

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG
Büro Beijing
弗里德里希-艾伯特基金会
——北京项目执行人办公室

Nr. 5

Diskussionsbeiträge
讨论稿

5

Susanne Becker
苏珊娜·贝克尔

Peter Friedrich
彼得·弗里德里希

Hartmut Reiners
哈特姆特·莱纳尔斯

Rainer Schlegel
莱纳·施勒格尔

Sozialversicherungen in Deutschland
德国的社会保障

**FRIEDRICH
EBERT**

STIFTUNG

Mai
2007

FRIEDRICH-EBERT-STIFTUNG

Büro Beijing

**弗里德里希－艾伯特基金会
——北京项目执行人办公室**

5

Diskussionsbeiträge

讨论稿

Susanne Becker

苏珊娜·贝克尔

Peter Friedrich

彼得·弗里德里希

Hartmut Reiners

哈特姆特·莱纳尔斯

Rainer Schlegel

莱纳·施勒格尔

Sozialversicherungen in Deutschland

德国的社会保障

**FRIEDRICH
EBERT 
STIFTUNG**

**Mai
2007**

**Informationen über die Arbeit des Büros der Friedrich-Ebert-Stiftung in Peking
finden Sie am Schluss dieser Broschüre.**

关于弗里德里希 – 艾伯特基金会北京项目执行人办公室的情况
请参阅本书结尾处的专门介绍

© Friedrich-Ebert-Stiftung, Beijing, May 2007. All rights reserved.

The material in this publication may not be reproduced, stored or transmitted without the prior permission of the copyright holder. Short extracts may be quoted, provided the source is fully acknowledged. The views expressed in this publication are not necessarily the ones of the Friedrich-Ebert-Stiftung or of the organization for which the author works.

艾伯特基金会拥有本书版权 2007年5月，北京
未经版权所有者的明确书面许可，任何人或组织不得复制、提供或转载
本书的资料。可以简短引用摘录本书的内容，但必须详细注明出处。

Vorwort

Die vorliegenden Vorträge hielten Susanne Becker, Richterin am Sozialgericht Berlin, Peter Friedrich, Mitglied des Deutschen Bundestages, Hartmut Reiners, Leiter des Referates Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik am Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg und Prof. Dr. Rainer Schlegel, Richter am Bundessozialgericht in Kassel auf einem Seminar in Peking vom 9.-10. Januar 2007 zum Thema „Effizienz und Gerechtigkeit: Reform der Sozialversicherungen in China und Deutschland“

Die Tagung wurde durchgeführt vom Social Security Research Centre of China - School of Labor and Human Resources - Renmin University, unter der Leitung von Prof. Zheng Gongcheng (Mitglied des Ständigen Ausschusses des NVK) und der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Roland Feicht

Landesvertreter der Friedrich-Ebert-Stiftung für China

Peking, im Mai 2007

前 言

下面刊登的几篇报告是柏林福利法院法官苏珊娜·贝克尔、德国联邦议院议员彼得·弗里德里希、勃兰登堡州劳动社会卫生部官员哈特姆特·莱纳尔斯和德国卡塞尔联邦社会法院法官莱纳·施勒格尔教授于2007年1月9-10日在北京举办的“公平与效率——中德社会保障体制改革”研讨会上的发言稿。

研讨会由全国人大常委会委员郑功成教授领导下的中国人民大学社会保障研究中心及德国弗里德里希-艾伯特基金会联合举办。

罗兰德·费希特

弗里德里希-艾伯特基金会驻华代表

北京，2007年5月

Inhalt

1. Gesetzgebung und Interessenausgleich bei
der Reform der Sozialversicherungen:
Die Gesundheitsreform 2007 in Deutschland S 1
2. Sozialversicherungen und Rolle der
Gerichtsbarkeit in Deutschland S 39
3. Kontrolle der sozialen Krankenversicherung
durch staatliche Behörden in Deutschland S 67
4. Die Auswirkungen der Europäischen Union
auf die gesetzliche Krankenversicherung S 93
5. Zum Stand der Reformen der Sozialversicherungen
in Deutschland: Prinzipien, Probleme, Perspektiven S 111
6. Über die Friedrich-Ebert-Stiftung S 149

目录

1. 社会保险改革中的立法与利益平衡：
2007年德国医疗卫生改革 第 2 页
2. 德国的社会保险与司法的作用 第 40 页
3. 德国国家机关对社会医疗保险机构的监督 第 68 页
4. 欧盟对公众医疗保险的影响 第 94 页
5. 社会保障体制改革情况：原则、问题和前景 第 112 页
6. 弗里德里希 - 艾伯特基金会简介 第 150 页

Gesetzgebung und Interessenausgleich bei der Reform der Sozialversicherungen: Die Gesundheitsreform 2007 in Deutschland

Peter Friedrich, Mitglied des Deutschen Bundestages

Einleitung

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

in wenigen Tagen entscheidet das deutsche Parlament über eine grundlegende Gesundheitsreform und damit über ein Gesetzesvorhaben, dem eine sehr lange Debatte vorausgegangen ist, die sehr kontrovers geführt wurde. Es ist mir eine große Freude heute hier sein zu dürfen und Ihnen näheres über die politischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen meines Landes zu berichten, die dieses Reformvorhaben und den Interessenausgleich innerhalb des Verhandlungsprozesses bestimmt haben. Ich danke der Renmin-Universität und der Friedrich-Ebert-Stiftung sehr herzlich für die Einladung in ihr Land, der ich außerordentlich gerne gefolgt bin.

Struktur der Rede

Meine Rede habe ich in drei inhaltliche Blöcke aufgeteilt. Zunächst würde ich gerne kurz über die Grundzüge unseres Gesundheitssystems referieren und Ihnen seine geschichtliche Entwicklung darlegen. Im zweiten Teil möchte ich auf die Grundlagen des politischen Systems meines Landes zu sprechen kommen, in dem sich die Gesetzgebung und der Ausgleich zwischen den unterschiedlichsten gesellschaftlichen Interessen vollzieht. Anschließend werde ich auf die wesentlichen Inhalte der Gesundheitsreform 2007 eingehen, die in wenigen Tagen beschlossen und ab Anfang April Gesetzeskraft erlangen soll.

Ich hoffe nicht, meine Redezeit vollständig auszuschöpfen, damit noch genügend Zeit bleibt, auf vertiefende Fragen von Ihnen einzugehen. Über die Gelegenheit zur Diskussion mit Ihnen im Anschluss freue ich mich sehr!

I. Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems

Vorgeschichte

Die Geschichte des deutschen Gesundheitssystems reicht bis ins Jahr 1883 zurück. Damals beschloss der Bundesrat die Einführung einer Gesetzlichen

社会保险改革中的立法与利益平衡：2007年德国医疗卫生改革

彼得·弗里德里希 德国联邦议院议员

序 言

尊敬的女士们、先生们：

过几天，德国议会将对德国医疗卫生领域的根本性改革进行投票。这项改革法案已经历了很长时间的辩论，也引起各方巨大的争议。我非常高兴，今天能在此直接向各位与会者介绍德国政治、社会、经济方面的总体条件，这些总体条件对改革设想和改革辩论中的利益平衡起着决定性的作用。十分真诚地感谢中国人民大学和德国艾伯特基金会邀请我来到贵国，我十分想往的中国。

演讲的结构

我的演讲在内容上分成三大部分。第一部分，向各位简略地阐述我们国家医疗卫生体制的基本原则和历史发展过程。第二部分，介绍我们国家政治体制的基本原理，如立法过程及不同社会利益团体间的平衡。第三部分，介绍几天后就要在德国议会进行审议投票并将与2007年4月1日正式生效的2007年医疗卫生改革的基本内容。

我不会将我的演讲时间全部占满，会留下一些时间来回答各位的提问。有机会与各位共同讨论问题，是令我非常愉快的事。

一、德国医疗卫生体制的基本特征

早期历史

德国医疗卫生体制的历史可追溯到1883年。当时，联邦委员会作出决定，实

Krankenversicherung. Die damalige Regierung unter Reichskanzler Otto von Bismarck verband damit die Hoffnung, die Forderungen der Arbeiterinnen und Arbeiter nach verbesserten politischen Teilhaberechten dadurch auszubremsen, dass ihre soziale Absicherung verbessert wurde. Möglichen revolutionären Bestrebungen, die der damaligen Regierung hätten gefährlich werden können, wollte man so die Grundlage entziehen – mit Erfolg, denn eine Revolution in Deutschland fand nicht statt!

Grundlagen der Krankenversicherung 1883

Für Industriearbeiter und Beschäftigte in Handwerks- und sonstigen Gewerbebetrieben wurde eine einheitliche Krankenversicherungspflicht bis zu einer bestimmten Einkommenshöhe eingeführt. Die Versicherungsbeiträge wurden zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern und zu einem Drittel von den Arbeitgebern erhoben. Darüber hinaus bekamen sowohl Arbeitnehmer wie Arbeitgeber das Recht und die Pflicht, Vertreter in die Krankenkassenorganisationen zu entsenden, die als selbstverwaltete Einrichtungen angelegt waren. Darunter verstand man, dass diese Vertreter für die Verwaltung der Krankenversicherung selbst verantwortlich waren und gemeinsam über die Höhe der Beiträge oder die Satzungen innerhalb des gesetzlichen Rahmens entscheiden konnten.

Anfangs dienten die Krankenversicherungen überwiegend dazu, das Verarmungsrisiko infolge von Krankheiten zu vermeiden. Später verlagerte sich das Gewicht zunehmend auf die Finanzierung von Krankheitsbehandlungen und Arzneimitteln.

Einführung weiterer Sozialversicherungssysteme

Der Einführung der Krankenversicherung folgte 1884 eine gesetzliche Unfallversicherung und im Jahre 1889 eine gesetzliche Rentenversicherung. Deutschland kann damit als das Land mit dem ältesten Sozialversicherungssystem auf nationaler Ebene angesehen werden.

Strukturentscheidung 1883:

Gesundheitssektor als selbstverwaltetes System

Bei Einführung der Krankenversicherung 1883 wurden wichtige Strukturentscheidungen getroffen, die auch gegenwärtig noch Bestand haben. So ist der Gesundheitssektor in Deutschland auch heute noch als Selbstverwaltungssystem organisiert. Vertreter der Ärzte handeln mit Vertretern der Krankenkassen beispielsweise die ärztliche Vergütung aus. Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter entscheiden in den Aufsichtsgremien der Krankenkassen über die Beitragshöhe und die Struktur ihrer Krankenkasse.

行一种法定的医疗保险制度。当时的德国政府由帝国总理奥托·冯·俾斯麦领导，德政府希望通过改善工人的社会保障条件，来抑制工人对改进政治参与权提出的要求。当时的德国政府面临着可能发生革命运动的威胁。所以，通过改善工人的社会保障条件就可能削弱发生革命运动的因素。德国政府的这种做法取得了成效，因为德国最终没有爆发革命。

1883年医疗保险的基本特点

对于大工业中的工人及手工业和其它企业的员工，都有参加统一的医疗保险的义务。对有资格参加统一的医疗保险的人的工资收入标准，专门制定了一个上限。医疗保险费的三分之二由工人交纳，三分之一由雇主交纳，因此，工人和雇主都有权利和义务向医疗保险机构的联合组织派遣代表。医疗保险机构的联合组织，是各医疗保险机构自愿组成并实行自我管理的机构。可以这样来理解：联合组织中的这些代表有责任对各医疗保险机构进行自我管理，共同确定医疗保险费的多少，或者共同制定这种法定医疗保险中的各种条例、规则。

最初时期，这种医疗保险主要是为了避免工人因疾病的产生而陷入贫困状况。后来，这种医疗保险的重点更多地转向于疾病治疗和药品的融资作用。

其它社会保险体系的建立

随着医疗保险体系的建立，1884年建立了法定工伤保险，1889年建立了法定养老保险。因此，德国被看成是在国家层面上最早建立社会保险体系的国家。

1883年在结构方面的决定：

医疗卫生领域实行自我管理体制

1883年建立医疗保险体制时，对采取什么样的结构作出一些重要决定，而且当时采用的结构一直延续至今。这就是，德国医疗卫生领域到今天仍然是按照自

Paritätische Finanzierung des Gesundheitssystems

Erhalten hat sich auch die grundlegende Finanzierungsstruktur unseres Gesundheitssystems, die mit der Einführung der Krankenversicherung angelegt wurde. Das System wird noch heute überwiegend durch Versicherungsbeiträge finanziert, die nahezu paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht werden. Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei nach dem jeweiligen Einkommen, Familienmitglieder sind unter bestimmten Voraussetzungen kostenlos mitversichert. Der Leistungsanspruch wird gesetzlich definiert und besteht unabhängig von der Höhe der jeweils gezahlten Beiträge.

Zentrales Versprechen unseres Gesundheitssystems

Dieser Umstand stellt das zentrale Versprechen unseres solidarischen Gesundheitssystems dar. Diesem Versprechen zufolge bekommt jeder, der krank ist, unabhängig von Alter und Einkommen die notwendige medizinische Hilfe! Für viele Menschen in meinem Land mag das heute selbstverständlich klingen, da der Staat dieses Versprechen seit nun schon vielen Jahrzehnten hält, doch ist dies alles andere als selbstverständlich!

PKV

Mittlerweile hat sich ein privates Krankenversicherungssystem entwickelt, in dem sich Besserverdienende ab einem bestimmten Monatseinkommen versichern können. Dieses private System basiert nicht auf dem Solidaritätsprinzip wie das System der Gesetzlichen Krankenversicherung, sondern beruht auf dem Grundsatz der kapitalgedeckten Finanzierung. Demnach erheben private Krankenversicherungsunternehmen einkommensunabhängige Prämien, die in Abhängigkeit von bestimmten Krankheitsrisiken bestimmt werden. Wer beispielsweise bestimmte Krankheiten schon einmal hatte und deshalb einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt ist, bezahlt mehr als Menschen, die keine vergleichbare Vorerkrankung gehabt haben. Auch Frauen, die statistisch betrachtet eine höhere Lebenserwartung und einen erhöhten Behandlungsbedarf haben als Männer, zahlen im Regelfall höhere Prämien. Derzeit sind etwa zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland privat krankenversichert.

Struktur der Selbstverwaltung

Wie schon erwähnt, besteht das Gesundheitssystem in Deutschland aus staatlichen wie

我管理体系进行组织和运作的。例如，医生界的代表同医疗保险机构的代表共同商讨医生的报酬；医疗保险机构监事会中的雇员代表和雇主代表共同决定医疗保险费的多少和医疗保险机构的组织结构。

医疗卫生体制中的平等融资

德国医疗卫生体制的基本融资结构，与医疗保险的建立是同步实现的。直到今日，德国医疗卫生体制的主要融资模式仍然是通过交纳医疗保险费实现的，而且医疗保险费几乎是由雇员和雇主平均交纳的。医疗保险费的多少根据每人的收入不同来确定，在特定条件的前提下，家庭成员也是免费随同享受医保的。享受医疗服务的权利是由法律确定的，不受个人交纳医疗保险费的多少而影响。

德国医疗卫生体制的重要承诺

德国医疗卫生体制的重要承诺，就是要建立一种团结互助式的医疗卫生体制。根据这种承诺，任何病人，不论其年龄多大和收入多少，都将得到必要的医疗救助！在今天，这种承诺对于我们国家的多数人来说是理所当然的事，因为我们的国家坚持这种承诺已经几十年了。尽管如此，这一切也不是那么理所当然事！

私人医疗保险机构

在保险体制发展的过程中，德国也出现一种由私人建立的医疗保险体系。超过一定数额月收入的高薪者，可以参加私人医疗保险。这种私人医疗保险体系不像法定医疗保险体系那样是建立在互助性原则上的，而是建立在依据资本融资原则的基础之上。这种私人医疗保险企业不是依据参保人的收入情况，而是根据不同疾病的风险程度来收取医疗保险费的。比如，某人因为已患有某种疾病，他的疾病风险也就提高了，他所交纳的医疗保险费就要比没有这种疾病的参保人要多。还有，从统计方面看，妇女的寿命要比男人长、看病的需求也肯定比男人

nichtstaatlichen Organisationen. So agieren neben den staatlichen Institutionen, die den politischen Rahmen festlegen, im Gesundheitssektor auch die Krankenversicherungen mit ihren Spitzenverbänden, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Arbeitgeber und Arbeitnehmer mitsamt ihren Vertretungsorganen, Patientenverbände und Selbsthilfeorganisationen sowie die Interessenorganisationen derjenigen privaten Unternehmen, die Gesundheitsleistungen erbringen.

Das Versorgungsangebot wird weitgehend privat erbracht, wenn man von staatlichen Krankenhäusern einmal absieht. Diese werden jedoch ebenfalls zunehmend privatisiert.

Rolle der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen

Staatliche Akteure beschränken sich im Bereich der Gesundheitspolitik auf die Formulierung von Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der medizinischen Versorgung, deren Konkretisierung dann den nachgeordneten staatlichen Behörden oder den Institutionen der Selbstverwaltung obliegt. Diese Selbstverwaltungseinrichtungen werden auf die Verfolgung öffentlicher Ziele verpflichtet, die durch den staatlichen Gesetzgeber vorgegeben werden. Dazu gehören zum Beispiel die Konkretisierung der ärztlichen Versorgungsplanung oder auch die Frage, welche Leistungen konkret von der gesetzlichen Krankenkasse bezahlt werden.

Rechtsaufsicht

Die Einrichtungen der Selbstverwaltung unterstehen der Rechtsaufsicht durch die Bundesregierung oder die jeweiligen Landesregierungen, insoweit sie gesetzlich übertragene Aufgaben wahrnehmen. Das bedeutet, dass sie dahingehend kontrolliert werden, ob sie ihren Pflichten nachkommen. Auf welche Weise sie den ihnen überlassenen Gestaltungsspielraum hingegen ausfüllen, bleibt ihnen überlassen.

Vorteil der Selbstverwaltung: Fachwissen in der Umsetzung

Gesundheitspolitik ist also in Deutschland keineswegs eine rein staatliche Aufgabe. Dies hat den Vorteil, dass die Ergebnisse des Politikprozesses zielgenauer auch auf unterschiedliche regionale Bedingungen oder Bedürfnisse eingehen können, als dies bei einer zentralstaatlichen Festlegung der Fall wäre. Auch können Umsetzungshindernisse politischer Rahmenentscheidungen dadurch minimiert werden, dass die unterschiedlichen Selbstverwaltungsgremien und die verschiedenen Interessengruppen maßgeblich in die Konkretisierung politischer Rahmenentscheidungen einbezogen werden und dadurch ihr spezifisches Fachwissen in den Umsetzungsprozess dieser Entscheidungen mit einbringen können.

多。所以，一般情况下，妇女缴纳的医疗保险费也要比男人高。目前，德国约有10%的国民参加了私人医疗保险。

自我管理的组织结构

正如前面所讲到的，德国的医疗卫生体制是由国家性质的，或半国家性质的组织构成的。在德国医疗卫生领域，国家性质的机构负责制定政策方面的总体规则，此外，医疗保险领域的各类高层联合性组织，如医生联合会、雇员和雇主代表联合会、病友联合会、自救组织以及各种私人性质的企业利益集团，都对医疗卫生事业的成效产生巨大影响。

除了国家性质的医院外，医疗方面的服务越来越多地由私人承担，国家性质的医院也同样会越来越多地私有化。

医疗卫生事业中的自我管理模式的作用

国家机构的作用限制在医疗政策的制定方面，如确定提供医疗服务的总体条件，这些总体条件和政策方针的具体落实，则由国家机构的下属部门，或自我管理机构来履行。自我管理机构有责任服从国家通过立法而确定的公共目标，比如完成国家制定的医疗服务方面的具体化工作，法定医疗保险机构具体承担那些医疗服务的费用。

法律监督

自我管理机构只要承担法律赋予的任务，就必须接受联邦政府的，或任何州政府的法律监督。就是说，自我管理机构必须接受如下内容的监督：即看其是否履行了自身的义务？以什么方式来完成委托于己的任务，由自我管理机构自己决定，国家给其留有一定的操作空间。

自我管理的优势：强调专业知识

Gemeinsamer Bundesausschuss

Das wichtigste und zentralste Gremium der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung ist der Gemeinsame Bundesausschuss. In ihm sitzen Vertreter von Krankenkassen, Krankenhäusern, Ärzten und Patienten und entscheiden gemeinsam in Richtlinien über die konkreten Inhalte der medizinischen Versorgung. Diese Richtlinien legen beispielsweise fest, welche Gesundheitsleistungen die Gesetzliche Krankenversicherung erstattet und wie neuartige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie Arzneimittel zu bewerten sind. Den Leistungserbringern und den Kostenträgern, also beispielsweise den Ärzten und Krankenhäusern sowie den Krankenkassen, obliegt dann die konkrete Umsetzung dieser Vorgaben vor Ort.

Weitere Organisationen der Selbstverwaltung

Neben dem Gemeinsamen Bundesausschuss gibt es weitere Organisationen, die eigenständig die gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben umzusetzen helfen. Dazu gehören die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Krankenkassen schließen Verträge mit unterschiedlichen Erbringern von Gesundheitsleistungen, ziehen die Kassenbeiträge von ihren Mitgliedern und deren Arbeitgebern ein und regeln die Bezahlung der erbrachten Leistungen. Die Ärztlichen Vereinigungen hingegen zeichnen hauptsächlich für die ausreichende ärztliche Versorgung verantwortlich.

Höhere Akzeptanz getroffener Entscheidungen?

Zumindest theoretisch erhofft man sich von der Beteiligung dieser Selbstverwaltungsorgane eine größere Akzeptanz der getroffenen Entscheidungen bei Ärzten, Krankenkassen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und anderen Personen und Organisationen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Dadurch wiederum verspricht man sich eine verbesserte Umsetzung der Rahmenvorgaben.

Politische Gestaltungsmacht der Selbstverwaltungsgremien

Faktisch verfügen diese Selbstverwaltungsgremien jedoch auch über einen beträchtlichen Einfluss, da sie eigene Probleminterpretationen liefern oder selber Themen auf die politische Tagesordnung setzen können und somit über eine eigenständige politische Gestaltungsmacht verfügen, wenngleich sie in der Umsetzung der ihnen übertragenen Aufgaben der bereits erwähnten Rechtsaufsicht durch die Regierung unterliegen. Dennoch machen die Selbstverwaltungsorgane

在德国，医疗卫生政策绝不是完全属于国家的任务。自我管理模式有很多优点，各项医疗卫生政策在制定的过程中以及制定的结果，要比集中由国家机构确定更有目标性，更适合不同地区的实际条件和需求。让不同的自我管理机构和各种社会利益团体都参加到政策制定的具体工作中来，吸取他们的专业知识，使之在决策实施过程发挥专业职能，就可以大大减少政策贯彻过程中的各种障碍。

共同的联邦委员会

医疗卫生政策自我管理方面的最重要、最核心的机构，就是“共同的联邦委员会”。这个共同的联邦委员会由医疗保险机构、医院、医生和病人的代表组成。这些代表们根据原则共同商讨并确定医疗服务方面的具体内容。依据的原则是明确的：例如，法定医疗保险必须提供什么样的医疗服务？如何评估新型的检查和治疗方法以及新药？之后，如何在当地具体来落实这些确定的规定，则应由医疗服务的承担者和医疗费用的支付者，就是医生和医院以及医疗保险机构来完成。

自我管理的其它组织

除了共同的联邦委员会之外，还有专门协助落实医疗卫生总体政策方针的其它一些组织，包括：法定医疗保险机构以及法定医疗保险机构的医生联合会和该机构的牙科医生联合会。医疗保险机构的工作是：同医疗服务的不同承担者（医生和医院）签订合同；收纳并管理医疗保险参保人及其雇主所缴纳的医疗保险费；办理已完成的医疗服务的费用支付。医生联合会要保证提供足够的医生。

高度兑现所达成的决定

至少从理论上讲，人们对自我管理机构的所有参与者有很大的期待，这就是，医生、医疗保险机构、医院、护理疗养院及其它在医疗卫生部门工作的人士和组织，能够兑现自我管理机构所作出的相关决定，保证各种总体决定和政策得

verständlicherweise insbesondere in Zeiten anstehender Reformvorhaben intensiv Gebrauch von ihrer eigenen Gestaltungsmacht.

Gesundheitsreformen der Vergangenheit

Bis in die 1970er Jahre wuchs das Gesundheitssystem in Deutschland stetig an. Gesundheitsleistungen modernisierten und erweiterten sich und der Umfang der versicherten Leistungen nahm zu. Gleichzeitig stiegen auch die Kosten.

“The Golden Age of Capitalism”

Insgesamt betrachtete man in den europäischen und nordamerikanischen Industrieländern die Jahrzehnte unmittelbar nach Ende des Zweiten Weltkrieges aufgrund der stetig wachsenden Wirtschaft als „goldenes Zeitalter“, das eine kontinuierliche Zunahme sozialer Leistungen und deren Kosten ermöglichte.

Gesetze zur Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität

Spätestens nach der Ölkrise 1975 wurde diese Kostenentwicklung jedoch als Problem wahrgenommen. 1977 gab es das erste „Kostendämpfungsgesetz“, mit dem man die schnelle Steigerung der Gesundheitsausgaben in Deutschland abbremsen wollte. Auch wird seitdem verstärkt das Ziel der Beitragssatzstabilität verfolgt. Darunter verstehen wir, dass die Kosten für die Gesundheitsleistungen in ihrer Summe an die Einkommensentwicklung angeglichen werden sollen, so dass keine Beitragssteigerungen notwendig werden.

Dennoch konnten solche Beitragssteigerungen in der Vergangenheit nicht immer vermieden werden. Auch gab die Entwicklung des selbstverwalteten Systems immer wieder Anlass zu Gesundheitsreformen, die den Wettbewerb oder die Effizienz gesundheitlicher Versorgungsstrukturen fördern sollten. Daneben wurden in den 1990er Jahren Zuzahlungen eingeführt, da nicht mehr alle Leistungen alleine aus den Mitteln der Krankenkassen bezahlt werden konnten.

Pflegeversicherung

Ergänzend wurde zu Jahresbeginn 1995 der Pflegebereich durch eine eigene Versicherung abgedeckt, die sich praktisch über die gesamte Bevölkerung erstreckt. Wer pflegebedürftig wird, erhält monatlich eine bestimmte Geldsumme, die ausreichend ist, um den Bedarf an pflegerischer Versorgung zu bezahlen. Darüber hinaus wurden

到较好的落实。

自我管理机构的决策能力

事实上，这种自我管理机构也具有很强的影响力，因为它能解释自己领域中出现的问题，并将这些问题作为议题提到工作的议事日程中来，因此，它具备在自己领域中作出决断的决策能力。同时，在贯彻落实法律赋予的任务时要接受前面提到的政府方面的法律监督。自然，自我管理机构在当前的医疗卫生改革计划中，也是积极地参与并发挥其决策能力。

过去时期的医疗卫生改革

德国的医疗卫生体制在上世纪70年代前是持续稳定发展的。医疗服务方面实现了现代化并得到不断扩大，保险服务的范围也在扩大，费用自然也同时提高。

“资本主义黄金时代”

总体讲，在欧洲和北美工业国，人们将第二次世界大战后几十年间的经济持续增长时期看成是“黄金时代”。这个时代使社会福利及其费用持续增长。

抑制费用支出和稳定社会保险费的法律

在1975年石油危机之后，社会事业与社会保险方面的支出增长变成了一个社会问题。1977年，德国制定了第一部“抑制费用支出法”，希望利用这部法律来抑制德国医疗卫生支出迅速增长的趋势。之后，政府还制定了稳定福利保险费率的目标。我们考虑，医疗卫生服务的支出要同收入增长相平衡，这样就没有必要不断地提高福利保险费。

但是，福利保险费的提高在过去无法完全避免。自我管理体系的发展也总是要求进行医疗卫生改革，改革的目标是要增强医疗服务机构之间的竞争和效率。

verstärkt innovative Versorgungsmodelle eingeführt, etwa eine engere Verzahnung unterschiedlicher Behandlungsbereiche.

Kontinuierliches Reformbedürfnis im Gesundheitssektor

Als ein sich dynamisch entwickelnder Bereich unterliegt das Gesundheitssystem einem beständigen Wandel. Auch wird das Gesundheitswesen von allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen und Reformen in anderen Politikbereichen erheblich beeinflusst.

Sozialreformen

Sozialreformen, die zu reduzierten Krankenversicherungsbeiträgen von Arbeitslosen, Rentnern, Studierenden oder Sozialhilfeempfängern führen, wirken sich beispielsweise unmittelbar auf die Einnahmenseite der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Auch eine wirtschaftlich schlechte Situation führt über sinkende Löhne zu sinkenden Einnahmen der Krankenversicherungen.

Demographische Entwicklung

Darüber hinaus hat die Veränderung der demographischen Struktur unserer Gesellschaft unmittelbare Auswirkungen auf die Finanzierung unserer Krankenversicherung, auch wenn man diese nicht sofort spüren mag. Doch in dem Umfang, in dem die Lebenserwartung der Menschen in den westeuropäischen Industrieländern steigt und die Anzahl der Kinder, die auf die Welt kommen, kontinuierlich sinkt, steigen mittelfristig die Gesundheitsausgaben für den älter werdenden Bevölkerungsdurchschnitt. Gleichzeitig sinken die Einnahmen, da weniger junge Menschen in die Krankenversicherung einbezahlen.

Ausgangslage der Gesundheitsreform 2007

Auch die Gesundheitsreform 2007 findet ihre hauptsächliche Begründung in sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben des gesetzlichen Krankenversicherungssystems. So hat beispielsweise die Zahl sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse in Deutschland innerhalb der letzten sechs Jahre aufgrund der weltweiten wirtschaftlichen Entwicklung um 1,7 Millionen abgenommen, was zu einem Einnahmeverlust von etwa 3,5 Milliarden Euro für die gesetzliche Krankenversicherung führte. Dieser Einnahmeverlust wird verstärkt durch die demographische Entwicklung unseres Landes, die ich bereits

此外，在上世纪90年代实现了医疗服务费用的转付方式，不是所有的医疗服务都用医疗保险机构的资金来支付。

护理保险

从1995年起，护理保险作为补充保险，完全由个人承担。这项保险实际上已经覆盖到全体国民。谁有护理需要，每月要交纳足够支付护理照顾费用的资金。此外，加强了医疗护理方式的改革，使其能适应不同的手术类型。

医疗卫生领域需要持续的改革

作为一个充满活力的发展领域，医疗卫生体制需要不断地变革。医疗卫生事业也受到整个社会的发展和和其它政治领域改革的巨大影响。

福利改革

以减少失业者、退休者、大学生或接受社会救助者的医疗保险费的福利改革，从另一方面讲，直接影响了法定医疗保险机构的收入。还有，经济形势的恶化会降低工人的工资收入，也会导致医疗保险机构的收入减少。

人口数量的变化

此外，我们社会中的人口结构性变化，也直接影响到我们的医疗保险的融资，尽管这一点人们还不能直接感觉到。西欧工业国中，人的寿命在不断提高，新生儿出生率又在持续下降，日益老龄化社会的医疗卫生支出在中长期将持续提高，同时，交纳医疗保险的年轻人却越来越少。

2007年医疗卫生改革的基本形势

2007年医疗卫生改革的最重要的原因，就是因为法定医疗保险制度的收入下降，而支出又在增长。例如，在过去6年中，由于世界范围经济形势的发展，德

angesprochen habe. Gleichzeitig führen die Entdeckung neuer Krankheiten und Behandlungsnotwendigkeiten sowie der medizinische Fortschritt zu steigenden Behandlungskosten. Darüber hinaus läuft in unserem Gesundheitswesen nicht alles so, wie man sich das idealerweise vorstellen mag, denn es gibt immer noch Ineffizienzen im System, die zu mitunter deutlichen Qualitätsunterschieden und einer partiellen Ressourcenverschwendung führen.

Um auch in Zukunft sozialen Schutz im Krankheitsfall für alle Menschen gewährleisten zu können und unser Gesundheitssystem gleichzeitig bezahlbar zu halten, muss gehandelt werden.

Bevor ich allerdings auf die konkreten Inhalte unserer Reform eingehe, möchte ich kurz die Grundzüge unseres Regierungssystems darstellen, innerhalb dessen sich das politische Handeln in Deutschland vollzieht.

II. Deutsches Regierungssystem

Grundlagen: horizontale wie vertikale Fragmentierung

Das Regierungssystem in Deutschland ist horizontal wie vertikal stark fragmentiert. Die vertikale Fragmentierung besteht darin, dass für manche Bereiche der Bund, für manche Bereiche die Länder und für wieder andere Bereiche die Europäische Union verantwortlich ist.

Gesundheitspolitische Kompetenzverteilung

In der Gesundheitspolitik liegt die Zuständigkeit für die wichtigsten politischen Rahmenentscheidungen beim Bund. Die Umsetzung dieser Rahmenvorgaben vollzieht sich – wie zuvor bereits beschrieben – größtenteils durch die Selbstverwaltungsorgane, die auf Bundes- wie auf Landesebene angesiedelt sind, denn auch die Ebene unserer 16 Bundesländer ist an der Festlegung unterschiedlicher politischer Rahmenbedingungen beteiligt.

Rolle der Europäischen Union

Entscheidungen im Gesundheitsbereich werden in Europa jedoch nicht mehr nur alleine innerhalb einzelner Nationalstaaten gefällt. Vielmehr wächst die Bedeutung der Europäischen Union zunehmend, da Europa im Laufe des europäischen Integrationsprozesses einige gesundheitspolitische Entscheidungskompetenzen übertragen worden sind. Dazu zählen unter anderem Aspekte des öffentlichen

国能承担社会保险义务的就业者减少了约170万人，导致法定医疗保险的收入损失约35亿欧元。刚才讲到的，我们国家在人口结构方面的变化，也造成医疗保险收入的减少。同时，新的疾病、新的治疗方式的发现，以及医药方面的发展进步，都提高了治病费用。还有，我们的医疗卫生事业也不像人们介绍的那样理想，医疗卫生领域中的效率总是不高，造成医疗方面的质量差别很明显，某些方面的资源浪费还很严重。

为了保证所有人将来也能在生病时得到社会保障，同时为了使我们的医疗卫生体制能够可持续地发展，现在必须采取行动了。

在进一步阐述我们的医疗卫生改革的具体内容之前，我想简短地介绍一下我们的行政体制，政府在国家政治中具有完全的行政权。

二、德国的行政体制

基本原则：横向、纵向均实行分权

德国的行政体制，横向、纵向都严格实行分权。纵向分权是指联邦的某些事务、联邦州的某些事务以及其它一些领域的主权让渡于欧盟负责。

在医疗卫生政策上的权限分配

在医疗卫生政策方面，最重要的总体政策的决定权属于联邦政府。前面已讲到，贯彻落实这些总体政策主要由联邦或州一级的自我管理机构完成，因为16个州一级的自我管理机构也参与了不同的政策制定工作。

欧盟的作用

医疗卫生领域的各种决定在欧洲已不再只是民族国家的事。在欧洲一体化过程中，一些医疗卫生政策方面的决策权已经让渡于欧盟，其中包括公共卫生防护

Gesundheitsschutzes, Bereiche gesundheitlicher Prävention und das Erbringen grenzüberschreitender Gesundheitsdienstleistungen. Abgesehen von unmittelbaren gesundheitspolitischen Entscheidungen werden darüber hinaus auch Entscheidungen in anderen Politikbereichen mit direkten Auswirkungen auf die Gesundheitspolitik zunehmend auf europäischer Ebene gefällt. Hierunter fallen beispielsweise der Arbeitsschutz und die Lebensmittelsicherheit. Sehr wichtig sind ebenfalls die europarechtlichen Grundprinzipien, zu denen unter anderem der freie Verkehr von Waren und Dienstleistungen zwischen den nunmehr 27 EU-Mitgliedstaaten und bestimmte wettbewerbsrechtliche Aspekte zählen, die bei nationalstaatlichen Entscheidungen respektiert werden müssen.

Logik des Mehrebenensystems:

Keine „Kompetenz zur Letztentscheidung“

Insofern unterliegt auch das Feld der Gesundheitspolitik der Logik des europäischen Mehrebenensystems, wonach Entscheidungen in einzelnen Politikbereichen von unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig beeinflusst werden können, ohne dass einer Ebene gleichsam eine „Kompetenz zur Letztentscheidung“ zufällt. Gesundheitspolitische Entscheidungen sind vielmehr immer Entscheidungen im Mehrebenensystem. Erarbeitet die Bundesregierung einen Gesetzesentwurf, muss sie die Auswirkungen ihrer Vorhaben auf die regionale und die europäische Ebene stets mitbedenken. Manche Regelung mag sogar nur dann möglich sein, wenn die deutsche Bundesregierung gemeinsam mit den nationalen Regierungen anderer EU-Mitgliedstaaten zunächst erfolgreich für eine Änderung europarechtlicher Bestimmungen eintritt.

Gewaltenteilung

Von einer horizontalen Fragmentierung kann man in Deutschland sprechen, da an politischen Entscheidungen innerhalb unseres Landes entsprechend des Grundsatzes der Gewaltenteilung mehrere verschiedene Institutionen beteiligt sind und über unterschiedlich stark ausgeprägte Blockademöglichkeiten verfügen.

Gesetzgebungsverfahren: Rolle des Bundestages

Gesetze werden im Regelfall von der Bundesregierung ausgearbeitet und als Entwurf beschlossen, der dann in das parlamentarische Gesetzgebungsverfahren eingeht. Der Deutsche Bundestag, das nationale Parlament auf Bundesebene, dem ich angehöre, behandelt Gesetzesentwürfe der Bundesregierung intensiv in seinen einzelnen

领域、健康预防领域和跨国界医疗服务。因此，欧盟的作用在很多方面越来越大。除了直接涉及医疗卫生政策的决定，还有直接影响医疗卫生政策的其它领域的政策决定权，也越来越多地归属于欧盟，如劳动保护和食品安全方面的政策。欧盟的法律方面的基本原则同样是非常重要的，包括目前已是27个欧盟成员国之间的商品与服务的自由流通，竞争法的规定。欧盟中的民族国家在制定法律时都要尊重并遵守这些欧盟的法律法规。

多级体制的逻辑：

没有“最终决定权”

只要医疗卫生政策领域在逻辑上也属于欧洲的多级体制之中，那么，不同等级机构在一些政策领域作出的决定都是相互影响的，不存在哪一级机构作出的决定具有“最终决定权”的问题。医疗卫生政策方面的各种决定，多数都是多级权力体制的共同决定。如果德国联邦政府起草一部法律草案，就必须始终考虑这个计划中的法律草案会对联邦州和欧盟产生什么影响和作用。对于有些法律规则来说，德国政府只有首先同其他欧盟成员国一起按照欧盟的法规进行修改之后才能生效。

权力分配

横向分权可以说是在德国国内实行的。按照德国的权力分配原则，政治决策是由很多不同的机构共同参与完成的，因而，一些决策或法律草案也有可能受到不同类型、观点鲜明的团体的封锁。

立法程序：联邦议院的作用

按惯例，法律首先由联邦政府起草并在内阁会议上通过。之后，内阁将通过的法律草案送交议会，进入议会立法程序。德国联邦议院就是联邦一级的国家议

Ausschüssen. In diesen Ausschüssen sitzen ungefähr 20 bis 30 Abgeordnete, die sich fachlich auf ein bestimmtes Politikfeld spezialisiert haben. Bei der Behandlung von Gesetzesvorlagen können die Ausschüsse Vertreter der Bundesregierung und anderer Einrichtungen um schriftliche Stellungnahmen bitten und ausgewiesene Experten zu ausführlichen Anhörungen einladen. Auf Basis der so gesammelten Informationen bilden sich die Mitglieder des jeweiligen Ausschusses ihre Meinung über das diskutierte Gesetzesvorhaben.

