gegenstand der Politik auf EU-Ebene wird und somit die Sozialpolitik überhaupt und in jüngster Zeit namentlich auch die Gesundheitspolitik heute Mehrebenenpolitiken, d. h. Politiken sowohl auf nationaler Ebene als auch auf Europäischer Ebene sind, führen dazu, dass auch die Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland heute eine nicht zu vernachlässigende Europäische Dimension hat.

Im Anschluss an (I.) Überlegungen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung werden deshalb (II.) Europarechtliche Aspekte behandelt. Anschließend wird dann (III.) ein Ausblick auf die Gesundheitssysteme der europäischen Nachbarländer gegeben, da der Prozess der Europäischen Integration nicht zuletzt auch impliziert, dass ein wechselseitiges Lernen initiiert wird und ausländische Beispiele bei Reformüberlegungen eine immer größere Rolle spielen. Ausweis und Ergebnis dieser Entwicklung ist nicht zuletzt die neue politische Strategie bzw., der ‚mode of governance‘ der sog. „*offenen Methode der Koordinierung*“, die jetzt auch im Bereich des Gesundheitswesens und der Altenpflege praktiziert wird;<sup>4</sup> sie lenkt (IV.) den Blick auf Nachbarländer, die – wie Österreich und die Niederlande – der Bundesrepublik Deutschland aufgrund historischer Entwicklung – Österreich – bzw. Systemtyp – Niederlande – besonders nahe stehen und die auch in jüngster Zeit Reformen eingeleitet bzw. bereits durchgeführt haben. Die ausländischen Beispiele zeigen, dass eine die gesamte Bevölkerung umfassende Krankenversicherung nicht nur möglich ist, sondern anderswo auch erfolgreich praktiziert wird.

---

<sup>4</sup> Siehe dazu unten 3.3.; vgl. dazu demnächst aktuell Eichenhofer, E., Was bringt die offene Methode der Koordinierung der Gesundheitspolitik? (Referat auf einer gesundheitspolitischen und -rechtlichen Tagung am 4./5. November 2004 an der Universität Frankfurt/Main – Veranstalter: Prof. Dr. Ingwer Ebsen –), Jena 2004 (Ms.; Veröff. in Vorb.)

# Überlegungen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung

## 1. Das deutsche System der sozialen Sicherung

Kernstück des deutschen Systems der sozialen Sicherheit als Summe der zur Verwirklichung des sozialen Staatsziels (Art. 20 GG) gewährten öffentlichen Transferleistungen ist die soziale Vorsorge in Gestalt der *Sozialversicherungssysteme*. Diese stellen die Regelsicherung namentlich für die *erwerbstätige Bevölkerung* gegen die klassischen sozialen Risiken Krankheit, Mutterschaft, – als jüngste Ergänzung – Pflegebedürftigkeit, Invalidität, Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, Alter und Arbeitslosigkeit dar und geben zugleich Maßstäbe vor in Gestalt eines spezifischen deutschen sozialpolitischen „Pfades“ und eines institutionellen Rahmens für jede Reform des Systems der sozialen Sicherheit.

Die Sozialversicherung gehört gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG zur konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes – „Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung“ –. Der Bund besitzt auch die Gesetzgebungskompetenz für die Ausgestaltung der Sozialversicherungsträger (Art. 87 Abs. 2 GG).

Hier manifestiert sich der Einfluss des Verfassungsrechts auf die Reformdiskussion, dem in diesem Beitrag auch Rechnung getragen werden soll.

Ursprünglich – im ausgehenden 19. Jahrhundert – zur Absicherung von (vorsorgefähigen) Arbeitern bestimmt („Arbeiterversicherung“) ist der Versichertenkreis der deutschen Sozialversicherung im Laufe der Zeit kontinuierlich ausgeweitet worden und umfasst heute – z.T. in Sonder-systemen – neben anderen abhängig Beschäftigten (Angestellten) auch einzelne Gruppen von Selbstständigen wie Landwirte, Handwerker, Künstler und Publizisten. Gleichwohl stellen die *abhängig Beschäftigten* auch heute noch die

weitaus überwiegende Zahl der Pflichtversicherten. Aus diesem Grunde ist das Beschäftigungsverhältnis, an das sich die Versicherungspflicht anschließt, nach wie vor ein Zentralbegriff des deutschen Sozialversicherungsrechts, und die mittlerweile – allerdings in zunehmendem Maße prekäre – Beschäftigung ist damit immer noch maßgeblicher Anknüpfungspunkt der sozialen Sicherung.

Dabei tragen die *Versicherungspflichtgrenzen* der GKV und die *Beitragsbemessungsgrenzen* in den einzelnen Versicherungszweigen dazu bei, sowohl die Sozialversicherungspflicht als auch die Beitragspflicht der Entwicklung der Einkommen der Versicherten anzupassen, wobei durch die mit der *Versicherungspflichtgrenze* verbundene Begrenzung des Versichertenkreises „nach oben“ den Beziehern hoher Einkommen zugleich die Möglichkeit eingeräumt wird, sich privat zu versichern und sich damit zugleich dem Solidarverband der GKV zu entziehen; zugleich wird damit im Bereich der sozialen Sicherung im Krankheitsfall der Privaten Krankenversicherung (PKV) ein eigenständiges Betätigungsfeld eingeräumt.

In bestimmten Fällen gibt es überdies die Möglichkeit der *freiwilligen Versicherung* in der Sozialversicherung.

Charakteristisch für die Sozialversicherung und auch für die GKV ist das *Solidarprinzip*, welches u. a. einen sozialen Ausgleich im Sinne einer finanziellen Umverteilung von den wirtschaftlich Stärkeren zu den Schwächeren vorsieht und sich insbesondere im Rahmen der GKV auswirkt.

Eine – gerade heute viel diskutierte – verstärkte Hinwendung zu *privater Vorsorge* würde dieses Solidarprinzip notwendigerweise schwächen und tendenziell heute noch durch die Sozialversicherung geschützte Personen einerseits

auf private Sicherungssysteme – möglicherweise dort verbunden mit einer Versicherungspflicht – und andererseits auf die lediglich das soziale Existenzminimum gewährleistende Sozialhilfe verweisen.

Wegen dieses Sachzusammenhangs dient auch der Zwangscharakter der beitragsfinanzierten Sozialversicherung nicht zuletzt der Vermeidung von Sozialhilfebedürftigkeit, deren Bekämpfung („bekämpfte Armut“) durch die steuerfinanzierte Sozialhilfe sowie durch die Grundversicherung für Arbeitsuchende – Sozialgesetzbuch – Zweites Buch – (SGB II) und durch die Grundversicherung im Alter und bei Erwerbsminderung – ab 1.1.2005 Sozialgesetzbuch – Viertes Buch (SGB IV) –, 4. Kapitel – vom Steuerzahler zu finanzieren ist, und verfolgt damit nicht zuletzt den Zweck, eine Überlastung der Sozialhilfe durch Personen, die sich trotz Vorsorgefähigkeit nicht versichern, weil sie für den „Ernstfall“ auf das soziale „Ausfallnetz“ der Sozialhilfe vertrauen, zu vermeiden.

Die deutsche Sozialversicherung umfasst heute fünf Zweige:

(1) In der *Gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV) sind rd. 85 v. H. der Bevölkerung versichert, wobei gegenwärtig dieser Vomhundertsatz im Sinken begriffen ist und die Zahl der nicht gegen Krankheit abgesicherten Personen größer wird.

Die GKV gewährt Sachleistungen bei Krankheit (ärztliche Behandlung, Arzneimittel, Krankenhausbehandlung u. a.) sowie – soweit nicht die Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers „greift“ – Geldleistungen zum Ersatz krankheitsbedingt ausgefallenen Erwerbseinkommens (Krankengeld) und entsprechende Leistungen bei Mutterschaft. Sachleistungen werden grundsätzlich nach dem Sachleistungsprinzip und i. d. R. nur für freiwillig Versicherte nach dem Kostenerstattungsprinzip gewährt.

Mit den Auswirkungen einer Bürgerversicherung in der Pflegeversicherung beschäftigt sich ein (noch unveröffentlichtes) Papier von Lauterbach, K./Lüngen, M./Stollenwerk, B./Gerber, A./Klever-Deichert, G., Köln (Institut

für Gesundheitsökonomie und klinische Epidemiologie der Universität Köln/GKE), März 2005.

Allerdings eröffnet das Europäische Gemeinschaftsrecht auch die Möglichkeit der Kostenerstattung bei EU-grenzüberschreitender Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch pflichtversicherte Personen.

Das *Sachleistungsprinzip* vermeidet nicht nur eine Pflicht zur Vorfinanzierung der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen durch die Versicherten – ein Gesichtspunkt, der ursprünglich bei seiner Einführung mit Pate stand –, sondern gibt heute dem Staat vor allem ein Instrument der Bedarfssteuerung und Kostendämpfung in die Hand.

(2) Unter dem „organisatorischen Dach“ der GKV besteht seit 1995 die insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung eigenständige *soziale Pflegeversicherung*, die als jüngster Zweig der Sozialversicherung das Risiko der Pflegebedürftigkeit abdeckt – allerdings im Gegensatz zur Risikoabdeckung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zur Gänze, sondern erst nur bei Vorliegen sog. ‚erheblicher Pflegebedürftigkeit‘ und selbst bei ‚Schwerstpflegebedürftigkeit‘ nur bis zu einer gesetzlich festgelegten finanziellen Höchstgrenze, jenseits derer der Betroffene selbst und seine Angehörigen sowie ggf. die Sozialhilfe als soziales „Ausfallnetz“ zur Bedarfsdeckung berufen sind.

(3) Die *Gesetzliche Unfallversicherung* (GUV), welche zugleich die Haftpflicht der Unternehmer bei Arbeitsunfällen gegenüber ihren Arbeitnehmern abgelöst hat, bietet sozialen Schutz bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Sie ist im Laufe der Zeit durch die Einbeziehung immer weiterer Personengruppen außerhalb der Arbeitnehmerschaft, z.B. Schüler und Studenten, um die sog. unechte Unfallversicherung ergänzt worden, die betroffenen Personen Schutz bietet bei bestimmten Gefährdungslagen, die der Allgemeinheit zugerechnet werden, und für welche diese deshalb eintritt.

- (4) Die *Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)* stellt die Regelsicherung bei Invalidität und Alter dar. Sie gewährleistet neben einem Beitrag zur Vermeidung von Armut im Alter, dass Personen, die in einem normalen Arbeitsverhältnis stehen, durch am ausgefallenen Erwerbseinkommen orientierte Invaliditäts- und Altersrenten ihren bisherigen Lebensstandard aufrecht erhalten können; die GRV schützt darüber hinaus durch Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation vor Erwerbsunfähigkeit bzw. Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und ist darüber hinaus Träger der Hinterbliebenensicherung in Gestalt von Witwen-, Witwer- und Waisenrenten.
- (5) Die *Arbeitslosenversicherung* ist heute Bestandteil des Systems der Arbeitsförderung (Sozialgesetzbuch – Drittes Buch (SGB III)). Sie gewährte herkömmlicherweise – bis zum Inkrafttreten der „Hartz-Reformen“ – nicht nur Einkommensersatzleistungen bei Arbeitslosigkeit in Gestalt von beitragsfinanziertem Arbeitslosengeld, steuerfinanzierter Arbeitslosenhilfe und Konkursausfallgeld, sondern hielt und hält auch häufig ein umfangreiches Instrumentarium zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und zur Eingliederung in das Arbeitsleben sowie zur Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten und zur Lenkung bzw. Beeinflussung des Arbeitsmarktes bereit.

Für die Mindestsicherung kam bisher der *Sozialhilfe* nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) bzw. kommt – seit 1.1.2005 – der *sozialen Grundsicherung* nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) – Zweites Buch (II) und Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch (XII) – Sozialhilfe – entscheidende Bedeutung zu. Hier fehlte in der Vergangenheit im Unterschied zu den europäischen Nachbarländern eine bedarfsorientierte Mindestsicherung außerhalb der Fürsorge bzw. Sozialhilfe, die es nunmehr in Gestalt der sozialen *Grundsicherung* bei Alter und Invalidität gibt.

Besondere Hilfs- und Förderungssysteme gewähren u. a. sog. *Unterhaltsvorschussleistungen* für Kinder, für welche die zivilrechtlich ge-

schuldeten Unterhaltsleistungen ausbleiben, sowie *Kindergeld (BKKG)*, *Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII)*, *Wohngeld (WoGG)* und *Ausbildungsförderung (BAFöG)*. Diese Leistungen, die für besondere Bedarfslagen gewährt werden, die nicht den vorstehend erwähnten „klassischen“ sozialen Risiken zuzuordnen sind, werden wie die Sozialhilfe aus Steuermitteln finanziert.

Die Einkommensersatzleistungen der Sozialversicherungssysteme – Krankengeld, Mutterschaftsgeld, Arbeitslosengeld, Renten u. a. – nehmen in ihrer Höhe i. d. R. Bezug auf das ausgefallene Erwerbseinkommen des Versicherten, an dessen Einkommen sich auch die Höhe der Beiträge orientiert, d. h. sie sind dem Äquivalenzprinzip – Entsprechung von Leistungen und Vorleistungen – verpflichtet in der Vergangenheit regelmäßig der Entwicklung der Erwerbseinkommen angepasst („dynamisiert“).

Die Sozialversicherung umfasst trotz ihres breiten Spektrums nicht die ganze Bevölkerung.

So ist z. B. – wie vorstehend bereits erwähnt – die Eigenvorsorge im Krankheitsfall nur denjenigen Gesellschaftsmitgliedern auferlegt, deren Einkommen und Erwerbstätigkeit unterhalb einer bestimmten Einkommensgrenze liegt; jenseits dieses Limits wird die Eigenvorsorge der freien Disposition überlassen.

Für *nichtversicherungspflichtige Personen*, die nicht der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Pflegeversicherung unterliegen, kommt die Private Kranken- und Pflegeversicherung in Betracht.

Für *Beamte* und sonstige *öffentliche Bedienstete* gibt es spezifische, historisch gewachsene Sonderregelungen.

So ist Bestandteil des Dienstverhältnisses der Beamten, Richter und Berufssoldaten die sog. Beamtenfürsorge, welche als sog. Beihilfe die Risiken Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie Arbeitsunfall abdeckt (wobei in den letzten Jahren hier eine stetige Annäherung des Leistungsniveaus an dasjenige der Sozialversicherung zu registrieren ist).

Bei Personenschäden, d. h. körperlicher oder gesundheitlicher Schädigung oder Tod unter

Zurücklassung Unterhaltsabhängiger infolge von Ereignissen, für welche die Allgemeinheit die Verantwortung trägt (Kriegsereignisse, Wehrdienst oder ähnliche Dienste, öffentlich angeordnete Impfungen, Gewaltverbrechen, etc.), werden nach dem ursprünglich für Kriegsopferversorgung entwickelten Regelungsmodell der sog. Sozialen Entschädigung Heilbehandlung, Renten und sonstige Hilfen gewährt.

*Träger der Sozialversicherung* sind rechtlich eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts, die i. d. R. unter Beteiligung der Sozialpartner – Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften – dem Prinzip der sozialen Selbstverwaltung unterliegen.

Die *Finanzierung* der Sozialversicherung erfolgt in erster Linie über einkommensbezogene Beiträge nach dem Umlageverfahren („pay as you go“), d. h. sowohl die Sachleistungen der Versicherten der GKV als auch etwa die Renten der GRV werden nicht aus den Erträgen eines aus ihren früheren Beiträgen akkumulierten Kapitalstocks, sondern aus den laufenden Beiträgen der aktuell Versicherten und Beitragszahler finanziert.

Das *Beitragsaufkommen* ist zweckgebunden und darf demgemäß auch nur dazu verwandt werden, die Sozialversicherung zu finanzieren; die Krankenversicherungsbeiträge müssen demgemäß der Gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommen. Die Krankenversicherungsbeiträge finden somit sowohl Grund als auch Grenze in ihrem bestimmungsmäßigen Zweck, die Gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. Demgegenüber dienen Steuern und Abdeckung der finanziellen Aufwendungen für die Erledigung der allgemeinen Staatsaufgaben.

Was die *Beitragsfinanzierung* angeht, so trägt bei versicherungspflichtigen Arbeitnehmern der Arbeitgeber grundsätzlich eine Beitragshälfte. Der Arbeitgeberbeitrag beruht historisch auf der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers für seine Arbeitnehmer und stellt zugleich eine

wichtige Komponente des sozialen Konsenses dar, der für das „Rheinische Sozialmodell“ der Bundesrepublik Deutschland in der Vergangenheit kennzeichnend gewesen ist (und dem im Übrigen auf Europäischer Ebene der Soziale Dialog des Art. 138 EG-Vertrag verpflichtet ist).<sup>5</sup>

Mit dem Vorschlag zur Einführung der „Bürgerversicherung“ wird auch die Frage nach der Abgrenzung von GKV und PKV aufgeworfen. Es geht dabei um die Zuweisung von Personenkreisen zu einem der beiden Systeme, m.a.W. um die horizontale Grenzziehung. Letztere stellt sich heute so dar, dass Beamte (§ 6 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) und Selbständige (§ 5 Abs. 5 SGB V) grundsätzlich deshalb auf die PKV verwiesen sind, weil sie der GKV nicht beitreten können, sondern ihnen lediglich bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen der Weg der freiwilligen Weiterversicherung eröffnet ist. Abhängig Beschäftigte haben bei Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze die Möglichkeit, für die PKV zu optieren.

Unter dem Slogan von der sog. „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV wird diese vorstehend skizzierte Grenzziehung mit dem Subsidiaritätsprinzip gerechtfertigt, weil dieses ein staatliches Eingreifen in die individuelle Vorsorge nur zulasse, wenn der Einzelne aufgrund seiner wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse überfordert sein könnte.

Dabei ist die Versicherungspflichtgrenze heute an die jeweils geltende Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung – 2005: 62.400 jährlich/5.200 monatlich Euro – alte – bzw. 52.800/4.400 Euro – neue Länder – im Monat als fester Vomhundertsatz (75 v. H.) gebunden und insoweit „dynamisiert“.<sup>6</sup>

Für 2005 liegt die Versicherungspflichtgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung bei jährlich/monatlich 46.800/3.900 Euro.

Die Sozialversicherung war ursprünglich – Ende des 19. Jahrhunderts – als *Arbeiterversicherung* („blue collar worker“) und dann – seit

<sup>5</sup> Siehe zur „Europäischen Dimension“ der Bürgerversicherung unten II.

<sup>6</sup> Vgl. zu dieser Problematik etwa Uleer, Ch., Die „richtige“ Abgrenzung von PKV und GKV, in: Boecken, W./Ruland, F./Steinmeyer, H.-D. (Hg.), Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa. Festschrift von Maydell, Neuwied 2002, S. 767 ff.

Anfang des 20. Jahrhunderts – als *Arbeitnehmerversicherung* ausgestaltet. Wie die Einbeziehung von *Angestellten* („white collar worker“) und damit die Ausweitung der Arbeiterversicherung zur Arbeitnehmerversicherung ist auch die Erweiterung um *bestimmte Gruppen von Selbstständigen* in Richtung auf eine *Erwerbstätigen- bzw. Erwerbspersonenversicherung* nicht zuletzt auch vom Bundesverfassungsgericht mit Überlegungen zur sozialen Schutzbedürftigkeit und zum nicht auf die abhängig Beschäftigten beschränkten Wesen der Sozialversicherung gerechtfertigt worden.<sup>7</sup>

Mit dieser Ausdehnung des persönlichen Geltungsbereichs der Sozialversicherung ging jeweils auch eine entsprechende Verschiebung des jeweiligen Anwendungsbereichs von GKV und PKV und damit der „Friedensgrenze“ zwischen beiden Bereichen der Krankenversicherung einher. Die „Friedensgrenze“ war somit stets dynamisch und nicht statisch.

Die Einführung der „Bürgerversicherung“ würde insofern einen Systemwechsel bringen, als *alle Einwohner* der Krankenversicherungspflicht unterlägen und die „Bipolarität“ von GKV und PKV sich nicht mehr als Wahlmöglichkeit zwischen zwei unterschiedlichen Systemen, sondern – je nach Ausgestaltung – als Optionsmöglichkeit zwischen öffentlichen und privaten Krankenkassen unterhalb eines „gemeinsamen Daches“ ausdrücken würde.

Ob eine solche Ausgestaltung der Krankenversicherung noch von Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG gedeckt wäre, ist eine der Fragen, die sich im Zusammenhang mit diesen Reformüberlegungen stellen.

In dem Papier sind folgende Reformvorschläge untersucht worden:

- Ausweitung der Versicherungspflicht auf die ganze Bevölkerung, d. h. Einbeziehung aller Versicherten aus der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung Pflege.

- Einbeziehung anderer Einkommensarten: Das Modell sieht vor, dass Lohn- und verwandte Einkünfte in einer Säule zusammengefasst und verbeitragt werden und Einkünfte aus Kapitalvermögen – ohne Mieteinkommen – in einer zweiten Säule zur Verbeitragung gebracht werden; in beiden Beitragssäulen wird die Beitragsbemessungsgrenze eingehalten;
- verbesserte Leistungen bei Demenz;
- Anhebung der ambulanten Leistungen in Pflegestufe I und II: Die Sätze sollen auf 704 Euro in Pflegestufe I und 1100 Euro in Pflegestufe II angehoben werden (derzeit: 384 Euro bzw. 921 Euro); dadurch würde der Vorrang der häuslichen Pflege betont, die Qualität der ambulanten Pflege verbessert und es würden Arbeitsplätze in der ambulanten Pflege geschaffen.

Die zentralen Ergebnisse lauten:

Eine Anhebung des Beitragssatzes von derzeit 1,7% bis 2007 ist nicht notwendig; im Jahr 2008 sind die vorhandenen Reserven verbraucht bis zum Rücklagesoll.

Ohne Einführung der Bürgerversicherung würde der Beitragssatz bis zum Jahre 2025 auf 2,33% demographiebedingt steigen; mit der Verbesserung der Versorgung für Demenzerkrankte und der Anpassung der Pflegesätze in der ambulanten Pflege würde der Beitragssatz auf 2,52% steigen.

Durch die Einführung einer Bürgerversicherung könnte der Beitragssatz im Jahr 2006 auf 1,50% gesenkt werden einschließlich der verbesserten Versorgung Demenzerkrankter und der Anhebung ambulanter Pflegesätze. Die Einführung der Bürgerversicherung entlastete die soziale Pflegeversicherung um etwa 4 Mrd. Euro pro Jahr. Im Jahr 2025 läge der Beitragssatz bei 2,0%.

Würde man bei Einführung der Bürgerversicherung den Beitragssatz von 1,7% beibehalten, könnten bis zum Jahr 2015 Rücklagen in

<sup>7</sup> BVerfGE 18, 38 ff., 29, 221 ff.; 75, 108 ff.

der Bürgerversicherung Pflege angespart werden. Ohne Anpassung von Rücklagen bliebe der Beitragssatz im Modell der Bürgerversicherung bis zum Jahre 2024 unter 2%.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf das Modell einer Bürgerversicherung zur Absicherung des Krankheitsrisikos, gelten aber in vielen Punkten für eine entsprechende Lösung zur Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit.

## 2. Die Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens

In der GKV orientiert sich die Versicherungspflicht nach dem bereits Gesagten am soziprofessionellen Status und an der Höhe des Einkommens. Sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer sind grundsätzlich in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig. Für *Selbstständige* und *Beamte* besteht hingegen grundsätzlich keine Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Abhängig Beschäftigte haben die Möglichkeit, die Gesetzliche Krankenversicherung zu verlassen und in eine private Krankenversicherung zu wechseln, wenn ihr Arbeitseinkommen die *Pflichtversicherungsgrenze* übersteigt.

Auf diese Weise besteht ein segmentierter Krankenversicherungsmarkt aus Gesetzlicher Krankenversicherung mit risikoindifferenten, einkommensabhängigen Beiträgen einerseits und Privater Krankenversicherung mit risikoorientierten Pauschalprämien mit einem Sparanteil andererseits.

Im PKV-System werden überdies *Alterungsrückstellungen* gebildet, um eine versicherungsmathematisch begründete allzu große Steigerung der Versicherungsprämien mit steigendem Lebensalter des Versicherten zu vermeiden und die Prämienentwicklung stattdessen zu „strecken“.

Grundsätzlich ergeben sich die Prämien für eine private Krankenversicherung aus den zu erwartenden Gesundheitsausgaben für die Mitglieder einer Alterskohorte über deren Lebenszyklus hinweg. Da die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben mit zunehmendem Alter der

Versicherten ansteigen, ist die Bildung von Rückstellungen erforderlich, wenn der Prämienverlauf über die Versicherungslaufzeit unverändert bleiben oder doch ausgeglichen werden soll. Diese Rückstellungen werden bei Erreichung einer Altersgrenze aufgelöst, um die dann anfallenden höheren Gesundheitsausgaben finanzieren zu können, ohne die Prämien erhöhen zu müssen.

Ideell lässt eine private Versicherungsprämie sich somit aufteilen in einen Umlageanteil und einen Sparanteil bzw. besteht die Versicherung gleichsam aus einer umlagefinanzierten Krankenversicherung und einer – bezogen auf eine Alterskohorte – kapitalgedeckten Versicherung gegen Beitragserhöhungen.

Die vorstehend angesprochene Segmentierung des Marktes in GKV und PKV und die bessere Honorierung von Leistungen für PKV-Patienten kann dazu führen, dass den GKV-Versicherten nicht die gleichen medizinischen Leistungen zur Verfügung stehen wie den PKV-Versicherten. Dem wird entgegen gehalten, dass es aber auch in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem immer Personen gebe, die sich aufgrund ihres Einkommens und Vermögens eine bessere Krankenversorgung leisten könnten, es also immer in einem gewissen Ausmaß eine „Zwei-Klassen-Medizin“ geben werde und eine derartige Ungleichbehandlung auch in anderen Lebensbereichen und bei anderen Gütern akzeptiert werde.

Durch diese Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes und die unterschiedlichen Honorierungssysteme werden aber auch die Behandlungsqualität und die Effizienz der Leistungserstellung betroffen, weil Ärzte nicht lediglich nach ihren Fähigkeiten und den jeweiligen medizinischen Erfordernissen eingesetzt werden (bzw. „sich einsetzen“), sondern nach Maßgabe der Versicherungszugehörigkeit der Patienten, und es dadurch sowohl zu einer Fehlallokation von knappen Ressourcen als auch zu Qualitätsdefiziten kommen kann, die bei einer einheitlichen Honorierung auf einem einzigen Markt nur in geringerem Maße aufträten.



