

Gesundheitsstrukturreform – Einheitsversicherung oder Trägervielfalt?

I. Krankenversicherung als Sachfeld der Gesundheitsstrukturreform

1. Konturen der Reformpolitik

Im gegenwärtigen Umbau des Sozialstaats steht das Verhältnis von staatlicher Gesundheitsversorgung und Eigenverantwortung für Gesundheit vor zahlreichen neuen Herausforderungen. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Nicht nur hat die Medizin in den letzten Jahren auf den Gebieten der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation sprunghafte Fortschritte gemacht – dies mit der Konsequenz, einer geradezu ausgreifenden Kostenexplosion begegnen zu müssen. Gleichmaßen steht die Frage nach den Pflichten und Lasten des Patienten im Konflikt zwischen Patienten- und Gemeinschaftsinteressen zur Diskussion. Neu zu bestimmen sind die Anteile der Individualverantwortung einerseits und der sozialen Verantwortung des Gemeinwesens andererseits im Dienst an der Gesundheit. Auf der Tagesordnung steht damit die Aufgabe, das Verhältnis von Solidarität und Subsidiarität in der Gesundheitsvor- und -fürsorge neu zu ordnen.¹

Das Ergebnis der Neuordnung muß eine veränderte Struktur der Gesundheitsversorgung in der Bundesrepublik Deutschland sein. Denn die *rechtliche Steuerung* des Gesundheitswesens, die bereits jetzt eine außerordentliche Dichte und Komplexität erreicht hat, stößt infolge der skizzierten Entwicklung an ihre Grenzen. Diese Beobachtung gilt für die Verrechtlichung der Patientenversorgung ebenso wie für die Grundlagen des ärztlichen Berufsrechts;² sie ist ferner für die Umgestaltung des stationären Sektors, die bevorstehende Rationierung von Gesundheits-Dienstleistungen und die Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens von Belang.³

Wie unter einem Brennglas bündeln sich die insoweit auftretenden Steuerungsprobleme in den Reformbemühungen um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Weder die legislatorischen Versuche zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen und zur Ver-

¹ *Schulin*, Empfiehlt es sich, die Zuweisung von Risiken und Lasten im Sozialrecht neu zu ordnen?, in: Verhdlg. des 59. DJT, Bd. I, Gutachten E, München 1992, S. E 34f., 47, 50ff., 80ff., 111 ff.; Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit (Sondergutachten 1995), vVM., o. J. (1995), S. 93 ff.; 298 ff.

² *Laufs*, Arzt und Recht im Umbruch der Zeit, NJW 1995, S. 1590f.

³ *Mickley/Standfest*, Szenarien für die nächste Reformstufe im Gesundheitswesen, WSI-Mitt. 6/1995, S. 374 ff.

besserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung⁴ noch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen von 1988 (Gesundheitsreformgesetz)⁵ und das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) von 1992⁶ haben die Probleme, die mit der gegenwärtigen Struktur und Organisation der gegliederten Krankenversicherung verbunden sind, auflösen können. Im Gegenteil führten die Bemühungen des Gesetzgebers sowohl zu vielfältigen und den Berufskern der kassenärztlichen Tätigkeit unzulässig berührenden Einschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit als auch zu einer durchgehenden Annäherung der ambulanten Gesundheitsversorgung an einen staatlichen Gesundheitsdienst.⁷ Diesem fehlen zu seiner Vollendung nur noch wenige Bausteine.

a) Die bevorstehende Vollendung der Strukturreform des Gesundheitswesens durch die sog. Neuordnungsgesetze, also deren sog. dritte Stufe, bedarf daher um so sorgfältiger Prüfung. Zu fragen ist, wie der Gesetzgeber die entscheidenden Weichen für den Strukturwandel zu stellen beabsichtigt. Einige Vorentscheidungen dafür scheinen bereits gefallen zu sein, wenn es von seiten der Bundesregierung heißt, die dritte Reformstufe sei erforderlich, um auch mittelfristig die *Finanzierbarkeit* unseres leistungsfähigen Gesundheitswesens zu sichern.⁸ Darüber hinaus sollen nach dem Willen der Regierungskoalition die sich langfristig auswirkenden Faktoren wie z. B. die demographische Entwicklung, veränderte Krankheitsbilder sowie medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt stärkere Berücksichtigung in der *Ausgestaltung der GKV* finden. Der Finanzierung all dessen durch Mehreinnahmen in Gestalt von Beitragserhöhungen soll allerdings ein Riegel vorgeschoben werden: *Beitragsstabilität* sieht sich als das Gebot der Stunde genannt. Auch künftig sollen deshalb die Ausgaben der GKV nicht stärker steigen als die Beitragseinnahmen der Kassen aus den Arbeitseinkommen der Beschäftigten.

b) Zwei weitere Eckpfeiler der dritten Reformstufe sind nach Ansicht der Bundesregierung unverzichtbar. Den einen stellt der Übergang zu einer Wettbewerbsverfassung und die geplante Berufung der *Selbstverwaltung* in der GKV zur Selbststeuerung des Gesundheitssystems dar, wodurch die Wirtschaftlichkeit und medizinische Versorgungsqualität gleichzeitig als erreichbar angesehen und der Selbstverwaltung aufgebürdet werden. Den zweiten Pfeiler bildet ein gegliedertes, d. h. *pluralistisches Gesundheitswesen*, in dem die Versicherten die Chance haben, sich für diejenige Kasse zu entscheiden, die ihren Vorstellungen am ehesten entspricht. Diese Garantie baut auf der

⁴ Gesetz vom 19. 12. 1986 (BGBl. I S. 2593).

⁵ Gesetz vom 20. 12. 1988 (BGBl. I S. 2477).

⁶ Gesetz vom 21. 12. 1992 (BGBl. I S. 2666).

⁷ Dazu näher zuletzt *Isensee*, Kassenarztmonopol und nichtärztliche Leistungserbringer, 1995, S. 38 ff.; *Pitschas*, FS zum 40-jährigen Bestehen der Sozialgerichtsbarkeit in Rheinland-Pfalz, 1994, S. 217 (225 f.); *ders.*, FS K.-H. Boujong, 1996; nicht haltbar *Herweck-Behnsen*, NZS 1995, S. 211 ff.; Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 77.

⁸ *Seehofer*, Quo vadis Gesundheitswesen? Umbau statt Abbau, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Nr. 253 v. 31. 10. 1995, Verlagsbeilage „Gesundheit“, S. B 1; vgl. im übrigen den Gesetzentwurf zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 – Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997) v. 21. 11. 1995, BT-Drs.