Wenn ihre Meinung mehrheitlich von dem ursprünglichen Entwurf der Regierung abweicht, kann der Ausschuss Änderungen daran beschließen. Diese werden dann dem Plenum des Bundestages, also allen Abgeordneten in ihrer Gesamtheit, zur endgültigen Abstimmung weitergeleitet. Diese Kompetenzen führen dazu, dass der Bundestag fast keinen Gesetzesentwurf in der Form beschließt, in der er in das parlamentarische Verfahren eingebracht worden ist, sondern es fast immer zumindest kleinere, oftmals aber auch größere Änderungen gibt.

Rolle des Bundesrats

Sollte der Bundestag mehrheitlich für einen Gesetzesentwurf stimmen, ist dieser Entwurf jedoch noch nicht abschließend beschlossen. Für etwa die Hälfte aller Gesetze besteht eine Zustimmungspflicht des Bundesrats, der Vertretung der 16 Länder auf Bundesebene. Dieser Umstand erschwert politische Reformprojekte in Deutschland, da Vorhaben neben einer Mehrheit im Bundestag auch eine Mehrheit im Bundesrat finden müssen. Erst wenn dieses doppelte Mehrheitsanforderung erfüllt ist, erlangt ein Entwurf Gesetzeskraft.

Formelles vs. informelles Verfahren

Soweit das formelle Verfahren, das noch vergleichsweise einfach klingt. Die Betrachtung des informellen Verfahrens ist jedoch sehr viel komplexer, da neben den offiziellen staatlichen Institutionen eine Vielzahl an privaten oder halbprivaten Akteuren an der informellen Aushandlung von Gesetzgebungsprojekten in Deutschland beteiligt sind.

Parteien

An erster Stelle sind hierbei die politischen Parteien zu nennen. Ihnen fällt im politischen Betrieb unseres Landes eine wichtige Rolle zu, da sie die politische Willensbildung durch ihre Programme nachhaltig beeinflussen und politisches Personal

会，我就是这个议会中的议员。联邦议院中有很多专门委员会，政府的法律草案要经过这些专门委员会的研究和讨论。这些专门委员会由20 – 30名议员组成，他们的专业知识集中于特定的政治领域。在研究、讨论法律草案时，这些专门委员会可以要求政府和其他机构的代表以书面形式表达对法律草案的观点，同时也可邀请一些有资格的专家现场聆询。议院专门委员会将在获取大量资讯的基础上，形成对讨论中的法律草案的意见。

如果专门委员会的多数意见与政府的原始法律草案有偏差，专门委员会将作出决定，要求政府对这部法律草案进行修改。之后，修改后的法律草案再提交联邦议院全体大会并由全体议员最终投票表决。这种权限使得联邦议院从不会完全接受提交审理的法律草案的原始文本，法律草案几乎经常是要进行重大的修改，至少也需要进行小的改动。

联邦参议院的作用

如果联邦议院以多数票通过一部法律草案，这部法律草案的立法仍不算完成。议院通过的法律草案的几乎50%，还要经联邦参议院的审核投票。联邦参议院是由16个联邦州派出的代表组成的联邦机构。这种政治结构使德国的政治改革变得十分困难，因为改革计划不仅要获得联邦议院的多数通过，也必须获得联邦参议院的多数通过。一部法律草案只有满足这种双重多数的条件，才能算正式生效。

正式的和非正式的立法程序

正式的立法程序相对来说还是简单的，而非正式的立法程序却是极其复杂的。在德国，除了正式的国家机构外，还有很多私人或半私人性质的组织和机构，也非正式地参与国家立法的整个过程。

政党

rekrutieren. Entscheidungen werden durch die Parteien inhaltlich vorstrukturiert und in der politischen Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Konturen versehen.

Parteienwettbewerb

Den Antrieb beziehen die unterschiedlichen Parteien dabei aus dem Wettbewerb um die Gunst möglichst vieler Wählerinnen und Wähler bei anstehenden Wahlen, die alle vier bis fünf Jahre über die Besetzung politischer Ämter und Mandate entscheiden. Ämter und Mandate in der Politik kann es unserer Vorstellung zufolge immer nur auf Zeit geben. Es kommt häufig vor, dass einzelne Abgeordnete oder gar ganze Regierungen nicht mehr wieder gewählt werden, weil die Kandidatinnen und Kandidaten anderer Parteien in den Augen unserer Wählerinnen und Wähler eine bessere Politik verfolgen wollen, die auf eine größere Zustimmung trifft. Derzeit sind im Deutschen Bundestag zwei größere und drei kleinere Parteien vertreten, die das Spektrum der politischen Meinungen innerhalb der Bevölkerung zum Zeitpunkt der letzten Bundestagswahl wiedergeben.

Parteienstreit Bundestag vs. Bundesrat

Sollten die Mehrheiten im Bundestag und im Bundesrat unterschiedlichen politischen Parteien zugehörig sein, kann dies den Konsens zwischen beiden Institutionen nachhaltig erschweren. In strittigen Fragen kann es dadurch oftmals zu langen Aushandlungsprozessen zwischen den Vertretern unterschiedlicher Parteien kommen.

Interessenverbände

Diese Aushandlungsprozesse werden jedoch auch dadurch erschwert, dass neben den Parteien im Regelfall auch eine Reihe unterschiedlichster Interessenverbände in das informelle Aushandlungsverfahren einbezogen werden. So sind alle Akteure im Gesundheitswesen verbandlich organisiert – manche auf stärkere, andere auf schwächere Art und Weise.

Industrieverbände

Als besonders einflussreich gelten die Interessenorganisationen der Industrie, die über eine gute finanzielle Ausstattung verfügen und mit schriftlichen Stellungnahmen, ausführlichen Gutachten und in zahlreichen Hintergrundgesprächen auf den Aushandlungsprozess Einfluss zu nehmen versuchen. Zu nennen sind beispielsweise die Verbände der Arzneimittelindustrie, der privaten Krankenversicherungsunternehmen

这里首先要提到的是政党。大家都知道，在我们国家的政治活动中，政党具有重要的作用，因为政党通过其纲领持续地影响着政治意愿的形成并吸引政治人物的参与。各种决策首先都是由政党在内容上进行预先设计，在不同观点的政治分歧中最终形成的。

政党竞争

不同政党通过相互竞争，意图在选举中尽可能多地获得选民支持。德国的联邦和州选是每4-5年一次，也决定着官员和议员的政治命运。按照我们的观点，从事政治活动的官员和议员总是有期限限制的。经常发生的情况是，因为其他政党候选人提出的政策方针可能更好，获得多数选民的追捧和赞同，致使一些议员、甚至整个政府落选。目前，德国联邦议院由两个大党和三个小党构成，反映出上次联邦大选期间德国国民政治意愿的多彩特点。

政党对峙在议院和参议院的反应

如果联邦议院和联邦参议院的多数由不同政党把持，两个权力机构要达成意见统一就很困难。在两院出现有争议的问题时，不同政党的代表经常要进行长时间的协商与谈判。

利益团体

两党谈判的过程也因为下列原因显得更困难，因为，除政党外，通常还有很多不同利益团体也参与非正式的谈判过程。目前，在医疗卫生改革问题上，所有利益团体都栓在一起，有些团体采取强硬的态度与方式，有些采取较弱的态度与方式。

工业团体

工业领域的各种利益组织具有特别的影响力，这些组织具有很好的财政基

und der privat betriebenen Krankenhäuser, aber auch viele andere Organisationen.

Patientenverbände

Eine gewisse strukturelle Schwäche unterstellt man den Organisationen der Patientinnen und Patienten, da sie über erheblich weniger finanzielle wie personelle Ressourcen zur Erreichung ihrer Ziele verfügen.

Bewertung der Rolle von Interessenverbänden I: Blockade des Entscheidungsprozesses?

In der deutschen Öffentlichkeit werden die Aktivitäten von diesen Interessengruppen vorwiegend negativ bewertet, gelten sie insbesondere als Vertreter spezifischer Eigeninteressen, deren Einflussversuche sich in ihrer Summe zum Nachteil des Allgemeinwohls auswirken, das die Politik ja eigentlich im Auge haben sollte. Auch wird häufig beklagt, dass Interessenvertreter mit ihren Aktivitäten den politischen Entscheidungsprozess blockieren würden, da beispielsweise die Abgeordneten unterschiedlicher Parteien von unterschiedlichen Interessenverbänden und ihren differierenden Ansichten „vereinnahmt“ werden würden: Während eine Partei eher Verständnis entgegenbringen würde für die Sichtweise privater Gesundheitsunternehmen, würde eine andere Partei stärker zur Sichtweise einzelner Krankenkassen oder spezifischer Arbeitnehmervertretungen tendieren.

Bewertung der Rolle von Interessenverbänden II: Verbandliche Einbindung zur Reduktion von Umsetzungshindernissen?

Diese Einwände mögen sicherlich ihre Berechtigung haben. Auf der anderen Seite muss man jedoch auch sehen, dass von Seiten dieser Interessenverbände oftmals wichtige Rückmeldungen zu geplanten Neuregelungen erfolgen. Schließlich vertreten sie diejenigen Personen oder Unternehmen, die die gesetzlichen Neuerungen entsprechend umsetzen müssen, und sie können deshalb vielleicht am ehesten abschätzen, ob bestimmte politische Vorhaben auf Umsetzungsschwierigkeiten treffen oder negative Nebeneffekte hervorrufen, die von der Politik so nicht gewollt sein können. Auch lässt sich von der frühzeitigen Einbindung unterschiedlicher Interessenvertreter erwarten, dass die Umsetzung einer getroffenen Regelung auf weniger technische wie ideologische Umsetzungshindernisse trifft.

„Entscheidungskosten“ vs. „Umsetzungskosten“

Die „Entscheidungskosten“ mögen demnach in Deutschland etwas höher liegen

础，试图利用书面意见、详细论证及无数次对话给医疗改革的谈判过程施以影响。例如，制药工业联合会、私人医疗保险企业和私立医院，当然还有很多其它组织。

病人联合会

病人的联合组织被认为是当然的弱势群体，因为他们明显缺乏为达到目的人力和财力。

对利益团体作用的评价 I:

封锁决策程序?

德国公众普遍认为，这些利益团体的活动多数是起负面作用的，他们只是部门利益的代表，他们的意图所带来的影响会削弱社会整体利益，而维护社会整体利益是国家和社会的根本目的。人们还经常抱怨，利益团体的代表所从事的活动将可以封锁政治决策过程，例如，不同政党的议员有可能被不同利益团体和不同的观点“收买”。当一个政党表示理解私人医疗卫生企业的意见的时候，另一个政党明确表示支持个别医疗保险机构或一些雇员组织的意见。

对利益团体作用的评价 II:

为减少实施中的障碍而结成联盟?

这种意见肯定是有理由的。从另一角度人们也不能不看到，一些利益团体对法律草案或改革计划的反馈意见，包括提出的新规则，经常是获得成功的。利益团体所代表的终究是那些必须去贯彻、落实法律新规则的群体或企业，因此他们可能要提前作出判断：哪些政策措施在实施过程中会遇到困难，或带来政界所不愿看到的副作用。人们也希望，不同利益团体的代表们能够尽早进行联合，以使在贯彻、实施相关法律法规时能减少技术上和意识上的障碍。

als in politischen Systemen anderer Länder, die auf eine solche Einbeziehung unterschiedlicher Interessen verzichten, dafür sind die „Umsetzungskosten“ deutlich geringer.

Abwägung zwischen berechtigter Kritik vs. Partikularinteressen

Den politischen Entscheidungsträgern, zu denen Abgeordnete und Regierungsvertreter sowie deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehören, bleibt dann die Beurteilung überlassen, welche Interventionsversuche einzelner Verbände auf berechnete Probleme hinweisen, die wir vielleicht nicht bedacht haben oder nicht bedenken konnten, und welche Einflussversuche nur die Verfolgung reiner Eigeninteressen im Auge haben, die wir bei unseren Entscheidungen nicht berücksichtigen müssen und auch nicht berücksichtigen sollten. Gerade diese Abwägungen gehören jedoch zu den langwierigsten und schwierigsten Aufgaben innerhalb eines Gesetzgebungsverfahrens. Bei der derzeit verhandelten Gesundheitsreform gab es beispielsweise weit über einhundert schriftliche Stellungnahmen unterschiedlicher Verbände, die zum Teil außerordentlich umfangreich waren. Dazu kamen unzählige Gesprächswünsche von beteiligten Interessenverbänden.

III. Gesundheitsreform 2007

Vorgeschichte: Konzepte von CDU und SPD

Nach dieser Übersicht über unser Gesetzgebungsverfahren möchte ich nun auf unser aktuelles Reformvorhaben zu sprechen kommen. Wie ich einleitend schon sagte, begannen die Überlegungen zu der Gesundheitsreform 2007 schon deutlich vor der vergangenen Bundestagswahl vor knapp anderthalb Jahren. Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands und die Christlich-Demokratische Union Deutschlands als die beiden großen deutschen Parteien erarbeiteten im Vorfeld der Wahl unterschiedliche Konzepte zur Reform unseres Gesundheitswesens, die gemeinhin als nicht miteinander vereinbar angesehen worden sind.

CDU: einheitliche Prämie

Die CDU schlug eine einheitliche Prämie aller Versicherten vor, die unabhängig vom Alter und dem Einkommen erhoben werden sollte. Als Ausgleich für Menschen, die über ein geringeres Einkommen verfügen, sollte ein individueller Zuschuss aus Steuermitteln finanziert werden.

“决策成本”与“实施成本”

与其它政治体制相同的国家比较，德国的“决策成本”明显要高，因为其它国家没有德国这种不同利益团体相互纠缠的关系，其它国家的法律法规的“实施成本”也明显低得多。

合理批评与个别利益之间的权衡

议员、政府内阁成员及政府工作人员，都属于政治决策人。他们要对个别利益团体提出的干预意见进行判断：哪些意见是合理的，是我们决策人没能想到或无法想到的？哪些将产生影响的意见纯粹是出于部门利益，是我们在决策时不能、也根本不应考虑的。这样的判断，正是立法程序中最长和最困难的任务。例如，对目前正在讨论中的医疗卫生改革计划，社会各界的利益团体提出了一百多件书面意见，参与改革讨论的不同利益团体还提出无数对话要求。

三、2007年的医疗卫生改革

前期过程：基民盟和社民党的改革方案

在阐述了德国的立法程序之后，我现在想谈谈我们当前的改革设想。如在序言中讲到的，对2007年实施医疗卫生改革的考虑，在前次联邦大选前就开始了，到现在近一年半时间了。德国社会民主党和德国基督教民主联盟是德国两个最大的政党。两党在2005年9月联邦大选前，就对德国医疗卫生事业提出不同的改革方案。两个不同的改革方案从大体上讲也没有统一的可能。

基民盟：统一保险费模式

基民盟建议：对所有参加医疗保险的人，不论其年龄多大、收入多少，都实行统一数额的医疗保险费。出于社会平衡政策的考虑，政府将从国家税收中拿出部分资金对收入较少的人予以补贴。

SPD: Bürgerversicherung

Meine Partei, die Partei der deutschen Sozialdemokraten, sah darin jedoch eine sozial unausgewogene Maßnahme, weshalb wir nach wie vor das Modell einer Bürgerversicherung favorisieren. Demnach sollten alle Bürgerinnen und Bürger den gleichen Versicherungsschutz genießen, wie dies auch schon in der bislang bestehenden Gesetzlichen Krankenversicherung der Fall ist. Zudem sollten die Beiträge auch weiterhin in Abhängigkeit des persönlichen Einkommens festgelegt werden.

Bürgerversicherung: Einbindung PKV, Verbreiterung der Finanzbasis

Neu an unseren Überlegungen war, dass die privaten Krankenversicherungen stärker in das solidarische System einbezogen werden sollten und darüber hinaus alle Einkommensarten zur Beitragsfestsetzung herangezogen werden sollten. Bislang ist ausschließlich das Arbeitseinkommen für die Festsetzung des Beitragssatzes maßgeblich, doch gibt es in Deutschland immer mehr Menschen, die Häuser oder Wohnungen vermieten und zusätzliche Einkünfte aus Aktienbesitz haben. Diese Einkommensarten wollten wir auch zur Festsetzung der individuellen Beiträge heranziehen.

Kompromissnotwendigkeit durch Große Koalition

Das Ergebnis der Bundestagswahl im September 2005 brachte eine Regierungskoalition aus beiden großen deutschen Parteien mit sich, da weder die CDU noch meine Partei eine Parlamentsmehrheit mit einer der drei kleineren Parteien zustande bringen konnte oder wollte. Dadurch wurde schnell klar, dass ein Kompromiss zwischen beiden gesundheitspolitischen Reformkonzepten gefunden werden musste, da die Bürgerinnen und Bürger von der Regierungsmehrheit im Parlament eine grundlegende Gesundheitsreform dringend erwarten und diese Reform aufgrund der eingangs skizzierten Schwierigkeiten, darunter insbesondere den sinkenden Einnahmen unseres Gesundheitswesens bei gleichzeitig steigenden Ausgaben, auch nach wie vor geboten ist.

Verhandlungen zwischen den Regierungsparteien

Die Verhandlungen zwischen beiden Parteien bezüglich der konkreten Ausgestaltung der Reform zogen sich lange hin und gestalteten sich sehr schwierig. Ein Grund dafür war sicherlich auch, dass die unterschiedlichen, informell beteiligten Interessenverbände auf einzelne Überlegungen, die aus dem Verhandlungskreis immer

社民党：全民保险模式

我是德国社民党党员。社民党历来主张社会平衡政策，并始终如一地坚持这种政策，为此我们提出一种全民保险模式。按照这种模式，所有国民应享受同等的医疗保险，如我们现在所实行的法定医疗保险模式一样。这种保险模式继续将个人医疗保险费的多少与个人收入的多少挂钩。

全民保险：纳入私人医疗保险，扩大融资基础

我们考虑：应该更坚决地将私人医疗保险机构纳入互助性的医疗保险体制中来，而且应该将个人的各种收入全部作为医疗保险费的计算基数。目前为止，仅仅是将劳动收入作为确定医疗保险费的计算基数。但是，德国越来越多的人利用整座住宅和公寓房的出租得到收入，还有从股票债券中得到辅助收入。我们希望将这类收入（就是资本收入）也纳入确定个人保险费的计算基数之中。

大联合政府达成妥协的必要性

2005年9月的联邦大选促成德国两大政党组成一个大联合政府，因为当时基民盟或社民党与三个小党中的任何一个联合组阁，都无法构成议会的多数。这样一讲就很容易明白了，必须在两党提出的两个不同的医疗卫生改革方案中达成一个妥协方案，因为国民也迫切希望大联合政府加速进行医疗卫生事业的根本性改革。前面已经分析了各种困难，特别是医疗卫生方面的融资减少，而医疗卫生支出又同时上升，但改革仍要在这种困难中继续进行。

执政党之间的谈判

执政两党就改革的具体措施进行的谈判持续了很长时间，最终达成结果也相当不容易。原因之一肯定是这样的，就是那些非正式参与改革讨论过程的、不同的利益团体，对执政两党不断提出的考虑和方案作出激烈的反对，而且经常是单

wieder nach außen drangen, mit öffentlichen Gegenäußerungen reagierten und dabei oftmals Zusammenhänge bewusst einseitig oder sogar inhaltlich falsch dargestellt haben. So wichtig ein öffentlicher Interessenabgleich und Interessenausgleich auch sein mag: Die Form, über die sich dieses Spiel seit vielen Monaten nun in der Öffentlichkeit hielt, trifft in der öffentlichen Wahrnehmung auf immer größere Ablehnung. Manchmal wäre eine stärkere Sachlichkeit aller Beteiligten sehr hilfreich gewesen.

PKV und Pauschale als Schwerpunkte der Auseinandersetzung

Als besonderer Knackpunkt erwies sich in den Verhandlungen lange Zeit die Frage, zu welchem Ausmaß private Krankenversicherungen in die solidarischen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen werden sollen. Soll das Modell der privaten Krankenversicherung als solches mehr oder weniger aufgelöst und in eine Art allgemeiner Bürgerversicherung integriert werden? Oder sollte man es weiterhin so belassen wie es jetzt ist? Auch die Frage, inwieweit entweder eine einheitliche Pauschale oder ein einkommensabhängiger Krankenversicherungsbeitrag erhoben werden sollte, wurde kontrovers diskutiert.

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Die Ergebnisse der Verhandlungen wurden schließlich in die Form von Eckpunkten gebracht und der Öffentlichkeit vorgestellt. Diese Eckpunkte wiederum stellten die Basis für die Ausarbeitung eines detaillierten Gesetzesentwurfes durch das zuständige Bundesministerium dar. Dieser Entwurf wurde Ende Oktober des vergangenen Jahres von der Bundesregierung formal beschlossen und in das parlamentarische Verfahren eingebracht, das ich zuvor kurz erläutert habe.

Am 19. Januar wird die Zustimmung des Bundestages erwartet, wenig später dann die Zustimmung des Bundesrates. Derzeit laufen noch viele informelle Verhandlungen zwischen den Vertreterinnen und Vertretern beider Staatsorgane, doch bin ich optimistisch, dass wir uns in Kürze auf das Gesetz einigen werden, dessen Grundzüge durch die Bundesregierung im Oktober 2006 beschlossen worden sind.

Ich könnte Ihnen den Inhalt des Gesetzesentwurfes nun lange referieren. An dieser Stelle möchte ich mich jedoch auf die wichtigsten Ergebnisse beschränken. Gerne kann ich in unserer anschließenden Diskussion auch noch auf weitere Details eingehen.

Inhalte der Gesundheitsreform 2007: vier Einzelreformen

Bei unserem Reformvorhaben handelt es sich eigentlich um vier Reformen: Eine

方面的、有意图的，甚至是完全错误地进行曲解。公共利益的调整与平衡当然是非常重要的，这种游戏形式进行了好几个月了，实际上也受到社会的反对了。有的情况下，参与者的专业性很强对谈判是很有帮助的。

私人医疗保险和统一保险费是分歧的难点

医疗卫生改革之所以经过这么长时间的谈判，其焦点问题就是：应该在多大程度上将私人医疗保险纳入到遵循互助原则的法定医疗保险体制中来？这种私人医疗保险模式是否应该取消或减小规模？德国是否应该实行普遍的全民保险的一种模式，或仍按现在的多种模式运行？还有一个双方激烈争论的问题：不管是实行统一的医疗保险费，还是实行依据收入多少交纳医疗保险费，数额到底应该定多少？

联邦政府的法律草案

政府两党之间的谈判最终以《医疗卫生改革基本要点》的形式公布于众。这个改革的基本要点，就是主管的联邦卫生部对此项法律草案继续细化的基础文件。这个草案于2006年10月底在联邦内阁原则通过，并送交议会立法程序。我前面已经简要阐述了德国议会的立法程序。

2007年1月19日，联邦议院将审议通过这部法律，之后还要获得联邦参议院的通过。目前，议、参两院的代表仍在就很多问题进行非正式的商谈，但我是非常乐观的，联邦政府2006年10月通过的《医疗卫生改革法案基本要点》不久将成为正式法律。

我可以在此向各位报告这部法律草案的内容，但需要很长时间，所以，我只介绍最重要的内容，在随后的讨论中可以再谈细节内容。

2007年医疗卫生改革的内容：四个方面的改革

Strukturreform, eine Organisationsreform, eine Finanzreform und eine Reform des Systems der Privaten Krankenversicherung. Gleichzeitig stellt das Vorhaben die erste Gesundheitsreform seit den 1970er Jahren dar – und das möchte ich besonders hervorheben –, bei der es zu keiner Einschränkung des gesetzlichen Leistungsangebotes und zu keiner Zuzahlungserhöhung kommt.

Fokus: effizientere Mittelverwendung und Reform der Finanzstrukturen

Um dies zu realisieren, steht im Mittelpunkt der Gesundheitsreform – oder, besser gesagt, der vier in ihr enthaltenen Reformen – insbesondere eine effizientere Mittelverwendung und eine Reform der Finanzierungsstrukturen, damit im Gesundheitswesen eine größere Wirtschaftlichkeit erzielt werden kann. Jeder Euro, der in unser Gesundheitssystem fließt, soll den größtmöglichen Nutzen bringen.

Strukturreform

Mit der Strukturreform wollen wir effizientere Strukturen im Bereich der Leistungserbringung schaffen und unterschiedliche Versorgungsbereiche enger miteinander verzahnen. Wir setzen Anreize zur Senkung von Arzneimitteln, führen eine verbesserte Wirtschaftlichkeitsbewertung von Medikamenten und Behandlungsmethoden ein und optimieren die Verknüpfung zwischen ambulanter Versorgung, der Versorgung im Krankenhaus, den Rehabilitationsmaßnahmen und der Pflegeversorgung. Durch die vorgesehenen Effizienzsteigerungen erhoffen wir uns eine deutliche Leistungsverbesserung zum Wohle der Patientinnen und Patienten.

Organisationsreform

Die Organisationsreform zielt darauf ab, die Anzahl der Verbände und Gremien im Gesundheitswesen zu verringern, um Entscheidungen der Selbstverwaltung zu straffen und somit zu beschleunigen. Auch Fusionen zwischen einzelnen Krankenkassen wollen wir erleichtern, um Verwaltungskosten einzusparen. Darüber hinaus richten wir weitere Anreize im Gesundheitssektor so aus, dass das System insgesamt effizienter werden kann.

Finanzreform

Die Finanzreform sieht die Schaffung eines sogenannten „Gesundheitsfonds“ vor, einer Art virtueller Verrechnungsstelle. Zwar zahlen alle Versicherten auch weiterhin ihren Krankenversicherungsbeitrag in Abhängigkeit von ihrem jeweiligen Einkommen, doch fließt dieser Beitrag zunächst in einen Fonds ein. Aus diesem Fonds erhalten die

我们的改革计划包括四个方面的改革：结构方面的改革，组织方面的改革，融资方面的改革和私人保险机构的改革。同时，这个改革计划也是自上世纪70年代以来的第一部医疗卫生改革计划。我要特别强调，改革计划没有限制法定医疗保险的服务功能，同时也没有限制医疗费用的增长。

焦点：有效使用资金和改革融资结构

明确地讲，在医疗卫生改革四个方面的改革任务中，提高资金使用效率和实现融资结构改革是改革的中心目的。提高资金使用效率和改革融资结构，将使德国的医疗卫生事业获得更大的经济活力。流入我们医疗卫生体系中的每一欧元，都应该发挥最大的利用率。

结构改革

关于结构改革，我们希望在医疗服务领域创造更有效率的结构，同时，要使各种不同的医疗服务部门紧密配合。我们鼓励降低药品价格，从经济角度改善对药品和治疗方法的评估方式，实现在门诊治疗、住院治疗、康复治疗和护理治疗几种方式中的优化选择。我们希望，通过效率的提高，医疗服务功能将得到明显改善，造福于患者。

组织机构改革

组织机构改革的目的在于，减少医疗卫生领域的各种协会、联合会的数量，从而减少并加快自我管理机构作出决定。为了节约管理费用，我们也希望各类医疗保险机构能更容易地进行合并。此外，为了使医疗卫生体制更有效率，我们还制定了其它激励政策。

融资改革

关于融资方面的改革，我们计划建立一个“医疗卫生基金”，就是一个进行

Krankenkassen dann individuelle Zuweisungen, die danach variieren werden, ob es sich bei dem Versicherten um eine Person handelt, die aufgrund ihres Alters, bestimmter Krankheitsfaktoren oder ihres Geschlechts einen erhöhten Behandlungsbedarf und somit höhere Kosten erwarten lässt. Damit gleicht dieser Fonds unterschiedlich starke Belastungen zwischen den Kassen durch einzelne Versicherte vollständig aus. Dies betrachten wir als Ausdruck der gesamtstaatlichen Solidarität.

Reform der PKV-Regelungen

Das System der Privaten Krankenversicherungen – und das ist der vierte Reformbestandteil – wird in diesen Fonds miteinbezogen und dadurch stärker an die solidarische Ausrichtung unseres gesamten Krankenversicherungswesens herangeführt.

Wettbewerb führt zu besserer Versorgung

Die Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitssektor wird nicht nur Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung insgesamt verbessern, sondern für jeden einzelnen spürbare Verbesserungen mit sich bringen. Noch stärker als bislang wird sich die medizinische Versorgung am Bedarf und den Interessen der Versicherten orientieren und darauf ausgerichtet sein, manche heute noch bestehenden Ineffizienzen zu beseitigen.

Neue Strukturen als Reaktion auf die Wettbewerbsanforderungen

Verbunden mit den neuen Wettbewerbsfeldern werden sich die Struktur und Organisation der Leistungserbringer und der Krankenkassen deutlich verändern. Die Krankenkassen müssen sich zu Organisationen entwickeln, die den erhöhten Wettbewerbsanforderungen in Zukunft gerecht werden können. Mit den im Rahmen unserer Reform vorgesehenen Maßnahmen zur Organisationsreform und zur Straffung der Verbände schaffen wir die notwendigen Voraussetzungen dafür. Gleichzeitig geben wir dem Wettbewerb jedoch einen klaren Rahmen, der sicherstellt, dass sich an der solidarischen Ausrichtung unseres Gesundheitssystems insgesamt nichts verändern wird – trotz des Wettbewerbs innerhalb des Systems!

Ausblick des Reformvorhabens

Hinter den von mir ausgeführten Grundlinien des Reformvorhabens stehen tiefgreifende Veränderungen unseres Gesundheitswesens, die Besitzstände in Frage stellen, allen Beteiligten ein hohes Maß an neuem Denken und Handeln abverlangen und in weit höherem Maße noch als das vorangegangene Reformprojekt aus dem Jahr 2004 die

帐面结算的机构。尽管所有医疗保险参保人继续按照个人收入的多少交纳医疗保险费，但这些医疗保险费首先流入新建立的“基金”中。然后，医疗保险机构再从这个“基金”中得到用于每个医疗参保人的医疗费用。根据医疗参保人个人的情况不同，每个参保人的医疗费用是有差别的。老人、已患疾病的人，包括性别的不同，可能需要更多的治疗照顾，因此，其医疗费用也会提高。不同健康状况的参保人可能会给医疗保险机构增加更多医疗费用的负担，针对这种情况，“医疗卫生基金”将在资金供给方面采取平衡政策。我们认为，这是在全国范围实现互助原则的体现。

私人医疗保险机构的改革

这是四个方面改革的一部分。私人医疗保险体制也要被纳入这个“基金”之中，借此促使私人医疗保险政策向我们在医疗保险体制中普遍实行的互助性原则转变。

竞争将带来更好的服务

在医疗卫生部门强化竞争，不仅是要全面改善医疗服务的质量和效率，而且要使任何改善的成果具体体现出来。应该更积极地，按照参保人的需求和利益来调整医疗服务，减少那些至今仍无效率的事发生。

满足竞争要求的新的结构

关于什么是新的竞争领域，医疗服务的承担者（医生和医院）以及医疗保险机构的结构和组织，明显是需要改革的领域。医疗保险机构将来必须发展成能适应竞争并不断提高的一个组织。我们的改革方案中关于机构改革和减少各种联合会和组织的措施，就是为提高竞争性创造前提条件。同时，我们对增强竞争的改革还制定了一个明确的前提，这就是：尽管要强调体制内的竞争，但是，我们在医疗卫生事业中实行的互助性原则丝毫也不能改变。

Versorgungslandschaft in Deutschland verändern werden.

Fazit des Reformvorhabens

Insgesamt ist es der Regierungskoalition mit der Gesundheitsreform 2007 gelungen, ein Konzept zu entwickeln, das angesichts der nicht zu leugnenden Ineffizienzen des Gesundheitssystems und vor dem Hintergrund der großen Herausforderungen des demographischen Wandels sowie des medizinisch-technischen Fortschritts sicherstellt, dass wir drei wichtige Ziele auch künftig erreichen werden: Unser Gesundheitssystem bleibt finanzierbar, die Qualität der gesundheitlichen Leistungen wird weiter gesteigert und auch in Zukunft werden die Versicherten alle notwendigen medizinischen Leistungen nach aktuellem Stand des wissenschaftlichen Fortschritts erhalten, unabhängig von der Höhe des individuellen Beitrags jedes einzelnen. Damit leisten wir einen wesentlichen Beitrag zur Zukunftssicherung unseres Sozialstaates und zur Festigung der wirtschaftlichen Grundlagen unseres Landes.

V. Schluss

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich hoffe sehr, dass es mir gelungen ist, Ihnen mit meinen Ausführungen die groben Züge unseres deutschen Regierungssystems nahezubringen und damit Ihr Verständnis für den Rahmen zu wecken, in dem sich die Gesetzgebung und der Interessenausgleich unseres gesundheitspolitischen Reformvorhabens vollzieht, das wir in wenigen Tagen als Gesetz beschließen werden.

In Deutschland, wie auch den meisten der anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union, stehen die sozialen Sicherungssysteme vor großen Herausforderungen, die sich größtenteils durch den demographischen Wandel und einem wirtschaftlich bedingten Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse ergeben. Deshalb ist es wichtig, dass wir uns den Herausforderungen stellen und Veränderungen beschließen, die mitunter durchaus Mut und politische Standhaftigkeit verlangen. Gerade in dem selbstverwalteten Gesundheitssystem meines Landes sind an den politischen Richtlinien und deren Umsetzung die unterschiedlichsten Organisationen und Institutionen und somit auch die unterschiedlichsten Interessen beteiligt, was den erfolgreichen Abschluss einer einschneidenden Reform alles andere als erleichtert.

Man kann darüber lamentieren und die oft unsachliche öffentliche Auseinandersetzung beklagen. Ich empfinde diese Herausforderung jedoch vorwiegend als Ansporn, sich mutig dafür einzusetzen, dass die medizinische und soziale Absicherung im Krankheitsfall auch zukünftig dem Solidarprinzip folgt: Jeder, der krank ist, soll

改革计划的前景

我所阐述改革计划的基本原则，将给我们的医疗卫生事业带来深刻的变化。这些变化对所有人提出了很高的要求，必须更新思维和行为方式。这次医疗卫生改革比2004年的改革程度更高，将大大改变德国的医疗服务环境。

改革计划的结果

总体讲，2007年的医疗卫生改革对德国大联合政府来说，是一个成功的改革方案。面对医疗卫生体制中无法否认的低效率现象，面对人口结构变化带来的巨大挑战，面对医学技术方面的不断进步，2007年的医疗卫生改革，将保证我们未来也能实现三个重要的目标，这就是：我们的医疗卫生体制将依然具有融资方面的保证；医疗服务的质量将继续得到提高；医疗保险参保人，不管其缴纳的医疗保险费是多少，未来都将获得符合当时科学进步水平的、必要的医疗服务。我们将为保证福利国家的未来、巩固我们国家的经济基础作出重要贡献。

四、结束语

尊敬的女士们、先生们：

我希望，我的讲解能使诸位了解我们德国的行政体制的大概轮廓，能使诸位理解即将成为正式法律的医疗卫生改革草案以及我们的立法程序与利益平衡政策的情况。

当前，德国及大多数欧盟成员国的福利保障体制遇到巨大的挑战，这种挑战主要是由于人口结构的变化以及受经济影响而造成具有福利保险责任的就业者的大量失业而造成的。因此，重要的是，我们要面对挑战，努力改革。改革需要勇气和政治坚定性。在我们国家实行自我管理模式的医疗卫生体制中，各种组织和机构以及不同利益团体，都参与政策方针的制定和政策方针的具体实施，因此，

auch weiterhin die notwendige medizinische und soziale Hilfe erhalten, und zwar unabhängig von Alter und Einkommen!

In diesem Sinne freue ich mich darauf, nun direkt im Anschluss mehr über das chinesische System der Sozialversicherungen zu erfahren und danach mit Ihnen die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen unseren beiden Ländern zu diskutieren. Ich bin mir sicher, dass unsere beiden Seiten viel voneinander lernen können und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

要成功地实现重要的改革计划是不容易的。

对此，人们可能会诉苦，对那些公开的、有偏见的分歧意见产生抱怨。但是，我把这种挑战看成是一种激励，使我们勇敢地去努力，使患病时的医疗和社会保障将来仍然能遵循我们的互助性原则：任何患者，不论其年龄和收入条件，都将能够继续得到必要的医疗和社会救助。

从这个意义讲，我很高兴现在能直接地、更多地了解中国的福利保险制度，以及之后与各位共同讨论我们两国的共同点和不同点。我肯定，我们双方能相互学习借鉴，感谢诸位！

Sozialversicherungen und Rolle der Gerichtsbarkeit in Deutschland

Susanne Becker, Richterin am Sozialgericht, Berlin

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

zu aller erst möchte ich mich ganz herzlich für Ihr Interesse an meinem Tätigkeitsbereich – der deutschen Sozialgerichtsbarkeit – und die Einladung zu diesem Seminar bedanken. Es ist mir eine große Ehre – und Freude - hier vor Ihnen als hochrangigem Fachpublikum über die Erfahrungen mit der sozialgerichtlichen Kontrolle in Deutschland zu referieren.

Ich möchte diese Chance nutzen, um Ihnen zunächst einen Überblick über die Rolle der Sozialgerichte innerhalb der deutschen Justiz zu geben sowie ihren Zuständigkeitsbereich und den Aufbau skizzieren. Im Anschluss daran werde ich Sie mit dem Ablauf des Verwaltungsverfahrens vertraut machen und sodann meinen Schwerpunkt auf die im Sozialgerichtsprozess geltenden Grundsätze und den Ablauf des Gerichtsverfahrens legen. An verschiedenen Stellen werde ich Ihnen auch Beispiele dafür geben, welche Anliegen bei uns verhandelt werden. Mit einem kurzen Fazit werde ich meine Ausführungen beenden.

I. Sozialgerichtsbarkeit im Justizsystem Deutschlands

Die 1953 eingeführte deutsche Sozialgerichtsbarkeit ist – international betrachtet – ein Exot, denn sie bildet einen eigenständigen Gerichtszweig neben weiteren vier Fachgerichtsbarkeiten. Auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts gibt es neben den Sozialgerichten noch die Verwaltungs- und Finanzgerichte, darüber hinaus die Arbeitsgerichtsbarkeit und die sog. ordentliche Gerichtsbarkeit mit ihrer Zuständigkeit für zivilrechtliche Streitigkeiten und Strafsachen. Historischer Vorläufer der Sozialgerichte in Deutschland waren seit Einführung der Sozialversicherungen Ende des 19. Jahrhunderts, Versicherungsämter, die in gerichtsähnlicher Weise zur Streitentscheidung berufen waren. Diese Ämter waren indes keine unabhängigen Gerichte, sondern unselbständige Untergliederungen von Verwaltungsbehörden, die neben Rechtsprechungs- auch Verwaltungsaufgaben erfüllten und in begrenztem Umfang zum Erlass von Rechtsvorschriften berechtigt waren. Nach Ende des zweiten Weltkrieges sollte im Sinne der Gewaltenteilung eine Trennung von Verwaltungsbehörden und Rechtsprechungsinstanzen auch im Bereich der Sozialversicherung verwirklicht werden, was zur Schaffung der Sozialgerichtsbarkeit führte.