Die *Pflichtversicherungsgrenze* wird dergestalt mit dem Subsidiaritätsprinzip begründet, dass von einer bestimmten Einkommenshöhe an nicht mehr von der sozialen Schutzbedürftigkeit einer Person auszugehen sei, weil man jenseits dieser Grenze eigenverantwortlich für seinen Versicherungsschutz sorgen könne.

Ob diese Argumentation angesichts der potenziellen Höhe von medizinischen Behandlungskosten heute noch trägt, mag man bezweifeln.

Auch eine Wahlmöglichkeit nach Maßgabe des sozio-professionellen Status zwischen GKV und PKV im vorstehend bezeichneten Sinne lässt sich mit dem Argument der Schutzbedürftigkeit wohl kaum begründen. Eher dient die Pflichtversicherungsgrenze dazu, den privaten Krankenversicherern ein Marktsegment zu sichern (deshalb auch die Bezeichnung der Pflichtversicherungsgrenze als „Friedensgrenze“).

Das derzeitige Finanzierungssystem der GKV enthält zahlreiche *Umverteilungselemente*. Neben der sozialversicherungstypischen Umverteilung von den „guten“ zu den „schlechten“ *Gesundheitsrisiken* kommt es durch die lohn- und renteneinkommensorientierte Beitragsbemessung zu einer Umverteilung von Beziehern hoher Lohn- oder Renteneinkommen zu Beziehern niedriger Einkommen.

Durch die *beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten* wird von Alleinstehenden und Doppelverdienerehepaaren zu Alleinverdienerehepaaren umverteilt, unabhängig vom Einkommen der Alleinverdienerehepaare, durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern von den Kinderlosen zu Versicherten mit Kindern. Schließlich wird von den „Jungen“ zu den „Alten“ umverteilt, da die Pro-Kopf-Ausgaben der Krankenversicherung im Durchschnitt mit dem Alter der Versicherten steigen, die Beiträge der Rentner nach Maßgabe des „verbeitragten“ Renteneinkommen aber im Durchschnitt geringer ausfallen.

Aus den mit einer Pflichtversicherungsgrenze verbundenen Kassenwahl- und -wechsellmöglichkeiten erwächst vor diesem Hintergrund die Gefahr einer „Risikoentmischung“ dergestalt, dass „gute“ Risiken in die PKV wechseln, die risiko-

spezifische Prämien erhebt, und „schlechte“ Risiken in der GKV mit ihren risikounabhängigen Beiträgen verbleiben.

Auch besteht wegen der beitragsfreien Mitversicherung von Familienangehörigen für Mitglieder der GKV mit Familie und einem über die Pflichtversicherungsgrenze liegenden Einkommen ein Anreiz, die GKV nicht zu verlassen. (zwar muss die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen nicht notwendigerweise als konstitutives Element der Krankenversicherung angesehen werden, doch ihr jedenfalls ein starkes Solidarelement immanent, was nicht zuletzt aus europarechtlichen Gründen von Bedeutung ist, weil das Solidarelement die Verneinung der Unternehmenseigenschaft im Sinne des Europäischen Wettbewerbsrechts rechtfertigt.)

Versicherte der Privaten Krankenversicherung und damit besser verdienende Arbeitnehmer sowie Beamte und Selbständige können sich diesem in der GKV enthaltenen sozialen Ausgleich von „kinderlos“ zu „kinderreich“ und von „reich“ zu „arm“ entziehen. Diese Optionsmöglichkeit stellt ein Element intragenerativer Ungleichbehandlung dar, weil es gerade die ökonomische Leistungsfähigsten sind, die dem Solidar ausgleich, der in der Gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet, ausweichen können (und häufig auch tatsächlich ausweichen).

Die Privatversicherten unterstützen allerdings dadurch, dass die PKV oft für gleiche Leistungen den Leistungserbringern höhere Entgelte zahlt, die GKV gleichsam durch eine Quersubventionierung. Allerdings ist diese Form des Finanzausgleichs wenig zielgenau, weil er über Zahlungen an die Leistungsanbieter und nicht an die Mitglieder der Privaten Krankenversicherung erfolgt.

In einem Pauschalbeitragssystem wird demgegenüber die Einkommensumverteilung innerhalb des Krankenversicherungssystems beseitigt, d. h. das Versicherungsziel wird dadurch vom Umverteilungsziel getrennt, dass die Umverteilungskomponente in das Steuer-Transfer-System verlagert wird.

Die gegenwärtig diskutierten *Modelle für eine Reform der Gesetzlichen Krankenversiche-*

rung unterscheiden sich vor allem hinsichtlich der Abgrenzung des Versichertenkreises, der Art der Beitragsbemessung und der Organisation der Kapitaldeckung.

*Bündnis 90/Die Grünen* hat ein eigenes Konzept für eine auf einkommensabhängigen Beiträgen beruhende „Bürgerversicherung“ entwickelt. Dieser Vorschlag ist im Wesentlichen durch folgende Eigenschaften gekennzeichnet:

- Die Bürgerversicherung ist im Umlageverfahren organisiert; für die Versicherungsanbieter besteht Kontrahierungszwang; eine Risikoprüfung wird nicht durchgeführt.
- Die Beiträge werden nach dem Einkommen des Versicherten bemessen, wobei eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten vorgesehen ist. Eine Verrechnung von positiven und negativen Erträgen aus verschiedenen Einkommensarten soll ausgeschlossen werden. Analog zum Einkommensteuersystem ist ein Sparerfreibetrag in Höhe von 1340 Euro für Kapitaleinkünfte vorgesehen. Die Beitragsbemessungsgrenze soll von 3487,50 Euro auf 5150 Euro erhöht werden. Die Einführung einer zusätzlichen Beitragsbemessungsgrenze für Vermögenseinkommen – wie von der SPD vorgesehen – wird abgelehnt.
- Die Versicherungspflichtgrenze wird abgeschafft und die Versicherungspflicht auf alle ausgeweitet. Bisher Privatversicherte erhalten ein individuelles „Rückkehrrecht“ in die Bürgerversicherung. Machen sie von diesem Recht Gebrauch, werden die bisher gebildeten Alterungsrückstellungen in den Risikostrukturausgleich der Bürgerversicherung einbezogen.
- Bestehende private Krankenversicherungsunternehmen können auf dem einheitlichen Markt unter den vorgegebenen einheitlichen Bedingungen genauso wie die gesetzlichen Krankenkassen Vollversicherungen anbieten.

- Alle auf dem Markt tätigen Versicherungen – private und gesetzliche – werden in einen Risikostrukturausgleich einbezogen.
- Die paritätische Finanzierung der Beiträge soll für die Lohnneinkommen und damit die abhängig Beschäftigten beibehalten werden.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht erwerbstätigen Ehegatten wird grundsätzlich aufgehoben und es wird eine Splittingregelung eingeführt.
- Nur Personen, die Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen, sollen beitragsfrei mitversichert werden.

Das „Grüne“ Konzept behandelt weitgehend alle Einkommen gleich, geht aber auf dem Weg, eine „zweite Einkommensteuer“ zur Finanzierung der Krankenversicherung einzuführen, weiter als die „Bürgerversicherung“ der SPD.

Der *Deutsche Gewerkschaftsbund* und seine Mitgliedsgewerkschaften haben am 2. November 2004 ein Konzept für die zukünftige Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Deutschland beschlossen, in dem sie sich gleichfalls für eine „solidarische Bürgerversicherung“ aussprechen.<sup>8</sup>

*CDU und CSU* haben sich am 15. November 2004 auf „Eckpunkte der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung – für ein *solidarisches Gesundheitsprämienmodell*“ geeinigt.<sup>9</sup>

Mit einem „*Modell der Bürgerpauschale*“ hat der *Sachverständigenrat für die Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*<sup>10</sup> sich in die Diskussion eingeschaltet und ein eigenes Krankenversicherungssystem vorgestellt, das folgende Eigenschaften aufweist:

- Die gesamte Wohnbevölkerung ist versicherungspflichtig;
- der Leistungskatalog umfasst die medizinisch notwendigen Leistungen (nach dem Vorbild des gegenwärtigen Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung);
- das System wird nach dem Umlageverfahren finanziert;

<sup>8</sup> Abgedruckt in: Soziale Sicherheit 2004, S. 366 ff.

<sup>9</sup> Abgedruckt in: Soziale Sicherheit 2004, S. 375 ff.

<sup>10</sup> Jahresgutachten 2004, Berlin 2004

- die Beiträge sind einkommensunabhängig; ihre Höhe ist für jede Krankenkasse unterschiedlich und sie bemessen sich nach den durchschnittlichen Gesundheitskosten je Versicherten der jeweiligen Kasse;
- für alle Krankenversicherungen, die diese Basisversicherung anbieten, herrscht Kontrahierungszwang;
- die Bürgerpauschale kann sowohl von gesetzlichen Krankenkassen als auch von privaten Krankenversicherungen angeboten werden; gesetzliche Krankenkassen und private Krankenversicherungen konkurrieren mithin auf einem einheitlichen Versicherungsmarkt mit der Folge, dass es zu einer Angleichung von PKV und GKV bei diesem Versicherungsprodukt kommt.

Im Hinblick auf die Einbeziehung sämtlicher Einwohner und die dadurch bewirkten Solidarisierungseffekte – bzw. durch die Vermeidung von Entsolidarisierungseffekten – sowie in Ansehung des Nebeneinanders von GKV und PKV bestehen deutliche Parallelen zur „Bürgerversicherung“.

Der wichtigste Unterschied zwischen beiden Konzepten besteht in der Finanzierung: hier – „Bürgerpauschale“ – einkommensunabhängige, dort – „Bürgerversicherung“ – einkommensabhängige Beiträge.

Grundsätzlich kann man hinsichtlich der Art der Beitragsbemessung in Krankenversicherungssystemen

- *einkommensbezogene Systeme* (z. B. derzeitiges GKV-System und auch die „Bürgerversicherung“) und
- *Pauschalssysteme*, in denen der Krankenversicherungsbeitrag unabhängig vom individuellen Einkommen bemessen wird (z. B. „Gesundheitsprämie“, PKV-System, „Bürgerprämie“ wie in der Schweiz)

unterscheiden.

Aus beschäftigungs- und wachstumspolitischer Perspektive sind nach Auffassung des Sachverständigenrates Pauschalbeitragsysteme grundsätzlich deshalb einkommensorientierten Systemen vorzuziehen, weil einkommensabhängige Beiträge, deren Höhe unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen ist, mit

negativen Effekten für Arbeitsangebot und Arbeitsnachfrage einher gehen, Pauschalbeiträge hingegen zu einer Abkopplung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten führten. Aus diesem Grunde hat der Rat sein eigenes Modell einer „Bürgerpauschale“ zur Diskussion gestellt, wonach alle Bürger versicherungspflichtig sind und die Beiträge als vom individuellen Einkommen des Versicherten unabhängige Pauschalbeträge erhoben werden.

Auf dem Krankenversicherungsmarkt konkurrieren auch nach diesem Vorschlag gesetzliche und private Versicherungen. Für Niedrigeinkommensbezieher wird ein sozialer Ausgleich geschaffen, der aus Steuermitteln finanziert wird.

Um die Beitragsbelastung über die Zeit auszugleichen, kann das System mit einer Kapitaldeckungskomponente verbunden werden.

Diese Lösung soll folgende Vorteile bieten:

- die Gesundheitskosten wurden von den Arbeitskosten abgekoppelt;
- die Erosion der lohnbezogenen Beitragsgrundlage würde beseitigt;
- der notwendige soziale Ausgleich würde transparenter und könnte zielgenauer realisiert werden, weil er in das Steuer- und Transfer-System verlagert würde;
- der „beschäftigungsunfreundliche“ Beitragsanteil würde verringert.

Auch bei der Einführung einer derartigen „Bürgerpauschale“ würde sich die Frage stellen, wie mit den bisherigen PKV-Versicherten und mit den von ihnen angesammelten Alterungsrückstellungen zu verfahren wäre.

Aus verfassungsrechtlichen Gründen (*siehe dazu später*) könnten diese Versicherten wohl nicht ohne Weiteres in das neue System einbezogen werden. Ihnen könnte aber angeboten werden, auf freiwilliger Basis zum Tarif der Bürgerpauschale zu wechseln.

Die Altersrückstellungen unterliegen nämlich dem Eigentumsschutz des Art. 14 GG, auch wenn sie für den einzelnen Versicherten lediglich fiktiv zu berechnen sind.

Für diejenigen Privatversicherten, die nicht zum neuen Tarif wechseln möchten, würden die Versicherungsverträge weiterlaufen.

Auch *Beamten* und *Pensionären* wäre eine Wechseloption in das Bürgerpauschalensystem einzuräumen. Alle Personen, die neu in das Beamtenverhältnis aufgenommen werden, müssten hingegen eine Versicherung mit dem Tarif der Bürgerpauschale abschließen.

Derzeit erhalten die Beamten einen bestimmten Prozentsatz der angefallenen Gesundheitskosten als Beihilfe vom Dienstherrn erstattet, die als Äquivalent zum Arbeitgeberbeitrag aufgefasst werden kann. Im Konzept der Bürgerpauschale entfielen diese Beihilfezahlungen. Mithin müssten bei einem Übergang zu diesem Versicherungsmodell die Bruttogehälter der Beamten beziehungsweise die Ruhegehälter der Pensionäre wohl um einen dem „Arbeitgeberbeitrag“ entsprechenden Betrag erhöht werden.

Das Bundesverfassungsgericht hat bisher die Abdeckung des Krankheitsrisikos durch eine obligatorische Versicherung bei allen Personen zugelassen, die keine hinreichende Eigenvorsorge getroffen hatten. Auch darf der Staat aus Gründen der Finanzierbarkeit der Krankenversicherung die Versicherten typisieren und abgrenzen sowie die Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen.

Bei den derzeit in der PKV versicherten Personen sei eine Einbeziehung in eine obligatorische allgemeine Krankenversicherung nicht notwendig, da sie ausreichend abgesichert sind. Die Verträge der in der PKV bereits abgesicherten Personen – „Altverträge“ – stünden unter dem Schutz des Art. 14 Abs. 1 GG. Deswegen sei aus verfassungsrechtlichen Gründen der Altbestand von privaten Versicherungsverträgen zu respektieren und sei nicht möglich, das für die Zwecke der privaten gesundheitlichen Risikovorsorge angesammelte Versicherungskapital umzuwidmen.

Bei *Beamten* sei es rechtlich zulässig, ein soziales Sicherungssystem durch ein anderes zu ersetzen; eine freie Entscheidung des Beamten über die Art seiner Krankenversicherung und damit das derzeitige Beihilfesystem gehöre nicht zu den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums i.S.d. Art. 33 Abs. 5 GG. Die Beihilfe könne also grundsätzlich durch ein anderes

soziales Schutzsystem für den Fall der Krankheit ersetzt werden, sofern dieses die soziale Absicherung ähnlich „sicher“ gewährleiste wie das heutige Beamtensystem.

Bei dieser Diskussion um die Reform des Gesundheitswesens stehen nicht zufällig Vorschläge zur Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der Gesundheitsversorgung sowie zur beschäftigungsfreundlicheren Ausgestaltung des Finanzierungsmodus zum Zwecke der Senkung der Lohnnebenkosten und der Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen im Vordergrund. Diese Akzentuierung ist nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass in jüngerer Zeit aus wirtschafts- und insbesondere arbeitsmarktpolitischen Gründen eine Verringerung des Versicherungsbeitrages der GKV als politisches Gebot der Stunde anerkannt worden ist vor dem Hintergrund eines Anstiegs des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV von 8,2 v. H. im Jahre 1970 auf 14 v. H. im Jahre 2002. Die jüngsten gesundheitspolitischen Maßnahmen haben denn auch bereits einschlägige Erfolge gezeitigt, ist doch der Anstieg der Beitragssätze gestoppt worden und haben doch einige Kassen bereits Beitragssenkungen angekündigt oder sogar vorgenommen.

Für die Erosion der Finanzierungsbasis der GKV, die sich dahingehend auswirkt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder hinter der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts je Erwerbstätigem zurückbleiben, sind in struktureller Hinsicht verantwortlich der Druck auf die Arbeitsentgelte namentlich in den unteren Lohngruppen (nicht zuletzt infolge von Globalisierung und Europäisierung, wie sich ganz aktuell am Beispiel der Auswirkungen der jüngsten EU-Osterweiterung, die am 1. Mai 2004 wirksam geworden ist, illustrieren ließe), Veränderungen der Erwerbsarbeit selbst (etwa der Bedeutungsrückgang des „klassischen“ Normalarbeitsverhältnisses im Vergleich zu flexibleren Beschäftigungsformen in Gestalt von Teilzeitarbeit, Zeitarbeit, nichtversicherungspflichtigen Beschäftigungen, Formen neuer Selbständigkeit, u.a.), die Flucht in die „Schattenwirtschaft“ sowie last but

not least auch die einen höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen induzierende längere Lebens- und zugleich Rentenbezugszeiten.

Bei den *Reformvorschlägen* lassen sich systemkonforme, d. h. auf den Umbau des geltenden Systems abzielende Konzepte, und systemverändernde, d. h. einem Systemwechsel zur Diskussion stellende Vorschläge unterscheiden.

Diesbezüglich am radikalsten – und systemverändernd – sind Vorschläge, die auf den Übergang zu einer voll kapitalgedeckten Finanzierung gerichtet sind.<sup>11</sup>

Auch die oben vorgestellten „Prämienmodelle“ bedeuten eine Abkehr von der bisherigen Krankenversicherungstradition.

Die eher systemkonformen Reformvorschläge wie die „Bürgerversicherung“ setzen an den vorstehend angesprochenen Veränderungen an, verbleiben aber in der deutschen Sozialversicherungstradition (*siehe oben I.1.*). Zugleich nähern sie sich den Tendenzen an, die in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union dominieren (*siehe dazu unten III und IV.*).

An dieser Stelle nicht zu behandeln in die Frage, ob nicht im Zuge der geplanten *Reform der Pflegeversicherung* Kranken- und Pflegeversicherung zusammengelegt werden sollten. Auch eine solche Maßnahme (für die m.E. in der Tat viel spricht) würde es nahe legen, den Personenkreis, der von der Gesetzlichen Krankenversicherung erfasst wird, ähnlich weit zu ziehen wie denjenigen der sozialen Pflegeversicherung, die rd. 98 v. H. der Wohnbevölkerung umfasst.

In der Diskussion über die Reform der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung stehen gegenwärtig die Alternativkonzepte „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ zur Diskussion.<sup>12</sup> Ausgangspunkt für die Diskussion ist die einleitend angesprochene, insbesondere in den letzten Jahren zu Tage getretene Wachstumsschwäche bei Finanzierungs-

grundlagen der GKV, die insbesondere darauf zurückzuführen ist, dass ein ständig größer werdender Teil des Volkseinkommens in Einkommen besteht, welches nicht der Beitragsvermessung für die GKV unterliegt und deshalb über eine Umgestaltung der gegenwärtigen Finanzierungsgrundlagen nachgedacht werden muss.

Ein Reformvorschlag in dieser Debatte ist die hier diskutierte Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer „*Bürgerversicherung*“.

Ausgangspunkt für die Diskussion um die finanziellen Grundlagen der GKV ist die Wachstumsschwäche der geltenden GKV-Finanzierung, die auf folgende Umstände zurückgeführt wird:

- Beitragspflichtig sind heute eben im Wesentlichen nur Einkommen aus abhängiger Erwerbstätigkeit und Erwerbsersatz Einkommen (insbesondere Renten), während insbesondere Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder aus Vermögen nicht zur Finanzierung der Krankenversicherung herangezogen werden.
- Die Beitragspflicht endet an einer Beitragsbemessungsgrenze, die insoweit eine regressive Wirkung auslöst, als Einkommen oberhalb dieser Grenze nicht der Beitragspflicht unterliegen mit der Konsequenz, dass sog. „Besserverdienende“ lediglich einen geringeren Teil ihres Einkommens zum Beitragsaufkommen beisteuern als ihrer finanzielle Leistungsfähigkeit entspricht.
- Das Bestehen einer Versicherungspflichtgrenze ermöglicht es besser verdienenden Arbeitnehmern überdies, sich nach individuellem Nutzenkalkül zu entscheiden, ob sie in der solidarisch ausgestalteten GKV bleiben oder aber von einem „opting-out“ zugunsten der privaten Krankenversicherung und damit zugleich gegen die Zugehörigkeit zum Solidarverband Gesetzliche Krankenversicherung entscheiden.

<sup>11</sup> Vgl. zu einem Überblick Henke, K.-D./Borchardt, K./Schreyögg, J./Farhauer, O., Eine Systematisierung der Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland, in: Journal of Public Health/Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2004, H. 12, S. 10 ff.

<sup>12</sup> Vgl. dazu exemplarisch Jacobs, K./Langer, B./Pfaff, A./Pfaff, M., Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn (Friedrich-Ebert-Stiftung – Gesprächskreis Arbeit und Soziales –) 2003

- Beamte und Selbstständige sind grundsätzlich nicht an der solidarischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt. Die Grundidee der „Bürgerversicherung“ lässt sich vor diesem Hintergrund wie folgt charakterisieren: Beteiligung aller Bürger an der solidarischen Finanzierung der Gesundheitsversorgung nach ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und Ausgestaltung des Krankenversicherungsmarktes nach einheitlichen Bedingungen, um einen möglichst lebhaften und produktiven Wettbewerb unter den Versicherern zum Vorteil aller Versicherten zu ermöglichen.

Zur Realisierung dieses Konzepts gibt es unterschiedliche Ausgestaltungsvarianten, die im Wesentlichen darauf abzielen, Art und Ort des sozialen Ausgleichs zu bestimmen sowie verbindliche Vorgaben für die Art der Beitragsgestaltung der Krankenversicherung zu machen.<sup>13</sup>

Vor diesem Hintergrund besteht die *Leitidee der Bürgerversicherung* darin, alle Bürger, also auch Beamte und Selbstständige sowie Personen, die nicht versicherungspflichtig sind, künftig zur solidarischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung nach Maßgabe ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit heranzuziehen.

Ein *erster Schritt* zur Einführung der Bürgerversicherung bestünde vor diesem Hintergrund in einer *Ausweitung des versicherten Personenkreises* zum einen *durch die Einbeziehung der bisher nicht Versicherungspflichtigen Personengruppen* sowie zum anderen *durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze*, um diejenigen, die gegenwärtig rein aufgrund der Höhe ihres Erwerbseinkommens sich gegen die Zugehörigkeit zur Gesetzlichen Krankenversicherung entscheiden können, künftig auch in den Kreis der dort Pflichtversicherten einzubeziehen.

Die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze des § 6 SGB V durch das Beitragssicherungsgesetz (BSichG) mit Wirkung vom 1. Januar 2003

um rd. 14 v. H. ist jüngst vom Bundesverfassungsgericht nicht als Verletzung der Grundrechte privater Versicherungsunternehmen aus Art. 12 GG und 14 GG angesehen worden, da die Maßnahme unmittelbar lediglich die Versicherter, die Unternehmen hingegen nur mittelbar betreffe. Das Gericht hat zugleich darauf hingewiesen, dass die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze das „duale“ Krankenversicherungssystem aus GKV und PKV deshalb kaum verändere, weil Beamte und Selbstständige nach wie vor nicht der Versicherungspflicht unterlägen und der PKV als „Kunden“ erhalten blieben und die Bürger zudem auch weiterhin private ergänzende Krankenversicherungen abschließen könnten.

Die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist zudem mit Gründen des Gemeinwohls – konkret Funktionsfähigkeit, Finanzierbarkeit und finanzielle Stabilität des GKV – gerechtfertigt worden.<sup>14</sup> (Von dem für das Sozialrecht zuständigen Richter des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts ist allerdings zu Recht darauf hingewiesen worden, dass der erwähnte Nichtannahmebeschluss der Zweiten Kammer des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit der Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze die verfassungsrechtliche Beurteilung eines „Systemwechsels“ hin zur Bürgerversicherung deshalb keineswegs präjudiziert, weil sich die Kammer nicht mit der Grundrechtsbetroffenheit der Versicherungsnehmer zu befassen hatte, da der Beschluss auf eine Verfassungsbeschwerde eines Unternehmens der Krankenversicherung hin ergangen ist.<sup>15</sup>)

Dabei ist zu berücksichtigen, dass gegenwärtig eben versicherungsfrei nicht nur diejenigen sind, die (zu) wenig verdienen, sondern – eine deutsche Besonderheit – auch die besonders viel verdienen und deshalb jenseits der Versicherungspflichtgrenze liegen mit der Konsequenz,

<sup>13</sup> Vgl. dazu *Jacobs, K.*, Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung, in: ders. u. a. (Hg.), *Bürgerversicherung versus Kopfpauschale*, aaO, 2003, S. 7 ff., 12 ff.

<sup>14</sup> BVerfG, Beschlüsse vom 4.2.2004 – Az.: 1 BVerf 1103/03 u. vom 18.2.2004 – 1. BVerf 2153/03 –; dazu *Brust, J.*, Versicherungspflichtgrenze. Kein Verstoß gegen die Verfassung, in: *Gesundheit und Gesellschaft (G + G)*, 2004, S. 42 ff.

<sup>15</sup> *Steiner, U.*, Sozialrecht im Umbruch – Schub- und Bremskräfte des Bundesverfassungsgerichts, in: *Schleswig-Holsteinische Anzeigen* 2004, S. 85 ff., 86 Fn. 4.

dass sie von der Versicherungspflicht nicht erfasst werden und damit dem Solidarverband nicht angehören, der u. a. von den Gesunden zu den Kranken, von den Alleinstehenden zu den „Kinderreichen“, von den Jungen zu den Alten und last but not least von den „Reichen“ zu den „Armen“ umverteilt.

Soweit die Gewährleistung der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung ein legitimes Staatsinteresse darstellt, können Beitragspflichten – und auch sonstige Abgabepflichten (so etwa die Künstlersozialabgabe in der Künstlersozialversicherung) – zur Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungssystems eingeführt und ausgestaltet werden.