Organisationsreform der GKV durch das (erste) Gesundheitsstrukturgesetz und die dort verankerte freie Kassenwahl der Versicherten auf. Der mit ihr verbundene Frei- raum für eigenverantwortliche Entscheidungen dient dem Ziel, die *dezentrale Kranken- versicherung* unter der Reformoption „Mehr Markt und Wettbewerb“ zu erhalten und zu festigen. Einbeschlossen ist darin nach dem Wunsch der Arbeits- und Ministerkon- ferenz der Länder, die *Regionalität* in der GKV zu stärken.⁹ Die gesundheitspolitisch äußerst bedeutsamen Vertragsentscheidungen würden dementsprechend unter Ein- schluß der bundesunmittelbaren Krankenkassen auf Länderebene fallen.

Alternativkonzepte für die Gesundheitsstrukturreform haben auch die Oppositions- parteien im Deutschen Bundestag entwickelt.¹⁰ Von der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) wird den Plänen der Regierungskoalition zur Beitragsrückgewähr, zu Kostenerstattung und der Aufgliederung von Wahl- und Regelleistungen in der GKV eine Absage erteilt. Statt dessen wäre auch zukünftig die Krankenversicherung einem Globalbudget zu unterstellen, das den Krankenkassen und allen Dienstleistungs- bereichen des Gesundheitswesens Spielräume für freie Vertragsvereinbarungen beläßt. Dabei soll die Selbstbeteiligung im Krankenhaus ganz abgeschafft werden. Entschei- dend sind indessen die Vorschläge zur *Organisation der ärztlichen Selbstverwaltung*: Haus-, Fach- und Zahnärzte sollen gemeinsam mit Psychologen unter einem Dach Selbstverwaltungsbefugnisse gemeinsam ausüben. Finanziell soll vor allem die Einrich- tung vernetzter Praxen und ambulanter Gesundheitszentren gefördert werden.

In den Grundüberlegungen anders noch setzt das Konzept der Oppositionspartei Bündnis 90/Die Grünen an. Es geht von der Prämisse aus, daß alle neuen Sozialaufga- ben ohne Finanzierungspotential blieben, also nicht aus dem Wirtschaftswachstum zu bewältigen wären. Im Gesundheitswesen werden in der Konsequenz dessen beträchtli- che Rationalisierungspotentiale ausgemacht.¹¹ Erkennbar wird aus alledem, daß sich durchaus unterschiedliche Vorstellungen hinter dem allgemein vertretenen Grundsatz verbergen, die Rechte der Selbstverwaltung zu stärken, die Entscheidungsautonomie der Selbstverwaltungsträger zu erweitern und die Beitragsstabilität langfristig – nach Meinung mancher vor allem über einen Leitungswettbewerb – zu garantieren.

2. „Wettbewerbs-pluralistisches Gesundheitswesen“ als konfligierendes Leitbild

Die knappe Skizze der tragenden Reformgedanken in der Politik macht neben ande- ren Problemen des beabsichtigten Umbaus im Gesundheitswesen vor allem einen gra- vierenden Zielkonflikt der reformorientierten Gesundheitspolitik deutlich. Ich meine

⁹ Beschluß der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder v. 20./21. 9. 1995; zu diesem Thema siehe etwa Baum, AuS 1992, S. 9ff.; Knieps, DOK 1991, S. 459ff.; Papier, FS F. Knöpfele, 1996, S. 273ff.; Pitschas, DAngVers 1995, S. 418 (419, 422f.).

¹⁰ Gesetzentwurf der SPD für ein „Zweites Gesundheitsstrukturgesetz“ v. 31. 1. 1996, BT-Drs.; Grundsatz- papier Bündnis 90/Die Grünen „Konturen einer bündnisgrünen Sozialreform“ vom Januar 1996 (vgl. Süddt. Zeitung v. 1. 2. 1996, S. 2).

¹¹ Grundsatzpapier (o. Fn. 10).

damit die dem Leitbild eines *wettbewerbs-pluralistischen Gesundheitswesens*¹² entgegenstehende Konsequenz der Entwicklung einer Einheitsversicherung durch die in Kauf genommene bzw. angestrebte

- ökonomische Gratwanderung einer gesetzlichen Festschreibung der Beitragssätze,
- einseitig bzw. ausschließlich länderbezogene Regionalisierung der Vertragspolitik unter Einbezug der bundesunmittelbaren Krankenkassen bei gleichzeitiger Absage an einen bundesweiten Risikostrukturausgleich,
- Festlegung einer Gesamtverantwortung auf ein „grundsolidarisches“ Gesundheitswesen, das nach wie vor – und teilweise verstärkt – die staatliche Verantwortung für die Krankenversicherung zu Lasten echten Wettbewerbs und einer pluralen Gliederung der Versicherungsangebote beruft.

3. Begriffliche Konkretisierung

a) Die Frage nach der Fortexistenz einer Kassen- und Angebotsvielfalt in der GKV und nach der (sukzessiven) Entwicklung der Einheitsversicherung fügt sich auf diesem Hintergrund als ein verschwiegenes Thema in den **Zusammenhang von Gesundheit und Recht im Umbau des Sozialstaates** ein. Dabei sollten die Begriffe konturenscharf verwendet werden: „Angebots- und Kassenvielfalt“ im Gesundheitswesen steht für ein gegliedertes System der Patientenversorgung mit einer Vielfalt von Trägern, Verbänden und Selbsthilfeorganisationen bei gleichzeitig freier Arzt- und Krankenhauswahl. Speziell bezogen auf die GKV bedeutet sie das wettbewerbliche Nebeneinander einzelner (privater und) gesetzlicher Krankenkassen mit einer gewissen Pluralität der Organisationsformen bzw. -strukturen auf allen Ebenen (Bundesebene, Region und/oder Subregion) – ohne zwangsweisen Oktroi der jeweiligen Ebene bzw. der Wettbewerbsparameter.¹³

Ganz im Gegensatz dazu ist der Begriff der „Einheitsversicherung“ zu verstehen. Darunter fällt nicht etwa schon die Zentralisierung der GKV im Sinne einer Errichtung bundesweit organisierter Kassen wie z.B. einer Bundes-AOK oder Bundes-ICK statt der jetzigen verbandlichen Zusammenschlüsse auf Bundesebene. Von „Einheitsversicherung“ zu sprechen, meint mehr als das, nämlich die Vereinigung aller Sicherungsformen „unter einem Dach“ zu einer zentralen Organisation bzw. – in den Worten des BVerfG – die strukturelle Zusammenfassung sämtlicher Träger der GKV und ihrer Organisation in einem „Bundesamt für Krankenversicherung“ bzw. in anderer Organisationsform als eine bundesunmittelbare Körperschaft („Einheitskasse“).¹⁴

b) Die Alternative „Einheitsversicherung“ und „Kassenvielfalt“ prägt zukünftig (und verdeckt) mehr denn je die Konfliktlinien der Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems. Denn in nichts kommt das Spannungsverhältnis zwischen Solidarität und Subsidiarität deutlicher zum Ausdruck als in dieser Auseinandersetzung um den Fortbestand der vielschichtigen und komplexen Gliederung unserer

¹² Seehofer (o. Fn. 8); Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 94, 95f., 97f.