德国的社会保险与司法的作用

苏珊娜·贝克尔 柏林福利法院法官

尊敬的女士们、先生们：

首先，我非常感谢诸位对我所从事的工作——德国福利法院的司法工作——感兴趣，并邀请我参加这个研讨会。我很荣幸，也很高兴，向在座的各位高级专家，就德国福利法院的工作及经验作一报告。

我想利用此机会，首先向诸位简要地阐述德国司法中的福利法院的作用，并扼要讲解福利法院的主管事务及组织结构。接着，让诸位了解福利法院管理工作的运作情况。随后，我将重点阐述福利法院诉讼程序中的适用原则和法院的审理程序。在每段内容的讲解过程中，我将举例说明我们德国所关切并讨论的重要问题。最后，我将对我的报告作一个简要总结。

一、德国司法体系中的福利法院的司法权

德国1953年实行的福利法院司法权，被国际社会看成是一种多余的东西。因为，福利法院司法权是除其它四个专业法院司法权之外，在法院系统中形成的一个独立分支。在公法领域，除了福利法院，还有行政法院和财政法院。此外，还有劳动法院以及专门主管民事纠纷和刑法案件的所谓普通法院。

德国在19世纪末建立了社会福利保险体制。当时，负责福利保险事务的部门，以近似法院的处理方式对各种福利纠纷作出调解和仲裁，这些负责部门就是现代德国福利法院的先驱者。那时，负责福利保险事务的部门并不是独立的法院，而是当地行政当局的下属机构。那时的行政当局不仅具有行政管理权，还有法律裁决权，一定范围内还具有法律法规的发布权。第二次世界大战结束后，行

Heute werden etwa 90 Prozent der sozialgerichtlichen Verfahren von Versicherten der verschiedenen Zweige der Sozialversicherung, Empfängern von Sozialleistungen oder deren Angehörigen oder Hinterbliebenen betrieben. Diese Zahl verdeutlicht die enorme Bedeutung, die dem Schutz und der Kontrolle individueller Rechtsansprüche der von den sozialen Sicherungssystemen erfassten Personen zukommt und spiegelt die Ausgestaltung des materiellen Sozialrechts in Deutschland wieder. Im Kern begründet dieses Sozialrecht einklagbare subjektive (öffentliche) Rechte der Versicherten und definiert klar Sozialleistungen, auf die der Einzelne bei Vorliegen der gesetzlich bestimmten Voraussetzungen einen unbedingten Anspruch hat. Die Kontrolle und Durchsetzung dieser Ansprüche und die Gewährung eines umfassenden Individualrechtsschutzes ist Kernbereich der Tätigkeit der Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland und prägt deren Organisation und Aufbau sowie das Verfahrensrecht.

A. Sachliche Zuständigkeit

Sachlich sind die Sozialgerichte zuständig für alle Streitigkeiten auf dem Gebiet der Sozialversicherung. Hierzu gehören die gesetzliche

- Kranken- und Pflegeversicherung
- die Rentenversicherung
- die Unfallversicherung
- die Arbeitslosenversicherung und Arbeitsförderung.

Außerdem

- die soziale Entschädigung bzw. Opferentschädigung (Kriminalität, Kriegsopfer, Soldatenversorgung)
- und seit nunmehr zwei Jahren (2005) die Sozialhilfe und Grundsicherung für Arbeitslose.

Die Differenziertheit der verschiedenen Gerichtszweige mag auf den ersten Blick unübersichtlich erscheinen oder die Frage aufwerfen, ob der Rechtsschutz nicht durch komplizierte Zuständigkeitsstreitigkeiten verzögert oder gar vereitelt wird. In der Praxis entstehen derartige Probleme jedoch äußerst selten, da in den Prozessordnungen die Zuständigkeiten der verschiedenen Gerichtszweige detailliert beschrieben und Zweifelsfragen weitgehend geklärt sind. Für die Kläger gibt es zudem einen weiteren Schutz: Hält sich ein Gericht für unzuständig, darf es die Klage nicht einfach als unzulässig abweisen, sondern muss das Verfahren, an das seiner Meinung nach zuständige Gericht verweisen. Dieses Gericht ist und bleibt dann sachlich zuständig, auch wenn es die Verweisung für falsch hält und diese vielleicht auch tatsächlich

政权与司法权分离的原则在福利保险领域也实现了，行政当局必须与法律判决机构分开，最终导致德国福利法院的建立。

如今，福利法院审理的大约90%的诉讼，都是各类社会保险机构的参保人、接受社会救助者、被救助者家属或遗属提出的。这个数据承载着巨大的意义，反映出国家对社会保险体系中的个人提出的合法要求的保护和监督，反映出德国的关注实物利益的福利法的运用情况。实质上，福利法是以被保险人可诉讼的主体（公）权为基础的，将社会福利的服务内容与范围予以明确的定义。个人在法律有规定的前提条件下，可在社会福利的服务范围内无条件地提出要求。审核和落实这些要求并对个人权利实行全面保护，就是德国福利法院工作的核心内容。法院的组织与结构，包括诉讼程序对法院的工作也产生着影响。

A、业务管辖权

福利法院的业务是负责审理福利保险领域的所有纠纷，包括：

- 法定医疗保险和护理保险
- 法定养老保险
- 法定工伤保险
- 法定失业保险和促进就业。

还有：

- 社会赔偿以及死亡赔偿（因刑事、战争和服兵役原因）
- 自2005年实行的社会救济和失业者的基本保障。

德国法院体系中的各分支法院的差别，粗看是分不清的，反而会产生这样的疑问：法律保护是否会因复杂的主管权纠纷而被延误了，甚至被破坏了？但在实践中出现这类情况是非常罕见的，因为在诉讼法中，各法院分支的主管权已有明细分工，疑难问题得到详细解释。对诉讼人还有其它形式的保护，比如：如果一个法院的司法范围不包括诉讼人起诉的事务，这个法院不能简单地以“不是主管

nicht im Einklang mit der gesetzlichen Zuständigkeitsregelung steht. Übermäßige Verzögerungen bei der Behandlung von Klagen werden so vermieden.

B. Beteiligte und typische Fallkonstellationen

Welche Akteure der Sozialversicherung können sich nun bei Verfahren vor dem Sozialgericht gegenüber stehen? Ich möchte hierzu vier Gruppen bilden:

1. Ca. 90 % der Klagen werden von Versicherten (v.a. Beschäftigten) oder ihren Angehörigen (Ehegatten, Kindern, Hinterbliebenen) erhoben und richten sich gegen einen der Sozialversicherungsträger. Bei diesen Klagen kann es z.B. um folgende Streitgegenstände gehen:

- das Bestehen von Versicherungsschutz
- die Gewährung von Leistungen, deren Art oder Höhe
- Höhe und Zahlung von Beiträgen
- Unzufriedenheit mit der Verwaltungstätigkeit der Behörde bzw. deren Untätigkeit

2. Als zweite Gruppe gibt es Streitigkeiten zwischen Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern:

- Zahlung und Höhe von Beiträgen; dies insbesondere in Folge von Betriebsprüfungen, die von den Sozialversicherungsträgern regelmäßig (alle vier Jahre) bei den Arbeitgebern durchgeführt werden. Dabei wird v.a. die korrekte Anmeldung der versicherten Arbeitnehmer, die Berechnung und Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge kontrolliert. Ergeben sich Fehler, fordern die Sozialversicherungsträger ausstehende Beiträge gegebenenfalls von den Arbeitgebern nach.
- Das Bestehen von Sozialversicherungs- (und Beitrags-)pflicht für Beschäftigte.
- Die Gewährung von Leistungen, z.B. in Form von staatlichen Zuschüssen für die Beschäftigung von Langzeitarbeitslosen.

3. Darüber hinaus werden vor den Sozialgerichten auch Streitigkeiten zwischen verschiedenen Sozialversicherungsträgern verhandelt, bei denen es oft um Erstattungsfragen geht. Ein Beispiel hierfür sind Kosten stationärer Rehabilitationsleistungen, wenn etwa zwischen Rentenversicherung und Krankenkasse Streit darüber besteht, wer die Leistung zu erbringen hat. In vergleichbare Streitigkeiten können auch andere Akteure verwickelt sein, etwa kommunale Behörden wie das Sozialamt.

部门”的理由退回起诉书，而必须将这起诉讼转送到其认为主责的另一家法院。如果起诉书的转送依然是错误的，而且这个诉讼程序的内容可能在实际中与法定的各法院的主管权均不吻合，那么递交的头一家法院必须依然负责此项诉讼的审理。这样的处理规定将可避免诉讼审理被无限期的拖延。

B、当事人和典型案例

福利保险领域的哪些部门会成为福利法院审理程序的当事人呢？我想在这里列出4组纠纷较大的矛盾体：

1、第一组，约90%的诉讼案是参加各类福利保险的参保人（就业者）或其亲属（配偶、子女、遗属）提出的，起诉的对象是福利保险管理部门。

这些诉讼案例可能会涉及如下纠纷：

- 福利保险是否得到了保障
- 福利保险内容，包括方式和程度是否得到保证
- 保险费的高低与交纳
- 对管理当局的工作以及不作为行为不满意

2、第二组，雇主与福利保险管理部门的纠纷：

- 保险费的交纳与交纳多少。企业主交纳多少保险费要在企业经受福利保险管理部门的检查之后确定。福利保险管理部门定期（4年一次）对企业进行检查，检查项目包括企业中参加福利保险的被保险人的具体情况、福利保险费的计算和交纳情况。如果企业申报的情况与实际检查的情况不相符，福利保险管理部门将要求企业主补交福利保险费。
- 员工是否履行了承担社会保险（和交纳保险费）的义务
- 福利金是否得到保证，例如国家给长期失业者的就业补贴

3、第三组，各类福利保险部门之间的纠纷

福利保险部门之间经常出现费用转付的问题，我这里用住院恢复治疗的费用

4. Vor allem im Recht der Krankenversicherung gibt es als vierte größere Gruppe schließlich noch Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Sozialversicherungsträgern. Dies ist dem sog. Sachleistungsprinzip geschuldet, d.h. die Krankenkassen zahlen keine Geldleistungen aus (Kostenerstattung), sondern schließen Vereinbarungen mit Dritten – z.B. Krankenhäusern, Apotheken, Ärzten, Pflegediensten – die die Versicherten im Krankheitsfall dann direkt versorgen. Diese Leistungserbringer stehen in vertraglichen Beziehungen zu den Krankenkassen als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwischen Krankenkassen und den sog. „Leistungserbringern“ kann es Streit über das Maß und die Notwendigkeit der erbrachten Leistungen geben, über die Preise der Leistungen, deren Qualität, Fragen der Abrechnung, Beendigung der Vertragsbeziehungen etc. Beispiele hierfür sind immer wieder Verfahren, in denen es um die festgesetzte Höhe der Preise von Arzneimitteln geht oder um die Höhe von Krankenhauskosten bzw. die medizinisch notwendige Dauer von Krankenhausbehandlungen.

C. Berührungspunkte mit anderen Gerichtszweigen

Nachdem der Zuständigkeitsbereich der Sozialgerichte hiermit umrissen ist, stellt sich die Frage, ob es auch Überschneidungen mit anderen Gerichten gibt. Ja und nein.

Die gesetzliche (= staatliche) Sozialversicherung, die man – zum besseren Verständnis – auch als 1. Säule oder Grund- oder Basissystem bezeichnen kann, fällt ausschließlich in den Zuständigkeitsbereich der Sozialgerichtsbarkeit. Werden indes ergänzende Versicherungen abgeschlossen (2. oder 3. Säule) gehört dies nicht mehr zur gesetzlichen Sozialversicherung im engeren Sinne (des SGG). Besteht neben der gesetzlichen Rentenversicherung z.B. eine betriebliche Altersversorgung, zählt diese sachlich zum Arbeitsverhältnis und fällt in die Zuständigkeit der Arbeitsgerichte. Klagen im Zusammenhang mit Verträgen privater Versicherungsgesellschaften (z.B. private Rentenversicherungen oder Fondssparpläne bzw. private Kranken-Zusatzversicherungen) sind zivilrechtliche Streitigkeiten, die vor den Amts- oder Landgerichten verhandelt werden. Dies gilt auch dann, wenn – wie bei einer privaten Altersvorsorge in Form der sog. Riesterrente – der Aufbau einer 2. Säule der Alterssicherung staatlich gefördert wird.

Die Beamtenversorgung schließlich ist rein öffentliches Recht und gehört zum originären Zuständigkeitsbereich der Verwaltungsgerichte.

Lassen sie mich noch einige Worte zur Arbeitsgerichtsbarkeit sagen: Traditionell

来举例说明。养老保险机构和医疗保险机构经常为谁来承担住院恢复治疗的费用发生争吵，同样，其它各类保险机构也会卷入类似的纠纷之中，如地区管理当局和福利保险机构。

4、第四组，医疗服务的直接承担者和医疗保险部门之间的纠纷

这组矛盾在医疗保险领域中也是较大的一对矛盾。这组矛盾要归罪于所谓的实物偿付原则，就是说，医疗保险部门不直接付钱（报销费用），而是与第三方，如医院、药房、医生、护理疗养机构签定协议，要求他们在医疗保险参保人生病期间直接提供医疗服务。这些医疗服务的直接承担者与作为法定医疗保险制度的代表的医疗保险机构，是合同式的关系。医疗保险机构和所谓“医疗服务承担者”之间，经常可能在医疗服务的必要性和程度问题上发生纠纷。分歧的问题还有：医疗服务的价格和质量问题、结算问题、解除合同问题等。我们经常审理的诉讼有：药品价格的确定、住院费用的支付以及住院治疗的必要时间。

C、与其它分支法院的共同点

在简述了福利法院的司法权范围之后，就会产生这样的疑问：不同法院的司法责任是否会重叠？是，还是不是？

法定的（即国家的）福利保险是福利法院司法管辖权的专管事务。为了使大家更好的理解，我们把法定的福利保险看成是第一根支柱，或基础体系。如果同时还签定补充保险（可以看成是第2或第3根支柱），那就不再是（福利法定定义中的）法定福利保险了。例如，除了法定的养老保险外，还有企业性质的养老保险，但企业养老保险从内容上讲属于劳动关系范畴，因而也就属于劳动法院的司法管辖事务。与私人保险公司（如私人养老保险或基金储蓄，以及私人疾病辅助保险）签定的合同属于民事范畴，发生的诉讼属于民事纠纷，由普通法院或州级法院负责审理。所谓的“里斯特养老金”形式的私人养老保险就属于这种类型，建设养老保险的第二支柱也是国家大力提倡的。政府官员的养老保险完全属于公法范畴，是行政法院的主管事务。

ist zwar die abhängige Beschäftigung primärer Anknüpfungspunkt für die Zugehörigkeit zum versicherungspflichtigen Personenkreis und der Arbeitgeber ist an der Beitragszahlung (im Grundsatz) paritätisch beteiligt. Jedoch ist streng zu unterscheiden: Arbeitsrechtliche Streitigkeiten sind nur solche, in denen es um Ansprüche direkt aus dem Arbeitsverhältnis geht, also z.B. Lohn, Urlaub, Kündigung. Sozialversicherungsrechtlich muss man sich jedoch ein Dreiecksverhältnis vorstellen: Leistungsansprüche macht der Versicherte gegenüber den Sozialversicherungsträgern geltend, nie gegenüber dem Arbeitgeber. Dieser ist allerdings zur Abführung der Sozialversicherungsbeiträge – auch des Arbeitnehmeranteils – verpflichtet. Besteht diesbezüglich Streit, wird dieser ausschließlich zwischen Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger (Einzugsstelle) ausgetragen. Die Leistungsansprüche des Versicherten bleiben hiervon unberührt, auch wenn der Arbeitgeber – pflichtwidrig – die Beiträge nicht gezahlt hat. Das Kostenrisiko tragen insofern die Sozialversicherungssysteme quasi als Teil des solidarischen Ausgleichs. Es liegt daher im Interesse der Sozialversicherungsträger, die Beitragszahlung zu überwachen und durchzusetzen.

Das hat zur Folge: Arbeitgeber und Arbeitnehmer stehen sich beim Sozialgericht in der Regel nicht gegenüber! Allenfalls bei Streitigkeiten über das Bestehen von Versicherungsschutz (insbesondere einer versicherungspflichtigen Beschäftigung) können sie parallel beteiligt werden (Beiladung, s.u.).

II. Aufbau der Sozialgerichtsbarkeit

Der Instanzenzug in der Sozialgerichtsbarkeit ist dreistufig: als 1. Instanz gibt es auf regionaler Ebene Sozialgerichte, die sich in ihrer Größe z.T. deutlich unterscheiden. Die Bandbreite reicht von kleinen ländlichen Gerichten mit kaum mehr als 4 Richtern zu großstädtischen Sozialgerichten, wie dem in Berlin mit inzwischen rund 80 Richterstellen. Insgesamt gibt es in Deutschland derzeit 1.222 Richter und Richterinnen in der Sozialgerichtsbarkeit. Auf der Ebene der Bundesländer gibt es als 2. Instanz die Landessozialgerichte und als 3. Instanz schließlich das Bundessozialgericht in Kassel. Während Sozialgerichte und Landessozialgerichte jeweils Tatsacheninstanzen sind, handelt es sich beim Bundessozialgericht um ein Revisionsgericht, das auf eine Überprüfung in rechtlicher Hinsicht beschränkt ist.

Allen drei Instanzen gemeinsam ist, dass die Spruchkörper nicht allein von Berufsrichtern gebildet werden. Bei den Sozialgerichten gibt es Kammern mit einem Berufsrichter und zwei ehrenamtlichen Richtern als Beisitzern, bei den Landesgerichten

请允许我就劳动法院司法权多谈几句。从传统意义上讲，就业者并不是自由的，是属于要承担保险义务的群体。雇主也有平等交纳保险费的义务，但这是有严格的区别的：劳动法方面的纠纷只是直接涉及劳动关系的那些事由，如工资、休假、解雇等。关于福利保险的法律方面，必须先了解一种三角关系，这就是：被保险人提出的事关福利的要求是针对福利保险部门的，而不是针对雇主的。当然，雇主与雇员一样，都承担交纳保险费的义务。如果这方面存在纠纷，完全是由雇主和福利保险部门（福利保险费的收纳部门）承担责任。即使雇主实际上违反了应承担的法律义务，没有交纳福利保险费，被保险人对福利的合理要求也绝不允许触动。此时出现的费用危机完全要由福利保险体制来承担，在这个体制内实行互助平衡原则。因此，从福利保险部门的利益出发，要对企业交纳保险费的情况进行监督和管理。

产生的结果是：雇主和雇员在福利法院中一般不是对立的、不是相互敌视的！在有关福利保险是否得到保障的纠纷中（特别是有关承担保险义务的人员时），双方是平等参与审理程序的。

二、福利法院的结构

福利法院的机构设置分为三级。第一级是地区一级的福利法院，这一级法院的规模差别很大，从乡村地区福利法院约4个法官到柏林这种大城市法院约80个法官不等。目前，全德这一级福利法院总共有1222名男女法官。第二级是建立在联邦州一级的州福利法院。第三级就是位于德国卡塞尔的联邦福利法院。地区福利法院和州福利法院在诉讼审理方面是按诉讼内容分工的，联邦福利法院实际上只是一个复审法院，其工作范围集中于从法律角度对诉讼结果进行复审。

在所有三级福利法院中，审判官的队伍并不完全由职业法官组成。在地区福利法院，审判庭是由一个职业法官和两个名誉法官组成的。在州和联邦福利法院，审判庭是由三个职业法官和同样两个名誉法官组成。重要的原则是，审判庭的所有法官对最终判决要持同样的意见。可以想象，在第一级，也就是地区福利

und beim Bundessozialgericht sind es jeweils Senate mit drei Berufsrichtern und ebenfalls zwei ehrenamtlichen Richtern. Bedeutsam ist, dass alle Angehörigen des Spruchkörpers gleiches Stimmrecht haben. In der 1. Instanz ist es also denkbar, dass die beiden Laien den Berufsrichter überstimmen! Die ehrenamtlichen Richter werden auf Vorschlag der Sozialpartner – d.h. der Verbände von Arbeitgebern einerseits und Arbeitnehmern bzw. Versicherten andererseits – ernannt und einzelnen Kammern zugewiesen. Für ihre Beteiligung lassen sich folgende Argumente anführen:

- Die ehrenamtlichen Richter bringen ihre berufliche Erfahrung und Hinweise aus der Praxis in die Entscheidungsfindung mit ein,
- ihre Beteiligung spiegelt die Rolle der Selbstverwaltung und die paritätische Finanzierung der Sozialversicherung wider und
- sie dienen der Vertrauensbildung, da sie als Laien Multiplikatoren sind, für einen fairen und dem Gesetz entsprechenden Verfahrensablauf und Urteilsfindung.

Kennzeichnend für die Gerichte aller drei Instanzen ist zudem, dass Fachkammern bzw. –senate gebildet werden, die jeweils für einzelne Sozialversicherungszweige (funktionell) zuständig sind. Hierdurch wird ein hohes Maß an Spezialisierung und dadurch Fachkenntnis gesichert. Bei großen Gerichten bearbeitet ein einzelner Richter Streitigkeiten aus einem oder zwei Sozialversicherungszweigen, bei kleineren Gerichten können dies in Einzelfällen auch mehrere Bereiche sein.

Im deutschen Justizsystem kommt der Unabhängigkeit und Weisungsfreiheit der Richterinnen und Richter von Verfassungsrang eine hohe Bedeutung zu. Wichtig ist deshalb, dass der gesetzliche Richter durch einen Geschäftsverteilungsplan gewährleistet ist, in dem jeweils zu Beginn eines Jahres die Zuständigkeit der einzelnen Spruchkörper festgelegt wird. Auch dies soll den Prozessbeteiligten die Unabhängigkeit und Unbefangenheit der Richter verdeutlichen. Die Unabhängigkeit der Richterschaft wird zusätzlich dadurch gewährleistet, dass Richter keinerlei Weisungen unterliegen – weder inhaltlich noch in verfahrensmäßiger Hinsicht – und nicht versetzt werden können.

III. Verfahren

Da das Gros der Klagen in der 1. Instanz bewältigt wird, will ich meine folgenden Ausführungen auf die Arbeit der Sozialgerichte konzentrieren. Hauptaufgabe der Sozialgerichtsbarkeit ist die Kontrolle des Verwaltungshandelns der Sozialversicherungsträger – v.a. bzgl. seiner Rechtmäßigkeit. Darüber hinaus

法院中，两个外行会否决一个职业法官的意见！名誉法官是根据福利关系伙伴——就是雇主联合会和雇员及被保险人协会——的建议任命并被派往各种法庭工作的。名誉法官参与法庭审理工作具有如下条件与原因：

- 名誉法官必须具备职业经验和有决策实践的证明，
- 名誉法官参加法庭审理体现出自我管理的作用和福利保险中共同融资的作用，
- 增强了信任，因为，名誉法官作为外行，是法庭能作出合理的、符合法律审理程序并作出最终判决的一个因素。

所有三级福利法院有一个特点，参加专业审判庭的名誉法官一般都是各福利保险机构的主管人士，这在很大程度上保证了审理过程更专业化。在大的法院中，一个法官将专门处理一个或两个福利保险部门的纠纷，而在小的法院，一个法官审理的诉讼可能涉及更多的部门。

在德国整个司法体系中，法官是独立的，不受任何指示的约束，这是宪法赋予的权力。因此，重要的是，通过业务分工计划保证法官在业务上更合格。业务分工计划就是每年年初确定每组法官主管的诉讼范围。同样，也要让法庭审理过程的所有参与者明白法官的独立性和不受干扰性。法官团体的独立性还将通过下列方式得以保证，就是不论是在诉讼内容还是诉讼程序方面都不受任何指示的约束，法官的独立性不容侵犯。

三、审理程序

因为大多数诉讼在第一级法院，即地区法院就审理结束了，所以我下面的介绍将集中于地区福利法院的工作。福利法院的主要任务是监督福利保险部门的管理工作以及其工作是否符合法律的要求。除此之外，法院也有监督立法机构的责任，特别是目前的改革法案若与德国宪法的要求——包括福利国家原则或平等原则——不相符的时候。

obliegt den Gerichten auch eine Kontrolle des Gesetzgebers, insbesondere wenn geltend gemacht wird, dass Reformgesetze mit den Anforderungen der Verfassung – insbesondere dem Sozialstaatsprinzip oder dem Gleichbehandlungsgrundsatz – nicht im Einklang stehen.

A. Verwaltungsverfahren

Zulässigkeitsvoraussetzung für eine sozialgerichtliche Klage ist deshalb regelmäßig die Durchführung und der Abschluss eines verwaltungsrechtlichen Vorverfahrens, das sich aus dem Verwaltungsverfahren selbst und dem Widerspruchsverfahren zusammensetzt. Seit 1981 sind sowohl Grundzüge des sozialrechtlichen Verwaltungsverfahrens als auch zahlreiche Details gesetzlich normiert (Sozialgesetzbuch – 10. Buch - SGB X). Dieses findet Anwendung für das gesamte Sozialrecht, also für Sozialversicherung, soziales Entschädigungsrecht, Sozialhilfe usw. Grundgedanken dieser Kodifizierung sind zweierlei: einmal die Prämisse, dass ein geordnetes und faires Verwaltungsverfahren für die Verwirklichung materiellen Rechts unverzichtbar ist und zudem die Erwartung, dass dieses auch ein Instrumentarium zur Streitvermeidung darstellt.

Folgende Verfahrensgrundsätze finden im Verwaltungsverfahren Anwendung – und gelten entsprechend auch für den Sozialgerichtsprozess:

- **Amtsermittlung:** Wendet sich jemand mit einem Begehren an die Behörde, ist es deren Pflicht, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln und bei der Entscheidung alle Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen; dies betrifft sowohl für den Antragsteller günstige als auch ungünstige Umstände! Die Behörde selbst bestimmt Art und Umfang ihrer Ermittlungen, an Beweisanträge oder das Vorbringen der Beteiligten ist sie nicht gebunden. Ratio: Durch eine möglichst vollständige Aufklärung des Sachverhalts soll Streit über die tatsächlichen Grundlagen der Entscheidung vermieden werden.
- **Akteneinsicht:** Dadurch, dass Beteiligte die Verfahrensakten einsehen können, wird Transparenz geschaffen mit dem Ziel, das Vertrauen der Betroffenen in die Arbeit der Behörden zu stärken. Geheimverfahren sind so ausgeschlossen!
- **Anhörung:** Vor einer Entscheidung, insbesondere dem Erlass eines belastenden Verwaltungsaktes muss die Behörde dem Betroffenen Gelegenheit geben, sich zu den erheblichen Umständen zu äußern. Dies ist vor allem dann von Bedeutung, wenn die Behörde neue, für den Betroffenen ungünstige Tatsachen ermittelt hat.
- **Beteiligung:** Sind Dritte von der Entscheidung betroffen (z.B. der

A、管理程序

提出事关福利法方面的诉讼的必要前提条件，一般是必须先进行一个按照行政法进行的预审程序。这个预审程序包括行政审理程序和对行政审理的结果不服的抗诉程序。自1981年起，福利法方面的行政审理程序以及审理程序的无数细节，都以法律形式予以明确定义（福利法全集 - 第10卷）。这部《福利法全集》包含了全部福利方面的法律，如福利保险法、社会赔偿法、社会救济法等法律的使用规则。编撰这部福利法典的基本考虑有两个不同的出发点：一是强调前提：就是制定一个规则的、合理的行政审理程序对于实体法的实现是不可放弃的。另一个是期待：就是运用一切可能的机制避免纠纷的产生。

下面的审理程序原则就是行政审理程序中使用的原则——也适用于福利法院的审理程序：

- **官方调查：**如果某人愿意求助行政管理部門（这是行政部門的责任）对某个案情进行调查，并要求在作出决定时考虑案情的所有情况，这不仅有利于提出要求的人，对麻烦的案例也是有利的！管理部門要确定自己对案情调查的方式与范围，不受其它证明材料和案情当事人的意见左右。通过对案情尽可能全面的了解，根据事实依据作出决定，从而避免案情双方的争执。
- **研究案卷：**参加案情调查的人认真审阅审理程序的各种案卷，可以增加案情的透明度，也能增强案件当事人对行政管理部門的工作的信任。增加透明度对秘密审理程序除外！
- **听证：**在作出决定前，特别是在发布一个可作为有罪的审理案卷前，行政管理部門必须给案件当事人机会来解释案卷中列举的情况。在提出新的、对当事人不利的调查事实时，给当事人以解释的机会更具重要性。
- **参与：**如果作出的裁决涉及到第三者（例如，一个就业者是否属于有交纳福利保险费责任的人，就涉及到他的雇主），管理部門就必须要求雇主也参与审理程序。

Arbeitgeber bei der Frage der Zugehörigkeit eines Beschäftigten zum versicherungspflichtigen Personenkreis) muss die Behörde ihn schon im Verwaltungsverfahren beteiligen.

- **Begründung:** Die Behörde muss ihre Entscheidung begründen und nachvollziehbar darlegen, welche tatsächlichen und rechtlichen Gründe sie zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Auch hierdurch wird Transparenz von Verwaltungshandeln gesichert und eine Nachprüfbarkeit ermöglicht.
- **Kostenfreiheit:** Das Verwaltungsverfahren ist gebühren- und auslagenfrei. Insbesondere müssen Versicherte die zum Teil hohen Kosten für die Erstellung medizinischer Gutachten auch bei negativem Ausgang nicht selber tragen.

Das Verwaltungsverfahren endet mit dem Erlass eines – in der Regel schriftlichen – Verwaltungsaktes, der allen Beteiligten gegenüber bekannt zu machen ist.

B. Widerspruchsverfahren

Ist ein Betroffener mit der Entscheidung nicht einverstanden, kann er binnen eines Monats Widerspruch einlegen. Dadurch erhält zunächst die Behörde Gelegenheit, ihre Entscheidung – in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht – zu überprüfen. Dies kann Aspekte wie die Folgenden betreffen: zutreffende und/oder vollständige Ermittlung des Sachverhalts, richtige Rechtsanwendung, Überprüfung von Ermessensentscheidungen (d.h. Entscheidungen über Rechtsfolgen, die vom Gesetz nicht zwingend vorgegeben sind, sondern der Behörde einen Spielraum für eigene Zweckmäßigkeitserwägungen lassen). Diese verwaltungsinterne Überprüfung erfolgt zweistufig:

- Zunächst überprüft die Stelle, die den Verwaltungsakt erlassen hat, ob dieser aufrechterhalten, geändert oder aufgehoben wird. Folgt sie dem Antrag der Betroffenen, kann sie dessen Widerspruch (ganz oder teilweise) selbst abhelfen; der Streit ist dann beendet.
- Wird dem Widerspruch nicht oder nur teilweise abgeholfen, wird die Sache einem sog. Widerspruchsausschuss vorgelegt. Dieser besteht aus einem hauptamtlichen Mitarbeiter des Sozialversicherungsträgers und ehrenamtlichen Vertretern aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber. Der Widerspruchsausschuss kann ebenfalls abhelfen oder – was in der Regel der Fall ist – einen (schriftlichen) Widerspruchsbescheid erlassen.

Zweck des Widerspruchsverfahrens ist zum einen die Gewährung von Rechtsschutz für die Betroffenen, aber auch die Selbstkontrolle der Verwaltung und - nicht zuletzt – eine Entlastung der Gerichte.

- **依据：**管理部门必须对作出的裁决提出依据并明确表示，是根据哪些事实和法律依据作出的判决，这样可保证审理工作的透明度和可复查性。
- **免费：**行政审理程序是不收费的。特别是被保险人不用承担价格有时很高的医疗鉴定费，败诉时更不用承担诉讼费。

审理程序一般以发布一个书面的判决书而结束，并通知所有当事人。

B、抗诉程序

如果当事人对判决不服，可以在一个月内提出抗诉。对此，行政管理部门应首先抓紧时间从事实和法律的角度重新审核自己作出的裁决，重新审核的工作包括下列内容：案例事实的调查是否实际和全面，法律的运用是否正确，还有对判决过程的检查（就是，法律程序的决定是否未严格依法进行，而是管理部门有意为自己的某些目的留下一定空间）。管理部门的内部审核分两级：

- 首先要审核公布法律案卷的地方，看其是否依然坚持了，或是更改和放弃了原来的案卷。如果管理部门研究了当事人的抗诉意见，可以全部或部分地就其抗诉的内容进行修补，之后，纠纷也可能就解决了。
- 如果抗诉没有完全或部分地予以解决，这件事就要提交给所谓的抗诉委员会。抗诉委员会由福利保险机构的一位主要负责人和被保险人及雇主方面的名誉代表组成。抗诉委员会可以对抗诉进行纠正，通常的情况是发布一个书面的抗诉答复。

抗诉程序的目的，一是保证当事人得到法律保护，二是使管理部门进行自我监督，最终可减轻法院的负担。

C、第一级福利法院的诉讼审理程序

如果当事人对行政管理当局的抗诉答复仍不认可，他可以在一个月内向福利法院提出诉讼。

1、诉讼程序的原则

C. Sozialgerichtliches Verfahren der 1. Instanz: Sozialgericht

Akzeptiert der Betroffene auch den Widerspruchsbescheid nicht, kann er - wiederum binnen eines Monats - beim Sozialgericht klagen.

1. Verfahrensgrundsätze

Als Tatsacheninstanz überprüfen die Sozialgerichte die Tätigkeit der Behörde und die Verwaltungsentscheidung nicht nur auf ihre Rechtmäßigkeit. Sie treffen vielmehr eine eigene Sachentscheidung, weshalb auch im sozialgerichtlichen Verfahren der Grundsatz der Amtsermittlung gilt. Dies bedeutet, dass auch das Gericht von Amts wegen eigene Ermittlungen bzgl. aller Umstände vornimmt, die seiner Ansicht nach für die Entscheidung des Rechtsstreits bedeutsam sind. In Einzelfällen kann dies entbehrlich sein – etwa wenn die Behörde den Sachverhalt bereits gründlich aufgeklärt hat, auch der Kläger keine neuen Tatsachen vorbringt oder allein eine Rechtsfrage streitig ist. Dann kann das Gericht von eigenen Ermittlungen absehen und auf der Basis des unstreitig festgestellten Sachverhalts eine Entscheidung treffen. In der Regel werden aber von den Gerichten weitere Ermittlungen angestellt. Dazu gehört:

- die Beziehung und Einsichtnahme in Akten anderer Sozialversicherungsträger, Behörden oder Gerichte
- die Einholung von Auskünften aller Art sowohl bei den Beteiligten als auch bei Dritten
- die Vernehmung von Zeugen
- Anforderung von Urkunden und sonstiger schriftlicher Unterlagen
- die Einholung von Sachverständigengutachten, was vor allem bei medizinischen Fragen (z.B. Erwerbsunfähigkeit) eine große Rolle spielt.

Zum Umfang der Ermittlungen gilt auch hier, dass dies im Ermessen des Gerichts steht, das an Anträge und Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden ist und den Sachverhalt im Zweifel auch insoweit überprüfen kann, als er nicht angegriffen worden ist (Prinzip der materiellen Wahrheit).

Bezüglich der Beteiligungsrechte gilt im Grundsatz das oben Gesagte. Sind Dritte von der Entscheidung betroffen, sind diese zum Verfahren beizuladen. Sie haben dann das Recht, sich zum Streitgegenstand zu äußern und können sich mit Anträgen aktiv am Verfahren beteiligen.

Ebenso besteht auch im Gerichtsverfahren ein Recht auf Akteneinsicht.

作为主管法院，福利法院不仅要检查行政当局的工作及作出的裁决是否符合法律规定，更多的情况是要自己对这个案件作出决定，所以，官方调查的原则也适用于福利法院的审理程序。这意味着，福利法院可以从官方角度优先采用自己对案件情况的调查，法院认为，自己的调查对法律争端的判决意义重大。福利法院对案情的独立调查在个别案例中有时也是多余的，就是在行政当局对案件事实已经作出根本的澄清，而且起诉人也不再提出新的事实根据或仅有法律方面的一点问题时。此时，福利法院就可不再进行独立调查，在无争议的事实确定的基础上作出判决。一般情况是，福利法院还要进行其他方面的调查，内容包括：

- 调阅其它福利保险部门、行政当局或法院的案卷
- 以各种形式征求案件当事人以及第三方的意见
- 听取证人说明
- 要求提供原始证明和其它文字材料
- 征求专家组的鉴定，特别是在医疗问题上（如是否具备劳动能力），这是非常重要的。

福利法院确定的调查范围不受当事人的申诉和其它证明材料的约束，在产生怀疑的情况下可以重新审查案情，就像之前没有进行审核一样（物质真实原则）。

关于参与权问题，前面已经在基本原则内容中讲到了。如果判决涉及到第三方，他将被传招出庭。他有权对纠纷事件进行说明，也可以更主动地以文字申诉材料参与审理程序。同样，在法院审理程序中也有权调阅案卷。

其它必须明确的是：进入福利法院之前的程序方面的障碍要特别的低。除了对被保险人基本免除法院审理费用之外，特别不能强迫其聘请代理人，就是说，被保险人不必聘请律师或委托代理人出庭辩护。被保险人也不必一定要明确地解释他的诉讼请求，如果申诉人的意愿和请求可以从他提交的申诉材料中推论出来，这就足够了。举例说明，如果申诉人有依据证明他的养老金太低了，这就足

Des Weiteren ist festzustellen, dass die verfahrensrechtlichen Hürden für den Zugang zu den Sozialgerichten äußerst niedrig sind. Neben der grundsätzlichen Kostenfreiheit für Versicherte besteht vor allem kein Vertretungszwang, d.h. die Versicherten müssen keinen Rechtsanwalt oder sonstigen Vertreter beauftragen. Sie müssen ihr Klagebegehren auch nicht bestimmt formulieren. Es reicht vielmehr, wenn sich das Begehren des Klägers aus seinem Vorbringen (konkludent) ergibt. Ausreichend ist beispielsweise, wenn jemand geltend macht, seine Rente erscheine ihm zu niedrig; es ist dann Aufgabe des Gerichts zu überprüfen, ob Berechnungsfehler vorliegen. Von den Betroffenen wird also keine detaillierte Kenntnis der komplizierten sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften erwartet. Diese formelle „Nachsicht“ wird flankiert von Ausklärungs- und Hinweispflichten, die die Richter auch verpflichten, die Kläger auf sachdienliche Anträge hinzuweisen.

Schließlich ist das sozialgerichtliche Verfahren das einzige Gerichtsverfahren in Deutschland, das für die Versicherten und Leistungsempfänger nicht mit einem Kostenrisiko verbunden ist. D.h. diese Personen müssen weder Gerichtskosten noch die Prozesskosten der Gegenseite tragen. Lediglich der eigene Anwalt muss selbst bezahlt werden, wenn der Prozess erfolglos bleibt. Für Bedürftige gibt es hier allerdings die Möglichkeit Prozesskostenhilfe zu beantragen. Wird diese bewilligt, werden die Anwaltskosten direkt vom Staat beglichen.