Eine derartige Gestaltungsmöglichkeit ist es, den Kreis von der Gesetzlichen Krankenversicherung obligatorisch erfassten Personen – heute ca. 85 v. H. der Wohnbevölkerung – zu erweitern. Dabei ist auch dem Gesichtspunkt Rechnung zu tragen, dass angesichts der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und auch als Auswirkung der Globalisierung nicht nur die Unterscheidung von Arbeitern und Angestellten, sondern auch diejenige von Arbeitnehmern einerseits und Selbstständigen andererseits zunehmend an Bedeutung verliert – nicht zuletzt im Hinblick auf die soziale Schutzbedürftigkeit der Betroffenen (wie erst jüngst in einer Studie für den Bereich der Alterssicherung belegt worden ist<sup>16</sup>). Auch bei echter – und erst recht bei vermeintlicher – selbstständiger Erwerbstätigkeit kann heutzutage eine fehlende soziale Schutzbedürftigkeit auch im Hinblick auf den Krankenversicherungsschutz nicht mehr angenommen werden. Dies zeigt auch der Blick über die Grenzen in unsere Nachbarländer, beispielsweise in das systemverwandte Österreich, wo der Versichertenkreis deshalb weiter gezogen ist als hierzulande.

Entscheidendes Kriterium für die Frage, ob die bestehende Versicherungspflichtgrenze erhöht oder gar ganz abgeschafft werden kann, ist somit letztlich diejenige nach dem *Geltungsan-*

*spruch und -umfang des Solidarprinzips*, welches nicht nur Solidarität zwischen Gesunden und Kranken, wirtschaftlich Aktiven und wirtschaftlich Noch-nicht- und Nicht-mehr-Aktiven, sondern auch zwischen „Reichen“ und „Armen“, d. h. einkommensstarken und einkommensschwachen Personen einschließt.

Der Erhalt der finanziellen Funktionsfähigkeit des öffentlichen Krankenversicherungssystems angesichts demographischer und ökonomischer Herausforderungen ist ein legitimes gesetzgeberisches Anliegen, welches die vorstehend angesprochenen Eingriffe in die Rechte Dritter jedenfalls dann zu rechtfertigen vermag, wenn diese möglichst schonend und ggf. mit Kompensationen versehen vorgenommen werden.

Ein – möglicherweise auch erst später zu vollziehender – *zweiter Schritt* könnte dann darin bestehen, den Kreis der der Beitragspflicht unterliegenden Einkommen über Erwerbseinkommen und Ersatzerwerbseinkommen hinaus zu erweitern.

Was die *Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage* angeht, so kommen grundsätzlich alle Einkommensarten in Frage.

Die Einbeziehung weiterer Einkommensarten bedeutet dann die Abkehr von der rein lohn(und Lohnersatz-)bezogenen Beitragsbemessungsgrenze und führt zu einer ökonomisch erwünschten Entlastung der Arbeitskosten. Diese Entlastung würde dann noch größer, wenn zugleich der Arbeitgeberbeitrag gesenkt oder sogar ganz abgeschafft würde – etwa durch Auszahlung des betreffenden Betrages als Arbeitslohn (der dann bei Beibehaltung der gegenwärtigen Ausgestaltung des Steuerrechts zu einem Anstieg der Steuereinnahmen führen würde).

Gegen einen solchen Schritt, der im Konzept der Bürgerversicherung nicht zur Diskussion steht, so dass er hier nicht weiter verfolgt werden muss, bestünden aber erhebliche Bedenken (wohl aber in dem der „Kopfprämie“) sowohl politischer als auch rechtlicher Natur.

16 *Fachinger, K./Oelschläger, A./Schmähl, W.*, Alterssicherung von Selbständigen. Bestandsaufnahme und Reformoptionen, Münster u.a. 2004.

In dem Umfang, in dem die neu zur Beitragsbemessung herangezogenen Einkommen in höherem Maße nicht den Erwerbstätigen, sondern den Nicht-mehr-Erwerbstätigen der älteren Generation zustünden, wie dies im Hinblick auf Einkommen aus Vermietung und Verpachtung möglicherweise der Fall ist, würden auch intergenerative Umverteilungswirkungen eintreten, nämlich in Gestalt einer stärkeren Heranziehung dieser älteren Menschen zur Beitragsfinanzierung.

Zur Diskussion steht auch, die *Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze* in der Gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau derjenigen der Gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Hier stellt sich weniger die Frage der rechtlichen Zulässigkeit – ein solcher Schritt erscheint rechtlich möglich –, als vielmehr diejenige der politischen Wünschbarkeit und Durchsetzbarkeit.

Auch die völlige Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze ist im Gespräch.

Hier stellt sich jedoch abgesehen von der Frage der politischen Opportunität und „Machbarkeit“ die rechtliche Frage, ob es zum Wesen der GKV gehört, dass eine bestimmte Äquivalenz zwischen Leistung und Beitrag besteht, die es gebietet, nicht nur aus politischen, sondern auch aus (insbesondere verfassungs)rechtlichen Gründen nach wie vor eine Beitragsbemessungsgrenze vorzusehen, um nicht unverhältnismäßige und möglicherweise deshalb verfassungswidrige Beitragsbelastungen zu schaffen.

Ein weiterer – und schwierigerer – Aspekt ist der im Zusammenhang mit der „Bürgerversicherung“ zu behandeln, aber von dem rechtlich weniger problematischen Gesichtspunkt einer Ausweitung des Versichertenkreises zu unterscheiden ist (und der auch vom Gesetzgeber als ein erst zweiter Schritt in Angriff genommen werden könnte), ist derjenige der *Einbeziehung weiterer Einkommensarten* in die Beitragspflicht, m.a.W. die Verbreiterung der Beitragsgrundlage.

Hier wirft auf den ersten Blick die möglicherweise rechtlich – auch verfassungsrechtlich – gebotene Gleichbehandlung der unterschiedlichen Einkommensarten der Versicherten nach Maßgabe des auch heute bereits die Finanzie-

rung der GKV prägenden *Leistungsfähigkeitsprinzips* Probleme auf.

Dies gilt insbesondere für den Vorschlag, zwei getrennte Beiträge zu erheben – einen auf Erwerbseinkommen, sowie einen weiteren auf sonstige Einkünfte, z. B. aus Kapitalvermögen –, da es auf den ersten Blick so scheint, als kämen auf diese Weise möglicherweise auf denjenigen, der Einkommen aus beiden Einnahmequellen bezieht, insgesamt höhere Beitragslasten zu, als auf denjenigen, der ein gleich hohes Gesamteinkommen aus lediglich einer dieser beiden Einkommensquellen hat. Hier wäre dann der Frage nach einer eventuellen Rechtfertigung einer derartigen Gleichbehandlung nachzugehen (was wiederum eine Konkretisierung dieses Vorschlags voraussetzt). Näheres lässt sich hier – und dies gilt auch ganz allgemein für weitere Rechtsfragen – erst sagen, wenn die hier diskutierten gesundheitspolitischen Reformvorschläge näher ausgeführt und exemplifiziert worden sind.

Gegenwärtig entrichten Personen, die nur über Erwerbseinkommen verfügen, höhere finanzielle Aufwendungen für ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz in Gestalt von Beiträgen als Personen, die über geringes oder kein Erwerbseinkommen verfügen, aber über Einkommen aus anderen Quellen, namentlich aus Vermögen.

Diese Ungleichbehandlung von Personen mit Einkünften aus unterschiedlichen Quellen ist im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) zu hinterfragen.

Der Gleichheitssatz postuliert, dass Gleiches nicht ohne hinreichenden rechtfertigenden Grund ungleich behandelt wird. Diese Ungleichbehandlung könnte durch die Verbreiterung der Beitragsgrundlage ausgeräumt werden.

Was die zur Diskussion gestellte *Verbreiterung der Beitragsgrundlage* angeht, so dürfte die Heranziehung von Personen, die bislang aufgrund Fehlens eines beitragspflichtigen Einkommens nicht zum Kreis der Versicherungspflichtigen Personen gehörten und die auch nicht auf anderem Wege adäquat abgesichert sind – die bedürftigen Personen ohne Erwerbseinkommen – deshalb keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken ausgesetzt seien, weil sie



gleichsam als „Gegenleistung“ in den sozialen Schutz der GKV bzw. der „Bürgerversicherung“ einbezogen werden.

Etwas anderes dürfte freilich gelten für Personen, die bereits über eine soziale Absicherung – etwa im Rahmen der PKV – verfügen, weil ihnen ein entsprechender Bestandsschutz einzuräumen wäre. Hier gälte insofern gleiches wie im Falle der erstmalig in die KV-Pflicht einzubeziehenden, aber bereits anderweitig gesicherten Selbständigen.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang freilich, dass die bisherigen Vorschläge für einen solchen Schritt ihrerseits die genannten Einkunftsarten insoweit ungleich zu behandeln beabsichtigen, als Einkünfte aus unselbständiger Tätigkeit – wie bisher schon in der GKV – brutto, Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit hingegen netto – unter Abzug der Werbungskosten – berücksichtigt werden sollen.

Entsprechende Differenzen im geltenden Steuerrecht sollten daraufhin untersucht werden, inwiefern sie eine derartige Unterscheidung bei der Beitragsgestaltung zu rechtfertigen vermögen.

Über Vorschläge einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze lässt sich gewiss diskutieren, da eine solche Maßnahme dem vorstehend angesprochenen Leistungsfähigkeitsprinzip entspricht. Allerdings wird es wohl eine Beitragsbemessungsgrenze überhaupt weiterhin geben müssen – und dürfte deshalb eine völlige Aufhebung ausschließen –, weil das Sozialversicherungsprinzip – auch das der GKV innewohnende – auf dem Äquivalenzgedanken beruht, d. h. der Entsprechung von Leistung und Vorleistung. Das Äquivalenzprinzip ist in der Gesetzlichen Krankenversicherung gewiss gelockert, aber nicht völlig abgeschafft worden.

Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, aus Gewerbebetrieb und aus Land- und Forstwirtschaft könnten mit ihrem Gewinn, d. h. Betriebs-einnahmen abzüglich Betriebsausgaben zur Beitragspflicht herangezogen werden, Einkünfte aus

Vermietung und Verpachtung, aus Kapitalvermögen sowie sonstige Einkünfte mit ihren Überschüssen, d. h. Einnahmen abzüglich Werbungskosten.

Hier stellt sich dann die Frage der Gleichbehandlung der Versicherten mit Einkommen aus unterschiedlichen Quellen, für die es aber z.T. bereits Antworten im Steuerrecht gibt.

Soweit bei den Einkünften aus abhängiger Beschäftigung die Werbungskosten unberücksichtigt bleiben, d. h. nicht von den Einnahmen abgezogen werden, würden diese Einkünfte brutto, die anderen Einkünfte lediglich netto berücksichtigt werden.

Es wäre zu prüfen, ob und inwieweit diese Ungleichbehandlung gerechtfertigt werden kann (würde doch beispielsweise ein Arbeitnehmer sein Kraftfahrzeug und seine Fahrten zum Arbeitsplatz nicht vom beitragspflichtigen Einkommen in Abzug bringen können, während ein Selbständiger diese Ausgaben gewinn- und beitragsmindernd geltend machen könnte).

Die Frage der Verfassungsmäßigkeit der Ausdehnung der Versicherungspflicht stellt sich insbesondere im Hinblick auf die *Beamte und Selbständige*.

Was die *soziale Schutzbedürftigkeit Selbständiger* angeht, so ist jüngst eine exemplarische Untersuchung dazu für den Bereich der Alterssicherung vorgelegt worden, aus der gewisse Rückschlüsse auch für die Absicherung im Krankheitsfalle gezogen werden können und auf die deshalb im Folgenden in einem *Exkurs* eingegangen wird:<sup>17</sup>

Mit Blick auf die *Alterssicherung* derjenigen Selbständigen, die bislang in Deutschland in kein obligatorisches Vorsorge- und Sicherungssystem einbezogen sind, liegt es nahe, diesen Personenkreis zu obligatorischer Vorsorge heranzuziehen; angesichts der Heterogenität dieses Personenkreises und der häufig schwankenden Einkommen sollte zumindest eine Vorsorge erfolgen, die Einkommensarmut im Alter vermeidet. Eine solche Pflichtvorsorge kann zwar prinzipiell in

---

<sup>17</sup> Fachinger, U./Oelschläger/Schmähl, W., Alterssicherung von Selbständigen aaO (Fn. 22)

privater oder staatlicher Regie erfolgen, doch sprechen die zahlreiche, hier nicht wiederzubegebende Gründe für eine Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung.

Hier können wie auch bei sonstigen Ausweitungen des versicherten Personenkreises Befreiungsmöglichkeiten erforderlich werden, sofern von den nicht obligatorisch Abgesicherten in einer (dann näher zu spezifizierenden Weise) vergleichbare Vorsorge bereits betrieben wird, stellt sich das Problem des Bestandsschutzes bestehender Arrangements im weitesten Sinne.

Die Vorsorgeaufwendungen würden nach Auffassung der Verfasser der Studie am sinnvollsten durch einkommensbezogene Beiträge erbracht, nicht aber durch einkommensunabhängige Kopfbeiträge; denn letztere führen zu einer regressiven Belastung und erfordern kompensierende Mittel aus öffentlichen Haushalten, wenn die Belastung als sozial- und verteilungspolitisch nicht akzeptabel angesehen wird. (Hier liegt eine offenkundige Parallele zu den Problemen, die das „Kopfpauschalen-Modell“ aufwirft in der Krankenversicherung.)

Die Einbeziehung noch nicht in der GRV erfasster Selbständiger, die auch keinem anderen obligatorischen System angehören, wird zuweilen befürwortet, um die Finanzierungsbasis der GRV zu verbreitern. Dagegen wird eingewandt, dass hierdurch langfristig eine Mehrbelastung auf die GRV bzw. alle Beitragszahler zukäme, da die Lebenserwartung dieser Gruppe überdurchschnittlich lang sei. Im Zentrum der hier vorgelegten Analyse steht die Alterssicherung von Selbständigen – also auch deren Absicherung im Alter. Unter sozialpolitischen Aspekten sollte dies auch der dominierende Gesichtspunkt sein, d.h. eine Begründung aus dem Blickwinkel der Verbesserung der Finanzierungsbasis der GRV wäre nachrangig.

Soll eine durch den strukturellen Wandel im Bereich der Erwerbstätigkeit durch eine Umgehung der Versicherungspflicht ausgelöste Erosion der Finanzierungsbasis der GRV verhindert werden, so macht dies aus sozialpolitischer Sicht im Prinzip eine obligatorische Absicherung aller

Erwerbstätigen in der GRV erforderlich. Dabei ist jedoch zu beachten, dass (i) für zahlreiche Selbständigengruppen Sondersysteme existieren und (ii) Selbständige, die keiner Versicherungspflicht unterliegen, bereits eine freiwillige Vorsorge betreiben könnten.

Diese beiden Aspekte können jedoch durch entsprechende Befreiungs- und Übergangsregelungen berücksichtigt werden.

Entsprechendes gilt für die GKV.

Es gibt in den *EU-Staaten* eine Vielzahl von Regelungen, um den Schutz von Selbständigen zu gewährleisten. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen historischen Entwicklung der Sicherungssysteme und der ihnen jeweils zugrunde liegenden „Philosophie“ sind die jeweils gewählten Formen recht unterschiedlich.

Einzelne Systeme oder Teilsysteme gehen vom Gedanken der *Volksversicherung* aus, die alle Staatsbürger ohne Unterscheidung nach ihrem sozialen Status oder ihrer Beteiligung am Erwerbsleben in gleicher Weise gegen elementare Risiken sichert. Andere Teilsysteme, die an spezifischen aus der Berufstätigkeit erwachsenden Risiken anknüpfen, zielen auf die Sicherung aller *Erwerbstätigen* ab, wobei dies die Selbständigen ebenso wie Arbeitnehmer einbezieht.

In einer wiederum anderen Gruppe von Fällen wurden allgemeine Systeme, die zunächst der Sicherung von Arbeitnehmern dienten, für Selbständige geöffnet, und zwar entweder als Pflichtversicherung insgesamt oder für einzelne Gruppen von ihnen. Andere Staaten haben spezifische Sondersysteme für Selbständige eingerichtet. Dabei ist auch im Hinblick auf die soziale Absicherung für den Fall der Krankheit die Tendenz vorherrschend, die soziale Schutzbedürftigkeit auch der Selbständigen zu bejahen und sie in die sozialen Schutzsysteme, namentlich auch die Krankenversicherungssysteme einzu beziehen. Denn dem deutschen Krankenversicherungssystem stark verwandten *österreichischen System* gehören heute fast 98 v. H. der Bevölkerung an.<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Siehe dazu unten IV.

### 3. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die „Bürgerversicherung“ im Lichte der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts

#### 3.1. Die Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung de lege lata als Ausgangspunkt

Die vorstehend skizzierten Entwicklungen und die daran anknüpfenden Reformüberlegungen treffen auf ein Krankenversicherungssystem, welches durch eine Reihe (*siehe oben 1. und 2.*) spezifischer tragender Grundsätze charakterisiert wird,<sup>19</sup> die ihrerseits wiederum zu einem guten Teil in der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts eine Bestätigung erfahren haben, in deren Licht auch alle Reformvorschläge beurteilt werden müssen.

Als Teilsystem der Sozialversicherung wird die Gesetzliche Krankenversicherung vom *Versicherungsprinzip* geprägt. Die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko erfolgt durch den Zusammenschluss diesem Risiko gleichermaßen ausgesetzter Personen, die in Form von Beiträgen zweckgebundene Abgaben entrichten, aus deren Aufkommen dann Leistungen gewährt werden, wenn das Krankheitsrisiko sich materialisiert, d.h. der Versicherungsfall eintritt, und wenn auch die weiteren Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind, so insbesondere medizinischer Behandlungsbedürftigkeit vorliegt.

Die Beitragsaufbringung kann durch risikoäquivalente Beiträge, d.h. wie durch Prämien in der Privatversicherung, oder solidarisch, d.h. nach Maßgabe einer Umverteilung – von „jung“ zu „alt“, „reich – besser verdienend“ – zu „arm“ – „schlechter verdienend“ – erfolgen.

Die Leistungen können als Geld- oder als Sach- und Dienstleistungen erbracht werden.

Von der PKV unterscheidet sich die GKV insbesondere durch das vorstehend erwähnte *Soli-*

*darprinzip*. Während die PKV risikoäquivalente Beiträge erhebt, die nach Geschlecht, Eintrittsalter, Vorerkrankungen, Zahl der Familienmitglieder u.a. differenzieren, richten sich die Beiträge der GKV nach der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit, d.h. insbesondere nach der Höhe des Arbeitsentgelts oder der Rente. Diese Form der Beitragserhebung hat einen Solidarausgleich zur Folge zwischen Gesunden und Kranken, Aktiven und Nicht-Aktiven (Kindern, Rentnern), Alleinstehenden und Familien sowie „Reichen“ und „Armen“ – „Besserverdienenden“ und „Schlechterverdienenden“ –.

Die *Sach- und Dienstleistungen*, welche die gesetzlich Versicherten von ihrer Krankenkasse erhalten, werden i.d.R. durch *eigenständige und privatwirtschaftlich handelnde Leistungserbringer* auf Kosten der zuständigen Krankenkasse erbracht nach dem Sachleistungsprinzip.

Allerdings gibt es auch Ausnahmen vom Sachleistungsprinzip, etwa bei Notfällen, bei zu Unrecht abgelehnten Leistungen, in Gestalt der „optionalen“ Kostenerstattung für freiwillig Versicherte und deren familienversicherte Angehörige sowie im Rahmen der nach Europäischem Gemeinschaftsrecht zulässigen Leistungsanspruchnahme aufgrund der Waren- und Dienstleistungsfreiheit von Leistungserbringern in anderen EU-Staaten.<sup>20</sup>

Das *Wirtschaftlichkeitsprinzip* verlangt, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung kostengünstig erbracht werden müssen. Zur Absicherung dieses Grundsatzes ist das Prinzip der Beitragssatzstabilität als rechtsverbindliche Zielvorgabe im Sozialgesetzbuch verankert worden.<sup>21</sup>

Auch die *Gliederung* („gegliedertes System der sozialen Sicherung“) ist ein Strukturprinzip der GKV dergestalt, dass es mit den Allgemeinen Ortskrankenkassen, Arbeiter- und Angestellten-Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, Landwirtschaftlichen Kranken-

<sup>19</sup> Vgl. dazu jüngst ausführlich und sehr instruktiv Ebsen, *I./Knieps, F.*, Krankenversicherung, in: Maydell, B. von/Ruland, F. (Hg.), Sozialrechtshandbuch (SRH), 3. Aufl., Baden-Baden 2003, S. 813 ff.; *siehe oben bereits I.1.*

<sup>20</sup> *Siehe dazu unten II. und III.*

<sup>21</sup> Vgl. §§ 71, 141 Abs. 2 SGB V

kassen, der Seekasse und der Bundesknappschaft als Trägerin der knappschaftlichen Krankenversicherung eine – in jüngster Zeit allerdings abnehmende – Vielzahl unterschiedlicher Kassenarten und eine große Anzahl von Kassen gibt.

Was den *versicherten Personenkreis* angeht, so hat sich die Gesetzliche Krankenversicherung von einer Arbeiterversicherung über eine Arbeitnehmersversicherung „kategorial“ hin zu einer Versicherung für den Großteil der Bevölkerung – heute konkret ca. 85 v. H. – entwickelt. Dabei ist in jüngster Zeit allerdings eine Zunahme der Zahl nicht versicherter Personen – insbesondere neuer Selbständiger – zu registrieren.

Mit Ausnahme der Landwirte sowie der Künstler und Publizisten sind hauptberuflich selbstständige Personen nicht versicherungspflichtig, obgleich auch ihre soziale Schutzbedürftigkeit vielfach offenkundig ist.

*Versicherungsfrei* sind solche abhängig Erwerbstätigen, deren Verdienst entweder die monatliche Geringfügigkeitsgrenze unterschreitet oder die mit ihrem Jahreseinkommen über der Jahresarbeitsentgeltgrenze liegen. Zu Recht ist in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen worden, dass für Geringverdiener Beitragsbemessungs- und -pflichtgrenze in den letzten Jahren vielfach verändert worden sind, „ohne dass eine klare ordnungs-, wirtschafts- und sozialpolitische Linie zu erkennen wäre.“<sup>22</sup>

Beamte und eine Reihe anderer Staatsbediensteter sind gleichfalls nicht in die GKV einbezogen, sondern sind beihilfeberechtigt und können sich ansonsten privat versichern.

Eine *Befreiung von der Versicherungspflicht* ist herkömmlicherweise in Fällen möglich, in denen eine Einbeziehung des betreffenden Personenkreises in die GKV aus wirtschaftlichen Gründen, d. h. wegen der Höhe des Erwerbseinkommens nicht erforderlich erscheint. Den Betroffenen wird damit eine Option im Hinblick auf ihren versicherungsrechtlichen Status eingeräumt. Angesichts der Kostenentwicklung im Gesund-

heitswesen vermag dieses Argument heute nicht mehr zu überzeugen.

Im Unterschied zur GRV gibt es in der GKV i. d. R. weder einen finanziellen Ausgleich aus Steuermitteln für sog. Fremdlasten, d.h. für versicherungsfremde Leistungen noch für Aufwendungen im Zusammenhang mit der Einbeziehung besonderer Risikogruppen in die Gesetzliche Krankenversicherung. Ein derartiger Ausgleich ist vielmehr krankenversicherungsintern durch den Risikostrukturausgleich (RSA) zu leisten. Da somit die Aufwendungen der GKV aus dem Beitragsaufkommen bestritten werden müssen, ist der Beitragssatz abhängig von dieser Ausgabenentwicklung.

Das aktuelle gesundheitspolitische Bestreben, den Beitragssatz zumindest konstant zu halten oder zu senken, hat vor diesem Hintergrund zum einen zu Einschränkungen des Leistungskatalogs und zum anderen zu der Erhöhung der Zuzahlungen („Selbstbeteiligung“) von Patienten geführt.

*Die Höhe der Beiträge* richtet sich heute nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, die bis zur Beitragsbemessungsgrenze herangezogen werden. Einnahmen des Versicherten, welche die Beitragsbemessungsgrenze übersteigen, unterliegen nicht mehr der Beitragspflicht.

*Beitragspflichtige Einnahmen* der versicherungspflichtigen Beschäftigten sind das *Arbeitsentgelt* aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung – einschließlich Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Treueprämien u.a. –, das dem Arbeitsentgelt insoweit gleichgestellte Vorruhestandsgeld, eine Ausbildungsvergütung, eine *Rente* (ohne Kinderzuschüsse), der Zahlbetrag der Rente entsprechender Versorgungsbezüge sowie das Erwerbseinkommen aus selbständiger Tätigkeit, soweit es neben einer Rente oder neben Versorgungsbezügen erzielt wird (während dieses Einkommen neben dem Arbeitsentgelt beitragsfrei bleibt).

---

<sup>22</sup> So Ebsen/Knieps, aaO (Fn.19), Rz. 82 (S. 854)

### 3.2. Die Ausgestaltung der sozialen Pflegeversicherung als Vorbild für die „Bürgerversicherung“

Für die Einführung einer umfassenden „Bürgerversicherung“ hat die *soziale Pflegeversicherung* Vorbildcharakter. Da in Deutschland aufgrund der sozialversicherungsrechtlichen Tradition vorsorgefähige Risiken durch die Sozialversicherungssysteme abgedeckt werden, entsprach es diesem deutschen sozialpolitischen „Pfad“, auch den sozialen Schutz bei *Pflegebedürftigkeit* als neu anerkanntem sozialen Risiko als Sozialversicherung zu organisieren.

Dabei ist in der Pflegeversicherung in zweierlei Hinsicht eine Abweichung von der „klassischen“ deutschen Sozialversicherung zu konstatieren:

- die Pflegeversicherung ist zwar ein eigenständiger Sozialversicherungszweig mit eigenständiger Finanzierung, doch ist sie errichtet unter dem organisatorischen „Dach“ der Krankenversicherung, so dass die gesetzlichen Krankenkassen heute zugleich auch Pflegekassen sind;
- die Beitragstragung ist vordergründig traditionell gesplittet in einen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerteil (wobei die Beitragsbelastung der Arbeitgeber jedoch – Ausnahme: Freistaat Sachsen – zu Lasten der versicherten Arbeitnehmer kompensiert worden durch die „Opferung“ eines bis dato arbeitsfreien Feiertages – Buß- und Bettag –).