¹³ Vgl. Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 94, 97; Schulin (o. Fn. 1), S. E 89f., 96f. m.w.Nachw.

¹⁴ BVerfGE 39, 302 (315).

Gesundheitsversorgung. Die Frage mag zwar letztlich sein, ob es sich nicht überhaupt um eine Scheinalternative handelt. Darauf wird noch einzugehen sein. Doch ist nicht zu übersehen, daß gegenwärtig die reformorientierte Gesundheitspolitik – und dies ist meine *erste These* – auf die sukzessive Verwirklichung einer Einheitsversicherung hinausläuft.

Den eigentlichen Grund hierfür liefert die vorherrschende bürokratische und einkommenspolitische bzw. finanzwirtschaftliche Betrachtung des Gesundheitswesens. In Wahrheit geht es auch bei der jetzigen Fortführung der Gesundheitsstrukturreform um den Ausbau der Verwaltungswirtschaft („Richtgrößen“) sowie um den sozialen Ausgleich überdehnende Finanzierungsfragen der gesetzlichen Krankenversicherung, d.h. um Probleme der „richtigen“ Ressourcenallokation. Demgegenüber sollten die Reformansätze zu einer stärkeren Wettbewerbs-, Versicherten- und Patientenorientierung finden.

Freilich stehen solche Überlegungen in einem scharfen Kontrast zur derzeit eindimensionalen Wirtschaftlichkeits- und Kostendebatte. Sie sind allerdings unter dem Gesichtspunkt einer notwendigen Stufung der Verantwortung für einen solidarischen Gesundheitswettbewerb unerlässlich. Denn es geht in erster Linie doch um die Qualität der gesundheitlichen Prävention und Versorgung, um die Selbstbestimmung der Versicherten und Leistungserbringer, um Optimierung statt Ausgrenzung sowie um Mobilisierung von Reserven, die der Vermeidung teurer Fehlbehandlungen und Mehrfachdiagnosen ersprießen.

Der *Wettbewerbsgedanke* spielt dabei eine Hauptrolle, wie bereits der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen hervorgehoben hat. Er steht der mit einer bloßen Wirtschaftlichkeits- und Kostendiskussion verbundenen **sukzessiven Monopolisierung** der GKV konträr gegenüber. Statt ihrer sind Reformen zu beschließen, die das System der Krankenversicherung im europäischen Zusammenhang längerfristig so ausgestalten, daß es den zukünftigen Herausforderungen gewachsen bleibt, und zwar sowohl durch die Erhöhung seiner Effektivität und Effizienz als auch durch Verbesserung der Steuerung im Wege der Einführung von Anreizen zu mehr Wettbewerb und anderer Marktmechanismen.

Allerdings benötigt die gesundheitspolitische Steuerung dieses Systems und speziell des Wettbewerbs, so lautet meine **zweite These**, statt einem einheitlichen System der Krankenversicherung eine Mehr-Ebenen-Struktur der Kassenorganisation. Diese liegt schließlich auch, wie ich *drittens* meine, im Sinne unseres Grundgesetzes.

II. Reformierte Gesundheitspolitik zwischen Zentralisierung und Dezentralisierung

1. Entwicklungsgeschichtliche Aspekte

Verfolgt man in Auseinandersetzung mit den dargelegten Reformperspektiven die Entwicklungslinien der Diskussion um die Zentralisierung bzw. Vereinheitlichung und

die Dezentralisierung bzw. Pluralisierung der Krankenversicherung,¹⁵ so zeigt sich im Rückblick, daß die Dezentralisierung der Sozialleistungsträger eine *deutsche* Besonderheit darstellt. „Nur hier wird der Weg zur Einheitsversicherung als ein „Weg zur Knechtschaft“ (Katzbach) angesehen.“¹⁶

a) „Dezentralisierung“ als Alternative war allerdings auch in Deutschland nie unumstritten. Schon kurz nach dem Ende des zweiten Weltkriegs hatte das Land Berlin im Juli 1945 das gegliederte System der Krankenversicherung zugunsten eines Einheits-Sozialversicherungsträgers (Versicherungsanstalt Berlin) abgeschafft.¹⁷ Auch der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) hatte Ende der sechziger und in den beginnenden siebziger Jahren in diffuser Weise für eine Einheitsversicherung plädiert.¹⁸ Im Jahre 1988 sprach sich dagegen die gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand zurückhaltender für eine solidarische Gesundheitssicherung in „einem pluralistisch und demokratisch strukturierten Gesundheitswesen in verschiedenen Einrichtungen und Trägerschaften . . .“ aus, „die in arbeitsteiliger Kooperation miteinander verbunden sind“.¹⁹ Das Thema der Konzentration blieb also, wie schon diese wenigen Hinweise belegen, auf der Tagesordnung.

Auch der Bundesgesetzgeber hat verschiedentlich Tendenzen zur Zentralisierung der Krankenversicherung erkennen lassen. Bereits das Krankenversicherungs-Weiterent-

¹⁵ Aus dieser Diskussion siehe statt anderer *W. Bogs*, in *Bogs/Achinger/Meinhold/Neundörfer/Schreiber*, Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland – Sozialenquete, o. J. (1996), Rdnr. 123f.; *Dembrowski*, Skizzen zur Neuordnung des dreigegliederten Systems der sozialen Sicherung unter besonderer Berücksichtigung der Sozialversicherung, in: FS K. Brackmann, 1977, S. 1 (14ff.); *Gaber*, AuS 1974, S. 129ff.; *Heinze*, Möglichkeiten der Fortentwicklung des Rechts der Sozialen Sicherheit zwischen Anpassungszwang und Bestandsschutz, in: Verhdlg. des 55. DJT, Bd. I, Gutachten E, 1984, S. E 60; *Huppertz/Siedenberg*, Organisations- und Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung unter besonderer Berücksichtigung von Verteilungsaspekten, 1980, bes. S. 157ff.; *Jacobs*, Strukturreform oder Zerfall der solidarischen Krankenversicherung, in: K.-J. Bieback (Hrsg.), Das Gesundheitsreformgesetz – eine gescheiterte Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung?, 1992, S. 171 (173f.); *Katzbach*, ErsK 1962, S. 209; *Köhler*, FS W. Schreiber, 1969, S. 339ff.; *Oldiges*, DOK 1995, S. 610 (614f.); *Schlenker*, in: B. Schuln (Hrsg.), HS-KV, 1994, § 1 Rdnr. 74, 77, 88f., 160f.; *Schnapp*, Organisationsrecht, in: B. Schuln (Hrsg.), HS-KV, 1994, § 49 Rdnrn. 45ff.; *Schulin* (o. Fn. 1), S. E. 89, 90; zu den (geringen) Vereinheitlichungswirkungen der EDV siehe frühzeitig *Tervooren*, AuS 1974, S. 309ff.; zur Rspr. vgl. die Nachw. unten in Fn. 42.