2. Verfahrensarten

Ich möchte nun etwas näher darauf eingehen, mit welchen Anträgen sich Betroffene an das Sozialgericht wenden können. Dabei werde ich mich auf Klagen von Versicherten bzw. Leistungsempfängern und Arbeitgebern konzentrieren.

Wirft ein Betroffener der Behörde eine zu langsame Behandlung seiner Angelegenheit vor, kann er nach Ablauf bestimmter Fristen Untätigkeitsklage erheben. Eine solche Klage ist zulässig, wenn über einen Antrag nicht binnen sechs Monaten und über einen Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten entschieden worden ist. Das Gericht befasst sich dann nur mit den Gründen für die zögerliche Verwaltungstätigkeit und prüft, ob die Behörde durch sachliche Gründe an einer zeitnahen Entscheidung gehindert war. Kann die Behörde solche Gründe darlegen (z.B. Notwendigkeit umfangreicher Ermittlungen, Gutachten), ist die Klage abzuweisen. Fehlen nachvollziehbare Gründe für die Untätigkeit, kann das Gericht die Behörde verpflichten, binnen einer bestimmten Frist eine Entscheidung zu treffen. Selbst trifft das Gericht in diesen Fällen eine Sachentscheidung nicht!

够了。之后，福利法院要审核的任务是：看看是否存在计算方面的错误，因为不可能指望被保险人对复杂的福利保险规则能够细致的了解。法官有进行解释和提出证据的责任，帮助当事人理解。法院也有责任提示申诉人提出更有利审案的申诉，以求得诉讼双方的“谅解”

福利法院的审理程序就是德国唯一的法院审理程序，对被保险人和社会福利接受者来说不存在费用风险，就是说，他们既不用承担法院费用，也无需承担被告方的诉讼费用。如果提出的诉讼没有获得成功，当事人仅需支付个人聘请的律师费。对于贫困的申诉人，还可以申请诉讼补助费，律师费由国家承担。

2、诉讼程序的种类

现在，我想更进一步讲述哪些起诉可以转给福利法院，我将集中于被保险人及福利接受者和雇主的诉讼。

如果一个当事人指责行政当局处理他的案例太慢了，就可以在一段时间后起诉这个部门“不作为”。如果一个案例未在6个月之内、一个抗诉案未在3个月之内审理并结案，当事人就可以提出“不作为起诉”。之后，法院要研究行政当局工作迟缓的原因，并检查是否因具体原因而导致行政当局对案例进行裁决的时间太短了。如果行政当局表明是这个原因（比如有必要进行全面调查和鉴定），就可以驳回“不作为起诉”。如果没有“不作为”的原因，法院可以要求行政当局在一定时间内作出决定。法院在这种情况下不干涉案例的裁决！

如果一个当事人有急迫请求，并认为不能用好几个月的时间等待福利保险部门的决定，就可以进行所谓的紧急法律保护程序。

当事人的愿望一般有如下几个方面：

- 各种福利金（如养老金或病假补贴等）没有支付，而被保险人急需这笔钱维持生计。
- 一位被保险人急需进行手术治疗，而医疗保险部门不同意支付手术治疗

Hat ein Betroffener ein eiliges Anliegen und ist der Meinung, nicht mehrere Monate auf eine Entscheidung des Sozialversicherungsträgers warten zu können, besteht die Möglichkeit des sog. einstweiligen Rechtsschutzes.

Hierunter fallen Anliegen wie die folgenden:

- Eine Geldleistung – Rente oder Krankengeld – wird nicht ausgezahlt, der Versicherte braucht das Geld aber, um seinen Lebensunterhalt zu decken.
- Ein Versicherter benötigt dringend eine Krankenbehandlung, die Krankenkasse verweigert diese aber – sei es, weil ihrer Ansicht nach kein Versicherungsschutz besteht oder die beantragte Leistung nicht zum Versicherungsumfang gehört.
- Der Sozialversicherungsträger fordert Beitragszahlungen/-rückstände und droht, diese zwangsweise zu vollstrecken. Ist der Beitragsschuldner – Arbeitgeber oder Versicherter – der Meinung, die Beitragsforderung sei zu hoch oder bestehe zu Unrecht, kann er beantragen, dass die Vollstreckung solange verschoben wird, bis die Rechtmäßigkeit geklärt ist.

Sind derartige Anliegen begründet, trifft das Gericht aufgrund der bekannten Tatsachen eine vorläufige Entscheidung. Zeitaufwendige Ermittlungen verbieten sich hingegen in diesen „Eilt-Verfahren“, da sie dem Ziel einer schnellen Regelung zuwiderlaufen.

3. Sozialgerichtliche Klagen

In den allermeisten Fällen geht es den Klägern indes um eine abschließende Entscheidung der Sozialgerichte in der Sache. Das Klagebegehren ist dabei zweigeteilt: es wird einerseits die Entscheidung der Behörde kritisiert und zum anderen die Leistungsgewährung selbst beantragt. Wie oben bereits ausgeführt, bedeutet dies, dass das Sozialgericht nicht nur die Entscheidung der Verwaltungsbehörde auf formelle oder sachliche Fehler hin überprüft, sondern – gleichsam an deren Stelle – auch über die beantragte Leistung entscheidet. Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Sozialleistung vor, wird das Gericht den Sozialversicherungsträger verurteilen, diese Leistung zu gewähren. Dies gilt auch dann, wenn erst während des Gerichtsverfahrens (neue) Umstände eingetreten sind, die den streitigen Leistungsanspruch begründen:

Ein Beispiel: Ein Arbeiter beantragt unter Hinweis auf Probleme mit seinem Rücken eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, der Rentenversicherungsträger ist jedoch – zu Recht – der Meinung, die Krankheit ist nicht so gravierend und der Versicherte könne noch leichte Arbeiten verrichten. Erleidet dieser nun während des Prozesses einen schweren Unfall und kann aufgrund dessen keine Arbeiten mehr ausführen, wird

的费用，因为他们认为手术治疗不在此人的医疗保险范围之内，或是被保险人要求的治疗费用不在医疗保险范围之内。

- 福利保险部门要求支付保险费或未付清的保险费，并威胁采取强制执行的方式。如果欠交保险费的人（雇主或雇员）认为保险费太高或不合理，就可以提出起诉，要求在法律解释前停止强制执行。

如果上述这些要求都有依据，法院将根据明确的事实作出一个临时裁决。相反，在这种“紧急 - 程序”中进行调查取证需要耗费时间，与运用快速审理规则的目的是矛盾的。

3、福利法方面的起诉

在绝大多数情况中，诉讼内容一般都是关于福利法院的判决。诉讼要求也分两方面，一方面批评管理当局作出的裁决，一方面要求获得享受福利的权利。如上面所讲到的，福利法院不仅要审核管理部门的决定是否有形式上或内容上的错误，也要对起诉人提出的福利方面的要求作出判决。如果确实存在享有福利待遇法定条件，法院必须作出判决，要求福利保险部门必须向该起诉人提供应享有的福利待遇。如果在法院审理过程中出现了新的情况，也可以作为要求得到福利保障的理由。下面举例说明：

一位工人在有证明，证明自己背部有问题的情况下提出一项要求，要求因其已没有劳动能力而退休并能获得退休金。而养老保险部门从法律角度认为，这个工人背部的病并不是什么大病，可以接受轻一点的工作。但是，如果这个工人刚好在这个诉讼过程中发生严重工伤，确实无法再工作，法院就应宣判给予养老金，即使因养老保险部门拒绝支付养老金而提出的起诉是在这次工伤事件之前发生的。

原则上，审理程序由三人组成的审判庭进行口头庭审，所有当事人参加庭审，对诉讼内容的事实和法律依据进行辩论。多数情况会作出一个文字的判决

das Gericht ihm eine Rente zusprechen, auch wenn die Ablehnung der Behörde zum früheren Zeitpunkt nicht zu beanstanden war.

Grundsätzlich endet das Verfahren mit einer mündlichen Verhandlung vor der dreiköpfigen Kammer (s.o.), in der in Anwesenheit aller Beteiligten die Tatsachen und die Rechtslage erörtert werden. Meist ergeht ein schriftliches Urteil, oft werden die Verfahren auch durch Klagerücknahme, eine Anerkenntnis der Behörde oder einen Vergleich abgeschlossen. Von großer Bedeutung – besonders für die Versicherten – ist der persönliche Dialog in der mündlichen Verhandlung. Dieser gibt den Betroffenen die Möglichkeit, ihre Argumente vorzutragen, schafft wiederum Transparenz und erhöht das Verständnis und die Akzeptanz sozialrechtlicher Regeln und Verfahrensabläufen.

D. Rechtsmittel

Gegen eine Entscheidung des Sozialgerichts können die Beteiligten binnen eines Monats Berufung beim Landessozialgericht (LSG) einlegen. Voraussetzung dafür ist, dass entweder ein Beschwerdewert von 500 Euro (rund 5.000 CNY) erreicht wird; bei Erstattungsstreitigkeiten zwischen Behörden liegt die Hürde bei 5.000 Euro (ca. 50.000 CNY) oder die Berufung vom Sozialgericht ausdrücklich zugelassen worden ist. Dies hat dann zu geschehen, wenn eine Rechtsfrage ungeklärt ist oder das Gericht in rechtlicher Hinsicht von der Entscheidung anderer – höherer – Gerichte abweicht. Auch das LSG ist eine Tatsacheninstanz, das den Fall tatsächlich und rechtlich vollständig überprüft. Die für das Sozialgericht geltenden Grundsätze finden auch hier Anwendung, vor allem: Amtsermittlung, kein Vertretungszwang, Kostenfreiheit

Aufgaben des Bundessozialgerichts (BSG) als Revisionsinstanz sind vor allem

- Klärung von Rechtsfragen (bzgl. Bundesrecht)
- Sicherung von Rechtseinheit durch Klärung von Divergenzen verschiedener Landessozialgerichte
- Die Rechtsentwicklung durch Richterrecht

Deshalb findet keine Tatsachenermittlung, sondern allein eine rechtliche Prüfung statt! Anders als in den beiden Tatsacheninstanzen besteht zudem ein Vertretungszwang (zugelassen sind v.a. Rechtsanwälte, Professoren und andere qualifizierte Verbandsvertreter). Eine Revision zum BSG ist daher nur dann möglich, wenn diese wegen der grundsätzlichen Bedeutung einer Sache von dem Landessozialgericht zugelassen worden ist.

E. Wirkung sozialrechtlicher Entscheidungen

书。诉讼程序也经常会因为撤诉、认可管理部门决定及按相同案例处理的原因而结束。当事人在庭审时直接进行口头方式的辩论，对于被保险人来说具有特别的重要意义。当事人可以提出自己的证据，增加案情的透明度，加强相互间的理解，促进对福利法规则和审理程序的认同。

D、上诉权

如果当事人不接受（地区）福利法院的判决，可在一个月内向联邦州福利法院提出上诉。上诉条件是：上诉标的金额要超过500欧元（约合5000人民币）；管理部门之间的费用纠纷的额度要超过5000欧元（约合50000人民币）。或者地区福利法院明确同意不服判决的当事人继续上述。还有，如果一个法律问题没有解释清楚，或者从法律角度认为地区福利法院的判决可能与上一级法院的判决有偏差，都可以继续上诉。州福利法院也是案例主审法院，要从事实根据和法律角度对整个案情进行全面审核。对地区福利法院适用的原则也适用于州福利法院，主要是：官方调查、不强迫请辩护人、诉讼免费。

联邦福利法院是一个复审法院，主要任务是：

- 对法律问题进行解释（包括联邦法律）
- 通过对不同州的福利法院的分歧进行澄清，保证法律的同一体性
- 通过法官法促进法律的发展

所以，联邦福利法院不进行案情事实的调查工作，只进行法律方面的审核工作！与其它两个案情主审法院（州福利法院和地区福利法院）不同，联邦福利法院有强制代理规则（允许律师、教授和有资格的团体代表出庭辩护）。只有州福利法院认为某事经联邦福利法院最终审核具有原则性意义，才可提交联邦福利法院进行审核。

E、福利法院判决的效果

福利法院的判决首先对诉讼双方产生效果，只有双方不反对，这个判决才可

Sozialgerichtliche Entscheidungen entfalten zwischen den Prozessbeteiligten unmittelbare Wirkung und sind vollstreckbar, sofern sie nicht angefochten worden sind. In der Regel folgen die Sozialversicherungsträger den Urteilen der Sozialgerichte und setzen diese im Einzelfall ohne weiteres um. Sollte dies im Ausnahmefällen einmal nicht der Fall sein, besteht die Möglichkeit, ein Vollstreckungsverfahren einzuleiten bzw. Zwangsmittel einzusetzen.

Zwar binden auch Entscheidungen des BSG unmittelbar nur die jeweiligen Prozessbeteiligten, in der Praxis sind dessen Entscheidungen jedoch für die Sozialgerichtsbarkeit und die Sozialversicherungsträger in ganz Deutschland richtungweisend und werden in der Praxis flächendeckend beachtet. Hierdurch wird eine einheitliche Rechtsauslegung und –anwendung gewährleistet.

IV. Fazit

Zusammenfassend und abschließend möchte ich feststellen, dass sich die Arbeit der Sozialgerichtsbarkeit in Deutschland in ihrem mehr als 50jährigen Bestehen bewährt hat. Als eigenständiger Gerichtszweig bietet sie eine hohe Spezialisierung ihrer Spruchkörper, insbesondere der Berufsrichter. Gerade angesichts vielfacher Gesetzesänderungen wird dadurch die Qualität der juristischen Arbeit und damit eine wesentliche Voraussetzung für die zügige Bearbeitung der teils äußerst komplexen Sachverhalte und Rechtsfragen gewährleistet. Die Beteiligung ehrenamtlicher Richter greift den engen Bezug zwischen Sozialversicherung und Arbeitsleben auf und verhindert, dass sich die richterlichen Entscheidungen all zu weit von der betrieblichen Realität entfernen.

Eine in diesem Sinne eigenständige Sozialgerichtsbarkeit mag für ein Entwicklungsland wie China – derzeit – utopisch und vielleicht auch unnötig sein. Allerdings möchte ich zum Abschluss einige Erfolgsfaktoren aus deutscher sozialrichterlicher Perspektive betonen, die sicherlich auch bei der Entwicklung einer effektiven und qualitativ hochwertigen gerichtlichen Kontrolle der Sozialversicherungen in China von Bedeutung sind:

- klare materielle und verfahrensrechtliche Bestimmungen (Rechtssicherheit)
- verständliche und vollständige Information der Betroffenen über ihre materiellen und prozessualen Rechte
- leichter Zugang zu gerichtlicher Kontrolle, der nicht durch materielle (Kosten) und verfahrensrechtliche Hürden erschwert werden darf
- eine gut funktionierende Verwaltung, die eine sachliche, transparente und

执行。福利保险部门一般情况都服从福利法院的判决，并无条件地落实法院判决。如果出现与法院判决不符的例外情况，可以就执行判决的程序提出上诉并采取强制手段。

联邦福利法院的判决对诉讼程序参与者虽然也产生直接作用，但实际上，联邦福利法院的判决，主要是给全德各级福利法院和各福利保险部门指明标准，使其在工作实践中考虑整体尺度。这样可以保证全德各地区实现统一的法律解释和法律运用规则。

四、总结

最后，我要概要地进行总结：在50多年的历史过程中，德国福利法院的司法工作取得成功的验证。作为德国法院系统的独立分支，福利法院的审判员队伍，特别是职业法官具有高超的专业水平。面对法律条文的无数次的修改，具备高素质的司法人员，是保证司法工作的质量、顺利审理复杂案情和解决法律问题的最根本的前提。名誉法官参与审判可以密切福利保险部门和劳动者之间的关系，防止职业法官作出的判决与企业的实际情况相差太远。

德国这种独立的福利法院模式，对于象中国这样的发展中国家来说，目前还是一个乌托邦，可能是不需要。尽管如此，在结束演讲前，我想着重强调一下德国福利法院的一些成功因素。这些成功因素对于中国发展一个有效的、高质量的法律监督体系肯定具有重要意义。

这些因素是：

- 明确制定唯实的、符合程序法的规则（法律安全）
- 让当事人完整地理解唯实的和诉讼程序方面的法律
- 寻求法律保护的门槛要低，不能因物质方面（如费用）和程序方面的障碍阻碍人们获得法律保护
- 运转有效的管理是实事求是、透明和平等处理案情的保证

gleichmäßige Behandlung der Fälle garantiert

- klare Zuständigkeits- und Verfahrensregeln für die Sozialgerichte und eine mit Sozialversicherungsfragen vertraute und deshalb spezialisierte Richterschaft
- Transparenz und Verständlichkeit sowohl des Verfahrens als auch der Entscheidungen zur Erhöhung der Akzeptanz
- Unabhängigkeit der Justiz und der Richterschaft

- 福利法院要有明确的管辖权和诉讼程序规则，以及谙熟福利保险事务的专业化法官群体
- 法院的审理程序及判决要有较高的透明度和可理解度，从而可提高判决的认可度
- 保证司法和法官的独立性

Kontrolle der sozialen Krankenversicherung durch staatliche Behörden in Deutschland

Hartmut Reiners

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

1. Das gegliederte Sozialversicherungssystem in Deutschland: Das Prinzip der Selbstverwaltung

Das deutsche Sozialversicherungssystem ist eine Pflichtversicherung für Arbeitnehmer mit fünf eigenständigen Zweigen: der gesetzlichen Renten-, Unfall-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Institutionen sind keine Behörden des Regierungsapparates, sondern eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts nach dem so genannten Selbstverwaltungsprinzip. Finanzwissenschaftler geben ihnen das Adjektiv „parafiskalisch“, also „quasi-staatlich“. Sie haben weder eine privatrechtliche Unternehmensform, wie etliche soziale Krankenversicherungen in den Niederlanden oder der Schweiz; noch sind sie bei der Durchführung ihrer gesetzlichen vorgeschriebenen Aufgaben den Weisungen der Regierung unterworfen, wie die Sozialversicherung in Frankreich. Sie stehen nicht unter der Fachaufsicht der Bundes- und Landesregierungen, sondern unter deren Rechtsaufsicht. Das bedeutet, dass die Ministerien nicht direkt in das operative Geschäft (Haushalt, Personal, Verträge, Leistungsgewährung) der Sozialversicherungen eingreifen, sondern sich auf die Prüfung der Rechtskonformität ihrer Aktivitäten beschränken. Der Gesetzgeber legt im Sozialgesetzbuch fest, was die Sozialversicherungsträger zu tun und zu lassen haben. Die staatlichen Aufsichtsbehörden haben nur zu prüfen, ob diese Vorschriften eingehalten werden. In die Durchführung der Aufgaben selbst mischen sie sich erst dann ein, wenn die Organe der Selbstverwaltung versagen und ihre Aufgaben nicht mehr wahrnehmen können oder wollen.

Aus dieser relativen Autonomie der Sozialversicherungen gegenüber der Regierung ergibt sich ein doppelgleisiges System von externer und interner Kontrolle, das ich am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erklären möchte. Hier ist das Selbstverwaltungsprinzip besonders stark ausgeprägt. Sowohl in der Renten- als auch in der Arbeitslosenversicherung übernimmt die Bundesregierung die Garantie für einen ausgeglichenen Haushalt. Sie deckt die vor allem in der Rentenversicherung sehr hohen Differenzen zwischen den Beitragszahlungen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber und den Renten- bzw. Arbeitslosengeldzahlungen ab. Die Renten- und

德国国家机关对社会医疗保险机构的监督

哈特姆特·莱纳尔斯 勃兰登堡州劳动社会卫生部官员

1、德国的多重社会保险体制：自主管理原则

对雇员来说，德国的社会保险体制是一项义务，它包括养老保险、事故保险、失业保险、医疗保险和护理保险。社会保险机构不是政府机构，而是按照“自主管理”原则组建的独立公法企业。金融学家把这类企业称作半公有企业或者半国有企业，它们不是按照私法组建的公司，这点不同于瑞士和荷兰的社会医疗保险公司。在具体执行法律上规定的任务时，它们不用遵照政府的指令办事，这一点与法国的社会保险机构不同。联邦政府和各州政府只能在法律方面对德国医疗保险机构进行监督，而不能在业务方面进行监督，也就是说联邦政府和各州政府的监督仅限于审查医疗保险机构的作为是否符合法律规定，却不能对具体的业务如预算、人事、合同以及福利保障等方面进行干预。如果在具体执行过程中，医疗保险机构管理失误，导致法定任务无法完成，这时国家机构才能采取措施来干预具体的执行过程。

德国政府不能干预社会保障体系的运作，社会保障体系拥有相对的独立性，对其进行监督时也采用内部和外部监督相结合的双轨体制，这一点我想以德国法定医疗保险为例进行解释。自主管理原则在法定医疗保险领域表现极为突出。联邦政府必须确保养老保险和失业保险收支平衡，尤其在上述领域里出现投保人（雇员和雇主）所支付的保险费低于养老保险和失业保险支出时，差额部分由政

Arbeitslosenversicherung sind daher in ihrer Finanzautonomie erheblich eingeschränkt. Auf die Höhe ihrer Beitragssätze haben sie faktisch keinen Einfluss. Das ist in der GKV anders. Die Krankenkassen haben ein vom Staatshaushalt unabhängiges Budget, das sich fast ausschließlich aus den Beiträgen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber in Form fester Lohnanteile zusammensetzt (gegenwärtig im Durchschnitt ca. 14 Prozent). Die Bundesregierung zahlt an die GKV nur geringe Zuschüsse, die zur Zeit etwa 1 Prozent des GKV-Budgets ausmachen und auch nur für Aufgaben gezahlt werden, die die Krankenkassen im Auftrag der Regierung übernehmen (z. B. Leistungen bei Mutterschaft).

Auch in anderer Hinsicht unterscheiden sich die GKV und die ihr artverwandte Pflegeversicherung elementar von den anderen Sozialversicherungszweigen. Das vor über 120 Jahren vom damaligen Reichskanzler Bismarck gegründete Sozialversicherungssystem hatte seinen Schwerpunkt in der Absicherung von Lohnausfällen als Folge von Alter, Invalidität oder Krankheit. Die Krankenkassen gaben in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts den größten Teil ihrer Einnahmen nicht für die medizinische Behandlung, sondern für das Krankengeld aus, das die Arbeiter im Krankheitsfall an Stelle ihres Lohnes von der Kasse erhielten. Sachleistungen für die medizinische Behandlung spielten eine untergeordnete Rolle. Das hat sich radikal geändert. Seit den 60er Jahren übernehmen die Arbeitgeber die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bis einschließlich der 6. Woche. Erst danach treten die Krankenkassen in Haftung. Heute entfallen nur noch 4,5 Prozent ihrer Ausgaben auf das Krankengeld und über 90 Prozent auf medizinische Leistungen (Krankenhaus, ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Arzneimittel usw.). Die GKV hat sich damit zur zentralen Steuerungsinstanz des deutschen Gesundheitswesens entwickelt, der größten Dienstleistungsbranche unserer Volkswirtschaft, die zu fast 80 Prozent aus Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern finanziert wird. In ihr werden 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes erwirtschaftet und über 4 Millionen Menschen beschäftigt. Die GKV dient also nicht nur der sozialen Sicherheit, sondern steuert auch einen wachstumsintensiven und zukunftsfrächtigen Wirtschaftszweig.

2. Externe staatliche Kontrolle des Gesundheitswesens

Das Gesundheitswesen kommt für eine freie marktwirtschaftliche Steuerung nicht in Frage. Über dieses „Marktversagen“ sind sich die Gesundheitsökonomien weitgehend einig. Es bedarf einer starken, mit wirkungsvollen Instrumenten ausgestatteten politischen Steuerung und Kontrolle. Anders ist eine umfassende medizinische

府来承担，因此养老保险和医疗保险的财务自主权受到了严重的制约，无法自主决定保险费率的高低。法定医疗保险领域的情况却截然不同：医疗保险公司的预算独立于国家财政预算，医疗保险预算基本上来源于投保人和雇主所缴纳的保险费，保险费由投保人和雇主按照工资的一定比例进行缴纳（当前的平均比例为14%）。联邦政府仅向法定医疗保险机构提供小额补助，大约占到法定医疗保险预算的1%，这笔经费的用途也仅限于联邦政府委托医疗保险机构所提供的服务，例如向怀孕及哺乳期的妇女提供的医疗服务。

在其它方面，法定医疗保险和护理保险以及其他社会保险种类也有着明显的区别。一百二十多年以前，当时的德意志帝国宰相俾斯麦在创立社会保险体系时就确定了社会保险救助的重点是由于年龄过大、残疾或生病而失去经济来源的人群。20世纪上半叶，绝大部分医疗保险金并不用于医疗救治，医疗保险公司用它来支付病假补助，工人在生病期间虽然得不到工资，但是可以从医疗保险公司领取病假补助，当时医疗救治则处于从属地位。这种状况已经发生了显著的改变，60年代以来，雇主负责向工人支付病假期间前六周的工资，六周后才由医疗保险公司负责。现在医疗保险公司用于支付病假补助的资金份额仅占4.5%，90%以上的资金用于支付各种医疗救治服务，例如住院、门诊救治、牙医服务和药品等。法定医疗保险机构已经发展成为德国卫生领域最重要的机构，也是国民经济中最大的服务行业，国民经济中近80%的资金来源于社会保险领域和税收。医疗保险机构所创造的价值占国内生产总值的11%，从业人数高达400万。法定医疗保险不但为保障社会安全做出了贡献，还是国民经济中高增长、发展前景好的朝阳产业。

Versorgung zu bezahlbaren Preisen für die gesamte Bevölkerung nicht zu gewährleisten. Dieser Prozess spielt sich in Deutschland auf verschiedenen politischen und regionalen Ebenen ab. Der Bundestag beschließt in fast jeder Legislaturperiode Gesetze, um die Strukturen des Gesundheitswesens und den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung den sich verändernden Entwicklungen in der Medizin und der Gesellschaft anzupassen. Die Länder haben ihrerseits eigene Kompetenzen, in die der Bund nicht oder nur teilweise hineinregieren kann. Daraus ergibt sich auch in der Aufsicht und Kontrolle der Einrichtungen des Gesundheitswesens eine entsprechende Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern, die nachfolgend skizziert wird.

2.1 Struktur der staatlichen Kontrolle des Gesundheitswesens

Vorab sei festgestellt, dass Betrügereien im Gesundheitswesen genauso strafrechtlich verfolgt werden wie in jedem anderen Wirtschaftszweig auch. Wenn z. B. ein Arzt die Behandlung von Patienten abrechnet, die er nie gesehen hat, kann er nicht nur seine Zulassung verlieren, sondern auch ins Gefängnis wandern. Allerdings ist es nicht immer einfach festzustellen, ob bewusst betrogen wurde oder nur Fehler unterlaufen sind. Hier gibt es eine Grauzone von nicht eindeutigen Fällen. Viele Streitigkeiten zwischen Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung, die die Honorare abrechnet, werden von den Sozialgerichten geklärt, eine deutsche Besonderheit, auf die meine Kollegin Susanne Becker näher eingehen wird. Ich beschränke mich auf die Aufsichtstätigkeit des Regierungsapparates sowie auf die internen Kontrollmechanismen im Gesundheitswesen.

In der Bundesrepublik Deutschland haben die Länder den Verfassungsauftrag der allgemeinen Daseinsvorsorge. Darunter fällt zum Beispiel die Hygiene in öffentlichen Gebäuden sowie in Krankenhäusern und Schulen. Die Landesregierungen sind ferner verantwortlich für die Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die Überwachung der Lebensmittelsicherheit und den allgemeinen Gesundheitsschutz in den Betrieben. Hinzu kommen Aufgaben in der Sicherstellung der medizinischen Versorgung, insbesondere im Krankenhausbereich. Die Länder sind zudem zuständig für die Berufsordnungen der Gesundheitsberufe und die Approbation von Ärzten und Apothekern. Hier gibt es unter den Landesbehörden eine kontinuierliche Abstimmung, so dass es keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Ländern in der Zulassungs- und Aufsichtspraxis gibt. Alle Ärzte und Apotheker sind Zwangsglieder in den Landesärzte- bzw. Apothekerkammern. Diese üben auch die Kontrolle über die Qualität der Arbeit von Ärzten aus, wo immer sie als solche arbeiten. Die Ärztekammern unterhalten

2、国家对卫生部门所实施的外部监督

卫生部门不适合采用自由市场经济的调控手段，卫生部门的经济学家们一致认为采用自由市场经济的调控方法会造成“市场失灵”，他们认为卫生部门应该采用强大有效的政治调控和监督措施。如果不采用这些措施，那么就无法保证国民能享受到物美价廉的医疗服务。在德国，人们可以在各种政治和地区层面上看到政府所做的努力，为了保证卫生部门能跟上社会和医学领域的发展，联邦议会几乎在每届立法会议任期内都会颁布相应的法律。在某些领域各联邦州也有独立的权限，联邦政府无法或只能部分干预，因此，在对卫生部门实施监督和调控时，联邦政府和各联邦州政府都有着相应的分工，具体情况如下。

2.1 国家对卫生部门所实施监督的内容

上文提到过如果卫生部门出现欺诈行为，将会像在其他经济领域一样受到法律的制裁。例如在结算病人的治疗费用时，如果医生将病人并没有享受到的医疗服务计算在内，那么医生不但会因此失去他的行医执照，甚至还会因此锒铛入狱。然而往往比较难对此做出判断，因为现实生活中存在着一个灰色区域，因此医生经常会与负责结算工资的保险医生联合会发生争端。如果出现难题，往往要通过社会法庭进行解决，这一点也是德国所特有的。我的同事苏姗娜·贝克尔将会就此话题进行详细讲解。我的报告则侧重于政府机关的监督行为和卫生部门的内部监督机制。

联邦德国的宪法规定各联邦州有义务向国民提供一般性的医疗服务，其中包括公共建筑、医院和学校中的公共卫生。州政府要负责防治传染性疾病、监督食

eine zentrale Beschwerdestelle, an die Patienten sich wenden können, wenn sie sich fehlerhaft behandelt fühlen. In besonders schwerwiegenden Fällen kann Ärzten die Approbation entzogen werden. Das kommt nicht oft vor. Wenn die Beschwerdestelle einen Behandlungsfehler feststellt, hat das zumeist Schmerzensgeldzahlungen zur Folge, die aber selten mehr als 20.000 oder 30.000 Euro ausmachen. Die Ärzte haben für derartige Fälle eine Haftpflichtversicherung.

Eine ganz andere Struktur hat die Aufsicht über die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, der Organisation der Vertragsärzte der GKV¹. Hier sind sowohl der Bund als auch die Länder verantwortlich. Das deutsche Krankenkassensystem ist in verschiedene Kassenarten unterteilt. Sie haben jeweils berufsspezifische Wurzeln, auch wenn diese kaum noch eine Rolle spielen. Es gibt zum einen die so genannten Ersatzkassen, die früher den Angestelltenberufen (Buchhalter, Ingenieure, Verkäufer usw.) vorbehalten waren. Und es gibt die so genannten Pflichtkassen, denen die Arbeiter zugeordnet wurden. Das sind die auf Landesebene organisierten Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), die Betriebs- und die Innungskrankenkassen (für Handwerker) sowie Sondersysteme für Landwirte, Berg- und Seeleute. Mittlerweile sind diese Unterschiede weitgehend obsolet, da seit zehn Jahren jeder versicherungsberechtigte Bürger eine dieser Kassen frei wählen kann.² Geblieben sind aber die unterschiedlichen Zuständigkeiten in der staatlichen Aufsicht:

- Die den Landesregierungen unterstehenden Aufsichtsbehörden sind für die AOK des jeweiligen Landes zuständig, die einen Marktanteil insgesamt von 36 Prozent der Versicherten haben. Außerdem kontrollieren die Länder die regionalen Betriebs- und Innungskrankenkassen.
- Das Bundesgesundheitsministerium und das Bundesversicherungsamt beaufsichtigen die Ersatzkassen, die einen bundesweiten Marktanteil von etwa einem Drittel haben. Hinzu kommt eine wachsende Zahl von bundesweit organisierten Betriebs- und Innungskrankenkassen. Sobald sich die Mitglieder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse über mehr als zwei Länder erstrecken,

¹ Voraussetzung für die Zulassung zum als Vertragsarzt bzw. -zahnarzt ist die abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt (Allgemeinmedizin, Internist usw.). Außerdem darf eine gewisse Zahl von Ärzten pro Einwohner (je nach Fachrichtung) nicht überschritten werden. Diese Relation wird auf Bundesebene festgelegt. Pro Bundesland gibt es eine Kassenärztliche Vereinigung, in Nordrhein-Westfalen als dem mit über 18 Millionen Einwohnern größten Land, zwei.

² Demnächst sollen auch die Krankenversicherungen der Berg- und Seeleute in das System der frei wählbaren Krankenkassen aufgenommen werden. Die Landwirtschaftlichen Krankenkassen werden ihren Sonderstatus beibehalten, da sie als einzige Kassenart größere Zuschüsse aus dem Bundshaushalt bekommen.

品安全和企业实施安全防护。州政府还要保证药品的正常供应，尤其是医院的药品供应，制定医疗行业从业人员职业条例以及向医生和药剂师发放资格证。各联邦州为了避免在发放资格证和实施监督时出现较大分歧，各部门往往要先达成一致。医生和药剂师必须要参加本州的医师和药剂师协会，它们负责监督具体医疗救治服务的质量。医师协会还下辖一个投诉中心，如果病人认为医生误诊，可以到投诉中心投诉。如果出现特别严重的情况，医生有可能会被吊销行医执照，但是这种情况非常少见。如果投诉中心判定医生误诊，大多数情况下将会对病人进行赔偿，赔偿金额一般不会超过2万或3万欧元。为了预防这种情况发生，医生们都会参加相关的责任保险。

对医疗保险公司和保险医生联合会（法定医疗保险签约医师协会）所实施的监督则不同于上面介绍的情况¹。联邦政府和州政府都要对此负责，德国医疗保险体制中存在着多种医疗保险机构，最初人们根据投保人的职业对这些医疗保险机构进行划分，现在这种方法已经没有什么意义了。例如医疗互助组织，参加者多为雇员（会计、工程师、售货员）。法定医疗保险公司，参加者大多为工人。现在这些都已经成为各联邦州的普通地方医疗保险公司（AOK），企业和手工业同业工会医疗保险公司以及特别为农民、矿工和海员开办的医疗保险机构。由于近10年以来投保人可以自由选择保险机构，保险机构之间的各种区别也已经逐渐消失，但是国家对这些医疗保险机构的监督责任还依然不变²，具体情况如下：

¹ 取得行医执照成为签约医师的前提是申请人必须完成专业医生培训（医学、内科医师等）。另外联邦州内人均医生的数量（不同的科别数量不同）不能超过国家规定的上限。每个联邦州有一个保险医生联合会，北莱茵威斯特法伦州是德国最大的州，人口数量超过1800万，因此北威州设有两个保险医生联合会。

² 不久人们就可以自主选择参加联邦矿工联合会和海员医疗保险公司。由于农业医疗保险公司能从联邦预算中获得较多资助，它依然保持其自身的特殊性。

unterliegt die Kasse der Aufsicht des Bundes. Zudem ist der Bund für die Kontrolle der Bundesverbände der Krankenkassen verantwortlich.

- Die Kassenärztlichen- und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen werden von den Ländern beaufsichtigt. Der Bund ist für deren Bundesvereinigungen sowie die nachher noch näher erläuterte gemeinsame Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zuständig.

Die Aufsicht über die privaten Krankenversicherungsunternehmen (kurz: PKV) hat eine andere Struktur. In Deutschland sind etwa 13 Prozent der Bevölkerung nicht über eine gesetzliche Krankenversicherung gegen Krankheitsrisiken abgesichert, sondern über eine private Versicherungspolice. Dazu gehören Selbständige, Angestellte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze von etwa 4.000 Euro pro Monat, sowie Beamte. Letztere bekommen 50 Prozent der Ausgaben für medizinische Behandlung vom Staat erstattet und haben für den restlichen Betrag einen privaten Versicherungsvertrag. Die privaten Krankenversicherungen sind gewinnorientierte Unternehmen, die entweder als Aktiengesellschaften oder als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit organisiert sind. Sie werden von einer dem Finanzministerium unterstellten Bundesbehörde beaufsichtigt, der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin). Sie überwacht nicht nur das Geschäftsgebaren von Versicherungen, sondern auch das von Banken und anderen Finanzdienstleistungsunternehmen. Kontrolliert wird vor allem, ob die Versicherungen über eine ausreichende Finanzkraft verfügen, um die aus den Versicherungsverträgen entstehenden Ansprüche und Risiken abdecken zu können. Auf die Prozesse im Gesundheitswesen hat diese Behörde keinen Einfluss.

2.2 Aufgaben und Instrumente der staatlichen Aufsicht

Wie bereits erwähnt, greift die staatliche Aufsicht nicht in das operative Geschäft der Krankenkassen und ihrer Vertragspartner im Gesundheitswesen ein. Wenn ihr zum Beispiel ein von einer Krankenkasse mit Ärzten oder Krankenhäusern geschlossener Vertrag nicht gefällt, kann sie nur dann einschreiten und Nachbesserungen verlangen, wenn Bestimmungen des Sozialgesetzbuches oder allgemeine Rechtsgrundsätze verletzt werden. Dafür zwei Beispiele:

- Die Krankenkassen handeln auf Landesebene mit der Kassenärztlichen Vereinigung eine Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung

◇ 联邦政府下辖的监督机构负责本州内的普通地方医疗保险公司，普通地方医疗保险公司所占的市场份额为36%。此外州政府还负责监督当地的企业和手工业同业工会医疗保险公司。

◇ 联邦卫生部和联邦保险局负责对医疗互助组织进行监督，医疗互助组织的市场份额占到近1/3。联邦卫生部和联邦保险局还负责全国性的企业和手工业同业工会医疗保险公司，这类医疗保险机构的数量在不断增加。如果企业或手工业同业工会医疗保险公司的范围涉及两个联邦州，那么联邦政府就会对该机构进行监督。此外联邦政府还负责对联邦医疗保险公司协会进行监督。

对私人医疗保险公司实施监督的部门和对法定医疗保险公司实施监督的部门有所不同。德国大约有13%的公民并没有参加法定医疗保险，他们选择私人医疗保险服务来应对疾病带来的风险。这些人中包括自由职业者、月薪超过法定医疗保险规定4000欧元上限的雇员和公务员。公务员一半的医疗费用由国家承担，另外一半由私人医疗保险公司支付。私人保险公司以盈利为目的，大多为股份有限公司和互惠保险公司协会。联邦金融管理局（Bafin）负责对私人保险公司进行监督。联邦金融管理局隶属于联邦财政部，它的职责是监督保险公司、银行以及其他提供金融服务的企业的经营管理。联邦金融管理局主要监督医疗保险机构是否有足够的财力来支付医疗保险合同中规定的款项，然而它并不干预具体的执行操作。

2.2 国家监督的任务和手段

正如上文所提到的，国家监督不能干预医疗保险机构以及他们合作伙伴的具

ihrer Versicherten aus; das ist im Sozialgesetzbuch so vorgeschrieben. Diese Gesamtvergütung basiert auf einer Pauschalsumme pro Mitglied der Kasse. Sie unterliegt dem Grundsatz der Beitragsstabilität, das heißt, sie darf nach den zur Zeit geltenden Bestimmungen nicht stärker als die Löhne und Gehälter der Versicherten wachsen. Übersteigt die vereinbarte Vergütung diese jährlich von der amtlichen Statistik berechnete Quote, kann die Aufsicht den Vertrag beanstanden und Korrekturen fordern.

- Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt diese Gesamtvergütung nach einem von ihr festgelegten Schlüssel auf die Vertragsärzte und schließt darüber mit den Krankenkassen einen Vertrag, den so genannten Honorarverteilungsvertrag. Werden durch diesen Vertrag bestimmte Ärzte oder Arztgruppen systematisch benachteiligt, kann die Aufsichtsbehörde den Vertrag beanstanden und einen gerechteren Verteilungsschlüssel fordern.

Das wichtigste Instrument der staatlichen Aufsicht ist die Kontrolle der jährlichen Haushalte der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen:

- Die Krankenkassen müssen der Aufsichtsbehörde ihre jährliche Budgetplanung und die daraus abgeleitete Höhe des Beitragssatzes zur Genehmigung vorlegen. Das ist zumeist dann problemlos, wenn die Beiträge stabil bleiben oder gar gesenkt werden können. Bei geplanten Beitragserhöhungen wird jedoch sehr genau hingeschaut, ob diese auch wirklich berechtigt sind.
- Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen wird der Verwaltungshaushalt geprüft. Dazu gehören vor allem die Aufwendungen für das Personal, nicht zuletzt für die Vorstandsgehälter und die Aufwandsentschädigungen für die Mitglieder des Verwaltungsrates. Hier werden gelegentlich unangemessen hohe Beträge gezahlt, die von der Aufsichtsbehörde beanstandet werden.

Ein zweites, in der Praxis sehr wirksames Instrument sind die Prüfdienste, die den Aufsichtsbehörden unterstehen, aber von den zu beaufsichtigenden Organisationen finanziert werden. Laut Gesetz müssen bei den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen mindestens alle fünf Jahre Prüfungen durchgeführt werden, die sich auf den gesamten Geschäftsbetrieb erstrecken. Dabei werden detaillierte Fragen gestellt, wie zum Beispiel die, ob die betriebswirtschaftliche Struktur der Verwaltung

体业务执行情况，但是如果医疗保险机构和医生或医院所签订的合同存在着违背社会公德或一般法律准则的内容时，国家监督部门有权进行干预并要求其整改。以下是两个例子。

《社会法典》中规定联邦州的各医疗保险公司与保险医生联合会共同商定医疗服务的总价格。医疗保险公司以每位投保人享受的医疗服务为基础，计算出总价格。计算过程中应该遵照保险费率稳定的原则，根据现行规定，价格的上涨幅度应该低于投保人工资薪金的上漲幅度。如果双方协商的费用超过政府统计的数据，监管部门可以驳回双方的合同并要求其进行整改。

保险医生联合会按照他们制定的方案将所有的酬劳分配给签约医生。保险医生联合会与医疗保险公司通过这种方式签署合同，也就是所谓的报酬分配合同。如果该合同使某些医生或某类医生受到不公正待遇，监管部门可以驳回合同并要求相关机构制定公平的分配方案。

对医疗保险公司和保险医生联合会的年度预算进行监控是国家监督最为重要的手段。医疗保险机构必须向监管机关递交他们的年度预算计划和相关的保险费率，并请求监管机关予以批准。如果保险费率保持稳定或呈下降趋势，往往会被批准通过。如果出现保险费率上涨的情况，监管机关就会仔细审查保险费率的上涨是否有理有据。

监管机关还将对保险医生联合会的管理费用预算进行监督，其中包括人事花费、董事薪金和管理人员的津贴。如果出现工资过高的情况，监管机关将会履行其监督职能。

effizient ist, ob die Kosten für bestimmte Verwaltungseinheiten angemessen sind, aber auch weniger wichtige Dinge wie die, ob die Zahl der Dienstwagen für leitende Angestellte wirklich erforderlich ist. Wichtig ist, dass innerhalb der vorgeschriebenen fünf Jahre auch mehr als eine Prüfung angesetzt werden kann. Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen können sich also nach einer durchgeführten Prüfung nicht sicher sein, dass in den nächsten Jahren mit keiner weiteren Untersuchung zu rechnen ist. Diese Ungewissheit ist ein wichtiges Disziplinierungsinstrument.

Was passiert, wenn die Aufsichtsbehörden den Haushalt oder andere Maßnahmen einer Kasse oder eines Verbandes beanstanden? Für diesen Fall ist ein mehrstufiges Verfahren vorgesehen, das mit einem aufsichtsrechtlichen Beratungsgespräch beginnt, in dem um eine Erläuterung gebeten und die Behebung der Mängel angemahnt wird. Hat dieses Gespräch keine spürbaren Konsequenzen, kann die Aufsichtsbehörde entsprechende Maßnahmen anordnen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die aufsichtsrechtlichen Verfügungen der staatlichen Behörden von den betroffenen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vor dem Sozialgericht beklagt werden können. Im Extremfall kann ein Staatskommissar eingesetzt werden, der die Geschäfte einer Krankenkasse oder Kassenärztlichen Vereinigung an Stelle des Vorstandes führt. Dies war in den letzten 20 Jahren nur bei einigen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vorübergehend erforderlich, weil sie sich hartnäckig weigerten, Auflagen der Aufsichtsbehörde oder Gerichtsbeschlüsse umzusetzen. Eine Krankenkasse kann bei großer Unwirtschaftlichkeit bzw. fehlender Unternehmensperspektive auch von der Aufsicht geschlossen werden. Das ist dann der Fall, wenn eine Kasse erheblich über dem Niveau der anderen Krankenkassen liegende Beiträge erheben muss und eine Behebung der dafür verantwortlichen Strukturprobleme der Kasse nicht zu erwarten ist. Allerdings werden wirtschaftlich gefährdete Kassen in der Regel mit anderen Kassen ihres Verbandes fusioniert oder erhalten von diesen Unterstützungszahlungen, die ihnen wettbewerbsfähige Beitragssätze ermöglichen.

3. Interne Steuerung und Kontrolle der gesetzlichen Krankenversicherung

Gegenwärtig gibt es insgesamt 253 eigenständige Krankenkassen von sehr unterschiedlicher Größe. Davon waren am 31.12.2006

- 16 AOKn,
- 10 Ersatzkassen,
- 199 Betriebskrankenkassen,

在具体操作过程中，对医疗保险机构进行审查是监管部门履行监管职责的第二种方法。被审查的机构应向监管部门支付审查费用。法律规定医疗保险机构和保险医生联合会每五年必须接受一次审查。企业的运营情况是审查的主要内容。审查时，被审查机构会面临诸多较为详细的问题，例如企业的管理机构是否合理，是否管理机构某部门的花费过多。当然审查的对象还包括一些较次要的方面，例如雇员所配备的公车是否合理。更为关键的是，被审查的公司不能预知五年之内是否还会有其他更加艰难的审查降临到自己头上。医疗保险机构和保险医生联合会在被审查后依然不能确定监管机构明年是否还会进行其他调查，这种不确定性也是用来促进监管的重要手段。

如果监管机关否决了医疗保险公司或保险医生联合会的预算方案或其他方案，监管部门首先会进行咨询、协商，协商过程中监管部门会要求被审查机构做出相应的解释，改正其中失误的地方。如果协商没有取得明显的成效，监管机构就可以采取相应的措施。然而，所涉及的医疗保险公司和保险医生联合会也可以通过社会法庭控告国家监管机关。在特殊情况下，国家还会任命医疗保险公司或保险医生联合会的董事。在过去二十年中，有几个保险医生联合会经常会出现这种情况，因为这几个保险医生联合会经常拒绝执行监管机构的规定或法院的判决。监管机构有权关闭亏损严重或经营前景黯淡的医疗保险公司。如果某医疗保险公司收取高于平均水平的保险费率，并因此导致结构性问题，监管部门也有权将其关闭。但当自身经济利益受到威胁时，医疗保险公司一般会和其所在联合会中的其他医疗保险公司合并或相互支持，以保持其保险费率的竞争力。

3、法定医疗保险的内部调节

- 17 Innungskrankenkassen sowie
- 11 Sondersysteme für Landwirte, Seeleute und Bergarbeiter.

Mit Ausnahme der Sondersysteme haben alle Kassenarten einen Bundesverband sowie Organisationen auf Landesebene, die für gemeinsame Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern zuständig sind.³ Die Selbstverwaltung des GKV-Systems einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen hat zwei Ebenen. Zum einen haben die Krankenkassen und ihre Verbände jeweils einen hauptamtlichen Vorstand und einen Verwaltungsrat. Zum zweiten gibt es die so genannte gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern, die in eigener Verantwortung wichtige Entscheidungen über die Vergütungen für Ärzte und Krankenhäuser, die von den Krankenkassen bezahlten Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie über Leitlinien zur Qualität der medizinischen Behandlung trifft.

3.1 Die interne Selbstverwaltung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Verwaltungen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen werden von hauptamtlichen Vorständen geleitet. Diese werden für Amtsperioden von sechs Jahren gewählt, wobei eine Wiederwahl möglich ist. Die meisten Krankenkassen haben zwei Vorstände, einen Vorstandsvorsitzenden und einen Stellvertreter. Es besteht die Möglichkeit einen dritten Vorstandsposten zu besetzen. Davon wird aber wenig Gebrauch gemacht. Der Vorstand hat die Aufgabe, das operative Geschäft der Krankenkasse zu leiten und zu gestalten. Dazu gehören vor allem die Verträge mit den Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern, die Betreuung der Versicherten sowie die Leitung und Strukturierung der Krankenkassenverwaltung. Der Vorstand ist die eigentlich entscheidende Kraft in den gesetzlichen Krankenversicherungen. Das drückt sich auch darin aus, dass er für Schäden persönlich haften muss, die er zum Beispiel für die Gewährung von gesetzlich nicht gestatteten Leistungen zu verantworten hat. Diese Regelung ist allerdings eher eine Druckmittel als eine tatsächlich genutzte Option. Wenn es sich um Betrügereien oder Untreue handelt, was es durchaus gegeben hat, ist, wie eingangs erwähnt, die Strafjustiz zuständig und nicht die Krankenkassenaufsicht.

Der Vorstand einer Krankenkasse wird von einem ehrenamtlichen Verwaltungsrat

³ Die gesetzlichen Aufgaben der Bundesverbände sollen demnächst nach dem Willen der Bundesregierung zum größten Teil einem gemeinsamen Spitzenverband der Krankenkassen übertragen werden. Den herkömmlichen Bundesverbänden bleibt dann nur noch die Interessenvertretung ihrer Mitgliedschaften.

现在共有253家规模不等的独立医疗保险公司。截止2006年12月31日，共有16家普通地方医疗保险公司，10家互助医疗保险公司，199家企业医疗保险公司，17家手工业同业工会医疗保险公司和11家专为农民、海员和采矿工人开设的特殊医疗保险公司。除11家特殊保险公司之外，其他所有的保险公司都是全国性的保险协会的成员，在各联邦州内还设有专门机构负责与医生和医院签署一般性合同³。法定医疗保险公司的自主管理包含两层含义：一方面医疗保险公司及其协会都设有董事会和管理委员会；另一方面医疗保险公司和医疗服务提供者也可以进行自主管理，一些重要决定如医生和医院所需的花费、医疗保险公司所支付的药品或辅助药品、审核治疗方案的方针等都由他们自主决定。

3.1 医疗保险公司和保险医生联合会内部的自主管理

医疗保险公司和保险医生联合会内部都设有一个专门的董事会，负责管理工作。董事会任期为六年，可以连任。大多数情况下，董事会由一位董事长、一位副董事长和两位董事组成。有时还会再增加一名董事，不过这种情况比较少见。董事会的任务是领导和组织企业的运营工作。其中最重要的是与医生、医院或其他医疗服务提供者签署合同，负责管理参保人，领导和组织管理工作。在法定医疗保险公司中董事会拥有决定权，也就是说，如果董事会允许公司提供法律不允许的服务项目，董事会必须对其所产生的后果负责。然而在大多数情况下，这也只是停留在书面上，现实生活中很难真正追究其责任。如果出现了欺诈行为，将追究有关人员的刑事责任，对此医疗保险的监管机关又无权管理。医疗保险公司

³ 联邦医疗保险公司协会的法定任务是按照联邦政府的意愿建立一个全国最高的医疗保险公司协会，常规的联邦协会只是其成员公司的利益代表。

berufen und kontrolliert, der in den einzelnen Kassenarten eine unterschiedliche Zusammensetzung hat. In den AOKn sowie den Betriebs- und Innungskrankenkassen besteht der Verwaltungsrat paritätisch aus Vertretern der Arbeitgeberverbände und der Gewerkschaften. In den Ersatzkassen hingegen werden die Verwaltungsratsmitglieder von den Versicherten alle sechs Jahre gewählt; es gibt hier keine Arbeitgebervertreter. Dieser Unterschied ist nicht sachlich begründet, sondern hat historische Ursachen. Die Ersatzkassen waren ursprünglich Hilfskassen von kaufmännischen und technischen Berufen. Sie wurden seit den dreißiger Jahren nach und nach in die gesetzliche Krankenversicherung integriert, ohne ihre organisatorischen Besonderheiten im Verwaltungsrat zu verlieren. In der Praxis ist dieser Unterschied in der Zusammensetzung der Verwaltungsräte von keiner großen Bedeutung. Die Selbstverwaltungsstrukturen in den Kassenärztlichen Vereinigungen ähneln denen der Krankenkassen. Auch sie haben einen hauptamtlichen Vorstand und einen Verwaltungsrat, der von den Vertragsärzten gewählt wird. Er beruft den gleichfalls maximal dreiköpfigen Vorstand, in dem mindestens ein Arzt vertreten sein muss.

Die Aufgabe der Verwaltungsräte besteht neben der Ernennung des Vorstandes vor allem in der Verabschiedung des Haushaltes, bei den Krankenkassen einschließlich der Festlegung des Beitragssatzes. Hinzu kommt die Gestaltung der Satzung, in der die allgemeinen Verwaltungsabläufe, bei den Krankenkassen auch bestimmte gesetzlich ermöglichte Sonderleistungen für die Versicherten festgelegt werden. Zu letzteren gehören Maßnahmen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sowie bestimmte medizinische Leistungen, die noch nicht zum Pflichtkatalog der Krankenkassen gehören. Sowohl die Satzung als auch der Haushalt, müssen, wie oben geschildert, von der staatlichen Aufsicht geprüft und gebilligt werden. Alles in allem haben die Verwaltungsräte in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Funktion, die man mit der von Aufsichtsräten der Kapitalgesellschaften vergleichen kann.

3.2 Die gemeinsame Selbstverwaltung und der GKV

Eine der Besonderheiten des deutschen Krankenversicherungssystems ist die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser) in Angelegenheiten, die in anderen Ländern Sache des Gesetzgebers oder der Regierungsbehörden sind. Im Sozialgesetzbuch werden sowohl die von den Krankenkassen zu gewährenden Leistungen, als auch die dafür zu zahlenden Vergütungen und die damit zusammenhängenden vertraglichen Regelungen nur allgemein beschrieben. So wird zum Beispiel im Gesetz nur bestimmt, dass alle

的董事会由名誉管理委员会进行任命并对其实施监督。不同医疗保险公司，其名誉管理委员会的组成也不同：一般大众医疗保险公司、企业和手工业同业工会医疗保险公司的管理委员会是由雇主代表和工会代表组成，双方的席位相同。互助医疗保险公司的管理委员会，每届任期六年，所有管理委员会成员经由投保人选出，雇主不能被选入管理委员会。这点没有明确的法律依据，只是历史上流传下来的传统。互助医疗保险公司最初是为商人和技术人员提供医疗帮助的机构。60年代以来，互助医疗保险公司逐渐融入了法定医疗保险的范畴，但是还保留了一些原有的其管理委员会的特点。在实际工作中，管理委员会的组成并不重要。保险医生联合会的自主管理体系和医疗保险公司的管理体系相类似。它们也设有专门的董事会和管理委员会。管理委员会由签约医生选出，然后由管理委员会任命董事会，董事会成员不能超过3名，其中至少一名为医生代表。

管理委员会任务除了任命董事会以外，还要制定预算。医疗保险公司的管理委员会还要负责确定保险费率。另外，管理委员会要制定章程，明确各个管理步骤。医疗保险公司的管理委员会还要确定为参保人提供哪些法律允许的特殊服务，其中包括一些法律规定之外的疾病预防、保健以及某些特定的医疗服务。

正如上文所提到的，医疗保险机构的章程和预算必须经由国家监管机关批准通过。总之，管理委员会在法定医疗保险公司内的作用相当于合资公司的监事会。

3.2 法定医疗保险的自主管理

医疗保险公司和医疗服务提供者（医生和医院）进行共同自主管理，这是

Versicherten Anspruch auf eine medizinische Behandlung haben, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Was das in der Praxis genau heißt, legt die gemeinsame Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Leistungserbringer auf Bundesebene fest.

Ihr wichtigstes Organ auf Bundesebene ist der Gemeinsame Bundesausschuss (kurz: GemBA), der intern auch der „kleine Gesetzgeber“ genannt wird. Diese Bezeichnung trifft die praktische Bedeutung des Gemeinsamen Bundesausschusses sehr gut. Während das Gesetz nur einen allgemeinen Anspruch der Versicherten auf ärztliche Behandlung oder die Versorgung mit Arzneimitteln gewährt, legt der Bundesausschuss fest, was darunter im Detail zu verstehen ist. Er erlässt Richtlinien u. a. über

- die ärztliche und zahnärztliche Behandlung,
- Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- die Verordnung von Arzneimitteln und Krankenhausbehandlung,
- die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und
- die ärztliche Bedarfsplanung.

Der GemBA hat insgesamt 21 stimmberechtigte Mitglieder. Die Krankenkassen sind durch 9 Personen vertreten. Ebenso entsenden die Leistungserbringer (Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Krankenhausgesellschaft) 9 Vertreter, wobei sich deren Zusammensetzung je nach Entscheidungsgebiet gestaltet. Wenn es zum Beispiel um Fragen der Krankenhäuser geht, sind die Zahnärzte nicht mit dabei. Hinzu kommen der von Krankenkassen und Leistungserbringern gemeinsam gewählte Vorsitzende und zwei unparteiische Mitglieder. Der GemBA entscheidet mit einfacher Mehrheit, wodurch dem Vorsitzenden und den unparteiischen Mitglieder eine besonderes Gewicht zukommt. In die Entscheidungsfindung sind auch 9 Patientenvertreter mit eingebunden. Sie haben zwar kein Stimmrecht, nehmen jedoch mit Rederecht an den Sitzungen des GemBA teil. Wesentlicher Zweck der Einbindung von Patientenvertretern ist die Herstellung von Transparenz bei den Entscheidungen. Die Patientenvertreter sind quasi Stellvertreter der Öffentlichkeit, was die allgemeine Akzeptanz der Beschlüsse des GemBA erhöht.

Ferner wird der GemBA in seiner Arbeit von einer wissenschaftlichen Einrichtung unterstützt, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dieses Institut liefert wissenschaftliche Grundlagen etwa für die

德国医疗体制的一大特点，在其他国家都是政府采取法律手段对其进行约束。德国《社会法典》中对医疗保险机构所提供的医疗服务和相应的费用以及相关的合同规定仅有一般性的描述，例如法律中只规定所有投保人都可以享受医疗救治，治疗必须有针对性。救治服务应该达到治疗的目的，不能过多也不能过少。因此在实际操作中，还在全国范围内规定了医疗保险公司和医疗服务提供者的服务范围。

联邦共同委员会是全国最重要的自主管理部门，内部人将其称作“小立法委”，这个称呼完全符合联邦共同委员会的实际作用。法律只是投保人享有医疗救治的基础保证，联邦共同委员会则负责具体的事宜。它负责颁布的方针政策涉及方方面面，其中包括医疗或牙医救治、早期确诊疾病的基本措施、使用新的检查和治疗方法、药品和医院治疗的规定、失去劳动能力和是否需要进行医治的判断标准。

联邦共同委员会有21名委员，他们都有表决权。医疗保险公司可以推举9名代表，医疗服务提供者（保险医生联合会和保险牙医联合会）也可以推举9名代表。但是具体的人员还取决于当时的讨论话题，如果讨论的是医院问题，牙医就可以不参加。另外医疗保险公司和医疗服务提供者还要共同推选出一名董事会主席和两名中立的董事会成员。联邦共同委员会采取绝对多数的形式进行表决，这样董事会主席和两位中立的董事就显得尤为重要。做决定时由医疗保险公司推选的9名代表也可以参与，虽然他们没有选举权，但是他们享有发言权。让医疗保险机构的代表参加决策最主要目的是保证决策过程的透明性。由病人推举出的委员则代表广大国民，他们的加入可以提高社会对委员会决议的认可程度。

Beurteilung des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit von Arzneimitteln oder die Evidenz medizinischer Behandlungsmethoden. Wie wichtig diese Aufgabe ist, zeigt die Tatsache, dass nur etwa die Hälfte der bekannten Heilmethoden einen gesicherten wissenschaftlichen Nachweis über ihre Wirksamkeit bringen können. Außerdem ist es für den einzelnen Arzt gar nicht möglich, einen auch nur annähernd kompletten Überblick über den Stand und die Entwicklung des Wissens in seinem Fachgebiet zu haben. Aus diesem Grund spielt die Kontrolle und die Wissensvermittlung über die Entwicklung des medizinischen Wissens und der Behandlungsqualität eine immer größere Rolle.

In den Ländern sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenverbände gemeinsam für die Zulassung der Vertragsärzte nach den vom GemBA festgelegten Regeln verantwortlich. Sie überprüfen ferner die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxen. Dabei geht es nicht nur um die eigentlichen ärztlichen Behandlungen, sondern auch um die verordneten Leistungen, insbesondere die Arzneimittelrezepte und Überweisungen in ein Krankenhaus. Dazu bedient man sich zweier Methoden:

- In der „Auffälligkeitsprüfung“ werden Arztpraxen näher unter die Lupe genommen, die weit über dem Durchschnitt liegende Verordnungen von Leistungen aufweisen.
- In einer „Zufälligkeitsprüfung“ werden auf Grund von arzt- und versichertenbezogenen Stichproben 2 Prozent der Ärzte pro Quartal überprüft.

Gegenstand dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind

- die medizinische Notwendigkeit der Leistungen (Indikation),
- die Eignung der Leistungen zur Erreichung des therapeutischen oder diagnostischen Ziels,
- die Erfüllung von Qualitätsvorgaben (Richtlinien) des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie
- die Angemessenheit der Behandlungskosten.

Zur Unterstützung für diese Aufgaben steht der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung, eine Serviceeinrichtung, die umfangreiche Aufgaben in der Begutachtung und Beratung zur medizinischen Versorgung anbietet. Stellt sich heraus, dass der geprüfte Arzt die festgestellten Mehrleistungen aus medizinischen Gründen erbracht hat, weil er zum Beispiel viele chronisch Kranke zu versorgen hat, passiert nichts. Kann dieser Nachweis nicht erbracht werden, muss

此外联邦共同委员会还会得到科研机构的帮助，卫生领域质量和经济研究所不但向共同委员会提供资料，而且还可以对药品的经济实用性或医疗方法的可行性进行判断。这项任务具有极其重大的意义，据统计只有大约一半的医疗方法能通过科学方法证明其可行性。而且医生凭借自己的力量也无法对其所在医学领域的发展状况进行全局性的把握，因此卫生领域质量和经济研究所发挥着重大的作用，无论是在监督方面，还是在传授医学发展的新知识和新方法方面，都做出了巨大的贡献。

联邦共同委员会规定，保险医生联合会和医疗保险公司协会共同负责颁发所在州签约医生的行医执照，它们还将负责审查医生的诊所是否经济合理，其中不仅包括了医生的治疗方法，还包括了法律所规定的其他服务，例如医院的药方和如何向医院转账。联邦共同委员会常常采取以下两种方法进行审查。

“超常检查”即所有提供服务范围超过法律规定范围的诊所都将被进行审查。

“抽样检查”即在对投保人和医生抽样的基础上每季度随机抽样检查2%的医生。

审查的主要内容是：医疗救治的必要性（适用症状）；为达到诊断和治疗目的所采用的方法是否得当；是否符合联邦共同委员会对医疗服务质量的规定（是否符合共同委员会制定的方针和政策）；医疗救治的费用是否合理。

医疗保险医学服务中心（MDK）是一家服务机构，它提供各种各样的鉴定及咨询服务，帮助医疗保险公司解决医疗服务方面的问题。医疗保险医学服务中心

der betroffenen Arzt Regresszahlungen leisten oder eine Budgetkürzung hinnehmen. Gegen solche Bescheide kann, was oft vorkommt, Klage beim Sozialgericht eingereicht werden.

Während in der ambulanten Versorgung die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen den gemeinsamen Sicherstellungsauftrag haben und der Staat nur dessen Erfüllung überwacht, unterliegt die stationäre Versorgung anderen Steuerungsmechanismen. Hier haben die Landesregierungen die volle Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung. Wie dies im Detail abläuft, regeln die Landeskrankengesetze. Zwar haben die Krankenkassen und die regionalen Gebietskörperschaften bei der Planung und Zulassung von Krankenhäusern ein Mitspracherecht, zumeist in regionalen Planungskonferenzen. Dabei spielen sowohl die Versorgungsdichte als auch Qualitätsbedingungen eine Rolle. So werden z. B. Krankenhäuser bzw. deren Fachabteilungen nur dann zugelassen, wenn sie für bestimmte Fälle eine Mindestmenge an Leistungen und dementsprechendes Erfahrungen nachweisen können. Die Letztentscheidung für die Zulassung von Krankenhäusern fällen die Landesregierungen und die sie kontrollierenden Landesparlamente. Krankenhäuser, die in die Landeskrankenhausplanung aufgenommen wurden, haben einen Anspruch auf staatliche Zahlungen von Investitionskosten, und zwar unabhängig davon, ob sie von den Kommunen, kirchlichen Organisationen oder gewinnorientierten Privatunternehmen betrieben werden. Die laufenden Betriebskosten werden von den Krankenkassen über ein System von Fallpauschalen (DRGs) getragen. Dieses duale Finanzierungssystem wird seit Jahren von Gesundheitsökonomen kritisiert. Bisher ist es aber noch nicht gelungen, einen politischen Konsens über ein neues Vergütungssystem zu finden, in dem Investitions- und Betriebskosten in einen von den Krankenkassen zu tragenden Gesamtpreis für die Krankenhausbehandlung umgesetzt werden.

Die im Gesetz festgelegten Aufgaben der Wirtschaftlichkeits- und Qualitätskontrollen im Gesundheitswesen sind ein sehr anspruchsvolles Programm, was in der Realität mit erheblichen Umsetzungsproblemen verbunden ist. Die Prüfungen müssen nämlich rechtssicher sein, d.h. im Einzelfall auch Fehler der betroffenen Ärzte wirklich nachweisen können. Das ist alles andere als einfach. In der Entwicklung von handhabbaren Indikatoren zur Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung ist man in Deutschland erst am Anfang eines langwierigen Entwicklungsprozesses. In jedem anderen Wirtschaftsbereich sind Controllingssysteme zur Sicherung der Produktqualität und der Wirtschaftlichkeit im Betrieb etwas

在审查时发现医生向患者提供过多的医疗服务，如果能证明这些医疗服务是出于医学原因，例如救治多位慢性病人时所提供的医疗救治超过实际所需要的救治，则不会出现什么问题。一旦无法证明医生所提供的医疗服务是出于必要的医学原因，那么医生必须返还超出的款项。当然也经常会出现医生对医疗保险医学服务中心不满的情况，这种情况下医生可以向社会法庭提起诉讼。

医疗保险公司和保险医生联合会保证了门诊医疗服务，国家负责进行监督，至于住院治疗则由其他机构负责。负责住院治疗的部门是州政府，具体来说州政府通过颁布《医院管理法》来管理联邦州内的医院。虽然医疗保险公司和地方政府在地区医院计划会议上有权建议设立医院或批准设立医院，但是只有在医院和科室具备提供一定数量医疗服务的能力以及积累了相关经验的前提下，才能被批准，最后还要经联邦州政府和州议会通过。列入联邦州医院计划的医院有权向国家申请投资，不管该医院的经营者是乡镇、教会或赢利性企业。医疗保险公司使用按照诊疗病症结算（DRGs）的方法计算出运营成本。多年以来卫生领域的经济学家们对这种双轨制的财务体系进行了批驳。人们一直尝试引入其他领域的做法，只要计算出住院医疗领域中的投资和运营费的总和告知医疗保险公司即可，这种方法虽然对双方都有利，但是直到现在这个设想还未能实现。

在卫生领域中，实现法律所规定的医疗服务的经济性和质量监控等任务十分艰巨，实际执行过程中会遇到大量问题。审查必须做到有理有据，某些情况下需要指出医生所涉及的错误，执行起来更是困难重重。现在德国也刚开始利用数字和指数来衡量医疗服务的质量和经济性。然而万事开头难，其他领域为了保证产品质量和企业的高效早就建立起一套控制体系，卫生领域在这方面依然处于起步

Selbstverständliches. Im Gesundheitswesen müssen wir Derartiges erst aufbauen. Hier liegt ein Schlüssel zur Bewältigung einer sonst ausufernden Kostenentwicklung. Es kann nicht verwundern, dass Ärzteverbände und der medizinisch-industrielle Komplex sich gegen die Orientierung der Gesundheitspolitik auf eine evidenzbasierte Medizin wehren, werden davon doch ihre Geschäftsinteressen massiv berührt. Aber die Politik ist gut beraten, sich davon nicht beeindrucken zu lassen. Sie ist verantwortlich für eine gute und kostengünstige medizinische Versorgung der gesamten Bevölkerung und nicht für die Sicherstellung hoher Ärzteneinkommen und steigender Aktienkurse der Pharmaindustrie.

阶段。卫生领域经济高效的新政策往往也会遭到医师协会和制药行业反对，因为新政策大大侵害了他们的商业利益。政府也在尽量避免受到干扰，因为政府的任务是向国民提供物美价廉的医疗服务，而不是保证医生们高收入和制药行业股票行情的上涨。

Die Auswirkungen der Europäischen Union auf die gesetzliche Krankenversicherung

Hartmut Reiners

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg

1. Die Verträge von Maastricht (1992) und Amsterdam (1997): die „Offene Methode der Koordinierung“

Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist ein relativ junger Aufgabenbereich der Europäischen Union (EU). In dem Maß, wie sich die EU von einer Wirtschaftsunion hin zu einer weitergehenden politischen Vereinigung entwickelte, wurden auch diese Politikzweige Gegenstand der Europapolitik. Allerdings kann man nicht von einem einheitlichen sozialen Sicherungs- bzw. Gesundheitssystem in Europa sprechen. Auch sind die Kompetenzen der EU-Kommission und des EU-Parlamentes in diesem Sektor im Vergleich zum allgemeinen Wettbewerbsrecht oder zur Währungspolitik ganz erheblich eingeschränkt. Zwar wurde 1992 mit dem bahnbrechenden Vertrag von Maastricht 1992 die Gesundheitspolitik in den Aufgabenkatalog der Europäischen Gemeinschaftspolitik aufgenommen. Aber zugleich wurde die grundsätzliche Gestaltungshoheit der Nationalstaaten für die gesundheitlichen Versorgungssysteme betont. Dies wurde im Vertrag von Amsterdam 1997 ausdrücklich bestätigt. Dort heißt es in Artikel 152: „Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“

Gemäß den Verträgen von Maastricht und Amsterdam hat die EU in der Gesundheitspolitik folgende Aufgaben:

- Bekämpfung weit verbreiteter schwerer Krankheiten, deren Übertragung sowie die Verhütung von Krankheiten.
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten.
- Erlass von Rechtsnormen zu folgenden Gebieten: Organtransplantation, Blut und Blutprodukte, Veterinärwesen, Pflanzenschutz.

Gegenwärtig wird im Europäischen Rat der Entwurf eines EU-Verfassungsvertrages diskutiert, der folgende darüber hinaus gehende Aufgaben der EU vorsieht:

- Frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegenden grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren.

欧盟对公众医疗保险的影响

哈特姆特·莱纳尔斯 勃兰登堡州劳动社会卫生部官员

一、《马斯特里赫特条约》（1992年）与《阿姆斯特丹条约》（1997年）：“开放性协调机制”

卫生与社会保障政策在欧盟中是一个相对新兴的领域。欧盟从一个经济联盟发展成为一个不断深化的政治统一体。卫生与社会保障政策以同样的发展力度也成为欧盟政策的重要课题。即便如此，却还远远谈不上在欧洲实现一个统一的社会保障与卫生体制。相对于普通竞争法或是货币政策而言，欧盟委员会和欧盟议会在这方面的权限受到了极大的限制。尽管1992年所签订的《马斯特里赫特条约》极具开创意义，将卫生政策纳入了欧盟的总体政策，但同时也确定了每个民族国家制定卫生保障体制的根本主权。这一点在1997年签订的《阿姆斯特丹条约》里也得以明确证实。该条约中第152项条款中指明：“欧共体在卫生保障领域内采取行动时，每个成员国仍完全保有在卫生组织和医疗保障方面的责任。”

根据《马斯特里赫特条约》与《阿姆斯特丹条约》，欧盟在卫生政策方面有如下任务：

- 抵制广为传播的严重疾病，防止其传染，并做好预防工作。
- 促进各成员国之间的合作。
- 颁布针对下列方面的法律准则：器官移植，血液及血液制品，兽医学以及植物保护。

- Förderung der Zusammenarbeit von Gesundheitsdiensten in Grenzgebieten zwischen EU-Mitgliedstaaten.
- Festlegung von Leitlinien und Indikatoren zur Verbesserung der internen EU-Koordination.
- Kompetenzen beim Schutz der Bevölkerung vor Tabak- und Alkoholmissbrauch.

Die Diskussion über diese neuen gesundheitspolitischen Aufgaben der EU ist, wie die gesamte Debatte über eine Europäische Verfassung, noch nicht abgeschlossen.

Nach wie vor sind die EU-Kompetenzen in der Gesundheitspolitik auf besondere Fragen des Gesundheitsschutzes begrenzt. Die EU setzt zum Beispiel im Veterinärwesen und in der Lebensmittelsicherheit Mindeststandards und Grenzwerte fest, die von keinem Mitgliedsland unterschritten werden dürfen. Die praktische Umsetzung und Kontrolle dieser Regeln erfolgt auf nationalstaatlicher Ebene in der Verwaltungshoheit der Mitgliedstaaten. Die medizinische Versorgung im engeren Sinn ist ausschließlich Sache der jeweiligen Mitgliedstaaten. Hier hat die EU nur in der Arzneimittelversorgung wichtige Kompetenzen, als sie Normen für die Arzneimittelzulassung erlässt. Von einem einheitlichen europäischen Gesundheitswesen kann aber darüber hinaus nicht die Rede sein. Es ist auch nicht zu erwarten, dass sich das in absehbarer Zeit ändert.

Vor diesem Hintergrund wird in der EU ein Konzept der Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik erarbeitet, das die Bezeichnung „Offene Methode der Koordinierung“ trägt. Dieses Verfahren sieht folgende Schritte vor:

- Festlegung von gemeinsamen Zielen für die Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege.
- Bestimmung gemeinsamer Indikatoren zum Vergleich der Systeme und zur Ermittlung von „best practise“-Standards.
- Länderberichte über die Umsetzung der Ziele in nationale Politik und eingeleitete Reformschritte. Die Berichte sollen regelmäßig auf EU-Ebene geprüft und bewertet werden.

Bislang befindet sich die Arbeit an der Entwicklung gemeinsamer Indikatoren erst in den Anfängen. Man ist in der Gesundheitspolitik weit davon entfernt, gemeinsame europäische Standards für die Qualität der medizinischen Versorgung formulieren zu können. Die gewachsenen Strukturen in den Gesundheitssystemen und die daraus entstandenen Arbeitskulturen sind sehr unterschiedlich. Damit hängen auch

目前，欧盟理事会就制定欧盟宪法条约展开讨论，其中规定了欧盟在卫生政策方面的其余几项任务：

- 预警及防治严重的跨国卫生危机。
- 促进各成员国边境地区在卫生保障方面的合作。
- 确定方针与指标，以改善欧盟内部协调工作。
- 保护人类不受烟草与酒精滥用的危害。

与有关欧盟宪法的争论一样，针对欧盟卫生政策新任务所展开的讨论仍旧没有终结。与以往一样，欧盟在卫生政策方面的权限仍然局限在卫生保障的特殊问题上。例如，欧盟确定了兽医学和食品安全方面的最低标准和极限值，而每一个成员国都必须达到此标准。至于如何实现并控制这些标准，权力则掌握在各成员国手中。从狭义来说，医疗保障是每个成员国自己的事情。当欧盟公布药剂标准时，欧盟只在药剂供应方面拥有重要的权限，而离统一的欧洲卫生政策这一目标还相距甚远。而且此种情况在可预见的未来也不会有所改变。

针对这种状况，欧盟拟定了卫生政策领域内的合作草案，该草案名为“开放性协调机制”。该机制确定了如下步骤：

- 制定卫生保障和长期护理的共同目标。
- 确定各体系对比和“最佳实践”标准的共同指标。
- 各成员国呈递的报告中应确定如何将目标体现在国家政策中及其采取的改革步骤。报告应定期交由欧盟审核及评估。

到目前为止，确定共同指标的有关工作刚刚处于起步阶段。人们还无法制定医学治疗方面的欧洲统一标准。各国日渐成熟的卫生体制和由此产生的工作方式

unterschiedliche wirtschaftliche Interessen zusammen, die schon innerhalb der Mitgliedstaaten schwer unter einen Hut zu bringen sind. Umso komplizierter werden die Dinge auf der europäischen Ebene.

In Europa gibt es erhebliche Unterschiede in der Finanzierung der medizinischen Versorgung. Hier stehen sich steuer- und beitragsfinanzierte Systeme gegenüber, die sich selbst wiederum untereinander unterscheiden. Aber nicht nur die sozialen Sicherungssysteme sind verschieden, sondern auch die politischen Strategien zu ihrer Gestaltung. Gosta Esping-Andersen¹, einer der wichtigsten europäischen Theoretiker des modernen Wohlfahrtsstaates, unterscheidet hier drei Formen:

- die skandinavisch-sozialdemokratische Strategie mit einem großen öffentlichen Sektor personenbezogener Dienstleistungen,
- die christlich-demokratische kontinentale Strategie mit einem ausgeprägten Sozialversicherungssystem und
- die liberal-angelsächsische Strategie, die bei Sicherung eines sozialen Minimums darüber hinausgehende wohlfahrtsstaatliche Leistungen abbaut.

Diese ordnungspolitischen Orientierungen sind nur sehr bedingt miteinander kompatibel. Grundsätzlich besteht auch keine Notwendigkeit, diese Vielfalt der Gestaltungsmöglichkeiten zugunsten eines einheitlichen Systems abzuschaffen. Die pluralistische Versorgungsstruktur funktioniert ohne größere Probleme, weshalb sollte man sie dann ändern? Hinzu kommt, dass die Komplexität der medizinischen Versorgung auch innerhalb der Nationalstaaten eine starke regionale Komponente erfordert.