Wegen seines weiten personellen Schutzbereichs kann die Pflegeversicherung als *Volksversicherung* qualifiziert werden.<sup>23</sup> Das Anliegen des Gesetzgebers, einen möglichst weiten Kreis der Bevölkerung in die soziale Pflegeversicherung einzubeziehen, findet Ausdruck darin, dass auch die freiwilligen Mitglieder der GKV in der Pflegeversicherung versicherungspflichtig sind (§ 20 Abs. 3 SGB XI), sowie darüber hinaus in der Erstreckung der Versicherungspflicht auf bestimmte Gruppen von Sozialleistungsbeziehern (§ 21 SGB XI).

Wer gegen Krankheit bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss eine private Pflegeversicherung abschließen (§ 1 Abs. 2 SGB XI). (Auch Abgeordnete der Länder, des Bundestags und des Europaparlaments sind verpflichtet, sich gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit zu versichern (§ 24 SGB XI))

Beihilfeberechtigte Personen müssen eine beihilfekonforme Versicherung abschließen (§ 23 Abs. 3 Satz SGB XI).

Mit Blick auf die Versicherungspflicht für Versicherte der privaten Krankenversicherungsunternehmen waren eine Anzahl spezifischer Vorkehrungen notwendig:

- Sicherung der Konkordanz von Pflegeleistungen der Privatversicherungen mit denen der sozialen Pflegeversicherung (§ 23 Abs. 1 Satz 2, Abs. 6 SGB XI).
- Einführung eines Kontrahierungszwangs (§ 110 Abs. 1 Nr. 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI);
- eine Kündigungsmöglichkeit für bestehende Verträge (§ 27 SGB XI).

Der Gesetzgeber hat im Ergebnis mit dem Elften Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB XI), das durch das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26. Mai 1994 in das Sozialgesetzbuch eingefügt worden ist, die rechtliche Grundlage für eine Versicherung geschaffen, die fast 98% der Bevölkerung umfasst.<sup>24</sup>

Die Pflegeversicherung wird sowohl von der Gesetzlichen als auch von der Privaten Krankenversicherung ausgeführt und begegnet nicht dem Einwand, keine „Sozialversicherung“ mehr zu sein.

Entsprechendes gälte für eine „Bürgerversicherung“, deren Vollzug GKV und PKV gemeinsam anvertraut würde.

In der Pflegeversicherung ist der größere Teil der Betroffenen in die sog. soziale Pflegeversicherung als einer öffentlichrechtlich verfassten Sozialversicherung einbezogen. Der kleinere Teil der Versicherten hat Verträge zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit bei privaten

<sup>23</sup> Vgl. BVerfGE (= Allgemeine Sammlung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts) 103, 242 ff.

<sup>24</sup> Vgl. zu einer instruktiven Darstellung *Igl, G., Pflegeversicherung*, in: von Maydell/Ruland (Hg.), SRH, aaO (Fn. 19), S. 1061 ff.

Krankenversicherungsunternehmen abzuschließen (sog. private Pflege-Pflichtversicherung). Beide Versicherungszweige bilden zusammen in Abgrenzung zur freiwilligen privaten (Zusatz-)Pflegeversicherung die gesetzliche Pflegeversicherung.

Wer Mitglied in der GKV ist, wird Pflichtmitglied derjenigen Pflegekasse, die unter dem Dach der Krankenkasse errichtet ist, der er als Pflichtmitglied oder als freiwilliges Mitglied angehört.

Personen, die gegen das Risiko Krankheit bei einem *privaten Krankenversicherungsunternehmen* mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert sind, müssen bei diesem oder einem anderen privaten Versicherungsunternehmen ihrer Wahl zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit einen Versicherungsvertrag zu schließen und aufrechtzuerhalten. Dieser Versicherungsvertrag muss vom Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für den Versicherten selbst und seine Angehörigen, für die in der Sozialen Pflegeversicherung eine Familienversicherung bestünde, Leistungen vorsehen, die nach Art und Umfang den Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind.

Personen, die nach *beamtenrechtlichen* Vorschriften und Grundsätzen bei Pflegebedürftigkeit Anspruch auf Beihilfe haben, sind zum Abschluss einer beihilfekonformen anteiligen Pflegeversicherung verpflichtet. Entsprechendes gilt u. a. für Heilfürsorgeberechtigte.

*Mitversichert* kraft Gesetzes sind auch in der Sozialen Pflegeversicherung unter bestimmten einkommensmäßigen Voraussetzungen beitragsfrei Familienmitglieder.

Tritt in der GKV wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze Versicherungsfreiheit ein, bleibt die Pflichtmitgliedschaft in der sozialen Pflegeversicherung bestehen, wenn der Versicherte seine bisherige Pflichtmitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenversicherung als freiwillige Mitgliedschaft fortsetzt; wechselt er zu einem privaten Krankenversicherungsunternehmen, muss eine private Pflegeversicherung abgeschlossen werden, wenn der Krankenversicherungsvertrag

auch Ansprüche auf allgemeine Krankenhausleistungen vorsieht.

Darüber hinaus sieht das Gesetz für bestimmte Personengruppen, die kraft Gesetzes staatliche Leistungen zur Absicherung im Krankheitsfall erhalten, eine Versicherungspflicht in der Sozialen Pflegeversicherung vor, wenn diese Personengruppen über keinen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz verfügen.

Damit wird ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Pflegeversicherung konstituiert.

Hieran können die Überlegungen für eine „Bürgerversicherung“, welche die private Krankenversicherung einbezieht, anknüpfen.

Es gehört zu den Spezifika der – auch gesundheitspolitischen – Reformdiskussion in Deutschland, dass sie im Vergleich mit den anderen EU-Staaten sehr stark – wohl zu stark – rechtlichen, namentlich auch verfassungsrechtlichen Argumenten geführt wird (wobei freilich im Sozialleistungsrecht das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber ein großes Maß an Gestaltungsfreiheit einräumt, so dass die rechtlichen und zumal verfassungsrechtlichen Bindungen weniger „dicht“ und „fest“ sind als in anderen Politikbereichen). Gleichwohl ist zu konstatieren, dass auch in der aktuellen Auseinandersetzung um die „Bürgerversicherung“ der politische Prozess stark von verfassungsrechtlichen Erörterungen beeinflusst wird (die allerdings häufig von Prämissen ausgehen, die mittlerweile überholt sind, so dass manches „Verdikt“ über dieses Reformmodell überholt ist.<sup>25</sup>

3.3. Die verfassungsrechtlichen Vorgaben für die „Bürgerversicherung“ de lege ferenda

### 3.3.1. Die Gesetzgebungszuständigkeit für die Sozialversicherung

Für die Schaffung der sozialen Pflegeversicherung als eines neuen Zweigs der Sozialversicherung hat sich der Bund auf seine Kompetenz zur Regelung der Sozialversicherung nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG berufen können.<sup>26</sup>

<sup>25</sup> Siehe dazu insbesondere die Literaturnachweise in Fn. 3.  
<sup>26</sup> BVerfGE 11, 105 ff., 112; 63, 1 ff., 34; 75, 108 ff., 146 f., 87, 1 ff., 34

Soweit das Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) eine Verpflichtung zum Abschluss eines privaten Pflegeversicherungsvertrags begründet und Regelungen zur näheren Ausgestaltung dieses Vertragstyps enthält, wird es durch die Kompetenz des Bundes für die Materie des „privatrechtlichen Versicherungswesens“ als Teil des „Rechts der Wirtschaft“ gedeckt (Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG). Regelungen im Zusammenhang mit der „Bürgerversicherung“, welche die PKV betreffen, können auf diesen Kompetenztitel gestützt werden.

Der den privaten Versicherungsunternehmen auferlegte Kontrahierungszwang gemäß § 110 Abs. 1 Nr. 1 Abs. 3 Nr. 1 SGB XI, welcher der Versicherungspflicht des Versicherungsunternehmens korrespondiert, widerspricht nicht dem Begriff des privatrechtlichen Versicherungswesens im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG, weil auch das Privatrecht Kontrahierungszwänge kennt. Entsprechendes gilt für die Vorschriften über die Aufrechterhaltung des Pflegeversicherungsschutzes (§ 110 Abs. 4 SGB XI).

Auch mit den Besonderheiten bei der Prämiengestaltung und Finanzierung in der privaten Pflegeversicherung hat der Bundesgesetzgeber nicht seine Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG überschritten. Anders als in der gesetzlichen Pflegeversicherung, deren Beitragsgestaltung sich an der Leistungsfähigkeit der Versicherten ausrichtet, werden die Prämien der privaten Pflegeversicherung nach dem Lebensalter des Versicherten als des versicherungsmathematisch maßgeblichen Faktors und nach Maßgabe der sich daraus ergebenden notwendigen Alterungsrückstellungen berechnet. Die in § 110 Abs. 1 und 3 SGB XI vorgesehene Begrenzung der Prämien und die dort ausgesprochenen Verbote, bestimmte risikoe erhöhende Umstände bei der Prämiengestaltung zu berücksichtigen, haben keine Nivellierung der Prämien zur Folge. Die Prämien sind nach Lebensjahren gestaffelt. Das auf statistischer Grundlage ermittelte individuelle und altersabhängige Risiko, pflegebedürftig zu werden, und die sich daran orientierende versicherungsmathematisch kalkulierte Berechnung der Prämien bestimmen die gesamte Tarifge-

staltung so maßgeblich, dass die private Pflegepflichtversicherung trotz der Umlageanteile ihren Charakter als Individualversicherung beibehalten hat.

Es begegnet deshalb keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken, dass das gesetzgeberische Gesamtkonzept einer möglichst alle Bürger umfassenden sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit durch die soziale Pflegeversicherung und die private Pflegeversicherung auf der Grundlage von Regelungen verwirklicht worden ist, die auf verschiedenen Gesetzgebungskompetenzen des Bundes beruhen.

Dies würde auch für die „Bürgerversicherung“ zur Abdeckung des Krankheitsrisikos gelten.

Allerdings müssen auch die Fortentwicklungen des Sozialversicherungsschutzes, die grundsätzlich von Art. 74 Nr. 12 GG gedeckt sind, mit der Verfassung im Übrigen namentlich mit den grundrechtlichen Verbürgungen vereinbar sein.

### *3.3.2. Die Grundrechte der einzubeziehenden Personen und damit der künftigen „Bürgerversicherten“*

#### *3.3.2.1. Die allgemeine Handlungsfreiheit*

In den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 1 GG – allgemeine Handlungsfreiheit –, der auch die Vertragsfreiheit umfasst, wird beispielsweise eingegriffen, wenn der Gesetzgeber Personen zum Abschluss eines privaten Versicherungsvertrages zur finanziellen Absicherung eines sozialen Risikos – beispielsweise des Pflegerisikos – verpflichtet.

Das Grundrecht der allgemeinen Handlungsfreiheit ist allerdings nur in den Schranken des Art. 2 Abs. 1, HS. 2 GG gewährleistet. Die Vertragsfreiheit wird durch die verfassungsmäßige Ordnung begrenzt, welche die Summe aller Rechtsnormen umfasst, die formell und materiell mit dem Grundgesetz im Einklang stehen und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen.

Die Rechtsvorschriften über die Verpflichtung zum Abschluss und zur Aufrechterhaltung eines Pflegeversicherungsvertrages sind mit Art. 2 Abs. 1 GG vereinbar, da sie legitime Zwecke

des Gemeinwohls verfolgen und auch verhältnismäßig sind: Die Fürsorge für Menschen, die vor allem im Alter zu den gewöhnlichen Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens aufgrund von Krankheit und Behinderung nicht in der Lage sind, gehört nach dem Grundsatz zu den sozialen Aufgaben der staatlichen Gemeinschaft (Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 Satz 1 GG), da der Staat zur Wahrung der Würde des Menschen in Fällen der Hilfsbedürftigkeit verpflichtet ist (Art. 1 Abs. 1 GG).

Soweit der durch die Pflegebedürftigkeit hervorgerufene Hilfsbedarf finanzielle Aufwendungen notwendig macht, ist es ein legitimes Konzept des zur sozialpolitischen Gestaltung berufenen Gesetzgebers, die dafür notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung sicherzustellen, die im Grundsatz alle Bürger als Volksversicherung erfasst. Bei der Realisierung dieses Konzepts durfte der Gesetzgeber nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts das Ziel verfolgen, mit den Versicherungsleistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können; zudem war es ein legitimes Anliegen des Gesetzgebers, die sich aus der Pflegebedürftigkeit ergebenden finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigkeit und ihrer Angehörigen abzumildern, um einer allein im Pflegebedarf begründeten Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen vorzubeugen.

Die *Einführung einer grundsätzlich alle Bürger umfassenden Versicherung* gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit war geeignet, die vom Gesetzgeber angestrebten Zwecke zu erreichen.

Der Gesetzgeber durfte die Einführung einer Pflege-Pflichtversicherung auch für *erforderlich* halten. Eine hinreichende anderweitige Absicherung des Pflegerisikos in der Bevölkerung bestand nicht. Auch waren große Teile der Bevölkerung nicht bereit, sich freiwillig gegen das Pflegerisiko abzusichern.

Der Gesetzgeber durfte in die Pflege-Pflichtversicherung auch grundsätzlich alle Bürger einbeziehen.

Unerheblich ist dabei, dass das Pflegerisiko i.d.R. erst in den jeweils letzten Lebensjahren signifikant ansteigt und Pflegebedürftigkeit überwiegend bei hochbetagten Personen eintritt, weil das Risiko, pflegebedürftig zu werden, damit gleichwohl allgegenwärtig ist und sich bei jedem Menschen verwirklichen kann, z.B. als Folge von Unfällen.

Seinen weiten Gestaltungsraum in Fragen der Daseinsvorsorge hat der Gesetzgeber daher nicht überschritten, wenn er auch Personen jüngeren und mittleren Alters bereits als schutzbedürftig angesehen und sie deswegen einer Versicherungspflicht unterworfen hat.

Die gesetzliche Verpflichtung zum Abschluss eines Pflege-Pflichtversicherungsvertrages stellt schließlich für die Betroffenen auch keine unangemessene Belastung dar; sie macht vielmehr ein Lebensrisiko mit seinen für die meisten Bürger nicht finanzierbaren Folgen durch verhältnismäßig niedrige Prämien kalkulierbar und im Versicherungsfall tragbar. Die Einbeziehung in die Pflichtversicherung oder aber die Begründung der Versicherungspflicht ist deswegen auch *nicht unverhältnismäßig*.

Auch die Beibehaltung der *Familienversicherung* und damit des solidarischen Ausgleichs zwischen Alleinstehenden und Familien im Bereich der GKV und die Nichtverlagerung des familiären Lastenausgleichs auf die Ebene des – schwächeren – Steuerrechts (wie es beim „Kopfpauschalen-Modell“ der Fall ist) ist ein wichtiger Gesichtspunkt, zumal angesichts des hohen Stellenwertes, den das Bundesverfassungsgericht dem Schutz der Familie gerade in seiner Judikatur aus jüngster Zeit – etwa im Rahmen der Pflegeversicherung – dadurch einräumt, dass es die Berücksichtigung von Kindern als „generativen“ Beitrag anmahnt.<sup>27</sup> Die Familienversicherung ist überdies – wie der Arbeitgeberbeitrag – Bestand-

---

27 BVerfGE 103, 197 ff., 217 f.



teil der überkommenen und alles in allem bewährten deutschen Sozialversicherungskonzeption.

Allerdings erscheint es durchaus erwägenswert, zwischen *Ehegatten und Kindern* im Hinblick auf die solidarische Einbeziehung im Hinblick auf den Krankenversicherungsschutz zu differenzieren, indem etwa für erstere unter bestimmten Voraussetzungen und bei bestimmten Fallgestaltungen ein Beitrag erhoben wird in Fällen, in denen dies zur Zeit nicht geschieht.

Ein Problem stellt sich hinsichtlich derjenigen Personen, die heute bereits in der PKV versichert sind und durch die Einführung einer Bürgerversicherung gezwungen wären, sich bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu versichern. Die bestehenden privaten Versicherungsverträge müssten insoweit auf gelöst und beendet werden.

Da in der PKV Altersrückstellungen erfolgen, verlöre der Versicherte zumindest den in seiner Prämie enthaltenen „Anwartschaftsteil, der seiner Alterssicherung in Form von niederen Prämien im Alter dient. Diese mit den bisherigen Prämienzahlungen erworbene privatrechtliche Anwartschaft auf günstigere Versicherungsprämien im Alter dürfte als „Eigentum“ im Sinne von Art. 14 Abs. 1 GG zu qualifizieren sein.

Um den verfassungsrechtlichen Anforderungen an Eigentumsbeschränkungen zu genügen, müsste der Gesetzgeber Regelungen über die Mitnahme der Altersrückstellungen in die Bürgerversicherung treffen oder in sonstiger Weise eine finanzielle Kompensation sicherstellen. Andernfalls würde es sich um eine nach Art. 14 Abs. 3 GG unzulässige Enteignung handeln.

### 3.3.2.2. Die „hergebrachten Grundsätze“ des Berufsbeamtentums

Probleme bereitet auch die Einbeziehung von *Beamten* in eine Bürgerversicherung.

Das Grundgesetz verpflichtet in Art. 33 Abs. 5 GG den Gesetzgeber, das Recht des öffentlichen Dienstes unter Berücksichtigung der *hergebrach-*

*ten Grundsätze* des Berufsbeamtentums zu regeln. Zwar handelt es sich dabei um kein Grundrecht des Beamten, doch ist Art. 33 Abs. 5 GG als grundrechtsgleiches Recht anzusehen, sofern die persönliche Rechtsstellung des Beamten tangiert ist.<sup>28</sup>

Zu den *hergebrachten Grundsätzen* des Berufsbeamtentums zählt der Kernbestand von Strukturprinzipien, die allgemein oder doch ganz überwiegend herkömmlicherweise als verbindlich anerkannt und gewahrt worden sind.<sup>29</sup>

Sowohl der Ausschluss der Beamten der GKV als auch das bestehende Beihilfesystem gehören nicht zu den hergebrachten Grundsätzen, so dass die Beihilfe auch nicht durch Art. 33 Abs. 5 GG gewährleistet wird und geändert werden kann.<sup>30</sup>

Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Gesetzgeber die Vorsorge für den Krankheitsfall bei Beamten beliebig ausgestalten gar einschränken oder abschaffen könnte.

Zum einen folgt nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts aus der zu den hergebrachten Grundsätzen zählenden *Fürsorgepflicht des Dienstherrn* dessen Verpflichtung, Vorkehrungen dahingehend zu treffen, dass der amtsangemessene Lebensunterhalt im Falle besonderer finanzieller Belastungen durch Krankheit nicht gefährdet wird.

Zum anderen gebietet das ebenfalls zu den hergebrachten Grundsätzen zählende *Alimentationsprinzip* den Gesetzgeber, für den amtsangemessenen Unterhalt des Beamten und seiner Familie zu sorgen.

Die Alimentationspflicht schreibt dem Dienstherrn auch vor, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass die notwendigen und angemessenen Maßnahmen im Falle von Krankheit nicht aus wirtschaftlichen Gründen unterbleiben oder dass der amtsangemessene Lebensunterhalt wegen der finanziellen Belastungen nicht gefährdet wird. Dies kann auch durch Einbeziehung der Beamten in der GKV geschehen.

28 BVerfGE 106, 216 ff., 231

29 BVerfGE 106, 216 ff., 232

30 Vgl. dazu im einzelnen *Muckel*, aaO (Fn. 3), SGB. 2004, S. 670 f.

Nicht die Beihilfe, sondern die Anforderungen für eine angemessene Absicherung gegen das Krankheitsrisiko werden vom Alimentationsprinzip vorgeschrieben.

Im Ergebnis dürfte die Einbeziehung der Beamten in die GKV und auch in eine „Bürgerversicherung“ deshalb verfassungsrechtlich zulässig sein.

### 3.3.3. Die Grundrechte der privaten Versicherungsunternehmen

Die Einführung einer Bürgerversicherung würde Grundrechte der privaten Versicherungsunternehmen berühren, soweit es ihnen nicht mehr möglich wäre, neue Krankheitsvollversicherungen abzuschließen, sie mithin ausschließlich auf das „Geschäft“ mit Krankenzusatzversicherungen verwiesen und angewiesen wären.

Ein Rechtsgutachten für den PKV-Verband, welches sich mit solchen Zusatzversicherungen, die Leistungen umfassen sollen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgegliedert werden, befasst,<sup>31</sup> ist zu dem Schluss gekommen, derartige Leistungen dürften nach ihrer Ausnahme aus dem Leistungskatalog der GKV nicht mehr länger von der Solidargemeinschaft des Sozialversicherten getragen werden, sondern fielen in die alleinige Eigenverantwortung und damit zugleich die Eigenvorsorge des Einzelnen. Zweck derartiger Leistungseinschränkungen ist es vor allem, die Lohnnebenkosten dadurch zu senken, dass die Arbeitgeber insoweit aus der Beitragspflicht entlassen werden. Daraus wird dann gefolgert, dass es sich bei einer derartigen neuen Zusatzkrankenversicherung nicht um eine Aufgabe handele, die wegen ihres sozialen Charakters durch den Staat wahrzunehmen sei, sondern um eine Aufgabe, die jedenfalls auch von den privaten Krankenversicherungsunternehmen wahrgenommen werden könne. (Hieraus ist m. E. aber keineswegs zwingend abzuleiten, dass die Sozialversicherung derartige als

vielleicht nicht lebensnotwendig ausgegliederte Leistungen nicht doch wegen ihrer Nützlichkeit zusätzlich anbieten darf.)

Aus *sozialpolitischer Sicht* laufe die GKV durch die Übernahme des als wirtschaftliche Tätigkeit einzustufenden Anbietens einer Zusatzkrankenversicherung Gefahr, sich zu einem System zu entwickeln, dass immer mehr wirtschaftliche Elemente aufweise und eine klare Abgrenzung zwischen wirtschaftlicher und sozialer Tätigkeit vermissen lasse (was in der Tat Konflikte mit dem Europäischen Wettbewerbsrecht heraufbeschwören kann<sup>32</sup>).

Den gesetzlichen Krankenkassen fehle es überdies an einer gesetzlichen Grundlage für das Anbieten der neuen Zusatzkrankenversicherung (die aber – so ist anzumerken – „nachgeliefert“ werden könnte).

Aus der bereits skizzierten Natur der Sozialversicherung und den Aufgaben, die ihren Trägern zugewiesen sind, wird dann – nicht zuletzt unter Berufung auf den (allerdings recht konturlosen und rechtlich schwer fassbaren) Subsidiaritätsgrundsatz – abgeleitet, dass die Sozialversicherungsträger nur jene Tätigkeiten wahrnehmen können, die von den Grundsätzen der Solidarität und des sozialen Schutzes getragen sind und die nicht durch private Unternehmen wahrgenommen werden können. (Auch diese These ist diskussionsbedürftig, da der „Gewährleistungsstaat“ auch sozialpolitisch notwendige Aufgaben auf Private übertragen kann, um sich darauf zu beschränken, deren Aufgabenwahrnehmung zu überwachen, und ein Ausschluss der gesetzlichen Krankenkassen vom „Geschäft“ der Zusatzkrankenversicherung für bestimmte Leistungen – die nach wie vor Teil der sinnvollen und nützlichen oder gar notwendigen sozialen Absicherung des Einzelnen ist, auch wenn sie aus Gründen der Wahrung der Beitragsstabilität nicht mehr zum „Leistungspaket“ der Gesetzlichen Krankenversicherung gehören würde – überdies den erwünschten stärkeren Wettbewerb durch

31 *Maydell, B. von/Karl, B.*, Das Angebot von Zusatzversicherung. Dürfen gesetzliche Krankenversicherungen Zusatzversicherungen anbieten? Köln (Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.) 2003

32 *Siehe dazu unten II.6.*

die Begrenzung der Zahl der (potenziellen) Wettbewerber allein auf Private schwächen würde.)

Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Freiheit des Berufs – Art. 12 GG – liege, so heißt es weiter, insbesondere dann vor, wenn derartige Zusatzkrankenversicherungen von den gesetzlichen Krankenkassen im Wettbewerb mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden dürften und die gesetzlichen Kassen dabei ihre aus dem Sozialversicherungsmonopol resultierenden Strukturvorteile einsetzen könnten. (Hier könnten die wettbewerbsrechtlich ohnehin gebotene Transparenz und eine strikte Spartenentrennung mit einem Verbot der Quersubventionierung allerdings wohl Abhilfe schaffen; die aktuelle Diskussion im Europäischen Wettbewerbsrecht<sup>33</sup> liefert gerade in jüngster Zeit reichhaltiges Anschauungsmaterial zu dieser Problematik.)

In diesem Zusammenhang wird ferner betont, dass die Überlassung dieser Aufgabe der Zusatzkrankenversicherung ausschließlich an die privaten Krankenversicherungsunternehmen ein gleich wirksames, aber das Grundrecht auf Berufsfreiheit weniger einschränkendes Mittel im Vergleich zu einem konkurrierenden Tätigwerden der gesetzlichen Krankenkassen sei, zumal auch die PKV – wie sich am Beispiel der Pflegeversicherung exemplifizieren lasse – bestimmte soziale Rahmenbedingungen erfüllen könne. (Hierzu ist allerdings wiederum anzumerken, dass der Ausschluss der „Gesetzlichen“ natürlich den ansonsten gewünschten Wettbewerb erheblich schwächen würde.)

Der Betrieb einer derartigen Zusatzkrankenversicherung würde möglicherweise – oder sogar wahrscheinlich (je nach konkreter Ausgestaltung) – als „wirtschaftliche Tätigkeit“ im Sinne des Europäischen Wettbewerbsrechts angesehen und die dieses „Geschäft“ betreibenden Krankenkassen würden deshalb möglicherweise als „Unternehmen“ im wettbewerbsrechtlichen zu qualifizieren sein mit der Folge, dass auch ein „Euro-

päischer Wettbewerb“, d.h. ein Wettbewerb unter Beteiligung EU-ausländischer Bewerber ggf. zulässig wäre. (Eine solche Konsequenz wäre allerdings hinzunehmen; in seinem „Festbetrags-Urteil“ erkennt der Europäische Gerichtshof ausdrücklich die Möglichkeit an, dass ein Sozialversicherungsträger mit bestimmten Aktivitäten in einem Marktsegment „Unternehmen“ in kartellrechtlichem Sinne ist und mit anderen Aktivitäten – etwa der Mitwirkung an staatlichen Regulierungen oder als „Sozialversicherungsmonopolist“ eben nicht.<sup>34</sup>

Andererseits würde ein „exklusiver“ Vorhalt des „Zusatzkrankenversicherungsgeschäfts“ zugunsten der PKV dieser gleichsam eine – angesichts der Dominanz des „Erstversicherungsgeschäfts“ (fast 80 v. H.) allerdings nur partielle – Kompensation verschaffen für den als Folge der Einführung der Bürgerversicherung eintretenden Verlust des „originären“ Krankenversicherungsgeschäfts mit der Folge, dass der Eingriff in den bestehenden Gewerbebetrieb dieser Unternehmen in seinen wirtschaftlichen Auswirkungen entsprechend als weniger schwerwiegend zu beurteilen wäre. (Ein Modell der „Bürgerversicherung“, das GKV- und PKV-Kassen gleichermaßen einbezöge, würde natürlich den Eingriff in die grundrechtlich geschützten Positionen der PKV-Unternehmen in dem Umfang mildern, in dem diese Unternehmen weiterhin tätig werden könnten.)