¹⁶ *Katzbach* (o. Fn. 15), S. 209; zur vgl. Perspektive u. a. *Gaber* (o. Fn. 15), S. 131; *P. A. Köhler/H. F. Zacher*, Einführung in: Dies. (Hrsg.), Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz, 1981, S. 13 (19ff., 29ff.); für die Niederlande siehe ferner MittDt. Sozialrechtsverband, Nr. 4/1996, S. 4.

¹⁷ Beschluß des Magistrats v. 14. 7. 1945 (VOBl. Stadt Berlin 1945, Nr. 5, S. 64ff.); zur Sozialrechts- und Organisationsentwicklung der GKV in der Zeit vor und nach dem 2. Weltkrieg unter Einbezug Berlins vgl. BSGE 58, 134 (138f.); *Tennstedt*, Geschichte des Sozialrechts, in: v. Maydell/Ruland (Hrsg.), Sozialrechtshandbuch, 1988, Rdnrn. 85, 91, 100ff.; speziell mit Blick auf das von großen Teilen der SPD und den Gewerkschaften verfolgte Ziel einer einigten regionalen Krankenkasse für alle Bürger unter Absage an das trägerplurale Krankenkassenwesen siehe *Hockerts*, Sozialpolitische Entscheidungen im Nachkriegsdeutschland, 1980, S. 146ff.; *Reidgeld*, Die Sozialversicherung zwischen Neuordnung und Restauration – Soziale Kräfte, Reformen und Reformpläne unter besonderer Berücksichtigung der Versicherungsanstalt Berlin, 1982, insbes. S. 74ff.

¹⁸ Vgl. etwa Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut des Deutschen Gewerkschaftsbundes (WSI), Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Analyse und Vorschläge zur Reform, 2. Aufl., 1971, mit dem Hinweis auf S. 67: „Der Pluralismus erwies sich als Schwäche“, vgl. aber auch S. 69; siehe ferner *Vesper*, ErsK 1970, S. 405ff.; diffus *A. Schmidt*, Das Gespenst der Einheitsversicherung geht um, die Quelle 32 (1981), S. 363f.

¹⁹ Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bd. II, 1988, S. 24.

wicklungsgesetz von 1976²⁰ förderte die Vereinigung von Krankenkassen zu größeren und leistungsfähigeren Einheiten. Mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977²¹ traten zusätzliche Ausgleichsregelungen in Kraft. Darüber hinaus wurde in der Krankenversicherung der Rentner ein obligatorischer Finanzausgleich aller Krankenkassen unter Einbeziehung der Ersatzkassen eingeführt. Nach dem Gesundheits-Reformgesetz von 1988²² sieht nunmehr das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992²³ einen umfassenden Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen vor.

b) Künftig stellt sich die Frage nach einer einheitlichen Organisationsstruktur der GKV von neuem. Das Recht der freien Kassenwahl verändert die Organisationsstruktur nämlich grundlegend: Da seit dem 1. Januar 1996 einer der wichtigsten Wettbewerbsparameter in der GKV der *Preis* geworden ist, erhebt sich zunächst die Frage, ob nicht die Preisbildung zu zentralisieren wäre und wo die Entscheidungsebenen für die Kostensteuerung im Gesundheitswesen liegen sollten.

Im einzelnen lassen sich *Zentralisierungstendenzen* sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erkennen. Sie treten auf der Ebene der Länder ein, wenn – wie dies gegenwärtig zu beobachten ist – der gesundheitspolitisch bedeutsame Vertragssektor regionalisiert wird.²⁴ Die Konsequenz daraus wird sein – wie dies auch der Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt –,²⁵ die Beitragsatzgestaltung entsprechend zu regionalisieren, was insbesondere schmerzlich für die bundesunmittelbaren Ersatzkassen sein dürfte. Denkbar wäre freilich auch der Übergang zu bundesweiten Trägern. Die landesweiten Träger könnten insbesondere deshalb eine länderübergreifende Organisation schaffen wollen, weil sich die Krankenkassen in den Stadtstaaten im Wettbewerb als nicht leistungsfähig genug erwiesen haben.

So oder so schafft jedenfalls Art. 87 Abs. 2 GG verfassungsrechtlichen Spielraum entweder für eine länderübergreifende Organisationslösung mit Vereinheitlichungstendenz oder für die Entstehung weiterer „föderalisierter“ Träger. Derzeit allerdings geht der Trend parallel zur Stärkung der Gesundheitspolitik auf Länderebene und ihrer Verbindung mit Public-Health-Konzepten zu einer *Regionalisierung der Krankenversicherung* im Sinne ihrer Zentralisierung auf Landesebene.²⁶

²⁰ Gesetz v. 28. 12. 1976 (BGBl. I S. 3871); dazu *Schlenker* (o. Fn. 15), § 1 Rdnr. 117.

²¹ Gesetz v. 27. 6. 1977 (BGBl. I S. 1069); dazu die Hinweise von *Schlenker* (o. Fn. 15), § 1 Rdnr. 122 auf das Organisationsrecht der GKV.

²² Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20. 12. 1988 (BGBl. I S. 2477) mit Hinweisen von *Schlenker* (o. Fn. 15), § 1 Rdnrn. 138 ff., 154 ff. zu den organisationsrechtlichen Novellierungen.

²³ Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung v. 21. 12. 1992 (BGBl. I S. 2266); zu den strukturellen Auswirkungen auf die GKV siehe statt aller *Pitschas*, JbSozRdG Bd. 15 (1993), S. 285 ff.

²⁴ Dazu siehe u. a. *Baum* (o. Fn. 9), S. 9 ff.; *Eichenhofer*, SGB 1994, S. 400 f.; *Fiedler*, Ersk 1992, S. 213 ff.; *Heitzer*, Soziale Sicherheit 1993, S. 115 ff.; *Isensee*, NZS 1993, S. 281 f.; *Kirschner*, AuS 1994, S. 4 ff.; *Wassener*, AuS 1993, S. 4 ff.; w. Nachw. bei *Papier* (o. Fußn. 9), S. 282 ff.; *Pitschas*, Zur Regionalisierungsdiskussion und zu den Optionen für eine Organisationsreform in der gesetzlichen Krankenversicherung, vVM. 1992 (Gutachten); *ders.*, NZS 1994, S. 289 ff.; vgl. ferner LVA Baden (Hrsg.), Föderalismus und Regionalisierung in der Sozialversicherung, Karlsruhe 1996 (Dokumentation), S. 44 ff., 74 ff., 94 ff.

²⁵ A. a. O. (o. Fn. 1), S. 241 f.