2. Sicherung der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung in der EU

Grundsätzlich gilt in der EU das Prinzip der Vielfalt von Gestaltungsmöglichkeiten, wobei die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen schon seit längerem praktiziert wird. Die Bürger der EU-Staaten haben seit über 30 Jahren unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, sich innerhalb der EU ärztlich behandeln zu lassen. Erkrankt zum Beispiel ein Deutscher während eines Aufenthaltes in einem anderen EU-Mitgliedstaat, hat er dort einen Versorgungsanspruch nach den dort geltenden Regeln. Das betrifft vor allem Urlauber. Die AOK unterhält als größter deutscher Kassenverband sogar eine eigene Geschäftsstelle auf der spanischen Insel Mallorca, einem der beliebtesten Ferienzele der Deutschen. Unter den EU-

¹ Esping-Andersen, G. (1990): Three worlds of Welfare Capitalism, Oxford

不尽相同。与此相关联的还有各国之间难以协调一致的经济利益。故而在欧洲范围内开展上述工作更是难上加难。

在医疗保障经费方面，欧洲各国有着极大的差异，它们或是通过税收支付，或是通过缴纳保险费，这些体系也各有不同。然而，不仅是社会福利保险体制不同，连各国制定体制所采用的政治策略也不尽相同。哥斯塔·艾斯平-安德森¹，现代福利国家理论欧洲最重要的研究者之一，提出了三种形式：

- 斯堪的纳维亚 - 社会民主策略：面向大众、以人为本的服务，
- 基督民主的大陆策略：带有鲜明的社会福利保险体制的特征，
- 自由主义 - 盎格鲁撒克逊策略：在保证公民享有最低福利的情况下，减少福利国家的福利金。

这些策略鲜有互相兼容的可能性。基本上来看，也没必要消除这些策略的多样性，以有利于建立一个统一的体系。既然多元的卫生保障体制运作起来并没有什么大问题，人们又何必必要对其进行改动呢？此外，在一个综合的医疗保障体系中，各国内部坚实的地区组成部分也是不可或缺的。

二、欧盟内部的跨国卫生保障

从根本上讲，各国策略的多样性原则在欧盟内部是可行的，因为长期以来各国就已经实行跨国医疗保障制度。三十多年来，欧盟成员国的公民享有在一定条件下在欧盟境内接受医生治疗的权利。比如说，一个德国人在另一欧盟成员国度假时生病了，他可以根据当地的规定提出治疗要求。这主要涉及到度假者。公共

¹ 艾斯平-安德森，哥斯塔（Gosta Esping-Andersen）(1990):《福利资本主义的三个世界》，牛津

Staaten sorgt ein pauschales Ausgleichssystem für die Finanzierung der dadurch entstehenden Behandlungskosten. Für diese Aufgabe unterhalten die deutschen Sozialversicherungsträger eine eigene Behörde. Sie kümmert sich nicht nur um die Krankenversicherung deutscher Bürger in den EU-Staaten, sondern schließt auch Abkommen mit anderen Ländern, die ein häufig gewähltes Reiseziel der Deutschen sind (z. B. Türkei oder Tunesien). Auch sind die Regeln klar, wenn ein EU-Ausländer in Deutschland lebt und arbeitet oder ein Deutscher in einem anderen EU-Staat. Für sie gelten dann immer die gleichen sozialrechtlichen Vorschriften wie für die einheimischen Bürger des jeweiligen Landes auch.

Besonderer Regelungsbedarf besteht in Grenzregionen innerhalb der EU, wo der Arbeits- und der Wohnort häufig in zwei verschiedenen Ländern liegen. So sind zum Beispiel im Drei-Länder-Eck von Deutschland, Belgien und den Niederlanden viele Deutsche in ihren Nachbarländern beschäftigt, ohne dort auch zu wohnen. Umgekehrt arbeiten zahlreiche Belgier oder Niederländer in Deutschland, haben dadurch eine deutsche Krankenversicherung, wohnen aber nach wie vor in ihren Heimatländern. Für diese Fälle gibt es besondere Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern oder Ärzten, die die medizinische Versorgung dieser Personen auch jenseits von Notfällen oder akuten Erkrankungen grenzüberschreitend sicherstellen. An der deutschen Westgrenze funktioniert das weitgehend reibungslos. An der Ostgrenze zu Polen und der Tschechischen Republik sind solche Vertragssysteme aber erst im Entstehen begriffen. Es sind noch einige Widerstände zu überwinden. Deutsche Ärzte und Krankenhäuser befürchten, dass sie durch die Ost-Erweiterung der EU mit Krankenhäusern und Arztpraxen in Polen oder anderen neuen EU-Ländern konkurrieren müssen, die sehr viel niedrigere Kosten haben, insbesondere beim Personal. Diese Ängste haben nur in einigen Versorgungsbereichen eine gewisse Berechtigung. Zum einen haben nur wenige Ärzte in Polen oder Tschechien ausreichende deutsche Sprachkenntnisse für eine Zulassung oder eine Arbeitsstelle in Deutschland. Zum anderen hat sich auch die Befürchtung nicht bestätigt, die offenen Grenzen zu den osteuropäischen Ländern würden einen „Gesundheitstourismus“ deutscher Patienten in diese Ländern bewirken.

Die normale ambulante und stationäre Versorgung erfolgt nach wie vor in der jeweiligen Wohnregion. Wer nimmt schon für sich und seine Angehörigen längere Wege zum Arzt oder Krankenhaus in Kauf, wenn es nicht unbedingt notwendig ist? Die Krankenkassen tragen sowieso nur die Kosten für die Ärzte und Krankenhäuser in der eigenen Region, es sei denn, es ist eine dort nicht verfügbare Spezialbehandlung erforderlich. Einen „Gesundheitstourismus“ gibt es nur in bestimmten Versorgungsbereichen, vor

地方医疗保险公司（AOK）作为德国最大的保险公司，甚至还在德国人最为喜爱的度假胜地之一西班牙的马洛卡岛上设立了自己的办事处。欧盟各成员国正着手建立一个由此产生的医疗费用的结算体制。德国的社会保险承保机构为此设立了专门的机关。该机关不仅负责德国公民在欧盟各国的医疗保险事务，还与德国公民经常前往度假的其他国家（如：土耳其，突尼斯等）签订协议。如果其他欧盟成员国的公民在德国或者德国公民在其他欧盟成员国生活和工作，那么这些规定都是行之有效的。他们享有与本国公民同样的法律权益。

欧盟内部的边境地区尤其需要这些规定，因为在这些地区，人们的居住和工作地点往往在两个不同的国家。比如说，在德国、比利时和荷兰三国交界的地区，有许多德国人在邻国就业，却并不居住在那里；同样的，有许多比利时人和荷兰人在德国工作，享有德国的医疗保险，却还是居住在他们自己的国家。针对此种情况，保险公司与医院或医生签订了特别合同，以保障这些人享受跨国医疗。在德国的西部边境地区，这些合同操作起来完全没有问题。而在与波兰和捷克共和国接壤的东部边境地区，该体制才具雏形。人们还需要克服一些阻力。德国的医生和医院担忧，由于欧盟东扩，他们不得不与波兰或是其他新的欧盟成员国的医院与诊所展开竞争，而这些国家的医院与诊所费用要低很多，特别是在人员方面。而这些担忧总的看来有点杞人忧天。一方面来说，在波兰和捷克，只有极少数的医生达到足够的德语语言水平并获准在德国工作。另一方面来说，这些担忧还没有得到证实，而向东欧国家开放边境可能会引发德国医生在这些国家进行“医疗旅游”。

每个居民区一如往常都设有门诊部和住院部。如果不是必要的话，谁又会为了自己或家人就医而舍近求远呢？毕竟保险公司承担的只是自己地区内医生诊治

allein bei Badekuren und beim Zahnersatz. Hier sind die Leistungen der deutschen Krankenversicherungen sehr eingeschränkt. Für Kuren, die nicht im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation nach schweren Erkrankungen wie z. B. Krebs oder Herzinfarkt stehen, zahlen die Krankenkassen nur einen kleinen Zuschuss. Der weitaus größte Teil der Kosten muss von den Versicherten aus eigener Tasche bezahlt werden. Ähnliches gilt für Zahnersatzleistungen, wo die Krankenkassen maximal die Hälfte der Behandlungskosten erstatten. Sie gewähren ihren Versicherten einen fallbezogenen Festzuschuss, zum Beispiel für eine Zahnkrone einen bestimmten Euro-Betrag. Die Differenz zur Forderung des Zahnarztes muss der Kassenpatient privat bezahlen. Insbesondere in Ungarn haben sich in Urlaubsregionen wie dem Balaton-See Zahnkliniken auf die Behandlung deutscher Patienten spezialisiert. Sie bieten Zahnersatzleistungen zu Preisen an, die noch nicht einmal die Hälfte dessen betragen, was ein deutscher Zahnarzt verlangt. Diese Behandlung wird dann noch durch ein pauschales Paket von Hotelunterkunft und Verpflegung ergänzt. Alles in allem werden die Patienten erheblich preisgünstiger versorgt als in Deutschland, selbst dann, wenn sie keinen Zuschuss von ihrer Krankenkassen bekommen. Sie gehen aber ein Risiko ein, weil es für die dort erbrachten Leistungen keine Gewährleistungspflicht und Qualitätssicherung gibt. Während in Deutschland die Krankenkassen die Versicherten unterstützen und Nachbesserungen fordern können, wenn die vom Zahnarzt erbrachte Leistung fehlerhaft ist, gibt es diesen Schutz bei einer Behandlung im EU-Ausland nur dann, wenn die Krankenkasse einen Vertrag mit der betreffenden Klinik hat. Letzteres ist noch selten, aber die Krankenkassen gehen nach und nach dazu über, Verträge mit Zahnlabors in den neuen EU-Staaten zu schließen. Diese beliefern auch deutsche Zahnärzte. Die AOK Brandenburg unterhält bereits eine solche Geschäftsbeziehung mit Firmen in Polen, sehr zum Ärger der deutschen Zahntechniker.

3. Wettbewerbsrecht im EU-Binnenmarkt - Auswirkungen auf das Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund der Vertragsbeziehung von gesetzlichen Krankenversicherungen mit Leistungserbringern im EU-Ausland ergibt sich die Frage nach der Umsetzung des europäischen Wettbewerbsrechts im Gesundheitswesen. Die EU hat für ihren Binnenmarkt ebenso klare wie strenge Regeln zur Gewährleistung eines fairen Wettbewerbs und zur Verhinderung von unzulässiger Marktmacht in Form von Monopolen und Oligopolen. Würde man diese Regeln auch auf das Gesundheitswesen anwenden, müsste man in Deutschland Krankenkassen mit hohen regionalen Marktanteilen zerschlagen. Das würde erst recht für die Kassenärztlichen Vereinigungen

和医院的费用，除非病人所需要的特别治疗无法在该地区进行。“医疗旅游”也只限于某些医疗领域，主要是浴疗法和镶牙。在这些方面，德国医疗保险仅支付部分费用。如果病人并不是因为罹患癌症或心肌梗塞等重症需要进行疗养，以恢复身体的话，保险公司只会支付极少的补助费。而疗养费的绝大部分则由被保险人自掏腰包。镶牙也是如此，保险公司最多只支付治疗费的一半。根据不同病例，保险公司会向被保险人提供一笔固定的补助费，比如说安装牙套可获得一定数额的欧元。而与医生收取诊费之间的差额则由病人自理。在匈牙利，特别是在度假区，如巴拉托湖，牙科诊所专门为德国病人提供服务。他们镶牙的开价还不到德国医生的一半。除了为病人镶牙外，他们还提供酒店住宿和膳食。总而言之，病人在当地就诊要比在德国便宜得多，就算是拿不到他们保险公司的补助费也还是合算。但是他们却需要承担风险，因为他们在当地所得到的治疗并没有担保义务和质量保证。在德国，如果牙医治疗出现差错的话，保险公司会支持被保险人并要求进行修补。但如果病人在其他欧盟成员国接受治疗而出现问题的话，则不享受该项权利，除非保险公司与有关医院签订了合同。这种情况还比较少，但保险公司慢慢开始与新的欧盟成员国的牙科诊所签订合同。他们也向德国牙医提供类似服务。公共地方医疗保险公司（AOK）勃兰登堡州分公司已经与波兰的公司建立并开展贸易关系，而此举当然也引起了德国假牙技工的不满。

三、欧盟内部市场的竞争法——对卫生政策的影响

公众医疗保险公司与其他欧盟成员国的保险给付提供者签订了合同。这样一来，有关卫生政策方面如何实现欧洲竞争法的问题便浮出水面。欧盟内部市场有着明确而严格的规定，用以保障公平竞争的实现以及阻止市场上垄断或寡头的出

gelten. Sie haben auf regionaler Ebene ein Monopol für die Sicherstellung der ambulanten ärztliche Behandlung: Die Krankenkassen dürfen bislang nur mit ihnen Versorgungsverträge schließen.²

Der europäische Gerichtshof hat aber in verschiedenen Urteilen klar gestellt, dass es sich bei derartigen Einrichtungen nicht um Unternehmen im marktwirtschaftlichen Sinn handelt, die unter das Prinzip des freien Wettbewerbs fallen. Auf Grund folgender Kriterien sind gesetzliche Krankenversicherungen keine Unternehmen im wettbewerbsrechtlichen Sinn:

- Sie verfolgen keine Gewinnerzielung.
- Sie dienen auf nationaler Ebene einem sozialen Zweck unter Anwendung des Solidarprinzips in der Finanzierung und Gewährung der Leistungen.
- Sie sind für große Teile der Bevölkerung eine Pflichtversicherung.
- Die Beitrags- und Leistungsgestaltung erfolgt nach Maßgabe des Gesetzgebers.

Diese Merkmale treffen auf die gesetzliche Krankenversicherung zu. Das hat gravierende Auswirkungen auf das Gesundheitswesen als einem Wirtschaftszweig. Während in anderen Branchen auf EU-Ebene der freie Austausch von Waren und Dienstleistungen praktiziert wird, ist diese Regel im Bereich des Gesundheitswesens eingeschränkt. Wie weit diese Einschränkungen gehen können, war Gegenstand wichtiger Grundsatzurteile des Europäischen Gerichtshofs (EuGH). Hier zwei Beispiele, die die Komplexität des Verhältnisses von sozialstaatlichen Rechten und freiem Wettbewerb deutlich machen.

In einem als „Kohll/Decker“-Urteil in die Rechtsgeschichte eingegangenen Fall hatten zwei Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung aus Luxemburg zum einen die Bezahlung einer in einem anderen EU-Land erworbenen Brille, zum anderen die Übernahme der Kosten für Zahnbehandlung in einem Nachbarstaat eingeklagt. Ihre Krankenkassen hatten eine Kostenübernahme verweigert mit der Begründung, die Versicherten hätten zuvor Antrag auf Bezahlung der Behandlung bzw. Sachleistung im Ausland stellen und sich genehmigen lassen müssen. Der EuGH stellte fest, dass eine solche Bedingung gegen das EU-Recht verstößt, insbesondere gegen die Grundsätze des freien Warenverkehrs und der Dienstleistungsfreiheit. Die Krankenversicherungen mussten zahlen. Allerdings ließ das Kohll-/Decker-Urteil eine Hintertür geöffnet: Die zahlungspflichtigen Krankenkassen müssen nicht unbedingt die gesamten tatsächlichen

² Das zurzeit in der parlamentarischen Abstimmung befindliche Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens sieht vor, dass die Krankenkassen insbesondere in der hausärztlichen Versorgung auch mit anderen Arztgruppen Verträge schließen können. Das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigung soll schrittweise abgebaut werden.

现。如果这些规定也用于卫生体制，那么德国那些拥有极大地区市场份额的医疗保险公司就面临着被分割的命运。而这也恰恰适用于医疗保险组织的医生联合会。这些联合会垄断了各地区门诊治疗：迄今为止，医疗保险公司只允许与这些联合会签订保障合同。²

而欧洲法院却通过各种不同的判决指明，市场经济体制中的企业必须遵循公平竞争的原则，而上述这些联合会等机构并不是这类企业。根据下列标准，公众医疗保险公司并不是竞争法意义上的企业：

- 它们不获取利润。
- 根据互助原则，它们服务于国家的福利政策。
- 对于大部分公民而言，它们是义务保险。
- 收费及保障体系有法可依。

公众医疗保险公司具有上述特征。这对作为经济分支之一的卫生体制有着重大影响。在其他领域，欧盟内部已经实现了货物和服务的自由交换，而这一点在卫生体制方面却是有所限制。至于限制程度有多大，那就要根据欧洲法院所作的一些重要判决而定了。下面有两个例子，可以用来说明福利国家法律和自由竞争的综合关系。

一桩是可以凭借“科尔/德克尔（Kohll/Decker）”判决载入法学史册的案例。来自卢森堡的两位参加公众医疗保险的公民向法院提出诉讼。他们其中一位是付钱购买了在另一欧盟成员国配置的眼镜，另一位则是在邻国支付了牙医诊治

² 这项正由议会进行决议的法律旨在对卫生体制进行改革。该法律规定，保险公司可以与其他医生组织签订合同，特别是在家庭医疗保障方面。医疗保险组织的医生联合会的垄断应当逐步被取缔。

Kosten tragen. Sie sind nur dazu verpflichtet, den im eigenen Land üblichen Kostensatz für die erbrachten Leistungen zu erstatten. In Deutschland hat der Gesetzgeber 2003 eine entsprechende Klarstellung im Gesetz vorgenommen. Demnach können in Deutschland die Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen Leistungserbringer im EU-Ausland in Anspruch nehmen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht aber höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkassen bei einer Leistungserbringung in Deutschland zu tragen hätte. Die Differenz hat der Versicherte zu tragen.

Das zweite Beispiel berührt grundsätzliche Probleme der Gestaltung sozialrechtlicher Leistungen. Zur Begrenzung der Ausgaben im Arzneimittelbereich werden in Deutschland für etwa zwei Drittel der von den Krankenkassen bezahlten Arzneimittel Festbeträge als Erstattungsobergrenze festgesetzt. Dabei handelt es sich vornehmlich um Generika, d. h. um Arzneimittel mit Wirkstoffen, für die es keinen Patentschutz mehr gibt. Eine freie Preisgestaltung der Hersteller gibt es nur bei Originalpräparaten mit Patentschutz. Die Festbeträge werden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich für alle Kassen nach vom Gesetzgeber festgelegten Regeln bestimmt. Im Prinzip geht es darum, einen virtuellen durchschnittlichen Marktpreis zu definieren, den die Kassen zu bezahlen haben. Auch hier gilt wie im obigen Fall, dass die Versicherten den Differenzbetrag zahlen müssen, wenn sie ein über dieser Preismarke liegendes Medikament haben wollen. Pharmaunternehmen haben gegen diese Regelung vor dem EuGH geklagt mit der Begründung, eine solche quasi gesetzliche Regelung dürfe nicht von den Krankenkassen erlassen werden, da sie keine staatlichen Behörden, sondern faktisch Monopolunternehmen seien. Der EuGH hat die Unternehmenseigenschaft der gesetzlichen Krankenkassen verneint und ihnen einen öffentlich-rechtlichen, d. h. quasi staatlichen Status zugebilligt. Generell gelten nur direkt vom Staat vorgenommene Entscheidungen und Regulierungen als „europarechtssicher“. Das Selbstverwaltungsprinzip des deutschen Gesundheitswesens kennt eine Reihe von Regelungen, in denen der Staat zwar den allgemeinen Rahmen festlegt, aber den Krankenkassen in der Durchführung freie Hand lässt. Das ist im europäischen Recht eine nicht immer eindeutige Angelegenheit.

4. Dienstleistungsrichtlinie Binnenmarkt

Für heftige Auseinandersetzungen sorgte 2004 ein von der Europäischen Kommission, der mit einer Regierung vergleichbaren Administration der EU, vorgelegter Vorschlag für eine Dienstleistungsrichtlinie im Binnenmarkt der EU. Zur Vereinfachung der grenzüberschreitenden Erbringung von Dienstleistungen, zu denen auch die

的费用。而他们的医疗保险公司都拒绝为他们偿付款项，理由是被保险人必须先提出在国外进行治疗或购买实物的申请，并且要获得批准，而他们并没有这样做。欧洲法院做出如下判决，保险公司的这个理由违反了欧盟基本法，特别是违背了货物和服务自由流通的原则。故而保险公司必须偿付上述款项。但是此案例还是留有一条后路：医疗保险公司并不一定要承担一切费用。在本国医治普遍需要多少费用，他们就偿付多少费用。2003年，德国立法机构在法律中做出了相应规定。因此，德国被保险人在一定条件下可以在其他欧盟成员国享受医疗保障。但保险公司最多只支付与在德国接受诊治所需费用的相同金额，差额由被保险人自理。

另一个案例则牵涉到确定社会福利保障的原则性问题。为了限制在药剂领域中的开支，德国三分之二的由医疗保险公司支付的药剂都有固定价格，以作为偿付的最高限额。此规定主要涉及非专利药，即含有高效物质的药剂，此类药剂并没有专利保护。只有拥有专利权的独创性药剂才可由制造商自行定价。而药剂的固定价格由医疗保险公司的高层根据法规制定，该价格适用于所有保险公司。从原则上来说，这就相当于确定了一个潜在的平均的市场价格，各保险公司照此付款。与上述案例一样，在本案例中，如果被保险人购买了超过此标准价格的药品，被保险人必须自行支付之间的差额。医药公司就此规定向欧洲法院提出诉讼，理由是，这样一项类似法律条款的规定不应由保险公司宣布，因为保险公司并不是国家机构，事实上它们是垄断性企业。欧洲法院否定了公众医疗保险公司的企业性质，而赋予了它们公共合法的特点，即它们拥有准国家性机构的合法地位。普遍来说，只有国家所作的决策和调整被看作是在法律上有效的。德国卫生政策的自我管理原则有着一系列的规定。国家虽然为这些规定确定了总体框架，

medizinische Behandlung gehört, sollte das Herkunftslandprinzip zur Anwendung kommen. Dieses besagt, dass für die Arbeiterlaubnis aller entsprechenden Berufe die Regeln des Heimatlandes eines Dienstleisters maßgeblich sind. Das sollte auch für Ärzte und Pflegekräfte gelten. Praktisch hätte das bedeutet, dass zum Beispiel jeder in Polen, Ungarn oder Italien zugelassene Arzt auch ohne eine nach den deutschen Regeln erfolgte Approbation in Deutschland einen Anspruch auf Zulassung hätte. Die Bundesregierung hat sich erfolgreich dafür eingesetzt, die Gesundheits- und Pflegedienstleistungen aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie herauszunehmen. Sonst hätte die Gefahr bestanden, dass die hohen Standards für diese Berufe in Deutschland ausgehöhlt würden. Das bedeutet nicht, dass Ärztinnen und Ärzte aus dem EU-Ausland keine Chance haben, in Deutschland zu arbeiten. Im Gegenteil, wir registrieren eine wachsende Zuwanderung dieser Berufe vor allem aus Ost-Europa. Auch arbeitet eine wachsende Zahl vor allem jüngerer deutscher Ärzte in Großbritannien und in Schweden. Das ist aber nur möglich, weil die beruflichen Standards einer genauen Prüfung der aufnehmenden Länder unterliegen. Wir haben im Zuge der Ost-Erweiterung der EU im Gesundheitswesen weniger die Gefahr eines Preisdumping unter Ärzten. Vielmehr haben wir das Problem, dass aus den ärmeren EU-Mitgliedstaaten wie Polen, Ungarn oder Rumänien vor allem qualifizierte Ärztinnen und Ärzte nach West- und Nordeuropa abwandern, weil sie dort mehr als doppelt so viel verdienen können als in ihrer Heimat. Das kann die Versorgungsqualität dieser Länder erheblich beeinträchtigen. Die EU hat sich zum Ziel gesetzt, die Lebenslagen in ihren Mitgliedsländern schrittweise anzupassen. Dieses Ziel könnte durch eine unbedachte Ausweitung der Dienstleistungsrichtlinie in der gesundheitlichen Versorgung gefährdet werden.

5. Fazit

Als Fazit kann festgehalten werden, dass

- die Aufgaben der EU sich auf die Normierung des Gesundheitsschutzes beschränken,
- die medizinische Versorgung für alle Bürger im EU-Ausland gesichert ist,
- die Strukturierung der medizinischen Versorgung sowie die Gestaltung des Leistungsumfanges der sozialen Sicherungssysteme Angelegenheit der Nationalstaaten ist,

但其具体实施则由保险公司做主。这在欧洲法律中总是一项模棱两可的解释。

四、欧盟内部市场的服务性行业准则

鉴于激烈的争论，欧盟委员会——这个等同于一国政府的欧盟行政机构——于2004年提出了为欧盟内部市场的服务性行业制定准则的建议。为了简化跨国服务的操作，其中当然也包括医疗诊治，需要采用如下原则：即服务性行业的就业人员遵循自己国家的各项规定，这项原则适用于任何相关职业，当然也适用于医生及护理人员。比如说，任何一个在波兰、匈牙利或是意大利获准行医的医生，即便没有获得根据德国法规所需的开业许可，他也可以要求在德国行医。而德国联邦政府一直努力想使卫生及护理行业不受制于这项服务性行业准则。因为该准则将会损害德国在这些职业中所确立的高标准。当然这也并不表示欧盟其他成员国的医生就没有机会在德国就业。相反的是，我们注意到从事这些职业的移民越来越多，他们主要是来自东欧国家。此外，在英国和瑞典行医的德国医生的数量也有增长的趋势，尤其是年轻医生越来越多。但是这建立在职业标准经受了该国严格考核的基础上。在欧盟东扩进程中，在医生竞争方面我们的卫生体制所面临的危机要少一些。而我们碰到的更多的问题是，来自并不富裕的欧盟成员国（如波兰、匈牙利或罗马尼亚）的公民，特别是高水平的医生纷纷涌入西欧和北欧国家，因为他们在那里的收入要比在自己的国家多一倍以上。而这个问题会大大影响这些西欧和北欧国家医疗保障的质量。欧盟设定的目标是，要使得各成员国的生活环境逐步协调一致。但是，如果在卫生体制方面草率地实行该服务性行业准则，反而有可能会危及欧盟的上述既定目标。

- sich in Grenzregionen insbesondere in Westeuropa grenzübergreifende Versorgungsstrukturen herausbilden
- sich an der nationalen Souveränität in der Gestaltung der Gesundheitssysteme auf absehbare Zeit nichts ändern wird,
- im Zuge der europäischen Einigung sich dennoch schrittweise gemeinsame Standards der Versorgungsqualität durchsetzen werden.

五、结论

最后，本人作出如下总结：

- 欧盟的任务局限于卫生保障的标准化，
- 所有欧盟公民在其他欧盟成员国均可获得医疗保障，
- 构建医疗保障体制和确定社会保险体制属于国家事务范畴，
- 在边境地区，特别是在西欧，跨国医疗保障体制业已形成，
- 建立卫生体制属于国家主权，这一点在可预见的未来不会有所改变，
- 在欧洲统一进程中，会逐步贯彻实施共同的卫生保障质量标准。

Zum Stand der Reformen der Sozialversicherungen in Deutschland: Prinzipien, Probleme, Perspektiven

Prof. Dr. Rainer Schlegel, Richter am Bundessozialgericht

I. Sozialversicherung - Rahmenbedingungen ihrer Entstehung

Die deutsche Sozialversicherung gliedert sich heute in fünf Zweige: die Krankenversicherung, die Pflegeversicherung, die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung sowie die gesetzliche Unfallversicherung. Es handelt sich um Pflichtversicherungen. Die Sozialversicherung wird von rechtlich selbstständigen Körperschaften des öffentlichen Rechts durchgeführt (so genannte Mittelbare Staatsverwaltung). Die Träger der Sozialversicherung sind hierarchisch nicht unmittelbar den jeweiligen Ministerien unterstellt (so genannte Unmittelbare Staatsverwaltung), sondern rechtlich verselbstständigt und nur einer Rechtsaufsicht der Ministerien unterworfen. Die Sozialversicherung wird im Wesentlichen durch Beiträge der Versicherten, vor allem der Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber, in der Unfallversicherung allein durch die Arbeitgeber finanziert. In der Rentenversicherung gibt es einen Staatszuschuss, der sich auf rund ein Drittel der Ausgaben beläuft und der mit gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der Rentenversicherung gerechtfertigt wird (z.B. rentensteigernde Wirkung von Zeiten der Kindererziehung). Die Beiträge sind zweckgebunden und dürfen nur für die Leistungen der Sozialversicherung – für nichts anderes – ausgegeben werden.

Die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung wurden zwischen 1883 und 1889 eingerichtet. In jener Zeit war Deutschland durch eine starke Industrialisierung und durch Wanderungsbewegungen – ja von „Landflucht“ – vom Land in die Industriestädte und in die Handelsmetropolen geprägt. Die bisherigen Strukturen der Großfamilie, in der mehrere Generationen zusammenlebten und auch bei Krankheit und Alter zusammenhielten, lösten sich weitgehend auf. Damit ging für viele Menschen der soziale Schutz verloren, den bisher die Familie geboten hatte. Einer der Gründe für die Errichtung der Sozialversicherung war es, den Wegfall dieses sozialen Schutzes seitens der Großfamilien durch neue, staatlich organisierte Gemeinschaften – eben durch die Versichertengemeinschaften – aufzufangen. Ein weiteres Ziel der damaligen Regierung war es, Protestbewegungen der Arbeitnehmer durch staatliche Leistungen abzumildern. Die Unzufriedenheit der Arbeitnehmer mit ihrer wirtschaftlichen Gesamtsituation sollte verringert werden. Die Arbeitnehmer waren in jener Zeit mangels wirksamer Arbeitnehmerorganisationen auch nicht in der Lage, durch Verhandlungen mit den Arbeitgebern ausreichend hohe Arbeitsentgelte (Löhne) durchzusetzen, die es erlaubt

社会保障体制改革情况：原则、问题和前景

莱纳·施勒格尔博士教授 德国卡塞尔联邦社会法院法官

I. 社会保障——出现的框架条件

今天，德国的社会保险有五大分支：医疗保险、护理保险、养老保险、失业保险和法定的事故保险。这些都是义务保险。社会保险由独立的法人团体实施（所谓的间接国家行政管理）。社会保险的经营机构并不直接隶属于各政府部门（所谓的直接国家行政管理），他们享有独立的法律地位，只是接受政府部门的法律监督。社会保险的资金主要来自被保险人——主要是雇员及其雇主缴纳的保险费，事故保险则完全由雇主承担。国家对养老保险予以补贴，约占养老金支出的1/3。鉴于养老保险的社会职责，这是合情合理的（例如将养育子女时间计入投保年限）。社会保险费的用途明确，只能用于社会保险，不可挪作他用。

医疗、养老和事故保险建立于1883 - 1889年间。当时的德国深受工业化和迁移运动的影响，农村人口大量流失——从农村涌向工业和商业城市。多代同堂，即便在疾病和年老情况下依然不分离的大家庭结构几近土崩瓦解。许多人失去了家庭所提供的社会保护。用新兴的、国家组织的团体，即保险机构弥补原有的大家庭社会保护，是建立社会保险的原因之一。当时政府的另一个目的是通过国家福利缓和雇员的抗议运动。必须缓解雇员对其经济处境的不满状况。而当时的雇员因为缺少有效的组织也没有能力通过与雇主谈判争取到足够高的劳动报酬（工资）。只有工资高，个人才有可能通过存款（“节约”）或其他方式在健康和养老问题上未雨绸缪。

hätten, durch Bildung von individuellen Rücklagen („Sparen“) oder auf sonstige Weise für eine zukunftsgerichtete Gesundheits- oder Altersvorsorge zu sorgen.

II. Sozialversicherung und Sozialhilfe

Neben der beitragsfinanzierten Sozialversicherung gibt es in Deutschland heute mehrere steuerfinanzierte staatliche Grundsicherungen: Sozialhilfe, Grundsicherung für Arbeitsuchende, Wohngeld, Ausbildungsförderung, Grundsicherung im Alter. Diese Grundsicherungssysteme helfen Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigener Kraft, d.h. nicht aus eigenem Einkommen oder Vermögen und auch nicht aus Leistungen der Sozialversicherung bestreiten können. Sie sind gegenüber der Sozialversicherung subsidiär; Grundsicherungen greifen nur dort ein, wo der Bedarf durch die Sozialversicherung nicht oder nicht in ausreichendem Maße gedeckt werden kann (z.B. bei ganz geringer Rente).

III. Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung tritt ein bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Sie wird allein durch die Arbeitgeber finanziert und ist der erfolgreichste Versicherungszweig. Die Kosten belaufen sich im Durchschnitt auf 1,35 % der Lohnsumme (Stand 2003). Insbesondere gelingt es der gesetzlichen Unfallversicherung durch Prävention und Unfallverhütungsmaßnahmen sehr gut, das Unfallrisiko in den Betrieben stetig zu reduzieren und zu minimieren. Die Unfallversicherung „funktioniert sehr gut“, so dass der Reformbedarf als gering angesehen wird.

Zurzeit wird insbesondere darüber diskutiert, ob die in 120 Jahren gewachsenen Zuständigkeiten der Träger der Unfallversicherung, insbesondere der Berufsgenossenschaften, neu zu ordnen sind (Organisationsreform). Zum anderen wird darüber gestritten, ob die Unfälle der Arbeitnehmer auf dem Weg von und zur Arbeitsstätte, so genannte Wegeunfälle, wie bisher als Arbeitsunfälle versichert sein sollen. Vor allem die Organisationen der Arbeitgeber fordern, Wegeunfälle aus der Unfallversicherung herauszunehmen: Denn – so wird argumentiert – der Arbeitgeber habe keinen Einfluss auf den Arbeitsweg seiner Arbeitnehmer und könne daher für Unfälle seiner Arbeitnehmer, insbesondere Verkehrsunfälle auf dem Weg zur Arbeit nicht verantwortlich gemacht werden. Für einen Versicherungsschutz auch bei Wegeunfällen wird das Argument angeführt, dass von Arbeitnehmern zunehmend Mobilität verlangt werde.

II. 社会保障和社会救济

除了收费制社会保险外，德国现有多种靠税收支持的国家基本保障：社会救济、对求职者的基本保障，住房津贴，教育促进以及对老年人的基本保障。这些基本保障体系对不能凭一己之力，即不能通过自己的收入或财产，也不能通过社会保险维持生计的人提供救助。它们是对社会保险的补充；基本保障只在社会保险不能或不能充分保障基本需求的时候才发挥作用（例如养老金十分微薄）。

III. 事故保险

法定的事故保险针对工伤事故和职业病而设。它完全由雇主承担，也是最成功的一种社会保险。事故保险的平均费用为工资的1.35%（2003年）。事故保险尤为成功之处在于，通过预防和事故防范措施不断降低和减少企业的事故风险。事故保险“运行得非常好”，因此这方面的改革需求力度小。

目前，是否有必要重新整顿事故保险的经营机构，特别是同业工伤事故保险联合会在120年间发展起来的主管权（组织改革）是备受关注的议题。另一个有争议的问题是雇员在上下班途中所遭遇的事故，所谓的上下班途中事故，是否应该被视为工伤事故。特别是雇主组织要求，将上下班途中事故从工伤事故保险中剔除出去：其理由是，雇主对雇员上下班的路途不具影响力，因此对雇员在此过程中遭遇的事故，尤其是上班途中的交通事故不应负责。而认为对上下班途中事故予以保险保护是对雇员工作地点变动的过高要求。

IV. 社会保险的现收现付制筹资

当代德国社会保险的显著结构特征是通过现收现付制筹资。医疗和事故保险

IV. Umlagefinanzierung der Sozialversicherung

Wesentliches Strukturmerkmal der deutschen Sozialversicherung der Gegenwart ist ihre Finanzierung im Umlageverfahren. Die Kranken- und Unfallversicherung waren rechtlich schon in ihrer Entstehung im 19. Jahrhundert als Umlagesystem ausgestaltet. Die 1989 errichtete Rentenversicherung arbeitete zunächst in einem so genannten Abschnittsdeckungsverfahren, einem zeitlich begrenzten Kapitaldeckungsverfahren; dieses wurde aber faktisch bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts und später auch rechtlich durch das Umlageverfahren ersetzt.

Im Umlageverfahren werden aus den heute gezahlten Beiträgen der Versicherten die heute zu erbringenden Leistungen finanziert. So finanzieren die Arbeitnehmer mit ihren Rentenversicherungsbeiträgen die Renten der jetzigen Rentner; die Krankenversicherten zahlen mit ihren Krankenversicherungsbeiträgen für die jetzt und heute erforderlich werdenden Gesundheitsleistungen. Was die rechte Hand an Beiträgen einnimmt, gibt die linke Hand sogleich als Leistungen wieder aus. Ein „Ansparen“, eine Finanzierung der Sozialversicherungen über einen Kapitalstock, findet nicht statt.

Zwar wird von einzelnen Interessengruppen, insbesondere von Banken und Investmentgesellschaften immer wieder gefordert, die Sozialsysteme auf das Kapitaldeckungsverfahren umzustellen. Hierüber gibt es in Deutschland jedoch keinen Konsens. Die ganz überwiegende Mehrheit der Politiker und der Wissenschaftler lehnen auch für die Rentenversicherung einen Übergang zum Kapitaldeckungsverfahren ab. Zu Recht, denn diese Umstellung wäre nicht finanzierbar: Die aktiven Versicherten müssten aus ihrem Arbeitsertrag sowohl den Kapitalstock für ihre eigenen künftigen Leistungen aufbauen als auch (gleichgültig, ob über Beiträge oder Steuern) die Leistungen derjenigen finanzieren, die Ansprüche z.B. auf Renten noch unter Geltung des Umlagesystems erworben haben. Das lässt die wirtschaftliche Situation in Deutschland weder gegenwärtig noch in absehbarer Zukunft zu.

V. Umlagefinanzierung speziell der Rentenversicherung

Gegen das Kapitaldeckungsverfahren spricht, dass es in der Rentenversicherung um Summen geht, die auf dem deutschen Kapital- und Finanzmarkt nicht untergebracht, nicht angelegt werden könnten. Die Summen, die in Anlagegüter angelegt werden müssten, um z.B. die Rente einer Generation kapitalgedeckt zu sichern, sind derart groß, dass ein Wertverfall der potentiellen Anlagegüter eintreten müsste. Ein Ausweichen auf internationale Kapital- und Finanzmärkte bereitet zusätzliche Währungsrisiken und hängt ebenfalls von der Aufnahmefähigkeit dieser Märkte ab.