Das Bundesverfassungsgericht konzediert dem Gesetzgeber in seiner bisherigen Judikatur in Bezug auf die Festlegung des Versichertenkreises einen weiten sozialpolitischen Gestaltungsspielraum. Insbesondere ist der Gesetzgeber nicht nur darauf beschränkt, die schutzbedürftigen Personen und Gruppen in die Sozialversicherung einzubeziehen, sondern er hat auch die Aufgabe, die finanzielle Leistungsfähigkeit des Systems sicherzustellen und kann auch von diesem Gesichtspunkt her die Zusammensetzung des erfassten Personenkreises gestalten.

33 Wie Fn. 33.

34 EuGH, Urt. v. 16.3.2004, Rs. C-264/01 (AOK Bundesverband u. a.) – in Slg. noch nicht veröff.

Dies müssen die mittelbar betroffenen privaten Krankenversicherungsunternehmen hinnehmen, solange sie nicht ihrerseits in ihren Grundrechten verletzt werden.

### *3.3.3.1. Die Berufsfreiheit*

Das Grundrecht der Berufsfreiheit steht auch juristischen Personen zu (Art. 19 Abs. 3 GG), da die Vorschrift nicht allein individualrechtlich die Arbeit als Beruf schützt, sondern auch die Gewerbe- und Unternehmerfreiheit.<sup>35</sup>

Auch die Tätigkeit als privates Krankenversicherungsunternehmen stellt einen Beruf im Sinne von Art. 12 GG dar. Der Schutz der Berufsfreiheit erstreckt sich gemäß Art. 19 Abs. 3 GG auch auf juristische Personen des Privatrechts, soweit sie eine Erwerbszwecken dienende Tätigkeit ausüben, die ihrem Wesen und ihrer Art nach in gleicher Weise juristischen wie natürlichen Personen offen steht.

Nach der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts gibt die Berufsfreiheit allerdings keinen Anspruch auf Sicherung zukünftiger Erwerbsmöglichkeiten und gewährt auch keinen Schutz gegen Veränderungen des Marktgeschehens, auch wenn sie vom Staat ausgehen.

Der Entzug der Möglichkeit, eine Krankheitsvollversicherung anzubieten als Folge der Einführung einer Bürgerversicherung wäre deshalb ein Eingriff in die Berufsfreiheit der Versicherungsunternehmen.

Nach den jüngsten Vorschlägen ist eine solche Maßnahme aber nicht geplant; vielmehr soll den privaten Krankenversicherungsunternehmen die Möglichkeit eröffnet werden, ihrerseits einen „Bürgertarif“ anzubieten und in einem Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen einzutreten. Eine „Bürgerversicherung“ würde das bipolare Versicherungssystem mithin zwar verändern, den Versicherungsunternehmen im Bereich der Krankheitsvollversicherung aber nach den jüngsten Vorschlägen nach wie vor ein Betätigungsfeld belassen.

Die entsprechenden Regelungen sind insofern als Berufsausübungsregelungen zu qualifizieren, weil den privaten Versicherungsunternehmen auch noch der Markt der Krankenzusatzversicherungen bleibt. Im Übrigen wird die Reichweite der Berufsfreiheit von vornherein begrenzt durch die rechtlichen Regelungen, die den Markt ab- und eingrenzen und die damit den Wettbewerb ermöglichen, ihn aber auch begrenzen können. Die Sicherung der Funktionsfähigkeit und die Gewährleistung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist insofern ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut, welches Einschränkungen der Berufsfreiheit rechtfertigen kann.

### *3.3.3.2. Der Eigentumsschutz*

Der Eigentumsschutz des Art. 14 Abs. 1 GG hat neben der Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG auch im Hinblick auf die verfassungsrechtliche Stellung privater Krankenversicherungsunternehmen eine eigenständige Bedeutung. Auch juristische Personen können sich wiederum auf seine Gewährleistung berufen (Art. 19 Abs. 3 GG).<sup>36</sup>

Verfassungsrechtlich geschützt ist dabei die unternehmerische Wirtschaftseinheit in Gestalt des eingerichteten und ausgeübten Betriebs in Anlehnung an die zivilrechtliche Ausformung dieses Schutzgegenstandes („eingerichteter und ausgeübter Gewerbebetrieb“ gemäß § 823 Abs. 1 BGB) auch gegen Maßnahmen des Gesetzgebers sowohl in Gestalt von Abwehransprüchen als auch ggf. von Ansprüchen auf Entschädigungen bei grundrechtsverletzenden Eingriffen.

Keine eindeutige Klarheit besteht allerdings im Hinblick auf den Geltungsbereich dieser grundrechtlichen Gewährleistung. Während bloße Chancen vom Umfang der Gewährleistung nicht erfasst werden, fallen wohl die Voraussetzungen für das Funktionieren der das Unternehmen ausmachenden persönlichen und sächlichen Mittel in den Schutzbereich der Norm des Art. 14 Abs. 1 GG.

---

<sup>35</sup> BVerfGE 102, 197 ff.; 108, 370 ff.

<sup>36</sup> BVerfGE 66, 116 ff., 130

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, in welchem Umfang der eigentumsrechtliche Funktionsschutz auch künftige Aussichten auf Betätigung mit entsprechenden Gewinnerwartungen erfasst.

Zunächst ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Art. 14 Abs. 1 GG auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht die Erwartung auf den Fortbestand einer bestehenden Rechtslage gewährleistet, sondern für Änderungen der Rechtslage offen ist.

Die Eigentumsgarantie schützt allein „den konkreten Bestand an vermögenswerten Gütern vor ungerechtfertigten Eingriffen durch die öffentliche Gewalt. Erfasst werden danach nur die Rechtspositionen, die einem Rechtssubjekt bereits zustehen, nicht aber in der Zukunft liegende Chancen und Verdienstmöglichkeiten.

Vor dem Hintergrund der in Bezug auf den Eigentumsschutz von wirtschaftlichen Betätigungen restriktiven verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung können dem Schutz des Art. 14 GG nur die bereits bestehenden Versicherungsverträge über eine Krankheitsvollversicherung unterfallen.

Für die durch eine „Bürgerversicherung“ künftig reduzierten und nicht mehr bestehenden Umsatz- und Gewinnchancen im Bereich der Krankheitsvollversicherung würde jedoch ein Eigentumsschutz wohl nicht „greifen“.

Zu prüfen ist vor diesem Hintergrund insbesondere, ob die geplante *Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze* gegen das Recht privater Versicherungsunternehmen aus Art. 14 Abs. 1 GG verstoßen würde. Dies kann dann in Betracht kommen, wenn die Aussicht auf neue Versicherte („Neukunden“) zum Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG dieser Unternehmen gehört und keine bloße, vom Schutzbereich der Norm nicht erfasste Zukunftserwartung darstellt.

In dem Umfang, in dem den privaten Versicherungsunternehmen allerdings – wie nach dem jüngsten Konzept der „Bürgerversicherung“ vor-

gesehen – auch künftig die Beteiligung am „Neugeschäft“ ermöglicht wird durch Eröffnung der Möglichkeit, einen „Bürgertarif“ anzubieten, verliert dieser Einwand an Gewicht.

Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass sich das private Krankenversicherungsgeschäft zu einem nicht unerheblichen und an Bedeutung zunehmenden Teil auch aus Zusatzversicherungen ergibt, für welche die bisherigen und die noch anstehenden Gesundheitsreformen in wachsendem Maße Möglichkeiten eröffnen. (Ungeklärt ist in diesem Zusammenhang noch die vorstehend bereits angesprochene Frage, ob dieses „Zusatzgeschäft“ aus verfassungs- und europarechtlichen Gründen – wie argumentiert worden ist – den privaten Versicherungsunternehmen vorbehalten ist oder ob nicht doch auch – wofür viel spricht – die gesetzlichen Krankenkassen sich daran beteiligen können und dürfen.)

### 3.3.4. Weitere Fragen

Auch auf Seiten der PKV werden Überlegungen zur Reform des Gesundheitswesens angestellt.

Ein PKV-Zukunftsmodell sieht u. a. vor, dass alle freiwillig GKV-Versicherten – bis zum 55. Lebensjahr – künftig auf der Grundlage eines PKV-einheitlichen Basisschutzes zur PKV wechseln können, ohne dass ggf. Risikozuschläge erhoben werden.<sup>37</sup>

Erwähnt werden sollte auch, dass gemäß § 194 Abs. 1 SGB V i. d. F. des GKV-Modernisierungsgesetzes – in Kraft seit 1.1.2004 – den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt worden ist, private Versicherungsverträge zu vermitteln und auf diese Weise mit den privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren.

Die Beispiele zeigen, dass die von der „Bürgerversicherung“ vorausgesetzte Zusammenarbeit zwischen GKV und PKV punktuell bereits Gestalt annimmt.

---

37 Zu Einzelheiten vgl. PKV-Publik 6/2004, S. 49 ff.

## Europarechtliche Aspekte

### 1. Das Europäische Gemeinschaftsrecht und das nationale Sozialrecht

Die zunehmende *Europäisierung* des nationalen Rechts der Mitgliedstaaten der Europäischen Union und damit auch des deutschen Rechts durch das Europäische Gemeinschaftsrecht macht auch vor dem Recht der sozialen Sicherheit einschließlich des Krankenversicherungsrechts nicht Halt, wie die Entwicklung der jüngsten Zeit eindringlich zeigt.

So musste der deutsche Gesetzgeber beispielsweise im Lichte der „*Decker/Kohl*“<sup>38</sup> – 1998 – sowie „*Müller-Faur/Van Riet*“-Judikatur<sup>39</sup> – 2003 – des Europäischen Gerichtshofs bei der Reform des Gesundheitswesens auch die Vorgaben des Europäischen Gemeinschaftsrechts berücksichtigen, die via wirtschaftliche Grundfreiheiten – insbesondere Warenverkehrs- und Dienstleistungsfreiheit – auf die „Entterritorialisierung“ des nationalen Gesundheitssystems drängen und die auch den in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen die Möglichkeit eröffnen, im Rahmen der Wahrnehmung der sog. passiven Dienstleistungsfreiheit Leistungserbringer in anderen Mitgliedstaaten im Wege der Kostenersatzung in Anspruch zu nehmen, soweit das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die entsprechende Leistung vorsieht, allerdings – dies im Gegensatz zur völligen Übernahme der Kosten im Aufenthaltsland und Land der Leistungserbringung gewährender Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 („Wanderarbeitnehmerverordnung“) – begrenzt auf die Höhe der Kosten, die der zu-

ständige Krankenversicherungsträger im Inland aufzubringen gehabt hätte.

Die europarechtlich einschlägigen Regelungen des am 1. 1. 2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)<sup>40</sup> zeigen, dass sich der deutsche Gesetzgeber dieser Verpflichtung durchaus bewusst ist. So belegen die dort vorgesehenen neuen Regelungen über den Versandhandel mit Humanarzneimitteln sowie zu Verträgen zwischen Leistungsträgern und ausländischen Leistungserbringern, dass der deutsche Gesetzgeber hier Anstalten unternimmt, nicht nur den Herausforderungen des Europäischen Gemeinschaftsrechts zu begegnen, sondern auch die dadurch gebotenen Chancen im Hinblick auf Patientenfreizügigkeit und grenzüberschreitenden Internet-Handel mit Humanarzneimitteln und sich dadurch eröffnenden Möglichkeiten zu Kostenersparnissen für Krankenkassen und ggf. auch die Versicherten selbst (bei Selbstbeteiligung) sowie für die aktive Dienstleistungsfreiheit einheimischer Leistungserbringer, im EU-Ausland tätig werden zu können, zu nutzen.

Das Erfordernis, den Anforderungen des Europäischen Gemeinschaftsrechts zu genügen, resultiert vor allem daraus, dass das Europäische Gemeinschaftsrecht als supranationales Recht grundsätzlich *Anwendungsvorrang* vor jedem nationalen Recht einschließlich des Verfassungsrechts der Mitgliedstaaten genießt (wobei an dieser Stelle auf diesbezüglich noch bestehende Vorbehalte verfassungsrechtlicher Art, wie sie das Bundesverfassungsgericht formuliert hat – so in seinem „Maastricht-Urteil“ zur Verfassungs-

38 EuGH, Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1831; Rs. C-155/96 (Kohl), Slg. 1998, I-1931

39 EuGH, Rs. C-385/99 (Müller-Fauré/Van Riet), Slg. 2003, I-4509

40 Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), BGBl. 2003 I S. 2190 v. 14.11.2003. –Zu einem Überblick über die europarechtlichen Regelungen des GMG vgl. etwa *Fuchs, M.*, Das neue Recht der Auslandsrankenbehandlung, in: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht (NZS)* (2004), S. 225 ff.

mäßigkeit des deutschen Zustimmungsgesetzes zum Vertrag über die Europäische Union<sup>41</sup> – nicht einzugehen ist).

Der aus – intergouvernementaler – Europäischer Union und – supranationaler – Europäischer Gemeinschaft gebildete „Europäische Staatenverbund“ (in der Diktion des Bundesverfassungsgerichts) zeichnet sich gegenüber allen anderen internationalen Organisationen – Vereinte Nationen, Weltgesundheitsorganisation, Internationale Arbeitsorganisation, Europarat u. a. – dadurch aus, dass er nach Maßgabe der Europäischen Gründungsverträge – Verträge über die (mittlerweile außer Kraft getretene) *Europäische Gemeinschaft für Kohle und Stahl*, *Europäische Atomgemeinschaft* und *Europäische Wirtschaftsgemeinschaft* – sowie in den vorstehend bereits erwähnten Ergänzungs- und „Revisionsverträgen“ zu diesen Gründungsverträgen – der *Einheitliche Europäische Akte* von 1987, dem *Vertrag über die Europäische Union* von „Maastricht“ sowie den *Verträgen von Amsterdam und Nizza* – im Rahmen der ihm verliehenen Kompetenzen eigenes und dem Recht der Mitgliedstaaten vorgehendes Recht setzen kann durch sog. Verordnungen – Gesetzen im nationalen Recht vergleichbar (künftig: Europäischen Gesetzen), Richtlinien – die ein Ziel verbindlich vorgeben, den Weg dorthin jedoch den Mitgliedstaaten freistellen (künftig: Europäischen Rahmengesetzen), – rechtlich unverbindlichen – *Empfehlungen* u. a.

Der Anwendungsvorrang des Gemeinschaftsrechts vor dem nationalen Recht der Mitgliedstaaten stellt sicher, dass dieses Europäische Recht in allen Mitgliedstaaten gleichermaßen gilt, und der Europäische Gerichtshof verbürgt eine einheitliche Auslegung und Anwendung dieses Rechts in den Mitgliedstaaten.

Die Europäische Gemeinschaft als supranationaler Kern dieses Staatenverbundes ist vor diesem Hintergrund zum einen eine *Rechtsgemeinschaft*, d. h. sie gründet auf Recht und handelt auch durch Recht, wobei allerdings andere Einwirkungsformen wie politisches Handeln in viel-

fältiger Form und – in begrenztem Umfang – auch finanzielles Handeln hinzutreten.

Die Europäische Gemeinschaft ist darüber hinaus von Anbeginn an bis in die 90er Jahre hinein in erster Linie *Wirtschaftsgemeinschaft* gewesen, d. h. das „Europäische Projekt“, welches Anfang der 50er Jahre auf den Weg gebracht wurde, um nach dem Zweiten Weltkrieg Europa politisch zu befrieden und zu integrieren, ist dieses Ziel mit wirtschaftlichen Schritten angegangen.

Die Vorschriften des Gemeinschaftsrechts, die auf Herstellung eines Gemeinsamen Marktes und Binnenmarktes abzielen, sind im Laufe ihrer Geltung über mittlerweile mehr als vier Jahrzehnte konkretisiert und spezifiziert worden zum einen durch die Mitgliedstaaten, in den Europäischen Verträgen und zum anderen durch den Europäischen Gesetzgeber – Rat und Europäisches Parlament –, d. h. sowohl im einschlägigen Europäischen Primärrecht der Europäischen Gründungsverträge und ihrer Revisionen und Ergänzungen – Einheitliche Europäische Akte, Vertrag über die Europäische Union, Verträge von Amsterdam und Nizza – als auch in den von den Gemeinschaftsorganen gesetzten sekundären Gemeinschaftsrecht in Gestalt von Verordnungen und Richtlinien und anderen Rechtsinstrumenten, durch die Praxis der Europäischen Kommission – so im Hinblick auf das Europäische Wettbewerbsrecht –, sowie last but not least durch die Judikatur des Europäischen Gerichtshofs und des Europäischen Gerichts erster Instanz zu den Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes – Kapital- und Warenverkehrsfreiheit, Freizügigkeit, Niederlassungsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit – durch Verordnungen, Richtlinien, Mitteilungen u. a. – und zum Europäischen Wettbewerbsrecht.

Mit der Schaffung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft in den 50er Jahren als Schritt in Richtung auf eine zunächst nahezu ausschließlich wirtschaftliche Integration (die allerdings auch allgemein-politische motiviert war) ist ein

41 BVerfGE 89, 155 ff.

neuer Träger öffentlicher Gewalt geschaffen worden, auf den die Mitgliedstaaten und damit auch die Bundesrepublik Deutschland Teile ihrer Staatsgewalt und damit zugleich bestimmte Hoheitsrechte übertragen haben.

Diese neue Europäische überstaatliche – „supranationale“ – Gewalt ist gegenüber der Staatsgewalt der Mitgliedstaaten eigenständig und unabhängig mit der Folge, dass die von den Gemeinschaftsorganen im Rahmen ihrer vertragsmäßigen Zuständigkeiten erlassenen Rechtsvorschriften selbständig neben den nationalen Rechtsordnungen der Mitgliedstaaten stehen und die Rechtsakte der Gemeinschaftsorgane im Konfliktfall vorrangig Anwendung finden.

Allerdings kann die Europäische Gemeinschaft im Unterschied zum diesbezüglich „allzuständigen“ Staat nach Maßgabe des EG-Vertrages (Art. 5 EG) nur innerhalb der Grenzen der ihr zugewiesenen Befugnisse und gesetzten Ziele tätig zu werden,<sup>42</sup> d.h. nur dort und nur in dem Umfang, in dem die Mitgliedstaaten auf entsprechende Kompetenzen und damit auf einen entsprechenden Teil ihrer Souveränität verzichtet und korrespondierende Zuständigkeiten der Europäischen Gemeinschaft begründet haben.

Das Europäische Gemeinschaftsrecht lässt vor diesem Hintergrund grundsätzlich die Befugnis der Mitgliedstaaten unberührt, ihre *Systeme der sozialen Sicherheit* nach eigenen Vorstellungen auf- und auszubauen sowie aus- und umzugestalten. Auch der Europäische Gerichtshof hat in ständiger Rechtsprechung diesen Grundsatz bestätigt.<sup>43</sup>

Allerdings sind die Mitgliedstaaten zugleich gehalten, bei der Wahrnehmung dieser Befugnisse das Europäische Gemeinschaftsrecht zu beachten.

Dies hat beispielsweise im Gesundheitswesen zur Konsequenz, dass das Territorialitätsprinzip, welches herkömmlicherweise besagt, dass die gesetzlich Krankenversicherten nur Leistungs-

erbringer des eigenen Staates – deutsche GKV-Versicherte mithin nur in Deutschland niedergelassene Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser u.a. – in Anspruch nehmen dürfen, als Beschränkung der Waren- und Dienstleistungsfreiheit – der „aktiven“ der EU-ausländischen Leistungserbringer und der „passiven“ der Versicherten und Patienten selbst – anzusehen ist mit der Konsequenz, dass eine solche Einschränkung der genannten wirtschaftlichen Grundfreiheiten des Gemeinschaftsrechts nurmehr zulässig ist, wenn sie ausnahmsweise gerechtfertigt ist.<sup>44</sup>

Auch der Grundsatz des Verbots der Diskriminierung wegen der Staatsangehörigkeit, wie es allgemein in Art. 12 EG-Vertrag sowie im Hinblick auf die einzelnen Grundfreiheiten in besonderen primär- und sekundärrechtlichen Vorschriften niedergelegt ist, muss respektiert werden.

Die genannten EG-rechtlichen Einschränkungen stellen kein Hindernis dar für eine Umgestaltung des Rechts der Gesetzlichen Krankenversicherung in Richtung einer „Bürgerversicherung“.

## 2. Die Europäische Sozialpolitik

Die soziale Dimension der Gemeinschaft hat ursprünglich stets nur eine untergeordnete Rolle gespielt. Die Europäische Gemeinschaft hat sich vielmehr erst seit den 90er Jahren in Richtung auf eine Sozialgemeinschaft fortentwickelt.

„Sozialpolitik“ i. S. d. EG-Vertrages umfasst als Rechtsbegriff Arbeits- und Sozialrecht nach deutscher Begrifflichkeit und Systematik. Die einschlägigen Vorschriften der Art. 136 ff. EG-Vertrag (ex-Art. 117 ff. EWG-Vertrag) spiegeln den Verzicht auf eine umfassende Regelung sozialer Fragen und insbesondere die Absage an eine umfassende soziale Harmonisierung in Gestalt einer Vereinheitlichung oder doch zumindest substanzielle inhaltliche Angleichung bzw. Annäherung der nationalen Sozialrechtsordnungen.

42 Vgl. Art. 5 Abs. 1 EG-Vertrag.

43 EuGH, Rs. 282/82 (Duphar), Slg. (= Allgemeine Sammlung der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs) 1984, 523; Rs. C-120/95 (Decker), Slg. 1998, I-1871; Rs. C-158/96 (Kohll), Slg. 1998, I-1935

44 EuGH, Rs. C-385/99 (Müller-Fauré/Van Riet), aaO (Fn. 39)



gen der Mitgliedstaaten wider. Diese Konzeption des EWG-Vertrages entsprach Ende der 50er Jahre nicht zuletzt den deutschen Vorstellungen einer „sozialen Marktwirtschaft“ und ist nur in sehr begrenztem Umfang und punktuell – und wiederum aus wirtschaftlichen Gründen – durchbrochen worden.

Zu nennen sind hier zuvörderst der *Grundsatz des gleichen Entgelts für Männer und Frauen bei gleichwertiger Arbeit, die Gleichbehandlung von Wanderarbeitnehmern* mit inländischen Arbeitnehmern im Hinblick auf Lohn, Arbeitsbedingungen und soziale Sicherheit sowie der *Arbeitsschutz* – allesamt Bereiche, die ursprünglich aus ökonomischen Gründen eine gemeinschaftsrechtliche Regelung erfahren haben.

Die mit „Soziale Ziele“ überschriebene sog. Sozialvorschrift des Art. 136 EG-Vertrag (ex Art. 117 EWG-Vertrag) enthält soziale Zielsetzungen programmatischer Natur, die auf der Erwartung fußen, die zunehmende wirtschaftliche Integration werde auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Arbeitskräfte verbessern und einander annähern.

Die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Ausgestaltung der Sozialpolitik unter Einschluss der Systeme der sozialen Sicherheit ist dabei grundsätzlich unangetastet geblieben – „grundsätzlich“, weil es Ausnahmen dort gibt, wo die von den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft übertragenen Kompetenzen, von denen diese durch Rechtsetzung Gebrauch gemacht hat, mittelbar auch die Sozialpolitik und die Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten betreffen.

So gelten die *wirtschaftlichen Grundfreiheiten* des Gemeinsamen Marktes – Warenverkehrsfreiheit, Kapitalverkehrsfreiheit, Niederlassungsfreiheit der Selbständigen, Freizügigkeit der Arbeitnehmer sowie Dienstleistungsfreiheit – auch dort, wo wirtschaftliche Tätigkeiten zugleich in den Bereich der sozialen Sicherheit fallen (wobei die Frage, wann dies der Fall ist, von zentraler Bedeutung auf für die Auswirkungen des EG-Rechts auf das nationale Krankenversicherungsrecht ist, wie im Folgenden zu zeigen sein wird).

Diese umfassende Geltung dieser Grundfreiheiten ist von Anbeginn an im EG-Vertrag angelegt gewesen, ist jedoch für bestimmte Bereiche – etwa das Beamten- und öffentliche Dienstrecht, aber auch das Gesundheitswesen – lange Zeit von den Mitgliedstaaten gleichsam negiert, weil sie für die genannten Sektoren Bereichsausnahmen vom Europäischen Marktrecht reklamierten.

### **3. Die „Offene Methode der Koordinierung“**

Zu den wichtigsten Änderungen, die es in jüngerer Zeit in Bezug auf die Sozialpolitik gegeben hat, gehört die Anwendung der sog. „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) als neuer politischer Strategie für den Bereich des Sozialschutzes dort, wo es der Europäischen Gemeinschaft an gesetzgeberischer Kompetenz fehlt und wo deshalb ein freiwilliges Zusammenwirken der Mitgliedstaaten unter Assistenz der Europäischen Kommission als sinnvoll erachtet wird.

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten für die Sozialpolitik ist insbesondere seit dem Gipfel von Lissabon im März 2000 eine zunehmende Befassung der Europäischen Organe mit dieser Materie zu registrieren als Teil einer politischen Gesamtstrategie („Lissabon-Strategie“), die darauf abzielt, wirtschafts-, beschäftigungs- und sozialpolitische Zielsetzungen zu bündeln, um die wirtschaftliche Entwicklung in der Europäischen Union in der nächsten Dekade zu stärken und die Union bis 2010 zur „weltweit stärksten wissensbasierten Wirtschaftsmacht“ zu machen.

Auch für die Politik im Bereich des Sozialschutzes von großer praktischer Bedeutung ist die *Europäische Beschäftigungspolitik*, die sich seit Lissabon 2000 ausweislich der Leitlinien für beschäftigungspolitische Maßnahmen der Mitgliedstaaten vom 22. Juli 2003 folgenden drei übergeordneten Zielen verschrieben hat: (I) Vollbeschäftigung, (II) Verbesserung der Qualität und Produktivität der Arbeitsplätze sowie (III) Stärkung der sozialen Kohäsion und Integration.