²⁶ LVA Baden (o. Fn. 24), S. 44 ff., 94 ff.; *Stamm*, Gesundheitspolitik auf Länderebene, Frankfurter Allgemeine Zeitung (o. Fn. 8), S. B 2; *M. Pfaff*, Soziale Sicherheit 1994, S. 8 (13, 15, 16 f., 18).

c) Der entwicklungsgeschichtliche Rückblick in der Diskussion um Einheitsversicherung oder Kassenvielfalt läßt m. a. W. ein anhaltendes Schwanken der gesetzlichen Kassenorganisation zwischen beiden Polen über die Jahre hinweg erkennen. Stets ging es dabei vorrangig um Finanzierungsausgleiche, nachrangig dagegen um Patienteninteressen. Zurückhaltend ist auch die Verwirklichung von Solidaritätsvorstellungen in ordnungspolitischen Konzepten der Gesamtverantwortung für ein effektiveres oder auch „demokratisches“ Gesundheitswesen²⁷ zu beurteilen: Das Spannungsverhältnis zwischen „vorgegebenem Gesetzesrahmen und eigenverantwortlicher Gestaltungsmöglichkeit“ hat sich bis heute kontinuierlich verschärft.²⁸

2. Beitragssatzstabilität

Was dabei die *Verantwortung für Beitragssatzstabilität* anbelangt, so könnte die Festschreibung der Beitragssätze durch den Gesetzgeber statt ihrer regionalen Austarierung zwar der „Beliebigkeit der Medizin“ einen Riegel vorschieben; Beitragssatzstabilität wäre insoweit als ein Instrument der Globalsteuerung des Gesundheitswesens, verbunden mit entsprechenden Globalbudgets, anzusehen.²⁹ Sie könnte allerdings auch zum Endpunkt aller Kostendämpfung werden, indem zu einem bestimmten Zeitpunkt die herrschenden Beitragssätze gesetzlich zementiert würden. Ein solcher Weg verfestigte dann gegebene Strukturen oder baute diese gar – wie etwa im Fall der völlig überzogenen Bezahlung der KK-Geschäftsführer im Rahmen des „Vorstandsrechts“ nach dem SGB IV – noch aus. Verwiesen sei ferner auf die ohnehin bereits vorhandenen Budgetierungen und Quotierungen im Krankenversicherungssektor nach Leistungsbereichen und Leistungssektoren. Der Selbstverwaltung wäre somit die versprochene Autonomie genommen und der gesetzlich Versicherte entmündigt. Mit großer Skepsis muß daher die Stabilisierung der **Krankenhausaussgaben** durch die vorgesehene stringente Budgetierung beurteilt werden.

3. Ähnlich fragwürdig erweist sich die Einrichtung eines *kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs*. Er geht bewußt von einer bundesweiten Solidarität der GKV aus. In gewisser Weise werden dadurch allerdings ungleiche Beitragssätze im Ergebnis aneinander angeglichen; insofern bereinigt er nicht nur die aus der unterschiedlichen Mitgliederstruktur der verschiedenen Kassen resultierenden Wettbewerbsverzerrun-

²⁷ Pfaff (o. Fn. 26), S. 15 a. E.

²⁸ Merten, Möglichkeiten und Grenzen der Selbstverwaltung – am Beispiel des Krankenversicherungsrechts, in: Ders. (Hrsg.), Die Selbstverwaltung im Krankenversicherungsrecht, 1995, S. 11 (20); gleichwohl beachtenswert DGB-Bundesvorstand (Hrsg.), Neue Wege der Zusammenarbeit von Selbstverwaltung und Selbsthilfe: „Zukunftsaufgabe Gesundheitsförderung in Kooperation“, Düsseldorf 1994 (Dokumentation).

²⁹ Henke, Wachstumsbremse oder Wachstumsbranche? Ökonomische Gratwanderung im Gesundheitswesen, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung (o. Fn. 8), S. B1f.; Wasem, Nach der „Gesundheitsreform“: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Henke/Hesse/Schuppert (Hrsg.), Die Zukunft der sozialen Sicherung in Deutschland, 1991, S. 46ff.

gen, sondern er trägt auch zu einer sozial gerechteren Beitragsgestaltung bei. Freilich liegt darin zugleich eine Nivellierung des Kassenwettbewerbs.³⁰

4. Länderbezogene Regionalisierung der Vertragspolitik

Eine gewisse Vorentscheidung für den Weg in die zukünftige Einheitsversicherung enthält die gegenwärtig zu beobachtende **länderbezogene Regionalisierung der Vertragspolitik** in der GKV. Denn die stark diskutierte und von Länderseite befürwortete Vereinheitlichung der Beitragsatzregionen mit Herabzonung der Ersatzkassen sowie unter dem gleichzeitigen Diktum der Beitragsstabilität läßt den Beitragsatz seine Funktion als Preis für die Kassenleistung verlieren. Dazu trägt überdies die durch das SGB V eingeschränkte Möglichkeit zur Produktdifferenzierung in der GKV bei. Die Wettbewerbsparameter, die das Gesundheitsstrukturgesetz insoweit den Krankenkassen noch einräumt – sie erstrecken sich auf ca. 10 Prozent nicht-gesetzlich vorgeschriebener Leistungen und dabei vorwiegend auf Prävention und Service³¹ – dürften dann kaum mehr ausreichen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und die Bedarfe sowie Qualitätsanforderungen der Patientenversorgung zu erfüllen. Werden also von allen Kassen regionale Beitragsätze für eine einheitlich abgegrenzte Beitragsatzregion erhoben (was eigentlich keine regionale Organisation der Krankenkassen erforderlich machte),³² stellt dies zur Vermeidung von Mitgliederselektion und „Voodoo-Medizin“ einen weiteren Schritt in Richtung *Einheitsversicherung auf der Länderebene* dar.

5. Wettbewerbsorientierung der Krankenversicherung

Einen Ausweg aus diesem Veränderungsszenario der bisherigen Organisationsstruktur des Gesundheitswesens bietet der *substantielle Übergang zu mehr Wettbewerb* innerhalb der GKV und zwischen dieser und der privaten Krankenversicherung (PKV)³³ – wie dies übrigens das Europäische Gesundheitsrecht fordert.³⁴ Dabei bildet die geltende Versicherungspflicht – und Beitragsbemessungsgrenze als sog. „Friedensgrenze“ zwischen GKV und PKV kein naturgegebenes Hindernis. Auch innerhalb ihrer Geltung lassen sich i. S. eines „begrenzten“ Wettbewerbs differenzierte Leistungsfelder einrichten (Grund- und Wahlleistung u. a. m.), wenn man das Grundverhältnis nicht modifizieren will. Vorstellbar ist dies auch im Rahmen sog. HMO (Health Maintenance Organizations).

³⁰ Zu alledem siehe BVerfGE 89, 365 (377ff.); *Pitschas* (o. Fn. 24), Gutachten.