早在19世纪诞生时在法律上采用的就是现收现付制。1889年建立的养老保险最早采取所谓的时间段积累制，即一定时间内的基金积累；但这一制度早在20世纪上半叶就在实际上，并且后来在法律上也为现收现付制取代。

在现收现付制下，今天所提供的福利待遇由当前投保人缴纳的保险费支付。因此，已退休者的养老金由雇员的养老保险费支付；医保人员的医疗保险费用用于目前必要的健康支出。右手收缴到的保险费，立刻被左手以福利待遇的形式支出。“积累”，即通过资金基金为社会保险筹资的情况并不存在。

虽然少数利益团体，尤其是银行和投资信托公司一再要求社会福利体系采用基金积累制，但德国国内对此尚未达成一致。多数政治家和科学家就连在养老保险上也还拒绝过渡为基金积累制。这么做不无道理，因为此转变有可能导致经费不足：现有被保险人从自己的工资收益中不仅要为自己的未来受益建立基金，还要（无论是通过缴费还是纳税）为现收现付制下已获得养老金权益的人买单。这并不能促使德国现阶段和在短期未来的经济好转。

V. 养老保险的现收现付制筹资

反对基金积累制的理由是，养老保险中涉及到的是不能进入德国国内资本和金融市场的资金。要用基金积累制保障一代人的养老金，必须投资，而这是一大笔资金，这些可能的投资极有可能亏损。选择进入国际资本和金融市场还会带来货币危机并同样受制于这些市场的吸收能力。

经济法则尤其否定基金积累制。1952年，格哈德·马肯罗特在其报告《通过德国的劳资双方协调计划改革社会福利政策》中就表达了此种观点，其见解直至

Gegen das Kapitaldeckungsverfahren sprechen aber vor allem die Gesetze der Ökonomie. Gerhard Mackenroth hat dies schon 1952 in seinem Vortrag "Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan" sehr klar dargestellt, wobei seine Aussagen bis heute Gültigkeit haben:

"Nun gilt der einfache und klare Satz, dass aller Sozialaufwand immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden muss. Es gibt keine andere Quelle und hat nie eine andere Quelle gegeben, aus der Sozialaufwand fließen könnte, es gibt keine Ansammlung von Fonds, keine Übertragung von Einkommensteilen von Periode zu Periode, kein Sparen in privatwirtschaftlichem Sinne, es gibt einfach gar nichts anderes als das laufende Volkseinkommen als Quelle für allen Sozialaufwand. ... Wenn eine private Versicherungsgesellschaft in der Auswahl ihrer Risiken besonders unvorsichtig war und in Schwierigkeiten kommt, so kann sie ihre Aktiven natürlich liquidieren, indem sie sie verkauft und den Erlös an die Versicherten ausschüttet, vorausgesetzt, dass sie andere Geldgeber findet, die sie ihr abkaufen. Insoweit kann sie ihre Hypotheken, Obligationen und Pfandbriefe in laufendem Konsum umsetzen. Wenn aber alle Versicherungsgesellschaften oder die Sozialversicherungsträger im großen Stile das Gleiche tun wollen, so würden nur die Pfandbriefe und Obligationen usw. gewaltig im Kurs sinken. Vielleicht könnte dadurch das neue Sparkapital in diese Anlagen gezogen werden, es würde aber damit nur der Anlage in neuem Realkapital entzogen, die Investitionsrate würde sinken, Produktionsrückgang und Arbeitslosigkeit wären die Folge." (Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Neue Folge, Band 4 S. 39, 41)

Sozialleistungen können nur aus dem laufenden Ertrag, nie aus dem früheren Ertrag einer Volkswirtschaft finanziert werden. Dies gilt unabhängig davon, ob die Sozialleistungen im Umlageverfahren oder im Kapitaldeckungsverfahren finanziert werden. Auch kapitalgedeckte Sozialleistungen sind nicht „absolut sicher“. Auch sie können nur dann erbracht, finanziert werden, wenn zu der Zeit, zu der sie erbracht werden sollen, das Anlagevermögen Früchte, Erträge abwirft oder zumindest jemand bereit ist, etwas für das Anlagevermögen zu bezahlen. Geht es einer Volkswirtschaft schlecht, wirft weder das Anlagevermögen Früchte ab noch ist jemand bereit, das Anlagevermögen zu angemessenen Preisen zu erwerben. Ein eindrucksvolles Beispiel hierfür ist die Entwicklung der Aktien- und Finanzmärkte nach den Ereignissen des 11. September, die zu einem ungeheuren Wertverlust führten. Die Folge waren u.a. eine umfangreiche Verminderung des Ertragswertes von Lebensversicherungen, was faktisch zu einer erheblichen Reduzierung des Auszahlungsbetrages führt.

今日仍有意义：

“一句简单明了的话是，所有的社会福利费用必须来自当前的国民总收入。没有其他渠道，也从未有过其他渠道可以产生社会福利费用，没有基金的积累，没有对部分收入的周期分配，没有私人经济意义上的储蓄，除了当前的国民总收入，社会福利费用再也没有其他渠道可言了……如果一个私人保险公司在选择风险时十分不慎并陷入困境，它当然可以通过出售资产获得现金并发放给投保人，但前提是它找到出资者。如此，它可以将自己的抵押权、债券和抵押契据用于当前消费。但是，如果所有的保险公司或社会保险经营机构都大量如法炮制，抵押契据和债券的行情就会下跌。也许这样可以吸引新的储蓄资本加入投资，但这只会导致资金从新的实际资本中撤出，投资率下降，结果是生产下降和失业率提高。”（《社会福利政策协会文集》，新系列，第四卷第39、41页）

社会福利费用的资金来源只能是当前收益，决不能是国民经济的过往收益。这与社会福利的筹资模式是现收现付制还是基金积累制无关。基金积累制下的社会福利费用也并非“绝对安全”。需要社会福利费用时，只有投资资产带来收益或至少有人愿意为这笔投资资产出钱时，其实现才有可能。如果国民经济不景气，则投资资产收益不好，也没有人愿意用适合的价格收购投资资产。这方面一个令人印象深刻的例子是“9.11”事件后股票和金融市场的发展，经济损失惨重。结果是人寿保险收益急剧收缩，这实际上导致了支付款的大幅度下降。

在德国，两次世界大战的特殊经验不能不提。尽管当时德国的养老保险还实行补缺积累制，也是一种基金积累。恶性通货膨胀（1923）发生后，第二次世界大战当中以及货币改革后人们终于认识到，用于社会保险的资金必须来源于当前

In Deutschland kommen die besonderen Erfahrungen zweier Weltkriege hinzu. Zwar war die Rentenversicherung damals in Deutschland noch als Anwartschaftsdeckungsverfahren und damit kapitalgedeckt ausgestaltet. Nach der galoppierenden Inflation (1923), während des 2. Weltkrieges und nach der Währungsreform hatte sich jedoch endgültig die Erkenntnis durchgesetzt, dass die für die Sozialversicherung erforderlichen Mittel immer aus dem Ertrag der gegenwärtigen Volkswirtschaft aufgebracht werden müssen. Nur durch das faktisch schon vor 1959 praktizierte und später auch rechtlich verankerte Umlageverfahren war es in Deutschland möglich, im Jahre 1990 die Bürger der ehemaligen DDR in den gemeinsamen Staat zu integrieren. Die Wiedervereinigung wurde zu einem ganz erheblichen Teil durch die Sozialversicherung finanziert und der „soziale Friede“ durch sie garantiert.

Wer nicht jahrelang bis zum Aufbau eines ausreichenden Kapitalstockes warten will, wer sofort ein funktionierendes Sozialsystem in Kraft setzen will, hat keine Wahl: Ihm bleibt nur das Umlageverfahren. Ein Umlageverfahren ist mit Beginn der ersten Prämien- oder Beitragszahlungen funktionsfähig, ein kapitalgedecktes System erst dann, wenn der Kapitalstock aufgebaut ist. Die Kunst bei der Errichtung oder beim Ausbau eines Umlagesystems ist es, für dessen Akzeptanz zu sorgen. D.h., das System muss so ausgestaltet sein, dass alle am System Beteiligten der Überzeugung sind, nicht ausgebeutet und benachteiligt zu werden. Die Höhe der Beiträge muss so bemessen sein, dass für die Erwerbstätigen genügend finanzieller Spielraum für die allgemeine Lebensführung bleibt. Die Leistungen müssen ausreichend und wirtschaftlich sein. Sie müssen vor allem in der Rentenversicherung in einem angemessenen Verhältnis zu den zuvor geleisteten Beiträgen stehen. D.h., wer lange und hohe Beiträge gezahlt hat, muss mit einer deutlich höheren Rente rechnen dürfen, als derjenige, der nur kurz oder nur geringe Rentenversicherungsbeiträge bezahlt hat. Und er muss auch deutlich besser stehen als derjenige, der überhaupt keine Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat und im Alter durch den Staat über Sozialhilfe unterhalten wird.

Es ist daher festzuhalten: Das Umlageverfahren zur Finanzierung der deutschen Sozialversicherung ist unangefochten. Es steht nicht zur Disposition. Das Kapitaldeckungsverfahren ist zwar Gegenstand akademischer Betrachtungen, es ist aber keine ernst zu nehmende Alternative zum Umlageverfahren. Das Kapitaldeckungsverfahren wird in Deutschland allerdings insoweit befürwortet, als es um eine Ergänzung zur gesetzlichen Rentenversicherung durch private, individuelle Vorsorge des Einzelnen geht.

Die demographischen und wirtschaftlichen Verhältnisse machen allerdings auch Re-

国民经济的收益。1959年以前现收现付制在德国就是既成事实，后来更是在法律上得到了确认。正因如此，前民主德国公民才有可能于1990年融入到统一的国家当中。社会保险给再统一提供了相当多的资金并保障了“社会和平”。

如果不想耗用多年的时间去建立一个资本充足的基金，如果想立刻推行一套行之有效的社会福利体系，就别无选择：必须实行现收现付制。伴随着第一笔保险费，现收现付制开始运行；而基金积累制运转的前提是资金基金的建立。建立或发展现收现付制的艺术在于如何让其被接受。就是说，必须让所有参与者相信自己既没有受到剥削也没有吃亏。保险费金额的设定要保证就业者有足够的钱财满足自己的基本生活。福利待遇必须充分并实用。尤其在养老保险中，福利待遇与之前缴纳的保险费要比例恰当。也就是说，与缴费时间不长或缴费低的人相比，长期缴纳高额养老保险费的人领取到的养老金应高得多。并且与那些没有缴纳养老保险费、年老时靠领取国家社会救济维持生活的人相比，其生活应该富足很多。

因此，可以得出结论：通过现收现付制为德国社会保险筹资无可争议。它还不能退出历史舞台。基金积累制虽然是学者研究的产物，却并不能真正与现收现付制抗衡。不过，当说到通过私人保险对法定养老保险进行补充时，在德国受到提倡的还是资金积累制。

然而，人口和经济状况使得现收现付制的内部改革成为必然。在德国，立法机构在这方面做了很多改革尝试。后文将对此进行探讨。

VI. 作为强制性雇员保险的社会保险

formen innerhalb des Umlageverfahrens erforderlich. Hier setzen zahlreiche Reformen des deutschen Gesetzgebers an. Hierauf ist nachfolgend einzugehen.

VI. Sozialversicherung als zwangsweise Arbeitnehmersversicherung

Bei allen fünf Versicherungszweigen der Sozialversicherung handelt es sich im Kern um eine Pflichtversicherung für Arbeitnehmer. Auch dies ist ein Strukturelement der Sozialversicherung. In Deutschland leben rund 82 Mio. Menschen, davon sind 38,8 Mio. Erwerbstätige und davon wiederum sind 34,470 Mio. - also rund 42 % der Gesamtbevölkerung - abhängig beschäftigte Arbeitnehmer. Die Sozialversicherung ist damit im Kern eine Versicherung für Erwerbstätige. Ihr Fundament ist das Arbeitsverhältnis und die Quelle ihrer Finanzierung sind die Arbeitsentgelte/Einkommen der Erwerbstätigen.

Die Zwangsversicherung tritt kraft Gesetzes ein, ohne dass der Einzelne selbst bestimmen kann, ob und in welchem Umfang er sich versichern will. Nur im Rahmen einer solchen Zwangsversicherung ist es möglich, sozialen Ausgleich zu betreiben, d.h., die wirtschaftlich Starken dauerhaft und systematisch zur Unterstützung wirtschaftlich Schwacher zu verpflichten.

Je nach Versicherungszweig sind neben Arbeitnehmern in unterschiedlichem Umfang vereinzelt auch andere Personengruppen, z.B. Selbstständige einbezogen. Eine Pflichtversicherung besteht insoweit in der Kranken- und Rentenversicherung vor allem auch für selbstständige Landwirte. Allerdings sind von den 38,8 Mio. Erwerbstätigen nur rund 4,3 Mio. Selbstständige und nur rund 850.000 in der Landwirtschaft beschäftigt.¹ Spezifisches Kennzeichen der deutschen Sozialversicherung ist weiter ihre weit gehende Kontinuität auch in Fällen, in denen das „Arbeitsverhältnis gestört“ ist. Versicherungspflichtig in der Kranken- und Rentenversicherung sind z.B. auch Arbeitslose, versicherungspflichtig in der Arbeitslosenversicherung sind auch Kranke, wenn und solange sie Krankengeld beziehen.

Durch die Sozialversicherung werden die elementaren Lebensrisiken der Erwerbstätigen versichert. Die Sozialversicherung sichert gegen das Risiko, durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Alter, Invalidität oder Arbeitslosigkeit einen Wegfall des Erwerbseinkommens zu erleiden. Außerdem wird das individuell nicht kalkulierbare Risiko abgedeckt durch Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Invalidität, die zum Teil sehr hohen Kosten für Gesundheits- und Pflegeleistungen aufbringen zu müssen. Konkret

¹ Statistisches Taschenbuch 2006, II 3b.

社会保险的五大分支本质上都是针对雇员的义务保险。这也是社会保险的一个结构因素。德国约有8200万居民，就业者为3880万，其中又有3447万——约占全部人口的42%，是非独立雇员。故社会保险在本质上是针对就业者的保险。其基础是雇佣关系，其资金来源是就业者的劳动报酬/收入。

强制保险的实施有法律保障，个人不能自行决定是否投保及投保力度。只有在这样一个强制保险的框架下才有可能推动社会共济，即经济实力强的人有义务长期及系统地支持经济实力差的人。

根据不同的保险分支，雇员外的其他人群也有可能不同程度地参与进来，如独立经营者。医疗保险和养老保险对独立的农业经营者而言也是义务保险。不过，3880万就业大军中只有430万左右是独立经营者，只有大约85万的人从事农业劳动。¹德国社会保险的独特之处还在于“雇佣关系被破坏”情况下的延续性。例如，失业者也必须参加疾病和养老保险，但凡领取病假津贴的病人也必须参加失业保险。

社会保险对就业者的基本生活风险予以保障。疾病、护理需求、高龄、伤残或失业可能导致工资收入的丧失，社会保险对上述风险进行保障。除此之外，因为疾病、护理需求、伤残出现的个人无法预计的风险也在保障之列，这些风险带来的健康和护理支出有时高得惊人。只有养老保险才有具体可计算的投保人账户。在养老保险中，对未来养老金的等候期和养老金本身经联邦宪法法院司法裁定可被视作个人可计算财产的一部分。养老金的高低反映了投保人个人支付的养

¹ 《2006年统计手册》，II 3b.

zurechenbare Versichertenkonten werden nur in der Rentenversicherung geführt. In der Rentenversicherung werden die Anwartschaften auf künftige Renten und die Renten selbst nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts als Teil des individuell zurechenbaren Eigentums des Einzelnen angesehen. Die Höhe der Renten spiegelt die Beitragsleistung des einzelnen Versicherten wider. Allerdings steht die Rendite der Rentenversicherung nicht von vornherein fest. Jedoch gilt: Je höher die Beitragsleistung während des Erwerbslebens war, desto höher fällt die Rente aus.

In der Krankenversicherung spielen Dauer und Höhe der Beitragszahlung praktisch keine Rolle. Der Versicherungsschutz besteht vom ersten Tag an und erstreckt sich auf Ehegatten und Kinder, wenn diese nicht selbst, z.B. wegen Erwerbsarbeit, versichert sind.

VII. Beitragspflicht - Paritätisch finanzierte Beiträge als Kosten der Arbeit

Mit der Versicherungspflicht untrennbar verbunden ist die Beitragspflicht. Beiträge werden bei den Pflichtversicherten im Wesentlichen nur auf das Arbeitsentgelt erhoben. Das Arbeitsentgelt wird zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern ausgehandelt. Staatlich festgesetzte Mindestlöhne gibt es nicht. Das Arbeitsentgelt ist die Quelle, aus der die Sozialversicherungsbeiträge gezahlt werden. Kapitaleinkünfte und Mieteinnahmen sind dagegen nicht beitragspflichtig. Man kann insoweit - von wenigen Ausnahmen abgesehen - von einer „lohnbezogenen Finanzierung der Sozialversicherung“ und von einer staatlich festgelegten Verwendung bestimmter Einkommensteile für soziale Vorsorge sprechen.

Der Beitragssatz beträgt in der Rentenversicherung 19,9 %, in der Arbeitslosenversicherung 4,2 %, in der Pflegeversicherung 1,7 %. In der Krankenversicherung sind die Beiträge je nach Kasse unterschiedlich hoch. Durchschnittlich liegen sie bei etwa 14 bis 15 %. Insgesamt ergibt sich derzeit eine Beitragsbelastung von rund 40 %.

Die Beiträge werden von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern im Wesentlichen je zur Hälfte getragen und (insgesamt) vom Arbeitgeber direkt an die Träger der Sozialversicherung abgeführt. Man spricht insoweit von einer paritätischen Finanzierung der Sozialversicherung. Zwar versuchen die Organisationen der Arbeitgeber immer wieder vom Prinzip der paritätischen – der hälftigen Mitfinanzierung der Sozialversicherung abzurücken. Oder sie wollen den Beitragsanteil „einfrieren“, d.h. sie fordern, dass ihr Anteil stabil (z.B. bei 20 %) bleibt. Alle künftigen Beitragssatzsteigerungen sollen allein zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Dieses Vorhaben ist den

老保险费多少。养老保险的利润率并非一开始就固定下来。但肯定的一点是：工作期间缴纳的养老保险费越多，养老金就越高。

年限和保险费多少在医疗保险中并不重要。医疗保险从第一天起就存在并且惠及配偶和子女，如果他们因为职业等原因没有自己的医疗保险。

VII. 缴费义务——作为劳动成本而对等缴纳的保险费

与保险义务密切相关的是缴费义务。保险费只从义务投保人的劳动报酬中扣除。劳动报酬经雇员和雇主谈判得出。国家不规定最低工资。劳动报酬是社会保险费的资金来源。相反，资本收入和房租收入没有缴费义务。因此，除少数例外情况，可以认为“社会保险筹资与工资相关”以及国家规定特定收入用于社会保险。

养老保险费率为19.9%，失业保险费率为4.2%，护理保险费率1.7%。保险公司不同，医疗保险费不尽相同，平均值为14 - 15%。总体而言，目前的缴费负担达到40%左右。

保险费通常由雇员和雇主各自承担一半并（全部）由雇主直接上交给社会保险经营机构。这就是社会保险的对等资付。尽管雇主组织一再要求废弃对等原则，即承担一半的保险费。或者他们想“冻结”缴费比例，也就是说他们要求自己的出资比例稳定（如20%）。所有以后增长的缴费额应由雇员独自承担。到目前为止，雇主们的这一意图只在医疗保险中得以实现，而1%左右的比例不会起到决定作用。

我的个人观点如下：必须坚持对等资付，这也是对雇主自身利益的维护。

Arbeitgebern bisher nur in der Krankenversicherung gelungen und fällt dort mit rund 1 % noch kaum ins Gewicht.

Meine Meinung dazu ist Folgende: Die paritätische Finanzierung muss beibehalten werden, und zwar schon im eigenen Interesse der Arbeitgeber. Nur gemeinsam sind Arbeitgeber und Arbeitnehmer ausreichend stark, die Kosten der Sozialversicherung, insbesondere der Krankenversicherung, in Grenzen zu halten. Eine Kostenexplosion vor allem bei den Gesundheitsleistungen kann nur dann vermieden werden, wenn die Arbeitgeber ein genau so großes Interesse an stabilen und geringen Beitragsätzen haben wie die Arbeitnehmer. Die Finanzierung der Sozialversicherung muss Sache auch der Arbeitgeber bleiben. Würden künftig Steigerungen der Beitragsätze nur noch die Arbeitnehmer treffen, müssten sie versuchen, diesen Steigerungen, die notwendig zu einem Konsumverzicht führen, durch höhere Beiträge bei den Lohn- und Tarifverhandlungen wieder zu kompensieren. Konfrontation bei künftigen Tarifverhandlungen über die Entgelthöhe wäre die Folge.²

VIII. Finanzierungsprobleme auf Grund demographischer Entwicklung

Spätestens seit 1980 bereitet die Finanzierung der Sozialversicherung, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung erhebliche Probleme. Was sind die Gründe hierfür? Der Hauptgrund ist in der Bevölkerungsentwicklung zu sehen. Die demographische Entwicklung ist durch eine Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung einerseits und einen starken Rückgang der Geburten andererseits gekennzeichnet.

1. Geburtenrückgang - Fertilität: Bis 1967 stiegen die Geburten in Deutschland noch an. Seither nehmen sie ständig ab. Um den Bevölkerungsstand zu erhalten sind etwa 2,1 (und nicht nur 2,0, weil regelmäßig mehr Jungen als Mädchen geboren werden) Geburten je Frau erforderlich. Seit 1969 liegen die Geburtenzahlen unterhalb dieses Niveaus und seit 1975 etwa bei 1,2 Geburten je Frau.

2. Gestiegene Lebenserwartung – Mortalität: Im Jahr 1980 lag die Lebenserwartung eines 65-jährigen Mannes bei noch 13 Jahren (Lebenserwartung 78 Jahre), heute sind es noch 15,8 Jahre (80,8 Jahre, Zunahme in 20 Jahren um 2,8 Jahre). Für das Jahr 2030 rechnet man mit einer weiteren Lebenserwartung von weiteren 18,4 Jahren, d.h. Männer werden dann im Durchschnitt 83,4 Jahre alt werden. Bei Frauen ist die Zunahme der Lebenserwartung noch höher: Im Jahr 1980 lag die Lebenserwartung 65-jähriger Frauen bei noch 16,9 Jahren (Lebenserwartung 81,9 Jahre), heute sind es weitere 19,6 Jahre

² *Schlegel, SozSich 2006, 378, 380*

只有联合起来，雇主和雇员才足够强大，才能共同将社会保险开支，尤其是医疗保险开支维持在一定限度内。只有雇主像雇员一样对稳定的低费率表示出强烈兴趣，才能避免支出、尤其是健康支出的爆炸式增长。社会保险的筹资必须也是雇主的事情。如果将来费额的增长只涉及到雇员，他们一定会试图通过劳资谈判要求加薪来补偿这种必然导致消费下降的增长。其后果是，在未来的劳资谈判中就劳动报酬产生对峙。²

VIII. 人口发展带来的资金问题

自1980年起，社会保险，尤其是医疗和养老保险的筹资引发了很多问题。原因何在？主要原因要从人口发展中去寻找。人口发展的两大特点是人均寿命的延长和出生率的大大下降。

1，出生率下降——生育：德国的出生率直至1967年还有增长。此后不断下降。为了维持人口现状，每名妇女要生育2.1个（而不只是2.0个，因为男孩的出生率往往高于女孩）孩子。1969年起，出生率低于这一水平，1975年起，每名妇女生育1.2个左右的孩子。

2，寿命延长——死亡率：1980年，一名65岁男子的预期寿命还有13年（预期寿命为78岁），今天为15.8年（80.8岁，20年增长了2.8岁）。预计到2030年，预期寿命将延长到18.4年，也就是说男子的平均寿命将达到83.4岁。女性的预期寿命增长更快：1980年，一名65岁的妇女预期还有16.9年的寿命（预期寿命为81.8岁），今天为19.6年（预期寿命为84.6岁；20年增长了3岁）。预计到2030

² 施勒格尔：《2006年社会保障》，378、380页

(Lebenserwartung 84,6 Jahre; Zunahme in 20 Jahren um 2,7 Jahre). Für das Jahr 2030 rechnet man mit einer weiteren Lebenserwartung einer 65-jährigen Frau von weiteren 22,6 Jahren, d.h. Frauen werden dann im Durchschnitt 87,6 Jahre alt werden.

Sinkende Geburtenzahlen und eine steigende durchschnittliche Lebenserwartung führen dazu, dass sich die Altersstruktur, d.h. das Zahlenverhältnis der erwerbstätigen Personen im Alter zwischen 15 und 64 zu der älteren Generation (65 und älter) stark verändert. Kamen 1991 noch vier Erwerbstätige auf einen Rentner, sind es heute nur noch drei. Im Jahr 2030 werden zwei Erwerbstätige auf einen Rentner kommen. Erst ab 2040 wird sich das Verhältnis stabilisieren.

Dies bedeutet zugleich: Wurde 1990 die Rente eines Rentners noch durch vier Erwerbstätige aufgebracht, sind es heute nur noch drei. 2030 nur noch zwei Erwerbstätige, die für einen Rentner aufkommen müssen.

Diese Entwicklung konnte bisher durch Wirtschaftswachstum und eine Steigerung der Produktivität nicht in ausreichendem Maße aufgefangen werden. Und hieran wird sich wohl auch in Zukunft nicht viel ändern. Eine seit Jahren um 10 % schwankende Arbeitslosigkeit verursacht zusätzliche Kosten. Auch Arbeitslose sind kranken- und rentenversichert. Die Beiträge, die für sie zu zahlen sind, müssen im Wesentlichen ebenfalls von den Erwerbstätigen über Beiträge aufgebracht werden. Soweit es sich um Bezieher von Arbeitslosengeld II handelt, zahlt der Bund aus Steuermitteln nur sehr geringe, nicht kostendeckende Beiträge.³

IX. Reformfragen

Der Gesetzgeber steht daher vor einer Reihe von Fragen. Die drei wichtigsten sind:

- Soll der Gesetzgeber zur Finanzierung der Leistungen der Sozialversicherung die Beiträge erhöhen? Wie weit kann er die Beiträge überhaupt erhöhen, damit Arbeit nicht so teuer wird, dass sie in Deutschland überhaupt nicht mehr nachgefragt wird und Arbeitsplätze ins Ausland verlegt werden?
- Soll der Gesetzgeber Leistungen streichen oder kürzen? In welchem Umfang lässt die durch einen ausgeprägten Schutz des Einzelnen geprägte Verfassung Deutschlands überhaupt eine Kürzung von Leistungen, insbesondere von Renten zu? Soll der Gesetzgeber beide Maßnahmen – Beitragserhöhung und Leistungskürzung - kombinieren? Wie müssen Beiträge und Leistungen (insbesondere Renten)

³ vgl. § 232a Abs. 1 Nr. 2 SGB V: Beiträge aus etwa einem Drittel eines Durchschnittsentgelts.

年，一名65岁的妇女预期还有22.6年的寿命，也就是说妇女的平均寿命将达到87.6岁。

出生率下降和寿命延长导致年龄结构发生很大变化，即15到64岁间的就业者和年龄较长者（65岁及以上）之间的人数比例变化很大。1991年还有四个就业者对应一个退休者，今天只剩下三个就业者。2030年将只有两个就业者对应一个退休者。2040年起，这个比例才会稳定下来。

这同时表明：1990年，一个退休者的养老金还是由四个就业者承担，今天只剩下三个就业者。2030年，两个就业者必须负担起一个退休者的生活。

迄今为止，经济增长和生产率提高还不足以弥补此发展趋势，这一点即便在未来也不会有大的变化。多年来，10%左右的失业率带来了额外开支。失业者也享有医疗和养老保险。这些保险费同样也主要是由就业者承担。只要涉及到二级失业津贴的领取，联邦税收只负担很少的缴费，不足以支付所有开支³。

IX. 改革中的问题

因此，立法者面临诸多问题。其中最重要的三个是：

- 为确保社会保险待遇的资金来源，立法机构是否要提高保险费？立法机构可以多大程度地提高保险费，才能保证劳动力不会过于昂贵，致使德国国内对之没有需求以及工作岗位转移到国外？
- 立法机构是否要取消或削减保险待遇？对个人的保护是德国宪法的一个鲜明特色，在多大程度上可以允许削减保险待遇特别是养老金？立法机

³ 参阅《社会福利法典第五部》第232a条第一项第二号：平均酬劳的1/3左右为缴费。

ausgestaltet sein, damit noch von einem angemessenen, von einem „gerechten“ Verhältnis gesprochen werden kann?

- Wie können die Arbeitsproduktivität und die Erwerbsquote erhöht werden?

X. Reformen - Jedoch kein einheitliches Reformkonzept - Ansatzweise: Prinzip der Nachhaltigkeit - Sustainability

Ein einheitliches Reformkonzept war in der Vergangenheit nicht erkennbar. Auch hatte Deutschland nach der Wiedervereinigung im Jahre 1990 zunächst die Aufgabe zu lösen, 16 Millionen DDR-Bürger in die bestehenden Sozialversicherungssysteme zu integrieren. Und schließlich wird vom deutschen Volk der Gesetzgeber alle vier Jahre aufs Neue gewählt. Dies führt in der Praxis dazu, dass die politischen Parteien oftmals für richtig gehaltene Reformmaßnahmen nicht oder nur abgeschwächt betreiben. Sie befürchten, bei „harten Maßnahmen“ und „gravierenden Änderungen im System“, Wählerstimmen zu verlieren.

Seit einigen Jahren hat sich jedoch zumindest teilweise die Erkenntnis durchgesetzt, dass es eines übergeordneten Reformprinzips bedarf, um die Sozialsysteme langfristig zu sichern. Dieses Prinzip lautet Nachhaltigkeit.⁴ Der Begriff stammt ursprünglich aus der Forstwirtschaft. Er besagt dort, dass die wirtschaftliche Nutzung eines Forstes auf ein solches Maß beschränkt sein sollte, dass durch Holzentnahme einerseits und durch Aufwuchs und Aufforstung andererseits dauerhaft ein gleiches Ertragsniveau gewährleistet ist.

Die UNO spricht darüber hinaus von Sustainability: Sustainable Development is development that meets the needs of the present without compromising the ability of future generation to meet their own needs. - D.h.: Die Verteilung des Wohlstandes innerhalb der heutigen Generation ist nachhaltig, wenn die jetzige Generation auf die Nutzung von Ressourcen verzichtet, um das Entwicklungspotential künftiger Generationen zu schützen oder nicht zu gefährden. Ziel nachhaltiger Reformen ist die langfristige, dauerhafte Stabilisierung eines Systems unter der Bedingung des gerechten Ausgleichs zwischen den beteiligten Generationen.

XI. Konkrete Reformschritte in der Rentenversicherung

⁴ Zum Begriff der Nachhaltigkeit vgl. z.B. *Sieben*, Was bedeutet Nachhaltigkeit als Rechtsbegriff? NVwZ 2003,1173; *Menzel*, Das Konzept der nachhaltigen Entwicklung“ - Herausforderung an Rechtssetzung und Rechtsanwendung; ZRP 2002, 221

构是否应该将两种措施——提高保险费和削减保险待遇结合起来？该如何制定保险费和保险待遇（尤其是养老金），才能称之为恰当、“公正”的比例？

- 如何提高生产率和就业率？

X. 改革——但没有统一的改革方案

萌芽阶段——可持续原则

过去，一个统一的改革方案并不存在。德国在1990年统一后首先要解决的问题是让1600万民主德国公民融入到既有的社会保障体制当中。立法机构每四年由德国人民重新选举。这导致在实践中一些改革措施虽然被认可，但政党往往并不推行或推行不力。它们担心“强硬的措施”和“对体制的大变动”会致使自己丧失选票。

然而，近几年来一种认识至少部分地流传开来：要长期确保福利体制，一个总的改革原则不可或缺。这个原则就是可持续性⁴。这一概念最早来自林业经济。其意思是，一方面通过伐木，另一方面通过树木生长和造林长期保障一定的收益水平。

联合国在此基础上提到了可持续性：可持续发展指满足当代人的自身需求，但又不危及后代满足其需求能力的发展。即：当代人为了保护或不损害后代的发展潜力放弃对资源的利用，那么当代人的财富分配就是可持续的。可持续改革的目标是兼顾各代人的利益，实现体制的长远和经久稳定。

⁴ 有关可持续概念可参阅西本的《可持续作为法律概念意味什么？》，载于《管理法新期刊》，2003年，1173页；门采尔的《可持续发展方案 - 对法律制定和法律应用的挑战》，载于《法律政策期刊》，2002年，221页

Die oben geschilderte demographische Entwicklung führte in der Rentenversicherung in der Vergangenheit zu immer längeren Rentenlaufzeiten. Rentner werden im Durchschnitt immer älter und damit die Rentenlaufzeiten länger. Außerdem hatte es der Gesetzgeber in der Vergangenheit zugelassen, dass Arbeitnehmer unter bestimmten Voraussetzungen vorzeitig, d.h. vor dem 65. Lebensjahr in Rente gehen konnten. Dies war etwa der Fall, wenn ein Arbeitnehmer 58 Jahre alt und seit mindestens einem Jahr arbeitslos war. Dies haben vor allem die großen Industrieunternehmen dazu genutzt, sich (gegen Zahlung von Abfindungen) von älteren Arbeitnehmern zu trennen und die Belegschaft – letztlich auf Kosten der Sozialsysteme - zu verjüngen.

Um die Rentenversicherung nachhaltig zu reformieren, hat der Gesetzgeber u.a. folgende Reformschritte unternommen:

Die Möglichkeit zur Inanspruchnahme vorzeitiger Renten wurde eingeschränkt und für jüngere Jahrgänge zum Teil ganz ausgeschlossen. Wenn eine Rente überhaupt noch vor Erreichen der Regelaltersgrenze (reguläre Altersgrenze) in Anspruch genommen werden kann, dann nur gegen einen Rentenabschlag. Dieser beträgt 0,3 % je Monat (3,6 %/Jahr) und gilt für die gesamte Rentenlaufzeit. Wer also z.B. statt mit 65 mit 60 in Rente geht, erhält eine um $(5 \times 3,6 \% =) 18 \%$ gekürzte Rente.

Das Gesetz schreibt vor, dass der Beitragssatz in der Rentenversicherung bis 2020 nicht über 20, bis 2030 nicht über 22 % steigen soll.⁵ Um dies zu erreichen, wurde die Rentenformel geändert und um einen so genannten Nachhaltigkeitsfaktor ergänzt.⁶ Verändert sich das Verhältnis der Zahl der Erwerbstätigen (d.h. derjenigen, die mit den Beiträgen die Renten finanzieren müssen) zur Zahl der Rentner, wirkt sich dies auch auf die Rentenhöhe aus. Steigt zwar die Zahl der Rentner, nicht aber die Zahl der Erwerbstätigen, fällt die Rentenerhöhung geringer aus. Gleiches gilt, wenn zwar die Zahl der Rentner konstant bleibt, aber z.B. wegen konjunktureller Einbrüche die Zahl der Erwerbstätigen wegen Arbeitslosigkeit abnimmt.

Und schließlich: Anhebung der Regelaltersgrenze von derzeit 65 Jahren auf 67 Jahre. Diese Maßnahme befindet sich derzeit noch im Gesetzgebungsverfahren.⁷

Das so genannte Bruttorentenniveau oder die so genannte Bruttostandardrente wird durch diese Maßnahmen von derzeit rund 48 % (des durchschnittlichen Brutto-

⁵ § 154 Abs. 3 SGB VI

⁶ RV-Nachhaltigkeitsgesetz vom 21.7.2004, BGBl. I 1791; BT-Drucks. 15/2149; Kramer Rentenversicherungs- Nachhaltigkeitsgesetz, DAngVers 2004, 404 ff.

⁷ BT-Drucks. 16/3794 Entwurf eines RV-Altersgrenzenanpassungsgesetzes

XI. 养老保险改革的具体措施

上述人口发展导致过去的时间里养老金领取期越来越长。退休者的平均寿命延长，养老金领取期也随之延长。另外，立法机构过去允许雇员在一定条件下可以提前，即65岁前退休。要求是雇员年满58岁并至少失业半年。此条规定尤其被大工业企业用来辞退高龄雇员（对其进行补偿）以达到员工队伍的年轻化 – 付出代价的是社保体制。

为了持续深入地进行养老保险改革，立法机构采取改革措施如下：

限制提前领取养老金的可能性，年纪较轻者甚至不再有此可能。如果在法定退休年龄（正常的退休年龄）前领取养老金，则产生养老金折扣。折扣力度为每月0.3%（3.6%/年）并适用于整个养老金领取期。例如，某人并非65岁而是60岁退休，他领取到的养老金将减少（ $5 \times 3.6\% =$ ）18%。

法律规定，养老保险的费率到2020年不能超过20%，到2030年不能超过22%⁵。人们为此修改了养老金计算公式并补充了一个所谓的可持续要素⁶。如果就业者（即那些通过缴费资助养老金的人）和退休者人数比例发生变化，也会影响到养老金额。退休者人数增加，但就业者人数并未增加，养老金额就会下降。如果退休者人数虽然稳定，但经济不景气造成失业导致就业人数减少，则情况相同。

最后：将法定年龄限制从目前的65岁提高到67岁。这一措施目前还处于立法过程中。⁷

⁵ 《社会福利法典第六部》第154条第三项

⁶ 2004年7月21日《养老保险可持续法》，联邦法律公报，1791年；联邦议会印刷品，15/2149；《克拉姆养老保险可持续法》，载于《德国职员保险》，2004年，404 – 406页

⁷ 联邦议会印刷品，16/3794，《养老保险年龄限制适应法草案》

lohns) auf etwa 40 % eines durchschnittlichen Bruttolohns im Jahr 2030 sinken.⁸ Als Bruttostandardrente wird eine Rente bezeichnet, die ein Versicherter mit durchschnittlichem Verdienst vor Steuern, aber nach Abzug der Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge nach 45 Versicherungsjahren erhält.⁹ D.h., wer 45 Jahre lang Beiträge aus einem Durchschnittsentgelt entrichtet erhielt 2005 eine Bruttostandardrente von rund 1.192 €.

Insgesamt ist festzuhalten: Im Bereich der Rentenversicherung hat der Gesetzgeber weit reichende Reformen unternommen und umgesetzt. Diese Maßnahmen werden dazu führen, dass das Rentenniveau insgesamt sinken wird. Diese Absenkung wird erst in einigen Jahren voll zur Geltung kommen und dann spürbar werden. Ältere Menschen werden damit in Zukunft mit ihrer Rente aus der gesetzlichen Rente ihren bisherigen Lebensstandard nicht aufrecht erhalten können. Vielmehr bedarf die gesetzliche Rente einer Ergänzung durch zusätzliche Altersvorsorge.

Aus diesem Grund wird seit Jahren sehr stark an Arbeitnehmer appelliert, eine zusätzliche private Altersvorsorge aufzubauen. Der Staat fördert private Altersvorsorge vor allem durch Steueranreize. Diese private Altersvorsorge kann durch eine kapitalgedeckte private Lebensversicherung erfolgen, oder durch die Bildung von Wohneigentum, um im Alter z.B. keine Miete mehr zahlen zu müssen.

Außerdem unterstützt der Staat durch zahlreiche Maßnahmen die Einrichtungen der betrieblichen Altersvorsorge (z.B. steuer- und beitragsbegünstigte Entgeltumwandlung). Man spricht insoweit von den 3 Säulen der Altersvorsorge. Bzgl. der betrieblichen Altersvorsorge ist festzustellen, dass die Bereitschaft, eine betriebliche Altersversorgung einzurichten mit der Größe des Betriebes zunimmt.