Ein maßgebliches Instrument dieser Europäischen Strategie ist, was die darin geforderte Modernisierung des Sozialschutzes angeht, die vorstehend angesprochene „Offene Methode der Koordinierung“ als neue Form politischer „governance“ (die mit der nachstehend behandelten<sup>45</sup> rechtlichen Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit auf der Grundlage des Art. 42 EG-Vertrag (ex-Art. 51 EWG-Vertrag) durch die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 nur den Namen gemeinsam hat, ansonsten jedoch als politisches Instrument von diesem rechtlichen Instrument scharf zu unterscheiden ist). Es handelt sich bei der OMK um eine sozialpolitische Handlungsstrategie, die auf der freiwilligen Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten beruht und die in Fortsetzung der Anfang der 90er Jahre 1992 eingeleiteten Politik der sog. sozialen Konvergenz, beruhend auf der Empfehlung (EWG) Nr. 92/442 über Ziele und Grundsätze des Sozialschutzes in den Mitgliedstaaten<sup>46</sup> eine Abstimmung der einzelnen nationalen Politiken in den Bereichen Armutsbekämpfung/soziale Ausgrenzung, Alterssicherung und Gesundheitswesen und Altenpflege anstrebt.

Anhand von Leitlinien sollen gemeinsame Ziele und der Erfolg zu ihrer Erreichung ergriffener Maßnahmen in nationalen Aktionsplänen dargestellt und ggf. auf Europäischer Ebene anhand von Indikatoren im Rahmen eines „Benchmarking“ verglichen und ggf. Empfehlungen für die einzelnen Mitgliedstaaten ausgesprochen werden (wobei das „Instrumentarium“ vom jeweiligen Aktionsbereich abhängt und in der Alterssicherung anders aussieht als im Gesundheitswesen).

Wechselseitiges Hin- und Herschauen, gegenseitiges Lernen aus jeweiligen „good“ (oder gar „best“) practices und ggf. darauf fußende Empfehlungen sollen die jeweiligen nationalen Politiken anleiten und in eine gemeinsame Richtung lenken.

Die Bereiche „Armutsbekämpfung/soziale Eingliederung“, „Alterssicherung“ sowie „Gesundheit und Pflege für ältere Menschen“ werden demgemäß künftig – nicht von ungefähr nach dem Vorbild der Europäischen Beschäftigungspolitik – von den Europäischen Mitgliedstaaten in der Weise gemeinsam gestaltet werden, dass – bereichsspezifisch differenziert – gemeinsame Zielvorstellungen festgelegt, ihre Umsetzung auf nationaler Ebene in nationalen Berichten dargestellt, und in Gestalt eines „Benchmarking“ dann ein Prozess des wechselseitigen Lernens eingeleitet wird, der dazu führen soll, dass die in anderen Mitgliedstaaten gefundenen Lösungen für spezifische Probleme – als sog. „best practices“ – übernommen werden.

Angesichts des nicht rechtlich verbindlichen, aber politisch verpflichtenden Charakters dieser Strategie sind deshalb bei Reformüberlegungen im Gesundheitsbereich auch die Systementscheidungen und Reformtendenzen in den anderen Mitgliedstaaten zu berücksichtigen (*siehe dazu unten III. und IV.*), auch im Zusammenhang mit der hier zur Diskussion stehenden Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Diesbezüglich würde die Einführung einer „Bürgerversicherung“ bedeuten, dass sich Deutschland im Hinblick auf den persönlichen Anwendungsbereich seines Regel-Gesundheitssicherungssystems dem Europäischen „mainstream“ annähern würde (*siehe dazu unten III.*).

#### **4. Das Europäische koordinierende Sozialrecht – Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72**

Die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten der Europäischen Union im Interesse der Verwirklichung der Freizügigkeit der Arbeitnehmer war die erste „Einbruchsstelle“ des Europäischen Gemeinschafts-

45 Vgl. *Schulte, B.*, Die „offene Methode der Koordinierung“ als politische Strategie in der Europäischen Sozialpolitik, in: Sozialer Fortschritt 2005, H. 5 (*in Druck*); ders., The implementation capacity of the Open Method of Coordination in related policy areas: Selected cases (Ms., Bertelsmann Stiftung) Gütersloh 2005 (*in Druck*), m.w.N.

46 ABl. EG 1992 Nr. L 442, S. 1

rechts in das nationale Recht der sozialen Sicherheit unmittelbar nach Inkrafttreten des EWG-Vertrages – seinerzeit auf der Grundlage des Art. 51 EWG-Vertrag in Gestalt der Verordnungen (EWG) Nr. 3 und 4 (d. h. der dritten und vierten EWG-Verordnungen – „Europäischen Gesetze“ – überhaupt, was die Bedeutung illustriert, die der Mobilität des Faktors Arbeit bzw. der Freizügigkeit der Arbeitnehmer seinerzeit bei Schaffung der Grundlagen des Gemeinsamen Marktes vor dem Hintergrund von Vollbeschäftigung und Arbeitskräftemangel in der Bundesrepublik Deutschland beigemessen worden ist) heute durch die Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72.

Nach Maßgabe der primärrechtlichen Ermächtigungsgrundlage des Art. 42 EG-Vertrag (ex 51) soll durch geeignete rechtliche Maßnahmen verhindert werden, dass Arbeitnehmer, die in der Europäischen Gemeinschaft zu- und abwandern, Ansprüche auf Leistungen der sozialen Sicherheit einbüßen und ggf. Gefahr laufen, in zwei Systemen der sozialen Sicherheit versichert und ggf. entsprechend Beiträge doppelt entrichten zu müssen oder aber überhaupt nicht gesichert zu sein.<sup>47</sup>

Das Europäische Gemeinschaftsrecht trägt auf diese Weise dem Umstand Rechnung, dass die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit und die Sozialrechtsordnungen der Mitgliedstaaten i. d. R. die besondere Lage von Personen, die in einem Mitgliedstaat wohnen und in einem anderen Mitgliedstaat arbeiten (Grenzgänger), und nicht selten auch überhaupt die besonderen Probleme der ausländischen Arbeitnehmer, die sich auf ihrem Staatsgebiet aufhalten und dort erwerbstätig sind, von sich aus nicht angemessen berücksichtigen.<sup>48</sup>

Dabei beruhen die gemeinschaftsrechtlichen Koordinierungsregelungen auf folgenden Grundprinzipien:

- (I) Gleichbehandlung aller – inländischen wie ausländischen – Arbeitnehmer aus den Mitgliedstaaten;
- (II) gemeinschaftsrechtlich erfolgende einheitliche Bestimmung der auf grenzüberschreitende Sachverhalte anzuwendenden Rechtsvorschriften (mit dem Ergebnis einer partiellen Vereinheitlichung der Internationalen Sozialrechte der Mitgliedstaaten und ihrer übereinstimmenden prinzipiellen Orientierung i. d. R. am Beschäftigungslandprinzip bzw. am Prinzip des Orts der Ausübung der selbständigen Erwerbstätigkeit (*lex loci laboris*));
- (III) Zusammenrechnung von in zwei oder mehr Mitgliedstaaten zurückgelegten Versicherungszeiten für die Begründung von Leistungsansprüchen; sowie
- (IV) Gebot (mit begrenzten Ausnahmen) des „Exports“ von Geldleistungen, d. h. der Zahlung derartiger Leistungen an Personen mit Wohnsitz nicht nur im Leistungsstaat, sondern allgemein in den Hoheitsgebieten der Mitgliedstaaten.

Demgegenüber wird auch mit der gemeinschaftsrechtlichen Koordinierung nicht angestrebt, die Systeme der sozialen Sicherheit der Mitgliedstaaten von Rechts wegen zu harmonisieren, d. h. zu vereinheitlichen oder einander anzunähern (*siehe dazu bereits oben II.1. u. 2.*). Vielmehr liegt es nach wie vor grundsätzlich in der alleinigen Zuständigkeit der Mitgliedstaaten, wie sie ihr System der sozialen Sicherheit ausgestalten (wobei sich an dem vorstehend erwähnten Grundsatz des „Leistungsexports“ illustrieren ließe, welche Rolle das Europäische koordinierende Sozialrecht in Zusammenhang mit nationalen Reformen der sozialen Sicherheit spielen kann: erst ein – seit Anfang der 90er Jahre möglicher – Ausschluss dieser „Exportverpflichtung“ im

<sup>47</sup> Vgl. Schulte, B. (Hg.), Soziale Sicherheit in der EG. Verordnungen (EWG) Nr. 1408/71 und 574/72 sowie andere Bestimmungen, 3. Aufl., München 1997; auch Schulte, B./Barwig, K. (Hg.), Freizügigkeit und soziale Sicherheit. Die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Deutschland, Baden-Baden 1999. – Zur neuen Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. EG 2004 Nr. L 200 v. 7.6.2004; dazu instruktiv die Beiträge in: Marhold, F. (Hg.), Das neue Sozialrecht der EU, Wien 2005

<sup>48</sup> Vgl. zu dieser Problematik die Beiträge in: Maydell, B. von/Schulte, B. (Hg.), Treatment of Third Country Nationals in the EU and EEA Member States in Terms of Social Security Law, Leuven 1995

Hinblick auf sog. bedarfsorientierte Mindestleistungen<sup>49</sup> hat die deutsche soziale Grundsicherung – heute rechtlich verankert in SGB II und SGB XII – „europafest“ gemacht; dies gilt also namentlich auch für die seit 1.1.2003 bestehende bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, die bei entsprechender EG-rechtlicher „Ausflagung“ in Gestalt eines Ausschlusses der Exportpflichtigkeit durch einen entsprechenden Ausweis in einem Anhang zur Verordnung keine EG-koordinierungsrechtlichen Probleme mehr aufwirft).<sup>50</sup>

Der *persönliche Geltungsbereich* der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 erfasst Arbeitnehmer und Selbständige aus Mitgliedstaaten der Gemeinschaft, die den Rechtsvorschriften eines oder mehrerer Mitgliedstaaten unterliegen oder unterlegen haben, deren Familienangehörige und Hinterbliebene (unabhängig von deren Staatsangehörigkeit), sowie Flüchtlinge und Staatenlose, die im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats wohnen. Aufgrund der diesbezüglich extensiven Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs erstreckt sich der persönliche Anwendungsbereich der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 de facto auf alle Erwerbstätigen, die in einem Teil-System der sozialen Sicherheit versichert sind.

Die Anwendung der Verordnung setzt auch nicht voraus, dass die betreffende Person von ihrem Recht auf Freizügigkeit als Arbeitnehmer oder Selbständiger i. S. des Art. 39 EG-Vertrag Gebrauch gemacht hat, sondern es reicht aus, dass sie innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandert, gleichgültig aus welchem Grund (z.B. auch als Tourist).<sup>51</sup>

Aufgrund des *Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum* (EWR) gelten die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und ihre Durchführungsverordnung, die Verordnung (EWG) Nr. 574/72

auch für Staatsangehörige der Mitgliedstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, die nicht zugleich EU-Mitgliedstaaten sind, d. h. für Staatsbürger Islands, Liechtensteins und Norwegens, sowie aufgrund der sektoriellen *Abkommen zwischen der Europäischen Union und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft* andererseits auch für Schweizerische Staatsangehörige.

Mithin gilt die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 beispielsweise auch für einen Rentner aus einem EWR-Mitgliedstaat, der seinen Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat nimmt, ohne dort erwerbstätig gewesen zu sein.

Seit dem Beitritt von acht mittel- und osteuropäischen Ländern sowie Maltas und Zyperns zur Europäischen Union am 1. Mai 2004 umfasst der persönliche Anwendungsbereich der EG-Koordinierung somit insgesamt 29 Staaten.

Die Erstreckung des persönlichen Anwendungsbereichs der Verordnung auf Drittstaatsangehörige seit 1. Juni 2004 hat hierzulande zur Folge, dass nunmehr auch in den Mitgliedstaaten – z. B. in Deutschland lebende türkische Staatsangehörige – erfasst werden. (In diesem Zusammenhang ist zur Klarstellung darauf hinzuweisen, dass die Einbeziehung der Drittstaatsangehörigen nur „intern“ wirkt: die Ausweitung des Personenkreises auf Drittstaatsangehörige mit rechtmäßigem Aufenthalt in einem Mitgliedstaat verpflichtet die Mitgliedstaaten nicht dazu, „externe“, d.h. außergemeinschaftliche Sachverhalte wie das Wohnen in einem Drittstaat oder die Berücksichtigung in einem Drittstaat – auch im „dritten“ Heimatstaat (z. B. der Türkei) – zurückgelegter Zeiten, beispielsweise türkische Versicherungszeiten in Deutschland lebender türkischer Wanderarbeitnehmer für den Erwerb, die Berechnung oder die Gewährung von Leistungen

49 Vgl. Art. 4 (2 a) u. (10 a) sowie Annex II a Verordnung (EWG) Nr. 1408/71

50 Vgl. zu dieser Problematik ausführlich *Schulte, B.*, Die Judikatur des Europäischen Gerichtshofs zur Abgrenzung des sachlichen Anwendungsbereichs der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 im Hinblick auf Sozialhilfe- und sozialhilfeähnliche Leistungen (Rechtsgutachten für das Bundesministerium für Familie und Senioren), Bonn: BMFuS (Ms.) 1993; *ders.*, Sozialhilfe. Grundsicherung – Statement –, in: Deutscher Sozialrechtsverband e.V.(Hg.), Europäisches Sozialrecht, Wiesbaden 1993, S. 199 ff.

51 EuGH, Rs. 75/63 (Unger), Slg. 1964, 347; Rs. 31/65 (Bertholet), Slg. 1965, 111; Rs. 117/77 (Pierik), Slg. 1978, 825

zu berücksichtigen; eine derartige externe Koordinierung wird – wenn überhaupt – auch künftig lediglich durch bi- oder ggf. auch multilaterale Abkommen über die soziale Sicherheit zwischen den Mitgliedstaaten und Drittstaaten geregelt.<sup>52)</sup>

Allerdings wird es den einzelnen Mitgliedstaaten auch künftig nach wie vor möglich sein, von sich aus festzulegen, wer in ihrem System der sozialen Sicherheit versichert ist, ob einzelne Kategorien – z.B. Arbeitnehmer oder alle Erwerbstätige oder Gruppen von ihnen – oder aber alle Staatsbürger oder Einwohner.

Das Europäische koordinierende Sozialrecht steht somit einer „Bürgerversicherung“ insofern nicht entgegen, verlangt sie aber auch nicht. Dies gilt auch für die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29.4.2004, die an die Stelle der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 treten wird.<sup>53)</sup>

Die Entwicklung in den Mitgliedstaaten geht allerdings de facto in Richtung auf eine Ausweitung des Versichertenkreises. Beispielhaft sei hingewiesen auf die Entwicklung in Österreich, wo es seit dem 1.1.2000 eine Versicherungspflicht besteht für sog. Personen mit Einkommen aus freien Dienstverträgen und aus „neuer Selbstständigkeit“<sup>54)</sup> (*siehe dazu unten III. und IV.1.*).

In der Summe ist die Europäische Sozialrechtskoordinierung mithin zwar durchaus darauf angelegt, Systeme der sozialen Sicherheit, die alle Bürger einbeziehen, ihrerseits zu umfassen, setzt dies aber nicht voraus, sondern nimmt die jeweilige mitgliedstaatlich vorgenommene Ausgestaltung der Systeme in personeller Hinsicht hin.

Eine Ausweitung des Anwendungsbereichs der Systeme der sozialen Sicherheit in personeller Hinsicht ist aber auch unter Koordinierungsgesichtspunkten wünschenswert, um möglichst

viele Personen in den Genuss der „Segnungen“ der Koordinierung kommen zu lassen und Unstimmigkeiten zwischen einzelnen mitgliedstaatlichen Regelungen, welche Hindernisse für die Freizügigkeit darstellen können, zu vermeiden.

Wenn „Bürgerversicherung“ heißt, dass die gesamte Bevölkerung an der Finanzierung etwa der solidarischen Krankenversicherung beteiligt wird und nicht eine qualifizierte Minderheit, so wie heute, ein Viertel keinen Beitrag leisten muss und damit dem Solidarverband fernbleiben kann, so ist diese Position mit dem Europäischen Koordinierungsrecht ebenso vereinbar wie die Ablehnung der Bürgerversicherung.

Gleiches gilt im Übrigen für die Vorschläge, die auf eine Ausweitung der Umlagefinanzierung über die Arbeitseinkommen hinaus auf andere Einkunftsarten hinauslaufen, weil das koordinierende Gemeinschaftsrecht auch insoweit keine rechtlich verbindlichen Vorgaben macht, sondern lediglich die Respektierung seiner allgemeinen Grundsätze verlangt, namentlich das Verbot jeglicher diskriminierung wegen der Staatsangehörigkeit oder des Geschlechts.

Allerdings sind – rechtlich nicht verbindliche – politische Vorgaben ggf. angemessen zu berücksichtigen. Dies gilt insbesondere für die Vorgaben, die im Rahmen der „Offenen Methode der Koordinierung“ gemacht werden (*siehe dazu bereits oben 3.*). Diesen Vorgaben entspricht die „Bürgerversicherung“ sehr viel mehr als das heutige System oder auch die Reformmodelle, die auf Pauschalprämien setzen und – je nach Ausgestaltung – Gefahr laufen, mit dem Europäischen Wettbewerbsrecht in Konflikt zu geraten (*siehe dazu unten II.7.2.*).

52 Vgl. dazu Jorens, Y./Schulte, B. (Hg.), *European Social Security Law and Third Country Nationals*, Brüssel 1998.

53 ABl. EG 2004 Nr. L 200 v. 7.6.2004

54 Vgl. dazu *Karl, B.*, Sozialversicherungsreformen in Österreich, in: *Zeitschrift für Europäisches Sozial- und Arbeitsrecht (ZESAR)* 2004, S. 263 ff.

## 5. Die Gleichbehandlung von Männern und Frauen

Die Gleichbehandlung von Männern und Frauen, fußend auf der Bestimmung des Art. 141 EG-Vertrag (ex Art. 119), der den Grundsatz des gleichen Entgelts für Männer und Frauen für gleich(wertige) Arbeit festschreibt, sowie auf einer Reihe einschlägiger EG-Richtlinien,<sup>55</sup> die auch den Bereich der sozialen Sicherheit einschließlich der einschlägigen betrieblichen Systeme betreffen, stellt vielleicht das erfolgreichste Kapitel der Europäischen Sozialpolitik dar.

Der Grundsatz der Gleichbehandlung von Männern und Frauen verlangt u.a., dass die Ausgestaltung der Sozialversicherungssysteme die Angehörigen der beiden Geschlechter nicht diskriminiert.

Einheitliche Altersgrenzen, die angemessene Berücksichtigung familiär bedingter Unterbrechungen des Erwerbslebens und der Versicherungskarriere sowie ggf. der unterschiedlichen Lebenserwartung von Männern und Frauen – möglicherweise mit unterschiedlich hohen Tarifen oder aber einheitliche Tarife („unisex“) – Rechnung tragender unterschiedlicher Rentenbezugszeiten, Rentenhöhen u.a. sind Faktoren, die hier ggf. eine Rolle spielen (und die sich ggf. in den „drei Säulen“ – gesetzliche, betriebliche, private Alterssicherung – unterschiedlich auswirken und dort u.U. auch unterschiedliche Antworten zur Folge haben können, ist doch in den umlagefinanzierten solidarisch ausgestalteten gesetzlichen Systemen der sozialen Sicherheit der soziale Schutz von individuellen Risiken – u.a. Geschlecht, Lebensalter – grundsätzlich unabhängig, während Privatversicherungen i.d.R. unter Äquivalenzgesichtspunkten nach bestimmten Faktoren und auch nach dem Geschlecht differenzieren).

Im Bereich der Krankenversicherung entspricht die gegenwärtige Ausgestaltung der GKV und entspräche auch die Bürgerversicherung den EG-rechtlichen Vorgaben, da es keine unterschiedliche Behandlung von Männern und Frauen weder im Versicherungs- (und Beitrags-) noch im Leistungsrecht gibt.

Auch dieses Gleichbehandlungsgebot ist eine EG-rechtliche Vorgabe, der auch bei Reformen im Gesundheitswesen Rechnung getragen werden muss: es darf keine Diskriminierung, d. h. sachlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung wegen des Geschlechts geben.

## 6. Das Verbot der Diskriminierung wegen der Staatsangehörigkeit

Von besonderer Bedeutung ist das *gemeinschaftsrechtliche Gleichbehandlungsgebot bzw. Diskriminierungsverbot* in Ansehung der Staatsangehörigkeit, das sich an einer einschlägigen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs illustrieren lässt:

Frau Ferlini, die Ehefrau eines in Luxemburg wohnhaften Beamten der Europäischen Kommission, wurde in einem Krankenhaus in Luxemburg entbunden. Ihr Ehemann und sie selbst waren dem Europäischen Gemeinsamen Krankenfürsorgesystem für Europäische Beamte angeschlossen, nicht der luxemburgischen Pflichtversicherung für Krankheit und Mutterschaft an. Das Krankenhaus stellte dem Ehemann für die Kosten der Entbindung und den Klinikaufenthalt seiner Frau als einer dem nationalen luxemburgischen System der sozialen Sicherheit angehörenden Person und im einheimischen System Versicherte.

Das Kriterium der Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zum jeweiligen nationalen System der sozialen Sicherheit, auf dem die Anwendung

---

<sup>55</sup> Vgl. die Entgeltgleichheitsrichtlinie 75/112/EWG, die Gleichbehandlungsrichtlinie 76/207/EWG hinsichtlich der Beschäftigung und ihre Änderungsrichtlinie 2002/73/EG, die Richtlinie 79/7/EWG in Bezug auf die soziale Sicherheit, die Richtlinie 86/378/EWG zu den betrieblichen Systemen der sozialen Sicherheit, die Elternurlaubsrichtlinie 96/34/EG, die sogenannte Beweislastrichtlinie 97/80/EG über die Beweislast bei Diskriminierungen aufgrund des Geschlechts, die Teilzeitarbeitsrichtlinie 97/81/EG, die Richtlinie 2000/43/EG zur Anwendung des Gleichbehandlungsgrundsatzes ohne Unterschied der Rasse oder der ethnischen Herkunft sowie die Richtlinie 2000/78/EG zur Festlegung eines allgemeinen Rahmens für die Verwirklichung der Gleichbehandlung in Beschäftigung und Beruf.

unterschiedlicher Gebührensätze für die gleichen ärztlichen und Krankenhausleistungen beruht, stellt eine mittelbare Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit dar: Während nämlich die icht dem luxemburgischen Krankheitsfürsorgesystem angeschlossenen Personen ganz überwiegend Ausländer – und mehrheitlich EU-Ausländer – sind, gehören die im Inland wohnhaften luxemburgischen Staatsangehörigen ganz überwiegend dem nationalen System der sozialen Sicherheit an.

Die auf der unterschiedlichen Staatsangehörigkeit fußende Unterscheidung in Bezug auf die zu zahlenden Krankheitskosten wäre nur gerechtfertigt, wenn sie auf objektiven Erwägungen beruhte, die von der Staatsangehörigkeit der Betroffenen unabhängig und gemessen am verfolgten Zweck als verhältnismäßig anzusehen wären. Dies war hier nicht der Fall.<sup>56</sup>

Das Europäische Gemeinschaftsrecht lässt die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt<sup>57</sup> und das jeweilige nationale Recht bestimmt, unter welchen Voraussetzungen ein Recht auf Anschluss an ein System der sozialen Sicherheit oder eine Verpflichtung hierzu<sup>58</sup> und ein Rechtsanspruch Versicherter auf Gesundheitsleistungen besteht.<sup>59</sup>

Allerdings müssen die Mitgliedstaaten gleichwohl bei der Ausübung dieser Befugnis stets das Gemeinschaftsrecht beachten.

Dies gilt insbesondere insbesondere für das Verbot der Diskriminierung wegen der Staatsangehörigkeit.

Auch liegen etwa Maßnahmen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, die sich auf den Absatz medizinischer Erzeugnisse unmittelbar auf deren Einfuhrmöglichkeiten auswirken können, den Vorschriften des EG-Vertrags über den freien Warenverkehr; eine Regelung, die zum

Bereich der sozialen Sicherheit gehört, schließt die Anwendung des Art. 30 EG-Vertrag (Freiheit des Warenverkehrs) nicht aus.

## 7. Krankenversicherungsrecht und „Europäisches Marktrecht“

### 7.1. Die gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten

Ein weiterer wichtiger Bereich, auf dem die Europäische Gemeinschaft Probleme aufwirft und Lösungen gesucht werden müssen, ist derjenige des *Zusammentreffens von Gemeinsamem Markt und Europäischem Wirtschaftsrecht einerseits und national gestalteter und auch künftig national verantworteter Sozialstaatlichkeit und nationalem Sozialrecht, namentlich auch nationalem Krankenversicherungsrecht*,<sup>60</sup> andererseits.

Sowohl die *wirtschaftlichen Grundfreiheiten* des Gemeinsamen Marktes – Kapitalverkehrsfreiheit, Warenverkehrsfreiheit, Freizügigkeit der Arbeitnehmer, Niederlassungsfreiheit der Selbstständigen und Dienstleistungsfreiheit – als auch die Wettbewerbsregeln des Europäischen Gemeinschaftsrechts – Verbot unzulässiger staatlicher Beihilfen, Verbot wirtschaftsbeschränkender Vereinbarungen und abgestimmter Verhaltensweisen, Verbot der missbräuchlichen Ausnutzung einer marktbeherrschenden Stellung – sind in den letzten Jahren in zunehmendem Maße in ein Spannungsverhältnis zu den Einrichtungen der öffentlichen sozialen Sicherheit getreten mit der Folge, dass die nationale Wohlfahrts- bzw. Sozialstaatlichkeit einer zunehmenden Europäisierung ausgesetzt ist.