³¹ Zu den Wettbewerbsvoraussetzungen und -bedingungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung siehe den gleichnamigen Beitrag von *Jacobs*, in: O. Seewald (Hrsg.), *Organisationsprobleme der Sozialversicherung*, 1992, S. 135 ff. mit anschließender Diskussion.

³² Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 241.

³³ Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 347 ff.; *Oldiges*, DOK 1995, S. 437 ff.; ablehnend *Pfaff* (o. Fn. 26), S. 8 m. Nachw. in Anm. 4; unfair *Micklej/Standfest* (o. Fn. 3), S. 376 („Krisengeschrei“), zum Wettbewerb innerhalb der GKV ebd. S. 381, 382 f.

³⁴ *Pitschas*, VSSR 1994, S. 85 (117f.); *Isensee*, VSSR 1996, S. 169 (175); *Giesen*, VSSR 1996, S. 311 (324 ff.).

Freilich kann es sich bei diesem Wechsel zu einer „offenen“ Krankenversicherungsverfassung unter der Geltung des deutschen und europäischen Sozialstaatsprinzips und angesichts der Besonderheiten des Gesundheitssektors als Wettbewerbs- und Dienstleistungsbereich immer nur um einen *sozialwirtschaftlichen* Wettbewerb handeln, in dem einkommensschwache Bürger aus Steuermitteln finanziert werden.³⁵ Dieser „solidarische Wettbewerb“ in einem versicherungswirtschaftlichen Mischsystem, wie ich ihn mit Blick auf die Solidaritätspflichten jeder Krankenversicherung im Sozialstaat – darin auch eine gewisse „Privatisierung“ der GKV einbeziehend – nennen möchte,³⁶ greift bei regionalisierter Vertragspolitik auf diversen Stufen Platz (Subregionen, Regionen, Länder, Bund, Europa). Er bedingt auf jeder dieser Stufen eine spezifische Gestaltungs- und Leistungsverantwortung der Krankenversicherung im Wege der **Konzernbildung**, also durch Sozial- und Privatkonzerne. Diese ist mit anderen Verantwortungsdimensionen (z. B. einer Erfüllungverantwortung der PKV) zu einer *Gesamtverantwortung* der Sozialversicherung über GKV und Privatversicherer zu bündeln, die gesundheitspolitische Ziele als wesentliche Voraussetzungen ergebnisorientierter Gesundheitspolitik gleichberechtigt neben die Mittelallokation setzt und damit zur Abwägung auffordert.

a) Die Krankenkassen müssen in der Folge dieser Stufung der Verantwortungen, wollen sie überleben, als Gesundheit-Managementzentren in der Region unter gleichzeitiger Entscheidungscentralisierung auf der Spitzenebene künftig eine managed-care-Politik betreiben sowie eine entsprechende **Strukturverantwortung** übernehmen.³⁷ Es liegt aus dieser Betrachtungsperspektive ein gewisser Sinn in dem jüngst vom DGB unterbreiteten Vorschlag, einen *Dachverband der GKV* einzurichten, dem verbindlich gemeinsame Aufgaben übertragen werden sollen.³⁸

Solche Vorschläge finden sich schon in früheren DGB-Überlegungen. Ihre Umsetzungschancen heute wären indes höher einzuschätzen, wenn man – wie der DGB – davon ausgeht, daß „das überkommene, gegliederte System im Zuge der Kassenwahlfreiheit an Bedeutung verlieren wird.“³⁹ Das ist freilich nur bedingt der Fall. Zwar ist es richtig, daß die Konkurrenz der Kassen untereinander zugunsten des „solidarischen“ Wettbewerbs ein Grundmaß an Gemeinsamkeit und Einheitlichkeit in der Struktur der Leistungsangebote erfordert. Insofern macht ein Dachverband Sinn. Doch ist vor wettbewerbsbeeinträchtigenden Angebots- bzw. Einkaufskartellen zu warnen. Das gegliederte System der KV bietet hiergegen einen vorzüglichen Schutz. Deshalb darf es keine „Klammer um alle Kassen(arten)“, wie dies der DGB fordert, geben. Allenfalls eine die einzelnen Kassenarten umspannende Zusammenführung von Entscheidungsaufgaben mit punktuell beschränkten Funktionen eines „Konzerndach“ darf entstehen.

b) Noch auf einem anderen Blatt steht, daß dem GKV-Dachverband jedenfalls teilweise die grundgesetzliche Garantiegamtheit des „Freien Berufs“ in Art. 12 Abs. 1

³⁵ Dazu bereits *Pitschas* (o. Fn. 23), S. 294 m. Anm. 40.

³⁶ In der Begriffswahl *Micklely/Standfest* (o. Fn. 3), S. 374, 283 folgend.

³⁷ Vgl. die Langzeitprognose von *Reinhardt*, *MMW* Bd. 137 (1995), S. 56 (57); DGB-Bundesvorstand (Hrsg.), *Eckpunkte des DGB für die „3. Stufe der Gesundheitsreform“* v. 23. 8. 1995, S. 8 f.

³⁸ DGB-Eckpunkte (o. Fn. 37), S. 9 f.

³⁹ *Micklely/Standfest* (o. Fn. 3), S. 383; zu blauäugig *Oldiges* (o. Fn. 15), S. 614 f.

GG entgegensteht. Denn die niedergelassenen Ärzte als Grundrechtsträger und ökonomische wie „soziale“ Partner im gegliederten System der Krankenversicherung würden durch eine solche Entwicklung noch weitere Einbußen auf der „Anbieterseite“ des nunmehr partiell „geschlossenen“ (kartellierten) Versicherungssystems erfahren. Gleiches gälte für die Sozialversicherung durch Privatversicherer. Darüber hinaus führte eine solche *Gesamtverantwortung der GKV* unmittelbar in die „Einheitsversicherung“, die dann auf Bundesebene ihre Vollendung fände. Dieser sukzessiven Monopolisierung der wettbewerblichen Steuerungsverantwortung in der Hand der GKV durch den Übergang zu einem einheitlichen System der Gesundheitsversorgung als „nationaler Gesundheitsdienst“ setzen aber die Sozial- und Wirtschaftsverfassung des Grundgesetzes eine wirksame Grenze.⁴⁰ Schon heute ist gem. § 98 I GWB davon auszugehen, daß die gesetzlichen Krankenkassen als Unternehmen im Eigentum der öffentlichen Hand dem Wettbewerbsrecht unterliegen.