XII. Konkrete Reformschritte in der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung bietet einen vollständigen Schutz ab dem ersten Tag der Beschäftigung. Es gibt keine Wartezeiten. Die Krankenversicherung verfolgt das Ziel eines sozialen Ausgleichs. Dies geschieht vor allem dadurch, dass eine Risikoprüfung oder Selektion nach Risiken nicht stattfindet. Kinder sind bisher beitragsfrei mitversichert. Die Beiträge orientieren sich bei Arbeitnehmern allein am Arbeitsentgelt. Das individuelle Risiko des einzelnen Versicherten/Arbeitnehmers krank zu wer-

⁸ Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme, Bericht der (Rürup-) Kommission, BMGS, 2003

⁹ Einzelheiten vgl. § 154 Abs. 3 SGB VI

通过这些措施，所谓的公共养老金水平或所谓的标准养老金将从目前（平均总工资）的48%左右下降到2030年平均总工资的40%左右。⁸标准养老金指的是平均收入水平的被保险保人在交满45年保费后扣除养老和护理保险费的税前所得。⁹这意味着，谁45年来一直从一份平均水平的酬劳中缴纳保险费，他就能在2005年领取到1192欧元左右的标准养老金。

总而言之：在养老保险领域，立法机构进行了广泛的改革。这些措施将促使养老金水平的整体下降。这种下降几年后才能完全得以体现。在未来，人们依靠法定养老金将不能维持现有的生活水平。法定保险更多地需要额外养老保险的补充。

因此，国家多年来一直强烈呼吁雇员建立额外的私人养老保险。国家主要通过税收刺激促进私人养老保险的发展。这种私人养老保险可以通过资本积累式的私人人寿保险予以实施，或是添置房屋财产，这样人在年老时才无须再支付房租。

此外，国家通过多种措施支持企业养老保险的建立（如在报酬转换情况下予以税收和缴费优惠）。这就是人们所说的养老保险三大支柱。关于企业养老保险可以断言，建立企业养老的意愿与企业的规模成正比。

XII. 医疗保险改革的具体措施

⁸ 《社会保障体制筹资的可持续性》，（吕鲁普）委员会报告，联邦健康和社会保障部，2003年

⁹ 细节参阅《社会福利法典第六部》第154条第三项

den, spielt keine Rolle. Ein gesunder Arbeitnehmer mit einem Arbeitentgelt von z.B. 2000 € zahlt gleich hohe Beiträge wie ein Arbeitnehmer, der ebenfalls 2000 € verdient, aber z.B. durch vorhandene Krankheiten oder Behinderungen, Anfälligkeit gegen Krankheiten usw. ein viel höheres Krankheitsrisiko verkörpert. Ein Versicherter mit 3000 € Arbeitsentgelt zahlt für die gleichen Leistungen doppelt so hohe Beiträge wie ein Versicherter mit einem Arbeitsentgelt von nur 1500 €. Beiträge müssen allerdings nur bis zu einer bestimmten Grenze gezahlt werden, die 2006 bei 3.562,50 € liegt. Aus dem Arbeitsentgelt, das über 3.562,50 € liegt, sind keine Beiträge mehr zu zahlen. D.h. zugleich, dass Arbeitnehmer mit sehr hohen Arbeitseinkommen nur beschränkt, nämlich nur bis zu dieser Grenze am solidarischen Ausgleich teilnehmen.

Die demographische Entwicklung wirkt sich auch auf die Situation der Krankenversicherung aus. Älter werdende Menschen benötigen in immer größerem Umfang medizinische Leistungen. Hinzu kommt, dass auf Grund des medizinischen und technischen Fortschritts immer mehr Leistungen zur Verfügung stehen. Diese werden von den Ärzten, Krankenhäusern und Apothekern angeboten. Die Versicherten fragen diese Leistungen nach. Entsprechen die Leistungen dem Stand der medizinischen Wissenschaft, gehören sie auch zum Pflichtenkatalog der Krankenkassen und müssen von diesen finanziert werden. Beide Aspekte haben dazu geführt, dass der Gesetzgeber seit Jahren bemüht ist, durch zahlreiche Einzelmaßnahmen eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu verhindern.

Auch für die Krankenversicherung gilt das ökonomische Prinzip, dass die Beiträge ein bestimmtes Maß nicht übersteigen dürfen, um die Arbeit nicht zu teuer zu machen. Denn wird Arbeit zu teuer, wird sie nicht mehr nachgefragt. Dieses wiederum hat zur weiteren Folge, dass Arbeitslosigkeit entsteht, die Sozialkosten steigen und diese Kosten von immer weniger Arbeitnehmern aufgebracht werden müssen. Ein Teufelskreislauf. Für den Gesetzgeber stellt sich auch hier die Frage, wie kann dieser Kreislauf, dieser Automatismus durchbrochen werden? Was ist zu tun, damit steigende Kosten für Gesundheitsleistungen nicht zu steigenden Lohnkosten führen? Gibt es Möglichkeiten, die Kosten des Gesundheitswesens insgesamt stabil zu halten und nicht ins Unermessliche steigen zu lassen?

Die Reformbestrebungen sind insoweit zurzeit in vollem Gang. Ein spezielles Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention und damit auch zur Vermeidung von

从工作第一天起，医疗保险就提供全面保护。不存在等候时间。医疗保险遵循社会共济的目标。目标的主要实现方式是风险产生后不进行风险鉴定或选择。迄今为止，儿童免缴费随家长保险。雇员缴纳的保险费完全决定于其劳动报酬。被保险人/雇员个人的患病风险不重要。例如，月薪同为2000欧元，一名身体健康的雇员同一名因生病或有残障以及抵抗力差等而患病风险高的雇员缴纳的保险费相等。月薪3000欧元的被保险人要比月薪只有1500欧元的被保险人多支付一倍的保险费，才能享受同样的福利待遇。不过，参保工资收入有上限值，2006年为3562.50欧元。超过3562.50欧元之外的收入无须再支付保险费。这也说明，收入可观的雇员只是有限地，即在一定限度内参与团结互济。

人口发展也影响到医疗保险。随着年龄的增长，人们越来越需要医疗服务。此外，基于医学和科技的进步，越来越多的服务可供使用。这些服务来自医生、医院和药房。被保险人对这些服务有需求。如果这些服务与医学现状相符，就应将其列入医疗保险公司的义务服务项目目录，费用由保险公司承担。这两方面致使立法机构多年来不断采取措施以阻止卫生事业的费用暴涨。

同样适用于医疗保险的经济原则是保险费有其上限，这样劳动力才不会过于昂贵。因为如果劳动力过于昂贵，对之就不再有需求。这又会导致失业和福利费用的增加，并且这些费用将由越来越少的雇员承担。由此产生一个恶性循环。立法机构也必须正视这个问题，如何打破这个循环和自动发展？如何才能保证健康支出的提高不致使工资成本上升？是否有可能从总体上稳定卫生事业支出，遏制其无限制上涨？

就这点而言，改革目前正全面开展。上一届议会曾计划就加强健康预防和避

Krankheitskosten¹⁰ war in der letzten Legislaturperiode beabsichtigt, jedoch ist es wegen Neuwahlen nicht mehr zum Erlass des Gesetzes gekommen. Im Übrigen besteht bei den derzeit regierenden Parteien keine Einigkeit über die grundsätzliche Richtung einer Gesundheitsreform. Zwei Reformmodelle stehen sich gegenüber.¹¹ Bei beiden geht es im Grunde darum, wer trägt die Kosten der solidarischen Versicherung. Sozialdemokraten treten für eine Bürgerversicherung ein, Christdemokraten befürworten eine Pauschalprämie.

Die Sozialdemokraten (SPD) wollen mit der so genannten Bürgerversicherung die Versicherungspflicht auf alle Erwerbstätigen, also insbesondere auch die Beamten und Selbstständigen ausdehnen. Darüber hinaus wollen sie die Grundlage für die Bemessung der Beiträge über das Arbeitsentgelt hinaus auf alle anderen Einnahmen der Versicherten erstrecken. So sollen Krankenversicherungsbeiträge z.B. auch auf Mieteinnahmen und Einkünfte aus Kapitalvermögen erhoben werden. Dies hätte den Vorteil, dass „breite Schultern“ mehr tragen als „schmale Schultern“. Die insgesamt wirtschaftlich Stärkeren hätten höhere Beiträge zu zahlen als die wirtschaftlich Schwächeren. Das Arbeitsentgelt als bisher einzige Finanzierungsquelle der Beiträge würde teilweise entlastet, die Kosten für Arbeit würden nicht steigen. Das Problem liegt aber darin, dass die Beitragserhebung schon bisher nur dort funktioniert und wirksam ist, wo ein Quelleneinzugsverfahren stattfindet. Die Beiträge aus dem Arbeitsentgelt werden „an der Quelle“ erhoben; der Arbeitgeber zahlt sie direkt an die Träger der Sozialversicherung. Die Träger müssen, damit sie ihr Geld – die Beiträge – erhalten, nicht den Versicherten, den Arbeitnehmern nachlaufen. Dieses System könnte indessen auf sonstige Einnahmen, insbesondere auf Mieteinnahmen nicht übertragen werden.

Die Christdemokraten (CDU/CSU) befürworten eine pauschale Gesundheitsprämie, die für alle Versicherten gleich hoch wäre (rund 170 €). Damit würde erreicht, dass die Kosten für die Krankenversicherung völlig von den Lohnkosten abgekoppelt wird. Diese Lösung wird vor allem von Ökonomen sowie von der Arbeitgeberseite unterstützt. Der soziale Ausgleich und die nicht durch die Pauschalprämie abgedeckten Kosten, vor allem die Kosten der Versicherung für Kinder, soll in diesem Modell über Steuern finanziert werden. Ob dies dem Gerechtigkeitsempfinden der Bürger entspricht, ist offen. Und ob der soziale Ausgleich über Steuern noch dem Begriff der Sozialversicherung entspricht, müsste letztlich das Bundesverfassungsgericht entscheiden.

Der genannte Streit ist unentschieden und wird wohl Thema des nächsten Wahl-

¹⁰ BT-Drucks. 15/4833

¹¹ Einen guten Überblick gibt *Weselski*, VSSR 2006, 25 ff.

免疾病开支¹⁰制定专项法，却因为选举搁浅。此外，现任执政党就卫生改革的基本方向尚未达成一致。两种改革模式相互竞争。¹¹这两种改革模式都关心谁来承担团结互助型保险的费用。社会民主党主张公民保险，基督教民主党赞成统一的保险费。

社会民主党（SPD）希望通过所谓的公民保险将保险义务扩展到所有就业者身上，特别是要包括公务员和独立经营者。此外，除了劳动报酬外，他们还想把投保人的其他收入也纳入缴纳保险费的基础。例如，对房租收入和资本收入也要征收医疗保险费。其优点是“宽肩”比“窄肩”的承受能力更强：经济上有优势的人要比经济上相对薄弱的人多付保险费。劳动报酬是迄今惟一保险费资金来源的局面将部分缓解，劳动成本不会上升。然而问题在于，到目前为止，有效收取保险费的前提是源头收费法。劳动报酬中的保险费部分在“源头”处被扣除，雇主将其直接缴纳给社会保险的经营机构。经营机构不必为了保险费紧追被保险人即雇员不放。这一体系目前还不能运用于其他收入，特别是房租收入。

基督教民主党(CDU/CSU)赞成统一的保险费，即所有被保险人缴纳相同的保险费（170欧元左右）。这样，医疗保险费用将与工资完全脱钩。这一解决方案尤其受到经济学家和雇主的支持。在这种模式下，社会共济支出和不由统一保险费承担的费用，特别是儿童保险费通过税收得到资助。公民是否觉得此种模式公正，还有待讨论。税收所促成的社会共济与社会保险的概念是否相符，最后还要由联邦宪法法院裁决。

¹⁰ 联邦议会印刷品，15/4833

¹¹ 韦泽尔斯基对此有很好的介绍，《社会法季度论文集》，25 - 27页

kampfes werden. Bislang begnügen sich Sozialdemokraten und Christdemokraten in ihrer derzeit gemeinsamen Regierung auf einzelne kleinere Reformschritte.¹² So soll einerseits die Organisation der Kassen gestrafft, ihre Effizienz gesteigert und der Einfluss des zuständigen Ministeriums gestärkt werden. Der Beitragssatz soll vom Bundesgesetzgeber für alle Versicherten einheitlich und nicht mehr - wie bisher - von der einzelnen Kasse selbst festgesetzt werden. Alle Beiträge fließen in einen Topf, aus dem die Krankenkassen je nach Risikostruktur ihrer Versicherten Mittelzuweisungen erhalten, den so genannten Gesundheitsfond. Die einzelnen Krankenkassen können, wenn sie mit den ihnen zugewiesenen Mitteln nicht auskommen, Zuschläge von höchstens 1 % verlangen. Erhalten sie aus dem Gesundheitsfond mehr Geld als sie brauchen, können sie ihren Versicherten Beiträge teilweise wieder erstatten. Insoweit weisen die Reformbestrebungen eindeutige Zentralisierungstendenzen auf. Andererseits geht die Tendenz im Leistungserbringerrecht dahin, mehr Wettbewerb innerhalb des Systems zuzulassen, mehr Wettbewerb unter den Kassen und mehr Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander. Davon erhofft sich der Gesetzgeber effektivere, wirtschaftlichere und günstigere (billigere) Leistungen.

Schon in der Vergangenheit hat der Gesetzgeber zudem zahlreiche Maßnahmen eingeführt, die den Versicherten zusätzlich zu den Beiträgen zur Finanzierung der Krankenversicherung heranziehen. Der Sache nach ist dies eine Selbstbeteiligung der Versicherten über die Beiträge hinaus. So muss jeder Versicherte in jedem Quartal des Jahres eine Praxisgebühr von 10 € zahlen. Wechselt er den Arzt während des Quartals ohne ausreichenden Grund (ohne Überweisung), zahlt er bei jedem Arzt nochmals 10 € . Versicherte müssen bei Arzneimitteln außerdem Zuzahlungen leisten, also einen Teil der Arzneimittel selbst bezahlen. Bestimmte Arzneimittel z.B. bei Erkältungen, werden überhaupt nicht von den Krankenkassen bezahlt. Diese Maßnahmen sollen Versicherte vor allem davon abhalten, unnötige Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Zu einem Ausschluss ganzer Leistungsbereiche, z.B. zahnärztliche Behandlung oder ambulante ärztliche Behandlung, ist es bisher nicht gekommen. Ebenso wenig gibt es Leistungsausschlüsse ab einem bestimmten Alter; Versicherten dürfen Leistungen - z.B. ein künstliches Hüftgelenk - nicht mit der Begründung verweigert werden, dies „lohne sich wegen des hohen Alters nicht mehr“.

Kleine Reformerfolge gibt es im Bereich des Managements. Früher erhielten die Krankenhäuser für jeden Tag des Aufenthalts eines Versicherten im Krankenhaus ei-

¹² BT-Drucks. 16/300

上述争议悬而未决，将是下次选举的议题。直到今天，社会民主党和基督教民主党的联合政府满足于个别的小改革举措¹²：一方面，保险公司应该组织严密，提高效率并且相关部门要加大影响力。保险费额应该由联邦立法机构面向所有被保险人统一，而不再由各保险公司自行制定。对保险费进行集中分配，保险公司根据被保险人的风险结构领取资金，即所谓的健康基金。如分配所得的资金不够用，各保险公司可以要求最高1%的追加资金。如果保险公司的健康基金花费不完，可以向被保险人退还部分保险费。如此，改革明显体现出集中化趋势。另一方面，医疗服务提供者法规的发展趋势是允许体制内出现更多竞争，即各保险公司之间以及各医疗服务提供者之间开展更多的竞争。立法机构希望医疗服务能够因此更加有效和经济实惠。

过去，立法机构已经采取了一系列措施吸引被保险人额外参与医疗保险的资金筹措。这是指被保险人正常缴费外的一种自费参与。被保险人每季度要支付10欧元的诊所费。如果他在季度内没有充分的理由（未转诊）就更换医生，那么他要向这个医生再支付10欧元。被保险人还要为药品支付附加费，即自费购买部分药品。一些药品，如感冒药，保险公司根本不予承付。这些措施旨在杜绝被保险人对不必要医疗服务的要求。

迄今为止，排除整个医疗服务项目，如牙医治疗和门诊治疗的现象还未出现。同样，不能将超过一定年纪的人士排除出医疗服务范围；不能用“年纪大了，不值得”的理由拒绝向被保险人提供医疗服务——如提供一副人工髋关节。

¹² 联邦议会印刷品，16/300

nen bestimmten Tagessatz. Die Einführung von DRGs (Diagnosis Related Groups/ Diagnosebezogene Fallgruppen) hat die Verweildauer im Krankenhaus merklich verkürzt. Krankenhäuser erhalten seither bei bestimmten, gelisteten Krankheitsbildern, eine pauschale Vergütung, unabhängig davon, wie lange sich der Versicherte tatsächlich im Krankenhaus aufhält. Insgesamt wird dies zu einer Kostensenkung führen.

Warum - das ist die Frage - sind Reformen im Gesundheitsbereich so schwierig durchzusetzen? Das liegt wohl daran, dass schon das bisherige Recht äußerst kompliziert und eine Materie nur noch von Spezialisten ist. Außerdem machen Akteure aus vielen, sehr verschiedenen Bereichen ihre eigenen Interessen geltend: Versicherte, Arbeitgeber, Ärzte, Apotheker, Krankenhäuser, Pharmaunternehmen, Hersteller von Medizinprodukten und viele mehr. Ich persönlich habe den Eindruck, dass die Interessen der Versicherten nicht im Mittelpunkt stehen. Der Gesundheitssektor wird zunehmend als expandierender Wirtschaftsbereich mit einem enormen Wachstumspotential verstanden. Wer letztlich die durch dieses Wachstums entstehenden zusätzlichen Kosten tragen soll, ist eine bislang offene Frage.

XIII. Arbeitslosigkeit – Arbeitsplatzverlagerung und Produktivität

Steigen die Beiträge zur Sozialversicherung, so steigen damit auch die Kosten für Arbeit. Dies ist dort wenig problematisch, wo die Kostensteigerung durch einen entsprechenden Zuwachs an Produktivität oder sonstiges Wirtschaftswachstum kompensiert werden. Wo dies nicht gelingt (wie z.B. bei vielen Dienstleistungen), versuchen Arbeitgeber ihre Arbeits- und Produktionskosten ins (billigere) Ausland zu verlagern. Eine Verlagerung von Arbeit aus Deutschland heraus fand und findet insbesondere bei Arbeiten statt, die keine oder nur eine geringe Qualifikation erfordert.

Deutschland leidet daher seit Jahren an einer hohen Sockelarbeitslosigkeit. Von dieser sind vor allem gering qualifizierte Arbeitnehmer betroffen. Gering qualifizierte Arbeitnehmer sind oft jahrelang arbeitslos und haben praktisch keine Chance, in den regulären Arbeitsmarkt zurückzukehren. Um Arbeitslosen dennoch die Rückkehr in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, hat der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen ergriffen. Ich kann hier nur einige nennen:

Arbeitgeber, die Langzeitarbeitslose einstellen, erhalten Lohnkostenzuschüsse - Subventionen - wenn sie ältere Arbeitslose (ab 55) erstmals einstellen; erhalten einen zeitlich begrenzten „Beitragsrabatt“. Um „schlecht“ bezahlte Arbeit attraktiver zu machen, hat der Gesetzgeber - unabhängig von Alter oder von vorheriger Ar-

在管理领域里，小的改革成功有所体现。过去，被保险人每在医院驻留一日，医院就会收取相应费额。诊断相关组的引进大大降低了被保险人在医院中的停留时间。医院就特定的病症获取一个总补偿，不管被保险人在医院的实际逗留时间。这大大降低了费用支出。

问题是，为什么卫生事业改革举步维艰？可作如下解释：现行法已经十分复杂，成为专家们的专门事务。此外，来自不同领域的参与者各有其利益：如被保险人、雇主、医生、药剂师、医院、医药企业和医学产品制造商等。我个人的感觉是，被保险人的利益并非处于核心地位。健康产业将越来越成为发展潜力巨大、增长迅速的经济领域。谁应该为该增长带来的额外费用买单还是一个问号。

XIII. 失业——工作岗位转移和生产率

社会保险费上涨，劳动成本随之上涨。如果生产率相应提高或其他经济增长可以补偿成本的增加，则问题不大。并非如此的话（例如在许多服务业中），雇主就会试图将劳动和生产成本转移到（较便宜的）国外去。不管是过去还是今天，从德国转移出去的主要是对专门技能没有或要求不高的工作。

因此，德国多年来一直受到底层失业问题的困扰。低技能的雇员尤受冲击。低技能的雇员往往失业多年并实际上鲜有机会重返正规劳动力市场。但为了让失业人员可以重新回到劳动力市场，立法机构还是采取了多种措施。我在这里只能举几个例子：

雇佣长期失业人员的雇主可以获得工资成本补贴，首次雇佣高龄失业者（55岁以上）的雇主可以享受一定时间的“保险费折扣”。为了让报酬“差”的工作

beitslosigkeit - eine so genannte Gleitzone eingeführt: Zwischen 400 € und 800 € Arbeitsentgelt zahlen Arbeitnehmer nicht den vollen Beitragssatz, sondern die Beitragsbelastung beginnt bei nur 4 % (400 €) und wächst langsam bis auf rund 20 % (bei 800 €) an. Ohne die Gleitzone würde ein Arbeitnehmer bei 400 € Arbeitsentgelt allein 80 € Sozialversicherungsbeiträge zahlen müssen; so sind es nur rund 20 €.

Ein schmerzhafter Einschnitt für Arbeitslose ist die Abschaffung der Arbeitslosenhilfe. Bis Ende 2005 gab es für bedürftige Arbeitslose eine besondere Leistung, die Arbeitslosenhilfe. Diese orientierte sich am früheren Verdienst und war in der Regel höher als die Sozialhilfe. Heute erhalten diese Personen bei Bedürftigkeit so genanntes Arbeitslosengeld II. Dieses ist in der Regel geringer als die frühere Sozialhilfe. Die Leistungen an Arbeitslose wurde also deutlich gekürzt.

Das Motto der Arbeitslosenversicherung lautet seit einigen Jahren: „Fördern und Fordern“. Dieses „Wortspiel“ bedeutet Folgendes: Einerseits sollen Arbeitslose durch Qualifizierung und Sozialeistungen gefördert werden. Andererseits dürfen Arbeitslose nicht darauf warten, bis ihnen der Staat eine Arbeit anbietet. Arbeitslose müssen auch selbst aktiv werden und eigenständig Arbeit suchen; insoweit werden sie gefordert. Ein Schwerpunkt der Arbeitslosenversicherung liegt seit Jahren darin, Arbeitslose, die seit langem arbeitslos sind, zu qualifizieren. Sie sollen durch verschiedene Förder- und Schulungsprogramme wieder „fit“ gemacht werden für den Arbeitsmarkt. Es wurde auch viel Geld dafür ausgegeben, Arbeitgeber durch Zuschüsse zu den Löhnen dazu zu bewegen, solche Arbeitnehmer einzustellen. Die Ergebnisse dieser Maßnahmen sind allerdings kaum zufriedenstellend.

XIV. Erhöhung der Erwerbsquote und der Aspekt der Bildung

Deutschland versucht die Erwerbsquote vor allem in zwei Bereichen zu fördern. Einerseits durch Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer, die ohne Arbeit oder von Arbeitslosigkeit bedroht sind. Zum anderen gibt es Bestrebungen, die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie vor allem für Frauen zu verbessern. Dazu gehört insbesondere die qualitative und zeitliche Verbesserung der Betreuung kleiner Kinder. Hier steht Deutschland allerdings erst am Anfang. Das Verhalten des Gesetzgebers ist hier auch nicht ganz frei von Widersprüchen. Leistungen wie das Elterngeld sind nämlich ein Anreiz für viele Frauen, mit der Arbeit zumindest zeitweise auszusetzen.

Deutschland ist ein Land ohne Rohstoffe. Die einzige Chance sich auf globalen Märkten zu behaupten und damit die sozialen Sicherungssysteme auf einem ausrei-

更有吸引力，立法机构实施了所谓的弹性区段，不考虑年龄或之前的失业情况：月薪400到800欧元的雇员不必支付全部的保险费额，起始保险费率为4%（400欧元），慢慢增长到20%左右（800欧元）。如果没有弹性区段，雇员个人要为400欧元的劳动报酬缴纳80欧元的社会保险费；实际缴纳额仅为20欧左右。

失业救济的取消对失业者而言是痛苦的。直至2005年底，生活困难的失业者还享有一种特别的待遇——失业救济。失业救济与失业前的收入相关并通常高于社会救济。今天，这些生活困难的人员领取二级失业救济。这一救济通常低于过去的社会救济。失业人员享受的福利待遇大大降低。

多年来，失业保险的口号是：“促进加要求”。这表明：一方面，通过技能培养和社会福利促进失业者的发展。另一方面，失业者不能坐等国家提供工作。失业者必须积极主动，自主寻找工作；在这个意义上，对他们有着要求。多年来，失业保险的工作重点一直是培养长期失业者的专门技能。通过多种促进和培训计划帮助失业者再次“游刃”于劳动力市场。同时大力投资通过对工资予以补贴的形式鼓励雇主雇用这些雇员。然而，这些措施的结果还不尽如人意。

XIV. 提高就业率和教育问题

德国主要试图提高两种就业率。一方面针对受失业威胁的高龄雇员采取措施。另一方面力图改善工作和家庭之间的协调关系，特别对女性而言。这尤其包括从质量和时间上改善对幼童的照管。但在这方面德国才刚刚起步。立法机构在这方面的做法也不无矛盾。一些福利诸如父母津贴促使很多女性至少暂时放弃工作。

chenden Niveau zu erhalten, ist die Erfindung, Entwicklung oder Fortentwicklung von Hightech-Produkten. Deutschland braucht hierfür vor allem hoch qualifizierte Arbeitskräfte sowie eine hohe Erwerbsquote. Dies setzt in einem rohstoffarmen Land Innovationen, Kreativität und vor allem Investitionen in Bildung voraus. Bildung kommt in aller Regel zu spät, wenn sie erst einsetzt, wenn Arbeitslosigkeit eingetreten ist. Zwar ist es richtig und sinnvoll, auch Langzeitarbeitslose wieder für den Arbeitsmarkt fit zu machen. Und zweifellos geht auch das europarechtlich festgelegte Ziel „lebenslangen Lernens“ in die richtige Richtung. Um auch ältere Arbeitnehmer möglichst lange im Arbeitsprozess zu halten, beabsichtigt das zuständige Ministerium daher besondere Maßnahmen für Arbeitnehmer über 50 - genannt Initiative 50plus. Dazu gehören u.a. besondere Kombilohnmodelle: Ältere Arbeitslose, die eine Beschäftigung mit einem niedrigeren Nettoentgelt als vor ihrer Arbeitslosigkeit aufnehmen, sollen einen teilweisen Ausgleich für die Lohneinbußen bekommen. Außerdem soll ihre berufliche Weiterbildung und Qualifizierung intensiviert werden.

Wirklich effektiv ist Bildung aber nur, wenn sie früh, wenn sie im Kindesalter und in der Schulzeit ansetzt. Über Bildung wird in Deutschland viel geredet, aber tatsächlich zu wenig getan. Erst in letzter Zeit wurde durch internationale Vergleichsstudien (Stichwort: PISA) realisiert, dass Deutschland im Bildungsbereich enormen Nachholbedarf hat. Dieser setzt zwar auch Investitionen in Geld für die Beschäftigung von Lehrern, Erziehern, Universitäten und sachlich gut ausgestattete Bildungseinrichtungen voraus. Geld ist in Sachen Bildung aber nicht alles. Ebenso wichtig ist es meines Erachtens z.B., das soziale Ansehen der Lehrer wieder zu stärken und dafür zu sorgen, dass sie respektiert werden, dass der Lehrerberuf ein gesellschaftlich angesehener Beruf ist und ein ordnungsgemäßer Unterricht stattfinden kann. Disziplin, Höflichkeit und Respekt sind leider keine Selbstverständlichkeit mehr in vielen deutschen Schulen.

Auch setzt sich erst langsam die Erkenntnis durch, dass Bildungseliten nicht „per se“ schlecht sind. Schließlich muss Bildung auf einen „fruchtbaren Boden“ fallen. Kinder müssen bereits in ihren Familien einen Sinn für Bildung bekommen, müssen ihren ideellen und wirtschaftlichen Wert sowie die mit Bildung verbundenen Lebenschancen erkennen. Wären hier Fortschritte zu verzeichnen, könnte man auch damit rechnen, dass die Einsicht in die Erforderlichkeit nachhaltiger Sozialreformen wächst.

Fragen der Bildung, des gesellschaftlichen Zusammenlebens und des Selbstverständnisses einer Gesellschaft sind zwar nicht unmittelbares Thema von Reformen

德国是一个缺少原料的国家。其立足于全球市场以及维持相当水平的社会保障体制的唯一可能在于发明和发展高科技产品。为此，德国特别需要高素质的劳动力和高就业率。在一个原料缺乏的国家，革新、创造力，尤其是教育方面的投资是必要前提。虽然让长期失业人员重新适应劳动力市场是正确和有意义的，但失业之后的教育可谓为时已晚。欧洲法确定的“终生学习”目标毫无疑问也是正确的导向。为了让高龄雇员的职业生涯尽可能延长，相关部门为50岁以上的雇员制定了特别措施——50+计划。这其中就有特别的组合工资模式：高龄失业者接受一份较失业前净报酬低的工作可就损失的工资获得部分补偿。此外，要加强对其职业技能的进一步培训。

教育只有早在孩童时代和求学期间开始，才会真正有效。德国国内大谈教育，实际作为却太少。直到前一段时间的国际比较研究（关键词：国际学生评估项目）表明，德国在教育领域上必须奋力追赶。虽然为此也要投资于教师和教育者的工作、大学和完备的教育设施，但对教育事业而言，钱不是全部。例如，在我看来，同样重要的还有重新强化教师的社会威望，使其受尊重，让教师职业成为全社会尊敬的职业并且保证规范的课堂教学。可惜在很多德国学校里，纪律、礼貌和尊重不再是理所当然的事情了。

人们慢慢才形成的一种认识是，教育精英“本身”并非是一件坏事。毕竟教育应该落在“肥沃的土壤”上。儿童必须在家庭中就建立对教育的理解，认识到教育的精神和经济价值以及教育会带来的人生机会。如果这里显示出进步，就不难得知，对可持续性社会改革必要性的认识正在日益加深。

教育问题、共同的社会生活和一个社会的自我定位虽然不是社会保障改革的

im Sozialbereich. Reformen im Sozialbereich können aber keinen dauerhaften Erfolg haben, wenn es nicht gelingt, den in einem rohstoffarmen Land erforderlichen hohen Bildungsstand zu halten oder zu erreichen. Denn nur ein ausreichend hoher Bildungsstand schafft die Voraussetzung für diejenigen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, welche die sozialen Sicherungssysteme selbst nicht schaffen können.

直接议题，但是一个原料稀缺的国家如果不能维持或达到必要的高教育水准，社会保障改革的长远成功就无从谈起。只有教育水平足够高，才能为社会和经济结构创造前提条件，这是社会保障体制自身无法做到的。

Über die Friedrich-Ebert-Stiftung

Die deutsche Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) ist ein Verein zur Förderung der politischen Bildung und des gesellschaftspolitischen Dialogs. Ihre Hauptsitze sind in Berlin und Bonn. Die FES wurde 1925 als politisches Vermächtnis des ersten demokratisch gewählten deutschen Reichspräsidenten und Sozialdemokraten Friedrich Ebert gegründet. Als eine gemeinnützige, private, kulturelle Institution ist sie den Ideen und Grundwerten der Sozialen Demokratie verpflichtet. An 14 Standorten in Deutschland leistet die FES ihren Beitrag für die demokratische politische Bildung und aktive Mitwirkung der Bürger in Politik und Gesellschaft. Sie ist zugleich auch Plattform und Ideengeber im offenen politischen Dialog zur Lösung gesellschaftlicher Probleme. In ihrer internationalen Arbeit für Demokratie, Entwicklung, sozialen Ausgleich und Frieden kooperiert die FES mit Partnern in mehr als einhundert Ländern. Sie ist mit eigenen Büros in 80 Staaten zu Gast. Die Stiftung misst der Vertiefung des internationalen Dialogs eine große Bedeutung bei. Die Weltgesellschaft und die Weltmärkte bedürfen der Einbettung in politische Verantwortung sowie sozialer und ökologischer Regulation.

Die FES nahm bereits zu Beginn der von Deng Xiaoping eingeleiteten Reform- und Öffnungspolitik Kontakte und die Zusammenarbeit mit chinesischen Institutionen auf. Eigene Büros unterhält die Stiftung seit 1985 in Shanghai und seit 1987 in Peking. Vertragspartner sind die Chinesische Gesellschaft für Internationale Verständigung (CAFIU) in Peking und das Shanghai Institut für Internationale Studien (SIIS) in Shanghai. Darüber hinaus gibt es seit Mitte der 80er Jahre eine vertragliche Kooperation mit der Freundschaftsgesellschaft des Volkes der Provinz Sichuan, die vom Büro in Peking koordiniert wird. Die Arbeit der FES ist Bestandteil der deutschen Entwicklungszusammenarbeit und Außenpolitik in China.

China öffnet sich zur Welt und hat als Transformationsland wirtschaftlich und politisch die Weltbühne betreten. Der nachdrückliche graduelle und tief greifende Wandel in Wirtschaft und Gesellschaft und der damit verbundene soziale Umbruch sind eine Herausforderung an die Gestaltungsfähigkeit der Politik. Die Kommunistische Partei Chinas, Ministerien, Hochschulen, Forschungseinrichtungen, Verbände, Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen sind bei der Gestaltung des Reformprozesses offen für internationale Kooperation und den Erfahrungsaustausch.

弗里德里希－艾伯特基金会

德国弗里德里希－艾伯特基金会（FES）是一个促进政治教育和社会政治对话的社会团体，总部位于柏林和波恩。她于1925年根据德国第一位民选帝国总统、社会民主党人弗里德里希·艾伯特的政治遗愿成立。作为一个公益、私立和文化机构，艾伯特基金会信奉社会民主主义的理念和基本价值。她在德国的14个分支机构致力于民主政治教育和促进公民积极参与政治和社会。同时，她也是解决社会问题的公开政治对话的平台和智库。在促进民主、发展、社会平衡与和平的国际工作中，艾伯特基金会与一百多个国家的伙伴进行合作，在八十个国家设有办公室。她在深化国际对话中起着重要作用。国际社会和世界市场需要被赋予政治责任以及按照社会（福利）和生态原则进行调节。

早在邓小平先生推行改革开放政策伊始，艾伯特基金会就和中国有关机构建立了联系并进行合作。之后又分别于1985和1987年在上海和北京设立了办公室。在北京和上海的协议合作伙伴分别是中国国际交流协会和上海国际问题研究所。此外，80年代中期以来，艾伯特基金会还与四川省人民对外友好协会保持着协议合作关系，协调工作由北京办公室负责。艾伯特基金会的工作是德国发展合作与外交在中国工作的一个组成部分。

中国向世界开放并作为转型国家在经济和政治领域登上国际舞台。这个在经济和社会领域剧烈的、渐进的和影响深远的转型以及它带来的社会变革对政治塑造力提出了挑战。中国共产党、政府各部委、高校、研究机构、社会团体、工会和非政府组织在这个改革进程中都赞成国际合作和经验交流。艾伯特基金会在中国的目标是，通过和各领域伙伴充满信任的合作引导和支持此改革进程，深化中欧、中德的互利关系并强化一个和平、公平的国际秩序。

Ziel der Friedrich-Ebert-Stiftung in China ist es, in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit ihren chinesischen Partnern die verschiedenen Ebenen des Reformprozesses zu begleiten und zu unterstützen sowie die internationalen Beziehungen zwischen Deutschland / Europa und China zum Nutzen beider Seiten und für eine friedliche und gerechte internationale Ordnung zu vertiefen.

Das Büro der FES in Peking konzentriert sich zurzeit auf folgende Themenbereiche:

- Rechtsstaat, Bürgerpartizipation und soziale Dimension im marktwirtschaftlichen System
 - Arbeitsbeziehungen in der Wirtschaft, Arbeitsrecht, Arbeitsmarktpolitik
 - Soziale Sicherung
 - Gute Regierungsführung
 - Menschenrechte

- Nachhaltige Entwicklung in der Provinz Sichuan

- Gewerkschaften und Interessenvertretung von Arbeitnehmern/innen
 - Interessenvertretung, betriebliche Mitbestimmung
 - Deutsch-chinesischer Gewerkschaftsdialog zwischen dem Allchinesischen Gewerkschaftsbund und dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der IG Metall, der IG Bergbau, Chemie, Energie und der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

- Politischer Dialog China – Deutschland/Europa
 - Menschenrechte
 - Außen- und Sicherheitspolitik
 - Innenpolitik in China und Deutschland / Europa

Die Partnerschaft der FES und der CAFIU ist einvernehmlich eine Plattform flexibel gestalteter Formen der Zusammenarbeit. Kooperationspartner der FES in Peking sind in 2007:

- Chinesische Gesellschaft für Internationale Verständigung
- Internationale Abteilung beim ZK der KPC
- Freundschaftsgesellschaft des Volkes von Sichuan
- Parteihochschule beim ZK der KPC
- Allchinesischer Gewerkschaftsbund

艾伯特基金会北京办公室目前主要关注以下问题：

- 法制国家、公民参与和市场经济体制中的社会（福利）因素
 - 经济中的劳动关系、劳动法、劳动力市场政策
 - 良治
 - 人权
- 四川省的可持续发展
- 工会和雇员利益代表
 - 利益代表、企业职工共决
 - 中华全国总工会与德国工会联合会、五金工会、化学能源工会和服务业联合工会间的德中工会对话
- 中—德/欧政治对话
 - 人权
 - 外交和安全政策
 - 中国和德国/欧洲的内政

艾伯特基金会和中国国际交流协会的伙伴关系也是其它多种合作的平台。

2007年她在北京的合作伙伴是：

- 中国国际交流协会
- 中共中央对外联络部
- 四川省人民对外友好协会
- 中共中央党校
- 中华全国总工会
- 中国人权发展基金会

- Chinesische Stiftung für die Entwicklung der Menschenrechte
- Renmin Universität, School of Labour and Human Resources
- Chinesische Akademie der Sozialwissenschaften, Institut für Soziologie

Die Zusammenarbeit erfolgt hauptsächlich durch gemeinsame Tagungen und Gesprächsprogramme in China und Deutschland, die auf einen intensiven politischen und fachlichen Meinungs- und Erfahrungsaustausch orientiert sind. Dabei wird ein breites Spektrum von Regierungsstellen, Hochschulen, Forschungsinstituten, Gewerkschaften und Verbänden einbezogen.

- 中国人民大学劳动经济学院
- 中国社会科学院社会学所
- 中国现代国际关系研究院

合作的主要形式是在中国和德国共同举办有助于思想和经验交流的政治性、专业性会议和座谈活动。参加者主要来自政府部门、高校、研究所、工会和社团。

**Friedrich-Ebert-Stiftung
Beijing Office**

Ta Yuan Building 5-1-121,
Xin Dong Lu 1 / Chao Yang Qu
100600 Beijing / PR China



Tel: (+86-10) 6532 4368

(+86-10) 6532 4813

Fax: (+86-10) 6532 4822

E-mail: liudan@fesbj.com

弗里德里希－艾伯特基金会
— 北京项目执行人办公室
中国北京 100600
朝阳区新东路一号
塔园外交公寓 5-1-121