So hat der Europäische Gerichtshof bereits Anfang der 90er Jahre entschieden, dass die Bundesanstalt – heute: Bundesagentur – für Arbeit ihr Vermittlungsmonopol im Hinblick auf Führungs-

56 EuGH, Rs. C - 441/98 (Ferlini), Slg. 2000, I-8081

57 EuGH, Rs. 238/82 (Duphar), Slg. 1984, 523, Rdnr. 16; RS C-70/95 (Sodemare u. a.), Slg. 1997, I-3395, Rdnr. 27

58 EuGH, Rs. 110/79 (Coonan), Slg. 1980, 1445, Rdnr. 12; Rs. C-349/87 (Paraschi), Slg. 1991, 4501, Rdnr. 15

59 EuGH, Rs. C-4/95 u. C-5/95 (Stöber u. Piosa Pereira), Slg. 1997, I-511, Rdnr. 36

60 Vgl. aus jüngster Zeit exemplarisch die Beiträge in: Grillberger, K./Mosler, R. (Hg.), *Europäisches Wirtschaftsrecht und soziale Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen zwischen staatlicher Steuerung und Marktfreiheit*, Wien 2003

kräfte der Wirtschaft durch Untätigkeit missbräuchlich ausgenutzt hatte und dass dieses Monopol damit insoweit gegen Europäisches Gemeinschaftsrecht verstieß und nichtig war.<sup>61</sup>

Seit 1998, beginnend mit den Urteilen in den *Rechtssachen „Decker“* und *„Kohll“* und noch eindeutiger in *„Müller-Fauré“*, *„Van Riet“* aus dem Jahre 2003 hat der Europäische Gerichtshof unter Berufung auf Warenverkehrsfreiheit und Dienstleistungsfreiheit den Weg gebahnt für die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union.

Erst vergleichsweise spät – Ende der 90er Jahre – hat der Europäische Gerichtshof somit Veranlassung gehabt, den vorstehend angesprochenen Grundsatz der gleichsam „Allgemeingültigkeit“ des Europäischen Marktrechts zu bekräftigen, wobei er nur ausgesprochen hat, was ohnehin bereits galt (und auch im Schrifttum vertreten wurde), jedoch von den Mitgliedstaaten bis dato nicht anerkannt und respektiert worden war. Aus Europarechtlicher Sicht waren die Entscheidungen des Gerichtshofs vom April 1998 also keineswegs der „big bang“, als die sie in der Öffentlichkeit und auch in der Politik und von Seiten der Politiker danach aufgenommen worden sind.

Zur Erinnerung: In der *Rechtssache „Decker“* hat der Europäische Gerichtshof für Recht erkannt, dass *„eine nationale Regelung, nach der ein Träger der sozialen Sicherheit eines Mitgliedstaats einem Versicherten die pauschale Kosten-erstattung für eine Brille mit Korrekturgläsern, die dieser bei einem Optiker in einem anderen Mitgliedstaat gekauft hat, mit der Begründung versagt hat, dass der Erwerb medizinischer Erzeugnisse im Ausland vorheriger Genehmigung bedarf... gegen die Artikel 30 und 36 EG-Vertrag“ (d.h. gegen die Warenverkehrsfreiheit) verstößt und in der Rechtssache „Kohll“, dass „eine nationale Regelung, die die Erstattung der Kosten der Zahnbehandlung für einen Zahnarzt in einem anderen Mitgliedstaat nach den Tarifen des Versicherungsstaates von der Genehmigung des Trägers der sozialen Sicherheit des Versicherten*

*abhängig macht“*, in entsprechender Weise im Widerspruch zu den Artikeln 59 und 60 EG-Vertrag steht und damit nicht mit der Dienstleistungsfreiheit in Einklang steht.

Die Politik – auch in Deutschland – hat zunächst weiterhin versucht, sich den Konsequenzen, die sich aus dieser Rechtsprechung für das jeweilige nationale Gesundheitswesen ergeben, dadurch zu entziehen, dass man darauf verwiesen hat, dass die beiden Entscheidungen in Luxemburg ihren Ausgang genommen hatten, wo das Kostenerstattungsprinzip gilt, und sich auf den Standpunkt gestellt hat, dass in Ländern wie Deutschland, die dem Sachleistungsprinzip verpflichtet sind, die Rechtslage anders zu betrachten sei (und dies erst recht gelte in den Ländern mit einem staatlichen Gesundheitsdienst).

Dieser Rechtsauffassung, der zu Recht im Schrifttum frühzeitig entgegengetreten worden ist, hat der Europäische Gerichtshof spätestens mit seinem Urteil vom 13. Mai dieses Jahres in *„Müller-Fauré“*, *„Van Riet“* den Boden entzogen. Der Gerichtshof hat in dieser Rechtssache für Recht erkannt, *dass „die Artikel 59 und 60 des Vertrages (d. h. die Vorschriften über die Dienstleistungsfreiheit) Rechtsvorschriften entgegen(stehen), wenn sie die Übernahme der Kosten für eine Versorgung, die in einem anderen Mitgliedstaat außerhalb eines Krankenhauses durch eine Person oder Einrichtung erfolgt, mit der die Krankenkasse des Versicherten keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die betreffende Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, auch wenn die fraglichen nationalen Rechtsvorschriften ein Sachleistungssystem einführen, in dessen Rahmen die Versicherten Anspruch nicht auf die Erstattung der Kosten für die medizinische Versorgung, sondern auf die Versorgung selbst haben, die kostenlos erfolgt.“*

Seit Erlass dieses zur auf dem Sachleistungsprinzip beruhenden (und damit insoweit der deutschen GKV-Systeme entsprechenden) niederländischen Krankenversicherung ergangenen Urteils des Europäischen Gerichtshofs steht fest,

61 EuGH, Rs. C-41/90 (Höfner u. Elser), Slg. 1991, I-1979



dass die gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten auch in Krankenversicherungssystemen gelten, die dem Sachleistungsprinzip folgen, mithin auch in der deutschen GKV.

Medizinische Tätigkeiten werden von der gemeinschaftsrechtlichen Dienstleistungsfreiheit des Art. 49 EG-Vertrag erfasst, ohne dass danach zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung ambulant oder aber stationär in einem Krankenhaus erfolgt. Dies bedeutet u.a., dass sowohl deutsche Versicherte im Grundsatz entsprechende Leistungen im EU-Ausland nachsuchen können als auch deutsche Leistungserbringer, z.B. Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen ihre Dienste EU-Ausländern anbieten können.

Insbesondere nimmt der Umstand, dass die GKV als Regelfall die Gewährung von Sachleistungen vorsieht, medizinische Behandlungen nicht vom Geltungsbereich der gemeinschaftsrechtlichen Grundfreiheiten aus, und ist ein Genehmigungsvorbehalt, d.h. die Verpflichtung Versicherter, vor Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im EU-Ausland eine Genehmigung ihrer Krankenkasse einzuholen, i. d. R. unzulässig, da dieses Erfordernis sowohl die „aktive“ Dienstleistungsfreiheit von Leistungsanbietern als auch die „passive“ Dienstleistungsfreiheit von Patienten und Versicherten einschränkt, ist er doch geeignet, wenn nicht die Inanspruchnahme von EU-ausländischen Leistungen gänzlich zu verhindern, so doch diese zumindest zu erschweren.

Das GKV-Modernisierungsgesetz sieht diese Möglichkeit jetzt auch für die deutschen Krankenkassen in § 130 e SGBV ausdrücklich vor und hat insofern das Europäische Gemeinschaftsrecht umgesetzt (*siehe dazu bereits oben II.1.*).

Den Krankenkassen steht es demnach frei, Verträge mit EU-ausländischen Leistungserbringern – z. B. Ärzten, Labors und Krankenhäusern – abzuschließen.

Allerdings gibt es Ausnahmen von diesem Grundsatz der EU-grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zum Schutz überragender Interessen wie z.B. demjenigen an einer flächendeckenden Versorgung der gesamten Bevölkerung mit adäquaten Gesund-

heitsleistungen, der Gewährleistung der finanziellen Stabilität des sozialen Sicherungssystems, oder der Plan- und Steuerbarkeit der gesundheitlichen Versorgung. Derartige Ausnahmetatbestände müssen jedoch hinreichend konkret dargelegt und bewiesen werden. Lieben diese Voraussetzungen vor, so ist beim gegenwärtigen Stand des Gemeinschaftsrechts im Lichte der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs auch ein Genehmigungserfordernis zulässig, wenn es durch entsprechende zwingende Gründe gerechtfertigt ist, wenn es auf objektiven und nicht-diskriminierenden Kriterien beruht, die im voraus bekannt sind, wenn das Erfordernis dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit genügt und wenn überdies sichergestellt ist, dass die Versagung einer derartigen Genehmigung in einem gerichtlichen Verfahren angefochten werden kann.

In Anwendung auf diese Grundsätze hat der Gerichtshof im Hinblick auf die Verpflichtung von Krankenkassen zur Übernahme der Kosten für eine Krankenhausversorgung in einem anderen Mitgliedstaat in „*Müller-Fauré*“, „*Van Riet*“ auch entschieden, dass die einschlägigen gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften über die Dienstleistungsfreiheit – heute Art. 49 u. 50 EG-Vertrag – dahin auszulegen sind, dass sie Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats nicht entgegen stehen, welche „die Übernahme der Kosten für eine Krankenhausversorgung in einem anderen Mitgliedstaat als dem der Niederlassung der Krankenkasse des Versicherten durch einen Leistungserbringer, mit dem diese Kasse keine vertragliche Vereinbarung getroffen hat, davon abhängig machen, dass die Kasse vorher ihre Genehmigung erteilt, und nach dem diese nur erteilt wird, wenn die medizinische Behandlung des Versicherten es erfordert“, wobei auch in diesem Falle die Genehmigung aber nur dann aus dem genannten Grund versagt werden kann, wenn die gleiche oder für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden kann, die eine vertragliche Vereinbarung mit der betreffenden Kasse getroffen hat.

Grundsätzlich sind somit Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

berechtigt, Heil- und Hilfsmittel sowie Arzneimittel im EU-Ausland zu beziehen – etwa auch über eine sog. Internet-Apotheke – oder ambulante ärztliche Leistungen im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen auf Kosten ihrer einheimischen Krankenversicherung, solange die im Ausland erwachsenen Kosten nicht das Maß dessen überschreitet, was hierzulande für die entsprechenden Leistungen aufzuwenden wäre. Deutsche Leistungserbringer dürfen unter bestimmten EG-rechtlichen Voraussetzungen EU-ausländische Patienten – etwa aus Finnland, den Niederlanden, dem Vereinigten Königreich – behandeln und auf diese Weise ggf. ihre leer stehenden Krankenhausbetten füllen. Hier liegt ein erhebliches Sparpotential für Versicherte und Krankenkassen, einerseits, und eine Quelle der besseren Ausnutzung freier Kapazitäten für Leistungserbringer – z. B. Krankenhäuser – andererseits.

Wie auch die Bestimmung des Art. 152 S. 1 Abs. 5 EG-Vertrag implizit zum Ausdruck bringt, liegt die Kompetenz zur Ausgestaltung des Gesundheitswesens und zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung nach wie vor bei den Mitgliedstaaten. Diese Zuständigkeit steht allerdings in zunehmendem Maße in einem Spannungsverhältnis mit den Kompetenzen der Europäischen Union im Bereich des Binnenmarktes und des Wettbewerbsrechts.

Die Vorschriften über die wirtschaftlichen Grundfreiheiten und die Wettbewerbsregeln des EG-Vertrages sind nämlich grundsätzlich auch auf Gesundheitsleistungen und soziale Dienstleistungen anwendbar.

## 7.2. Das Europäische Wettbewerbsrecht

Die wirtschaftlichen Freiheiten des Binnenmarktes werden im Hinblick auf die Herstellung des Binnenmarkts ergänzt durch das *Europäische Wettbewerbsrecht*. Dieses unterfällt in das Kartell- (Art. 81 bis 86 EG-Vertrag) und das *Beihilfenrecht* (Art. 87 bis 89 EG-Vertrag).

Die Wettbewerbsvorschriften knüpfen an den Begriff des „*Unternehmens*“ an. Nach der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs ist i.S. eines funktionalen Verständnisses dieses Begriffs (wie es im übrigen auch dem deutschen Kartellrecht zugrunde liegt) Unternehmen ist „jede eine wirtschaftliche Tätigkeit ausübende Einheit, unabhängig von ihrer Rechtsform und der Art ihrer Finanzierung“.<sup>62</sup>

„*Wirtschaftlich*“ ist jede Tätigkeit, die darin besteht, Güter oder Dienstleistungen auf einem bestimmten Markt anzubieten; weder auf die Rechtsform – öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich –, in der das geschieht, noch auf eine Gewinnerzielungsabsicht kommt es dabei an. Der „Lackmustest“ für das Vorliegen einer wirtschaftlichen Tätigkeit ist die Frage, ob sie zumindest grundsätzlich auch von einem Privaten mit Gewinnerzielungsabsicht ausgeübt wird oder doch ausgeübt werden könnte.

Eine „*wirtschaftliche Einheit*“ besteht aus einer organisatorischen Zusammenfassung persönlicher, sächlicher und auch immaterieller Mittel, die auf Dauer einem bestimmten wirtschaftlichen Zweck zu dienen bestimmt sind.<sup>63</sup> Auf die Rechtsform kommt es nicht an.

Das Kartellrecht i.e.S. – die Vorschriften über wettbewerbsbeschränkende Abreden, abgestimmte Verhaltensweisen und den missbrauch einer beherrschenden Stellung (Art. 81-86 EG-Vertrag) gilt ausweislich der Abschnittsüberschrift – „Vorschriften für Unternehmen“ – für das Verhalten von Unternehmen.

Art. 86 Abs. 1 EG-Vertrag stellt zugleich klar, dass auch die Mitgliedstaaten keine Maßnahmen treffen dürfen, die der marktwirtschaftlichen Orientierung der Europäischen Gemeinschaft und ihrer in den gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften konkretisierten wettbewerbsrechtlichen Ausprägung zuwiderlaufen bzw. die Wettbewerbsregeln in ihrer Funktion beeinträchtigen können.

Die Vorschriften über *staatliche Beihilfen* wenden sich direkt an die Mitgliedstaaten und

<sup>62</sup> EuGH, Rs C-41/90 (Höfner u. Elser), Slg. 1991, I-1979, Fn. 52), Rn. 21; Rs. C-55/96 (Job Centre), Slg. 1997, I-7119, Rdnr. 21; Rs. (Ambulanz Glöckner), Slg. 2002, I-8089

<sup>63</sup> EuG (= Europäisches Gericht erster Instanz), Rs. T-11/89 (Shell), Slg. 1992, II-757, Rdnr. 312

unterstellen Maßnahmen der staatlichen Wirtschaftsförderung der Kontrolle der Europäischen Kommission.

Eine „*Beihilfe*“ i.S.d. Art. 87 Abs. 1 EG-Vertrag ist ein unentgeltlicher wirtschaftlicher Vorteil, der unmittelbar oder mittelbar aus staatlichen Mitteln zugunsten eines Unternehmens gewährt wird.

*Formen staatlicher Beihilfen* sind unmittelbare finanzielle Zuwendungen seitens der öffentlichen Hand, zinslose oder zinsgünstige Kredite, öffentliche Bürgschaften und Garantien, bevorzugte Abschreibungen, Kapitalzuführungen sowie Befreiungen von öffentlichen Leistungsverpflichtungen wie Steuererleichterungen oder auch Befreiungen von Sozialabgaben. Derartige finanziellen Vorteile können auch von einer vom Staat beauftragten öffentlichen oder auch privaten Einrichtung vergeben werden.

*Hoheitliches Handeln* ist per definitionem nicht wirtschaftlicher Natur und nicht unternehmerisch und insofern vom Anwendungsbereich des Wettbewerbsrechts ausgenommen.

Ein Indiz für das Vorliegen hoheitlichen Handelns bieten die Ausnahmetatbestände zu den Grundfreiheiten, die auf ähnlichen Überlegungen beruhen, wie sie der Verneinung einer wirtschaftlichen Tätigkeit zugrunde liegen wie „öffentliche Verwaltung“ in Art. 79 Abs. 4 EG-Vertrag und „Ausübung öffentlicher Gewalt“ in Art. 45 EG-Vertrag.

Demzufolge sind die Tätigkeiten, die der Gewährleistung innerer und äußerer Sicherheit dienen – z.B. Polizei, Militär, Strafvollzug –, Pflege auswärtiger Beziehungen und auch Justiz keine wirtschaftlichen Aktivitäten. Entsprechendes gilt für Überwachung wirtschaftlicher Tätigkeiten seitens des Staates oder auch seitens Europäischer oder sonstiger internationaler Organisationen.<sup>64</sup>

Es kommt maßgeblich darauf an, dass derartige Aktivitäten nicht oder doch nicht in gleicher Weise von Privaten getroffen werden könnten.

Auf dieses Kriterium hat der Europäische Gerichtshof auch im Hinblick auf das Bildungs- und Sozialwesen abgestellt. Demnach gelten die Dienstleistungen, die im Rahmen nationaler Bildungssysteme erbracht werden, als nicht wirtschaftlich.<sup>65</sup>

Nicht unter das Beihilfeverbot fallen auch Maßnahmen der allgemeinen Wirtschaftsförderung, die alle Unternehmen einer Branche gleichermaßen bedenken.

Die Beihilfeneigenschaft einer Maßnahme wird generell anhand ihrer *Wirkung*, nicht anhand der ihr zugrunde liegenden Motive oder Intentionen beurteilt.

Dementsprechend sind staatliche Zuwendungen ggf. nicht schon allein wegen ihres sozialen Charakters von einer Qualifizierung als Beihilfen im Sinne des EG-Vertrages ausgenommen.

Eine Beihilfe ist mit dem Binnenmarkt unvereinbar, wenn sie geeignet ist, den Wettbewerb zu verfälschen und den Handel zwischen Mitgliedstaaten zu beeinträchtigen. Letzteres ist dann der Fall, wenn der Empfänger der Zuwendung in einem Marktsegment tätig ist, in dem es einen grenzüberschreitenden Handelsverkehr gibt und wenn das grenzüberschreitende Tätigwerden für den Zuwendungsempfänger erleichtert bzw. die wirtschaftliche für aktuelle oder potentielle Tätigkeit erschwert wird. Es ist nicht erforderlich, dass das begünstigte Unternehmen selber grenzüberschreitend tätig wird; vielmehr reicht es aus, dass es mit Unternehmen aus anderen Mitgliedstaaten konkurriert und dergestalt ein grenzüberschreitender Dienstleistungsverkehr möglich wäre.

Rein innerstaatliche Handelshemmnisse fallen somit nicht unter die Art. 87 ff. EG-Vertrag. Beihilfen mit nur lokal, regional oder national begrenzten Auswirkungen sind mithin unschädlich.

Nicht unter das Beihilfeverbot fallen ferner geringfügige Beihilfebeträge unter einer bestimmten Grenze (sog. „De minimis-Beihilfen“),

64 EuGH, Rs. C-364/92 (Eurocontrol), Slg. 1994, I-43, Rdnr. 30 f.; Rs (Banderol), I-1547, Rdnr. 16

65 EuGH, Rs. 263/86 (Belgien ./ Hummel), Slg. 1988, 5365, Rdnr. 18 ff.

da sie erfahrungsgemäß den Handel zwischen den Mitgliedstaaten nicht beeinträchtigen und den Wettbewerb auch nicht zu verfälschen drohen.

Darunter fallen alle Transfers bis zu einer Höhe von 100.000 Euro in einem Dreijahreszeitraum, wobei sämtliche Zuwendungen mit Beihilfecharakter an den Empfänger der jeweils letzten drei Jahre zu addieren sind. (Hier ist bereits aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung in einer Europäischen Union mit 25 – und demnächst noch mehr – Mitgliedstaaten und aus Gründen der Konzentration der Kontrolltätigkeit der Europäischen Kommission auf das Wesentliche eine Erhöhung der Schwellenbeträge angezeigt).

Die Anwendung des EG-Wettbewerbsrechts greift nach dem Gesagten nur insoweit, als der jeweilige Akteur als „Unternehmen“ im Sinne des Art. 81 ff. EG (*siehe oben*) eingeordnet werden kann.

Häufig haben sich staatliche Stellen und sowohl Sozialversicherungsträger als auch Leistungserbringer in der Vergangenheit darauf berufen, dass sie keine „Unternehmen“ seien und deshalb das Europäische Wettbewerbsrecht nicht für sie gelte.

Im Bereich des *Sozialschutzes* kommt es nach der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs auf die jeweilige Tätigkeit an. Die diesbezügliche Rechtsprechung unterscheidet dabei zwischen dem Versicherungsbereich und den Leistungserbringungsbereich.

Nicht wirtschaftliche Tätigkeiten fallen somit von vornherein nicht in den Anwendungsbereich des Europäischen Wettbewerbsrechts. Andererseits führt nicht bereits die fehlende Absicht der Gewinnerzielung dazu, dass die betreffende wirtschaftliche Einheit nicht den funktionalen Unternehmensbegriff erfüllen kann, der im EG-Wettbewerbsrecht im Lichte der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs maßgebend ist. Auch gemeinnützige Organisationen und damit auch die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege können somit Unternehmen i.S.d. Europäischen Wettbewerbsrechts sein. Entsprechendes gilt für die

Träger der sozialen Sicherheit, namentlich Sozialversicherungsträger.

Maßgeblich ist letztlich die Beantwortung der Frage, ob der betreffende – auch öffentliche – Akteur (z.B. eine Krankenkasse) in einer Weise agiert, in der auch Private mit der Absicht der Gewinnerzielung agieren oder agieren können.

Soweit ein Träger – z.B. eine GKV-Kasse – ein „Produkt“ anbietet, welches nicht auch von einem privaten Versicherungsunternehmen angeboten wird oder angeboten werden kann, lässt sich die Unternehmenseigenschaft verneinen; dies ist insbesondere der Fall, wenn die entsprechende Einrichtung solidarisch handelt, nicht zuletzt ausweislich eine entsprechende Finanzierung nicht nach versicherungsmathematischer Äquivalenz, sondern nach Maßgabe des Solidarprinzips. Soweit mithin eine Krankenkasse ein „Geschäft“ betreibt, welches so von einem privaten Unternehmen, das mit der Absicht Gewinnerzielung handelt, nicht betrieben wird oder betrieben werden kann, ist das Wettbewerbsrecht mithin unanwendbar.

Dieses Ergebnis ist somit Sozialversicherungsträgern und auch den Kassen nicht von vornherein die Unternehmenseigenschaft abzusprechen, sondern es ist auf die jeweilige Tätigkeit abzustellen, die entweder sozialen oder wirtschaftlichen Charakter – der dann wettbewerbsrechtlich relevant ist – hat.

Kriterien, die nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für das Vorliegen einer sozialen – und damit wettbewerbsrechtlich nicht relevanten – Tätigkeit maßgebend sind, sind eine soziale Zielsetzung, eine gesetzliche Regelung und staatliche Kontrolle, die fehlende Gewinnerzielungsabsicht, die solidarische Ausgestaltung, d.h. die Leistungsgewährung unabhängig vom Gesundheitszustand und der Einkommenssituation des Betroffenen, eine Versicherungspflicht, die Finanzierung nach dem Umlageverfahren, die Unabhängigkeit des „Ob“ und „Wie“ der Leistungsgewährung und des Leistungsinhalts und -umfangs von der Höhe der entrichteten Beiträge und die Unabhängigkeit der Beiträge von der Größe des versicherten Risikos. Wichtig für die solida-

rische Ausgestaltung als maßgebliche Unterscheidungskriterium „sozial“ oder „wirtschaftlich“ ist die Bemessung der Beiträge nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten bei gleichen Leistungen und die dadurch bewirkte Umverteilung zwischen „Besserverdienenden“ und „Schlechterverdienenden“, die dazu führt, dass auch Personen, die sich aufgrund ihrer sozialen und wirtschaftlichen Situation eine private Absicherung nicht leisten können, kraft Gesetzes über die gesetzliche Krankenversicherung sozial abgesichert sind.

Eine wirtschaftliche Tätigkeit einer Krankenversicherung ist danach beispielsweise dann gegeben, wenn eine Kasse eine Zusatzleistung – beispielsweise eine Auslandskrankenversicherung – anbietet, die in entsprechender Form auch von privaten Krankenversicherungsunternehmen angeboten wird oder angeboten werden könnte.

Wenn und soweit Krankenversicherungsträger wirtschaftliche Tätigkeiten erbringen, sind sie somit „Unternehmen“ im wettbewerbsrechtlichen Sinn und können nur ausnahmsweise unter den Voraussetzungen des Art. 86 Abs. 2 EG-Verordnung von der Anwendung der Wettbewerbsregeln befreit sein.

Die Verfolgung auch einer sozialen Zielsetzung sowie das Vorhandensein bestimmter Elemente von Solidarität sozialen Ausgleich und allein lässt die Wirtschaftlichkeit nicht bereits entfallen.

Aus europarechtlicher Sicht liegt einer der Vorteile der „Bürgerversicherung“ in dem Umstand begründet, dass der soziale Ausgleich zwischen den Versicherten innerhalb des sozialen Sicherungssystems selbst belassen wird (und nicht, wie dies im Kopfprämien-Modell der Fall

ist, ins Steuersystem „externalisiert“ wird). Die Bürgerversicherung verbleibt somit auf dem Pfad der Sozialversicherungstradition, die sich ausweislich der Judikatur des Europäischen Gerichtshofs auch als „europafest“ erwiesen hat.

Im *Versicherungsbereich* verneint der Gerichtshof nämlich die Unternehmenseigenschaft, wenn ein Sozialversicherungsträger etwa als Träger der Alters-, Unfall- und auch Krankenversicherung einem sozialen Zweck dient und nach dem Solidargrundsatz ausgestaltet ist.

Die Unternehmenseigenschaft wurde deshalb verneint bei Alters-, Kranken- und Unfallversicherungssystemen, die nach dem Prinzip des Versicherungszwangs arbeiteten, im Umlageverfahren finanziert wurden und bei denen wesentliche soziale Ausgleiche zwischen verschiedenen Versichertengruppen stattfanden.<sup>66</sup> (Dabei läuft in Deutschland die Gesetzliche Unfallversicherung wegen ihrer Nähe zur Prämie aufweisenden Beitragsgestaltung am ehesten Gefahr, in die Nähe eines „Unternehmens“ gerückt zu werden.)

Wirken Sozialversicherungsträger hingegen quasi hoheitlich bei der staatlichen Regulierungstätigkeit mit, kommt das Wettbewerbsrecht auch nicht zur Anwendung.