6. Zwischenbilanz

Was also bleibt? Zieht man eine *Zwischenbilanz* zu den bisherigen Ausführungen, so zeichnen einerseits die Wahlfreit zu den Kassen, Beitragssatzstabilität, kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich, Abbau der Produktdifferenzierung auf Seiten der Einzelkassen und die Einrichtung einer Gesamtverantwortung den Weg in die Einheitsversicherung mehr oder weniger vor. Andererseits könnten diese Gesamtverantwortung, die Wahlfreiheit und der Risikostrukturausgleich auch den Weg in eine zugleich solidarisch **und** wettbewerblich strukturierte und hierfür erst recht bzw. nach wie vor (allerdings schwächer) zu gliedernde und plurale Krankenversicherung weisen; die Beitragssatzstabilität etwa ließe sich in diesem Sinne als ein Instrument der Globalsteuerung des gegliederten Krankenversicherungssystems einsetzen.⁴¹

Entscheidend wird bei alledem sein, ob die Gesundheitspolitik in der dritten Stufe der Gesundheitsreform die Weichen zugunsten von mehr Wettbewerb noch zu stellen vermag. Denn die Qualität der kommenden „Spargesetze“ und auch des krankenhausrechtlichen Teils ist daran zu messen, wie die Vorgaben von Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung in ihrem Verhältnis zueinander wettbewerbsfördernd umgesetzt worden sind. Vor allem über einen Leistungswettbewerb muß die Eigenverantwortung der Patienten für ihre Gesundheit bei gleichzeitiger Beitragssatzstabilität langfristig zum Zuge kommen. Dies wird allerdings nur gelingen, wenn der Leistungskatalog der Krankenversicherung verändert und die Leistungsgesamtheit differenziert werden. Ob allerdings der Gesetzgeber dazu durch die *verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen* auch angehalten werden kann, erweist sich als zweifelhaft, wie im folgenden darzulegen sein wird.

⁴⁰ Näher hierzu *Isensee*, FS W. Gitter, 1995, S. 401 (411 ff.); *Papier*, ZSR 1990, S. 344 ff.; *R. Scholz*, FS K. Sieg, 1976, S. 507 ff.; *Pitschas* (o. Fn. 34), S. 117 f.; *Zacher/Friedrich-Marczyk*, Krankenkassen oder nationaler Gesundheitsdienst?, 1980, S. 90 ff.

⁴¹ *Graf von der Schulenburg*, Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems durch eine Organisationsreform, 1992, Kap. IV.

III. Verfassungsrechtliche Grenzen des Einheitsgedankens

1. Die Rechtsprechung des BVerfG

Das Bundesverfassungsgericht bezieht nämlich im Streit um Einheitsversicherung oder gegliedertes Krankenversicherungssystem eine neutrale Position. Es hält den Gesetzgeber für befugt, sämtliche Versicherungsträger eines Zweiges der Sozialversicherung zu einer bundesunmittelbaren Körperschaft zusammenzufassen.⁴² Denn, so argumentiert das BVerfG, das Grundgesetz schreibe die Organisation der Sozialversicherung, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht vor. Aus Art. 74 Nr. 12 GG und Art. 87 Abs. 2 GG ergäbe sich weder ein Änderungsverbot noch ein bestimmtes Gestaltungsgebot.⁴³ Ergänzend zu dieser Argumentationskette läßt sich nach Auffassung des Gerichts auch aus dem Sozialstaatsgrundsatz weder ein Anspruch des einzelnen auf ein in bestimmter Weise ausgestaltetes Sozialversicherungssystem noch ein Bestandsschutz der einzelnen Krankenkassen herleiten.⁴⁴

Zusammengenommen ergeben diese Aussagen zur Organisation der GKV das *Prinzip der gesetzlichen Organisationswahlfreiheit*. Eine Verfassungsgarantie des bestehenden gegliederten Systems der Krankenversicherung oder doch seiner tragenden Organisationsprinzipien ließe sich folglich dem Grundsatz nicht entnehmen. Dies soll nach Ansicht des BVerfG auch insoweit gelten, als die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ihren Anspruch auf Fortbestand auch nicht darauf stützen könnten, daß die Versicherung in ihrer auf dem Selbstverwaltungsgrundsatz aufbauenden herkömmlichen Form als Versorgungssystem vom Grundgesetz gewährleistet sei. Weder die Institution „Sozialversicherung“ enthalte einen solchen Gewährleistungsgrundsatz der überkommenen Versicherungsorganisation noch erfließe dem Gebot des sozialen Rechtsstaats für den einzelnen einen Anspruch auf soziale Leistungen durch die GKV nach Maßgabe ihres historisch entwickelten Aufbaus.⁴⁵

Ist aber die gegenwärtige organisatorische Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems verfassungsrechtlich nicht gesichert, so läßt sich womöglich auch der Übergang zu einer „Einheitskasse“ verfassungsrechtlich nicht verhindern.⁴⁶ Es wäre deshalb auf der Grundlage dieser Verfassungsrechtsdeutung rechtmäßig, wenn z. B. der Gesetzgeber sämtliche Träger der GKV zu einer Einheitsversicherung zusammenfaßte.

⁴² BVerfGE 39, 302 (315); vgl. ferner BVerfGE 36, 383 (393); 77, 340 (344); 89, 365 (377); BSGE 58, 134 (141 ff., 144 ff.).

⁴³ BVerfGE 39, 302 (377); BSGE 58, 134 (141).

⁴⁴ BVerfGE 77, 340 (344), 89, 365 (377).

⁴⁵ BVerfGE 39, 302 (314, 315); 89, 365 (376, 377, 379, 380).

⁴⁶ BSGE 58, 134 (142, 144 f.); *Papier*, NZS 1995, S. 241 (242); *Schnapp*, Organisationsrecht, in: *Schulin* (o. Fn. 15), HS-KV, § 49 Rdnrn. 29 ff., 36.

2. Argumentationslücken der Rechtsprechung

Der skizzierten „offenen“ Auffassung des BVerfG ist allerdings ein Fragezeichen anzufügen. Die herausgestellte „organisationspolitische Neutralität“ der Sozialversicherung geht keineswegs soweit, wie dies die Rechtsprechung des Gerichts vermittelt. Nicht sämtliche Organisationsmodelle können verfassungsrechtlich von vornherein akzeptiert werden. Das Gericht betrachtet nämlich einerseits die verfassungsrechtliche Organisationsproblematik nicht aus der Perspektive des „sozialen“ Bundesstaates. Seine verfassungsrechtliche Minimalisierung der Thematik läßt die sozialstaatlich-gleichheitsrechtlichen Grenzen einer Zentralisierung der Sozialversicherung im „sozialen“ Bundesstaat außer acht.⁴⁷ Vernachlässigt bleibt überdies das Netzwerk der Gesamtkteure in der sozialen Krankenversicherung, das sich eben nicht nur auf deren Träger, sondern auch und gleichzeitig auf ihre Partner – die Patienten, Ärzte und sonstigen Leistungsanbieter – erstreckt. Es entfaltet eine *verfassungsrechtliche Wirkgesamtheit*, die den Organisationsgesetzgeber jenseits einer bloßen „Systemtreue“ bindet.