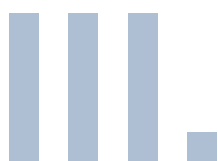
So hat der Europäische Gerichtshof jüngst die Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimitteln durch Verbände der Krankenkassen der GKV nach § 35 SGB V für zulässig erklärt.<sup>67</sup>

Bei der sozialen Vorsorge dagegen, die im Wettbewerb mit privaten Versicherungen angeboten wurde oder bei welcher der Träger nach dem Kapitaldeckungsprinzip arbeitete und selbst über die Höhe der Leistungen entschied, wurde trotz einiger vorhandener sozialer Ausgleichsmomente die Unternehmenseigenschaft bejaht.<sup>68</sup>

66 EuGH, Rs. C-280/00 (Cisal), Slg. 2002, I-691 ff., Rn. 31; RS. C-159, 160/91 (Poucet u. Pistre), Slg. 1993, I-637 (667)

67 Wie Fn. 34

68 EuGH, Rs. C-244/94 (Fédération française), Slg. 1996, I-4013, 4025 ff., Rs. C-67/96 (Albany), Slg. 1999, I-5751 ff.; Rs. C-219/97 (Drijvende Bokken), Slg. 1999, I-6121 ff.; Rs. C-115-117/97 (Brentjens), Slg. 1999, I-6025 ff.; Rs. C-180 - 184/98 (Pavlov), Slg. 2000, I-6451 (6520); Rs. C-218/00 (Cisal), Slg. 2002, I-691 ff.



## Der persönliche Anwendungsbereich der Gesundheitssysteme der EU-Staaten, der EWR-Staaten, die nicht der EU angehören, und der Schweiz<sup>69</sup>

### 1. Versicherte Personen

Belgien:	Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und diesen gleichgestellte Gruppen, z.B.: Rentenbezieher, Arbeitslose, Behinderte, Studenten, Geistliche
Dänemark:	Alle Einwohner
Griechenland:	Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und diesen Gleichgestellte. Rentenempfänger, Arbeitslose
Spanien:	Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und diesen Gleichgestellte. Rentenempfänger und Bezieher regelmäßiger Geldleistungen. Alle einkommensschwachen Personen mit Wohnsitz in Spanien
Frankreich:	Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer und diesen Gleichgestellte. (Selbständige sowie abhängig Beschäftigte im Rahmen einiger Sondersysteme werden vom allgemeinen System nicht erfasst) Rentenempfänger, Arbeitslose, Bezieher bestimmter Sozialleistungen wie Alleinerziehendenbeihilfe, Beihilfe für behinderte Erwachsene, Garantiertes Mindesteinkommen; Studenten, Geistliche, Strafgefangene etc. Alle Personen mit dauerhaftem regelmäßigem Wohnsitz in Frankreich ohne einen anderen Anspruch auf Sachleistungen der Krankenversicherung.
Irland:	Alle Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland
Island:	Alle Einwohner
Italien:	Alle italienischen Bürger mit Wohnsitz in Italien oder zur Arbeit ins Ausland entsandt; alle Bürger der EU mit Wohnsitz in Italien; Angehörige von Drittstaaten und ihre Familienangehörigen mit einer Aufenthaltsgenehmigung; Bürger Italiens und von EU-Staaten einschließlich ihrer Familienangehörigen, die in Italien keinen Wohnsitz haben, aber dort einer dem italienischen Recht unterworfenen Erwerbstätigkeit nachgehen
Liechtenstein:	Alle Personen mit Wohnsitz in Liechtenstein; erwerbstätige Personen

<sup>69</sup> Vgl. zu einer tabellarischen Übersicht über die Systeme der „alten“ EU-Mitgliedstaaten, Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung, Sozial-Kompass EUROPA. Soziale Sicherung in Europa IM VERGLEICH, Berlin (BMGS) 2003; ferner Europäische Kommission, MISSOC 2003. Gegenseitiges Informationssystem zur sozialen Sicherheit. Soziale Sicherheit in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union, im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz. Stand am 1. Januar 2003, Brüssel 2004

Luxemburg:	Alle Erwerbstätigen (Arbeitnehmer und Selbständige), Rentenempfänger, Personen, die beitragsfinanzierte Einkommensersatzleistungen beziehen, Empfänger einer Ergänzungsleistung zum garantierten Mindesteinkommen, bestimmte sonstige Gruppen
Niederlande:	Alle abhängig Beschäftigten unter 65 Jahren mit einem Jahresentgelt unter einer bestimmten Grenze; alle Selbständigen unter 65 Jahren mit versteuerbarem Jahreseinkommen unter einer bestimmten Höchstgrenze; Empfänger von Leistungen der sozialen Sicherheit bis zum Alter von 65 Jahren; Bezieher einer Invalidenrente; einer Witwen- oder Waisenrente oder von Leistungen bei Arbeitslosigkeit
Norwegen:	Alle Einwohner
Österreich:	Alle gegen Entgelt beschäftigten Arbeitnehmer, Lehrlinge, Rentner, arbeitslose Bezieher von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen zur Rehabilitation, Präsenz- und Zivildienstleistende; mitarbeitende Familienangehörige; sog. freie Dienstnehmer (d.h. Personen, die zwar keinen Arbeitsvertrag haben, im Wesentlichen aber wie Arbeitnehmer tätig werden)
Portugal:	Alle Einwohner einschließlich Ausländer aus Staaten, mit denen ein entsprechendes Abkommen auf Gegenseitigkeit besteht
Schweiz:	Jede in der Schweiz wohnhafte Person. Die Regierung kann die Versicherungspflicht auf Personen ohne Wohnsitz in der Schweiz ausdehnen.
Finnland:	Alle Einwohner
Schweden:	Alle Einwohner
Vereinigtes Königreich:	Alle Einwohner

## 2. Ausnahmen von der Versicherungspflicht

Spanien:	Eine geringfügige Beschäftigung, die aufgrund der Arbeitsstunden und des Entgelts nicht als Tätigkeit zur Sicherung des Lebensunterhalts betrachtet wird, ist von der Versicherungspflicht ausgenommen
Liechtenstein:	Keine Versicherungsmöglichkeit für Grenzgänger aus Drittstaaten; auf Antrag von der Versicherungspflicht ausgenommen sind Personen, die im Ausland krankenversichert sind und über einen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen
Österreich:	Keine Pflichtversicherung, wenn die Summe der Entgelte unter einer Geringfügigkeitsgrenze; freiwillige Versicherung ist dann möglich
Schweiz:	Die Regierung kann für gewisse Personengruppen Ausnahmen von der Versicherungspflicht vorsehen

### 3. Anspruchsberechtigte Familienangehörige

Belgien:	Unter bestimmten Voraussetzungen sind unterhaltsberechtignte Familienmitglieder des Versicherten anspruchsberechtigt
Dänemark:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung; alle Einwohner sind individuell gesichert
Griechenland:	Auch Unterhaltsberechtignte Familienmitglieder des Versicherten sind anspruchsberechtigt
Spanien:	Im Haushalt des Versicherten lebende und von ihm unterhaltene Angehörige – Ehepartner, Kinder, Geschwister, Blutsverwandte in aufsteigender Linie und deren Ehepartner sowie in Ausnahmefällen in die Familie aufgenommene Personen –
Frankreich:	Ehepartner; Kinder, Angehörige in aufsteigender Linie, Nachkommen, verwandte Person, die in eheähnlicher Gemeinschaft oder in eingetragener Lebenspartnerschaft mit dem Versicherten zusammenlebt und von ihm Unterhalt erhält; sonstige Person, die ununterbrochen seit mindestens 12 Monaten mit dem Versicherten zusammenlebt und von ihm unterhalten wird
Irland:	Voll anspruchsberechtigt: Angehörige von Personen mit einem Einkommen unter einer bestimmten Grenze. Begrenzt anspruchsberechtigt: Angehörige von Personen mit höherem Einkommen
Island:	Universelles System: alle Einwohner sind individuell gesichert
Italien:	Abhängige Familienangehörige, die mit dem Versicherten zusammen leben und/oder von ihm unterhalten werden, sind anspruchsberechtigt
Liechtenstein:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung; alle Einwohner sind individuell gesichert
Luxemburg:	Ehepartner und Kinder, solange ein Anspruch auf Kindergeld besteht
Niederlande:	Unter bestimmten Bedingungen erstreckt sich die ein Krankenversicherungsschutz auf den Partner des Versicherten und auf seine Kinder
Norwegen:	Universelles System: alle Einwohner sind individuell gesichert
Österreich:	Kinder unter Berücksichtigung von Altersgrenzen. Ehegatte, wenn sich dieser der Kindererziehung widmet oder mindestens vier Jahre lang gewidmet hat
Portugal:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung; alle Einwohner sind individuell versichert
Schweiz:	Keine abgeleiteten Rechte
Finnland:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung. Alle Einwohner sind individuell gesichert
Schweden:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung. Alle Einwohner sind individuell versichert
Vereinigtes Königreich:	Universelles System für die gesamte Bevölkerung. Alle Einwohner sind individuell versichert



#### 4. Finanzierung der Sachleistungen bei Krankheit <sup>70</sup>

Belgien:	Bedarfsabhängiger Anteil an den gemeinsam verwalteten Globalbeiträgen zur sozialen Sicherung
Dänemark:	Keine Beiträge; steuerfinanziert
Griechenland:	6,45%, davon 2,15% Arbeitnehmer, 4,30% Arbeitgeber. Versicherungsbeginn bis 31.12.1992: Bemessungsgrenze
Spanien:	Keine Beiträge; steuerfinanziert
Frankreich:	Gemeinsamer Beitrag für Sach- und Geldleistungen bei Krankheit und Mutterschaft, Invalidität und Tod 13,55%, davon 0,75% Arbeitgeber, 12,80% Arbeitnehmer. Keine Bemessungsgrenze. Reduzierung der Arbeitgeberbeiträge für Niedriglöhne und als Anreiz zum Übergang zur 35-Stundenwoche
Irland:	2% der Einkünfte von Arbeitnehmern und Selbständigen ohne Bemessungsgrenze. Kein Arbeitnehmerbeitrag bei einem Wochenverdienst und bei Selbständigen unter einem Jahreseinkommen
Island:	Keine Beiträge; steuerfinanziert
Italien:	Arbeiter: 2,88% Arbeitgeberbeitrag; keine Bemessungsgrenze
Liechtenstein:	Versicherter: Feste Beiträge pro Versicherten. Arbeitgeber: Für jeden Arbeitnehmer die Hälfte des Landesdurchschnitts der Beiträge
Luxemburg:	5,10% insgesamt, davon 2,55% Arbeitnehmer, 2,55% Arbeitgeber. Beitragsbemessungsgrenze
Niederlande:	Krankenversicherungsgesetz; 7,95%, davon 1,70% Arbeitnehmer, 6,25% Arbeitgeber. Bemessungsgrenze. Selbständige: 7,95%. Bemessungsgrenze. Allgemeines Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten: 10,25% für alle Einwohner; Bemessungsgrenze
Norwegen:	Im Globalbeitrag der Versicherten enthalten
Österreich:	Arbeiter insgesamt 7,60%, davon 3,95% Arbeitnehmer, 3,65% Arbeitgeber; Angestellte: 6,90%, davon 3,40% Arbeitnehmer, 3,50% Arbeitgeber; freie Dienstnehmer: 6,50%, davon 3,25% Arbeitnehmer, 3,25% Arbeitgeber; zusätzlicher Beitrag für bestimmte Angehörige
Portugal:	Keine Beiträge; steuerfinanziert
Schweiz:	Individuelle, vom Versicherer festgesetzte Prämie. Gleiche Prämien für die Versicherten des gleichen Versicherers
Finnland:	Keine Beiträge; steuerfinanziert (Kommunen)
Schweden:	Keine Beiträge; steuerfinanziert
Vereinigtes Königreich:	Keine Beiträge; steuerfinanziert

---

<sup>70</sup> Wie Fn. 13

## 5. Überblick über die Systeme der sozialen Sicherheit für Selbstständige

Belgien	Obligatorische Sondersysteme für alle Selbstständigen, Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle sowie Arbeitslosigkeit sind nicht enthalten
Dänemark:	Allgemeines System
Griechenland:	Verschiedene obligatorische Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbstständigen
Spanien:	Verschiedene obligatorische Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbstständigen
Frankreich:	Verschiedene obligatorische Sondersysteme für bestimmte Gruppen von Selbstständigen
Irland:	Allgemeines System. Keine Geldleistungen für Krankheit, Invalidität; Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle sowie Arbeitslosigkeit
Island:	Allgemeines System
Italien:	Allgemeines System für die Risiken: Krankheit Sachleistungen, Mutterschaft sowie Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Sondersysteme für Invalidität, Alter und Hinterbliebene
Liechtenstein:	Allgemeines System (die Selbstständigen sind aber nicht in allen Zweigen; obligatorisch versichert) keine Unterscheidung nach Berufsgruppen
Luxemburg:	Prinzipiell allgemeines System; Sondersystem für Landwirte bei <i>Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle</i>
Niederlande:	Allgemeines System und obligatorische Sondersysteme für Sachleistungen bei <i>Krankheit</i> , sowie bei <i>Mutterschaft</i> und <i>Invalidität</i>
Norwegen:	Allgemeines System
Österreich:	Obligatorische Sondersysteme oder allgemeines System für bestimmte Gruppen und Risiken
Portugal:	Allgemeines Regime mit zwei Leistungssystemen: ein obligatorisches System für die Risiken Mutterschaft, Invalidität, Alter und Hinterbliebene und ein freiwilliges Sicherungssystem für Geldleistungen bei Krankheit (Sachleistungen werden vom Nationalen Gesundheitsdienst erbracht), Berufskrankheiten und Familienleistungen
Schweiz:	Allgemeines System. Je nach Versicherungszweig obligatorische oder freiwillige Versicherung
Finnland:	Allgemeines System. Spezielle Regelungen für die Arbeitsunfallversicherung
Schweden:	Allgemeines System
Vereinigtes Königreich:	Allgemeines System.

# IV. Ausländische Beispiele

## 1. Österreich

Das *österreichische Sozialversicherungssystem* steht dem deutschen von allen (nicht nur EU-)ausländischen Systemen der sozialen Sicherheit konzeptionell am nächsten und lädt deshalb zur vergleichenden Betrachtung ein.<sup>71</sup>

In den *persönlichen Anwendungsbereich der sozialen Krankenversicherung* fallen fast 98 v.H. der Bevölkerung. Dies resultiert nicht zuletzt daraus, dass zum einen auch die Beamten und die selbständig Erwerbstätigen in der Krankenversicherung pflichtversichert sind und zum anderen keine Möglichkeit des „opting-out“ aus der gesetzlichen Pflichtversicherung besteht, d. h. jeder selbständig oder unselbständig Erwerbstätige unterliegt – sofern er nicht bloß geringfügig beschäftigt ist – mit seinen Einkünften bis zu einer Höchstbeitragsgrundlage der Versicherungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Eine Einnahmeverbesserung der Krankenversicherung ist zum einen durch Beitragserhöhungen sowie zum anderen aber auch durch die *Erweiterung des Kreises der Beitragspflichtigen* erzielt worden. Diese ist auf Personen ausgedehnt worden, die bereits bisher Leistungen erhalten haben, ohne beitragspflichtig zu sein.

Eine Beitragspflicht besteht seitdem für die Mitversicherung bestimmter Angehöriger in der Krankenversicherung. Betroffen sind Ehegatten, haushaltsführende Angehörige sowie durch Satzung als Angehörige anerkannte Verwandte und haushaltsführende Lebensgefährten).

Der erwerbstätige oder bereits pensionierte Versicherte hat für diese Angehörigen einen Zusatzbeitrag seiner auf Jahresdurchschnittsbasis ermittelten Beitragsgrundlage zu entrichten; die Verpflichtung zur Zahlung eines Zusatzbeitrags entfällt allerdings u.a. dann, wenn der bisher beitragsfrei mitversicherte Angehörige ein Kind erzieht bzw. in der Vergangenheit mindestens vier Jahre lang erzogen hat oder wenn eine besondere soziale Schutzbedürftigkeit des Versicherten vorliegt.

## 2. Niederlande

In den Niederlanden,<sup>72</sup> deren Krankenversicherungssystem insbesondere aufgrund des „public/private“-mix der deutschen GKV gleichfalls sehr nahe steht, sind versichert zum einen alle Einwohner und zum anderen diejenigen, die zwar keine Einwohner sind, aber in den Niederlanden arbeiten. Die niederländische Krankenversicherung ist somit eine *Volkerversicherung*.

Das System der niederländischen Krankenversicherung ist dreigliedrig. Es wird unterschieden zwischen der Absicherung schwerer medizinischer Risiken, der erforderlichen medizinischen Standardversorgung und der darüber hinausgehenden Versorgung.

Die Standardversorgung wird im sog. ziefenfondswet (ZFW) (Krankenkassengesetz) geregelt, welches in weiten Teilen der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Es handelt sich um eine Pflichtversicherung für

71 Vgl. zum Folgenden *Karl, B.*, Sozialversicherungsreformen in Österreich, in: Zeitschrift für europäisches und ausländisches Sozial- und Arbeitsrecht (ZESAR) 2004, S. 263 ff.

72 Vgl. *Walser, Ch.*, Die aktuellen Reformen der niederländischen Krankenversicherung – Anregungen für Deutschland? in: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch (ZfSH/SGB) 2004, S. 410 ff.

Arbeitnehmer mit einem Jahreseinkommen bis zu einer bestimmten Grenze.

Die „Besserverdienenden“ sind auf private Versicherungen verwiesen. Diese müssen ein Standardleistungspaket anbieten, das demjenigen des ZFW entspricht.

Die privaten Krankenversicherungen sind in ihrer Entscheidung, welche Versicherten sie in ihre Versicherung aufnehmen, grundsätzlich frei. Es gibt keinen Kontrahierungszwang. Damit aber auch die Besserverdienenden eine Krankenversicherung haben, gibt es für diese ausnahmsweise einer Aufnahmeverpflichtung.

Die Krankenversicherung wird im Wesentlichen durch die Beiträge der Versicherten finanziert und durch den Staat bezuschusst (in Höhe von etwa 1/5).

Die Versicherten entrichten eine prozentuale, einkommensabhängige Prämie, die autonom durch die Krankenkassen festgesetzt wird.

Besonders schwere Krankheiten, chronische Erkrankungen sowie Pflegebedürftigkeit werden durch das Allgemeine Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Gesetz über besondere Krankheitskosten) abgesichert. Diese Versicherung erinnert sowohl an die deutsche Pflegeversicherung als auch an die eigenständige Krankenversicherung.

Die *niederländische* Krankenversicherung kennt wie die deutsche – beide ansonsten aber ohne Entsprechung in den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union – das Nebeneinander von öffentlicher und privater Krankenversicherungen und bietet sich auch insofern für einen Vergleich an.

Der Sociaal Economische Raad ist ein Beratungsgremium des Niederländischen Parlaments. Sein Bericht von 2000 hat den Anstoß zu einer Reform des Gesundheitssystems gegeben. Diese Reform soll folgende Charakteristika aufweisen:

Die Zielsetzung eines solidarischen Systems, das jedermann Zugang zu medizinischen Leistungen garantiert, erfordert nach Auffassung der Regierung eine Anpassung des Gesundheitssystems dahin, dass in einem ersten Schritt das ZFW und die privaten Versicherungen zu einer allge-

meinen Volksversicherung verschmelzen und in einem zweiten Schritt das besondere Krankenversicherungsrecht (AWBZ) integriert wird. Damit die Versicherungen sich nicht auf die „guten“ Risiken konzentrieren, soll ein Kontrahierungszwang, ergänzt durch einen strengen Risikoausgleich, eingeführt werden.

In dem jetzigen System sind alle Niederländer aufgrund des AWBZ versichert. Hinsichtlich der Standardversorgung sind ca. zwei Drittel der Bevölkerung über das ZFW und ein Drittel privat versichert.

Die Gesetzliche Krankenversicherung trifft ein Kontrahierungszwang hinsichtlich der Versicherten, während die privaten Krankenversicherungen eine Risikoselektion vornehmen können. Eine Ausnahme gibt es für den Wechsel der Gesetzlichen Krankenversicherung in die „Private“; in diesem Fall besteht ein Kontrahierungszwang.

Es gibt erhebliche Unterschiede bei der finanziellen Belastung für die Krankenversicherung bei Bürgern in vergleichbaren Lebenslagen in den beiden Versicherungszweigen.

Wegen der Unterschiede zwischen den gesetzlichen und den privaten Krankenversicherungen, die als nicht vereinbar mit den Zielsetzungen der geplanten Gesundheitsreform, nämlich eines solidarischen, effizienten, kostenbewussten und versichertenfreundlichen Systems angesehen werden, hat die niederländische Regierung sich für eine Verschmelzung dieser beiden Systeme entschieden.

Die geplante Basisversicherung, die aus der Verschmelzung des ZFW und der privaten Krankenversicherung hervorgehen soll, wird privatrechtlicher Natur sein. Die ziekenfondsen (Krankenkassen) sind heute bereits privatrechtlich organisiert.

Die Rahmenvorgaben wie der Leistungsumfang und die Finanzierung werden gesetzlich festgelegt.

In dieser Basisversicherung sollen alle Einwohner der Niederlande pflichtversichert sein. Der Leistungsumfang dieser neuen Versicherung wird in den Grundzügen dem ZFW entsprechen.

Um eine Risikoselektion zu vermeiden, ist die Einführung eines Kontrahierungszwanges hinsichtlich der Annahme der Versicherten vorgesehen; es soll bei der Prämiengestaltung und dem Leistungsumfang kein Unterschied nach dem Gesundheitszustand der Versicherten gemacht werden dürfen.

Ergänzt werden soll dieser Kontrahierungszwang durch einen Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen. Hierdurch soll erreicht werden, dass es sich für die Krankenversicherungen auch lohnt, kranke Versicherte für sich zu gewinnen, und so der gleiche Zugang zu den Versicherungen für jedermann gewährleistet ist.

Die Beiträge der Versicherten sollen zu einem überwiegenden Anteil nominal ausgestaltet werden und ansonsten aber einkommensabhängig sein.

Ein Ausgleich aus Steuermitteln ist vorgesehen, um soziale Härten zu vermeiden. Einen Teil der Beiträge sollen die Kassen selbständig festsetzen dürfen. Auf diese Weise soll ein Wettbewerbsanreiz geschaffen werden. Das Kostenbewusstsein der Versicherten soll durch freiwillige und/oder verpflichtende Zuzahlungen gestärkt werden. Da die Kassen das gleiche Leistungspaket anbieten müssen, werden sie versuchen, durch niedrigere Beiträge Versicherte zu gewinnen. Dies ist aber nur möglich, wenn sie günstige Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern abschließen.

Neben dieser Basisversicherung für jedermann bleibt es dem Einzelnen überlassen, ob er noch eine ergänzende private Krankenversicherung für vom Gesetzgeber nicht unbedingt erforderlich erachtete Leistungen abschließen möchte.

Wenn die gesetzliche und die private Krankenversicherung zu einer allgemeinen Basisversicherung verschmolzen sein werde, und sich dies bewährt hat, soll auch die Versicherung für die besonders schweren Risiken – und die Pflegebedürftigkeit, in das AWBZ integriert werden.

Im Ergebnis wird dadurch, dass der Unterschied zwischen den jetzigen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen aufgehoben wird und alle Versicherungen das gleiche Leistungspaket anbieten müssen, eine einheitliche, soziale Krankenversicherung geschaffen. Der soziale Ausgleich wird über den einkommensabhängigen Anteil der Prämie und über steuerliche Vergünstigungen hergestellt.

Die Beispiele zeigen, dass sich der Blick über die Grenzen lohnt – auch und gerade im Fall der „Bürgerversicherung“. Das damit verfolgte Ziel einer umfassenden sozialen Absicherung der gesamten Bevölkerung der Stärkung der gesamtgesellschaftlichen Solidarität ist auch tragende Komponente des gerade heute viel diskutierten *Europäischen Sozialmodells*.<sup>73</sup>

---

73 Vgl. dazu *Schulte, B.*, Das Europäische Sozialmodell im 21. Jahrhundert, Bonn (Friedrich-Ebert-Stiftung) 2005

## Neuere Veröffentlichungen des Gesprächskreises Arbeit und Soziales zur Sozialpolitik Eine Auswahl

Prof. Dr. Gerhard Bosch, Klaus Brandner, MdB, Karl Hermann Haack, MdB, Peter König, Nicolette Kressl, MdB, Dr. Ursula Mehrländer, Dr. Wolfgang Schroeder, Dr. Bernd Schulte: *Das Europäische Sozialmodell im 21. Jahrhundert*, Diskussionspapier, Mai 2005

Prof. Dr. Ursula Boos-Nünning, Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach, PD Dr. Karsten Rudolph, MdL, Prof. Gert Weisskirchen, MdB: *Mut zur Veränderung – Innovation und Chancengleichheit durch eine integrierte Bildung-, Gesundheits- und Familienpolitik*, Diskussionspapier, 2004 (vergriffen)

Prof. Dr. Diether Döring: *Überlegungen zur deutschen Alterssicherungsreform vor dem europäischen Hintergrund*, 2004

Dr. Klaus Jakobs, Dr. Bernhard Langer, Prof. Anita B. Pfaff, Prof. Dr. Martin Pfaff: *Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung*, November 2003 (Druckfassung vergriffen)

*Neue Antworten sind gefragt: Versorgt uns die Medizin noch bedarfsgerecht? Unter-, Über-, Fehlversorgung im Gesundheitswesen*, Nr. 100 (Druckfassung vergriffen)

*Gesundheitsreform in Deutschland – Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?* Eine Fachkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, 7. April 2003, Berlin (Druckfassung vergriffen)

*„Alle mit ins Boot nehmen“ – Berufliche Qualifizierung für Jugendliche mit besonderem Förderbedarf*, Tagungsdokumentation, 2003 (vergriffen)

*Finanzierung der Beruflichen Weiterbildung*, Nr. 103, Tagungsdokumentation, 2005

*Sozialpolitische Flankierung einer verlängerten Erwerbsphase*, Nr. 102, Tagungsdokumentation, 2004

*Gering Qualifizierte – Verlierer am Arbeitsmarkt?! Konzepte und Erfahrungen aus der Praxis*, Nr. 101, Tagungsdokumentation, 2003 (vergriffen)

Die Veröffentlichungen finden Sie im Internet unter:  
*www.fes.de – Bibliothek – Digitale Bibliothek – Reihe: Gesprächskreis Arbeit und Soziales*  
oder unter: *www.fes.de/aspol (Aktuelles)*

Informationen zur Abteilung Arbeit und Sozialpolitik und zum Gesprächskreis Arbeit und Soziales finden Sie im Internet:

[www.fes.de/aspol](http://www.fes.de/aspol)



ISBN 3-89892-302-9