Schließlich fehlt die rechtliche Würdigung der Rolle der privaten Krankenversicherung (PKV). Diese bedingt nicht nur aufgrund des Wirkgeflechts der „kooperativen Versicherungsverfassung“ der Bundesrepublik Deutschland,⁴⁸ sondern auch in dem des europäischen Binnenmarktes eine wechselbezüglich freiheitssichernde Gestaltung des sozial- und erwerbswirtschaftlichen Krankenversicherungsschutzes. M. a. W. gibt es eine auf nationaler wie supranationaler Ebene nach Art. 85, 90 Abs. 2 EGV rechtlich abgesicherte Rollenverteilung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung, die durch den Übergang zu einer „Einheitskasse“ in Frage gestellt werden würde, weil diese dann ein Versicherungsmonopol errichten bzw. i. S. des Art. 92 EGV den Wettbewerb mit der PKV verzerren würde (z. B. durch Kartellbildung oder den Erhalt von Subventionen). Zu berücksichtigen ist ferner und aus europäischer Perspektive, daß die Marktfreiheiten der EU die Rückführung der GKV auf einen gesellschaftlich definierten Grundleistungskatalog bei begrenzten Ressourcen verlangen.⁴⁹ Im übrigen zielt das gesundheitspolitische Mandat der EU auf den Schutz freier Beruflichkeit der Ärzte und Zahnärzte durch Abwehr je nationaler Gesundheitsdienste – freilich unter Inkaufnahme umfassender Deregulierung des ärztlichen Unternehmertums.⁵⁰ Das BVerfG hat diese versicherungs-verfassungsrechtlichen und europarechtlichen Gesichtspunkte bislang in seine organisationsrechtlichen Überlegungen nicht eingestellt.

3. Verfassungsrechtliche Direktiven des „sozialen“ Bundesstaates

Zu vertiefende Überlegungen im Zusammenhang der Krankenversicherung mit dem verfassungsrechtlich verankerten *Bundesstaatsprinzip* treten hinzu. Zwar ist nicht zu

⁴⁷ Dazu bereits *Isensee* (o. Fn. 24), S. 284; *Heintzen/Kannengießner* (o. Fn. 24), S. 60f.; *Papier* (o. Fn. 46), S. 243f.; *Pitschas* (o. Fn. 9), S. 424f.; *ders.*, NZS 1994, S. 289 (291).

⁴⁸ *R. Scholz* (o. Fn. 40), S. 523ff.; *Leisner*, Sozialversicherung und Privatversicherung, 1974, S. 161ff.; vgl. ferner *Wasem*, Sozialer Fortschritt 1995, S. 84ff.

⁴⁹ *Pitschas* (o. Fn. 34), S. 100ff., 107ff.

⁵⁰ *Pitschas*, FS K.-H. Boujong (O. Fn. 7), passim.

verkennen, daß der Bundesstaat als Ganzes – der Zentralstaat, seine Gliedstaaten und Regionen, aber auch deren „interner“ Aufbau eine Einheit bilden sollen. In diesem Sinne fügt auch das Grundgesetz seiner Sozialverfassung eine bundes- bzw. gliedstaatlich ausdifferenzierte „unitarische“ Dimension an: Ist die Bundesrepublik Deutschland ein „sozialer Bundesstaat“ (Art. 20 Abs. 1 GG) und hat jedes Land in diesem Sinne ein Sozialstaat zu sein (Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG), dann bewahrt sich dieser bundesstaatliche Gesamtzusammenhang zugleich seine eigene einheitliche Steuerungszuständigkeit im Hinblick auf die Sozial- und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland.⁵¹

a) Nicht zu übersehen ist allerdings die darin eingelassene virulente Problematik zwischen sozialer Gleichheit und bundesstaatlicher Vielfalt. Das im Bundesstaat verankerte soziale Staatsziel sucht über die im Bundesstaatsprinzip selbst schon angelegte Maßgabe der Gewährleistung einheitlicher Lebensverhältnisse (Art. 72 Abs. 2 Nr. 3, 106 Abs. 3 S. 5 Nr. 2 GG) hinaus, die sozialpolitischen Aktivitäten zu zentralisieren und zugleich der Entstehung unangemessener länderspezifischer und regionaler Disparitäten zu wehren.

b) Gleichwohl ist es nicht der ausschließlich *unitarische Bundessozialstaat*, dem die Sozialversicherung überantwortet ist. Ebenso, wie die grundsätzliche Sozialverfassung das „Soziale“ keinem einheitsstaatlichen Gemeinwesen und damit einer Sozialpolitik „aus einem Guß“ anvertraut, hat sich deren Eigenheit und Vielfalt in einem (bundes-)staatlich gegliederten und innerhalb eines jeden Landes dann ausdifferenzierten Organisationsrahmen sowie Wertgefüges der jeweiligen Landesgesundheits- und Sozialpolitik zu verwirklichen. Erst diese Maßgabe sorgt für eine gewisse Auflockerung und Transparenz der Strukturen, für den verfassungsrechtlich auch ansonsten garantierten Sozialwettbewerb und zugleich für Anreize zur Sparsamkeit. Auch Zusammenballungen administrativer Macht werden ausgeschlossen. In der Krankenversicherung tragen hierzu die gegliederte Struktur der Versicherungsträger im allgemeinen, die gegliederte Trägervielfalt der Krankenversicherung und die föderale Aufteilung der Verwaltungszuständigkeiten im besonderen bei.

Entgegen der Sicht des BVerfG wäre also die vollständige Überführung der Sozialversicherung in Bundesverwaltung mit dem Bundesstaatsprinzip und der kompetenzzielen Sperrgarantie der Grundrechtsgarantien kaum zu vereinbaren.⁵² Allerdings läßt sich mit dem Verweis auf den sozialstaatlich dezentralisierten Bundesstaat nichts gegen die Einrichtung einer Einheitsversicherung auf *regionaler bzw. länderstaatlicher Ebene* unter Bewerkstelligung eines regionalen bzw. interregionalen Finanzausgleichs einwenden. Die traditionelle Gliederung der Sozialversicherung mag zwar von ihrem Sinn her der föderalen Gliederung verwandt sein; die „Herunterzonung“ der Einheitsversicherung auf die Länderebene bewahrt indessen den föderalstaatlichen Charakter mit gleichzeitig denzentraler, sachnaher Aufgabenwahrnehmung in Selbstverwaltung.

c) Letzlich bleiben deshalb die *grundrechtlichen Garantien* daraufhin zu befragen, ob und inwieweit sie auf Länderebene der Einrichtung einer „Einheitskasse“ widerstreben

⁵¹ *Isensee* (o. Fn. 24), S. 284 m. Anm. 24; *Papier* (o. Fn. 9), S. 282 ff.

⁵² Vgl. ebenso *Heintzen/Kannengießler* (o. Fn. 24), S. 60 f.; *Papier* (o. Fn. 46), S. 243 f.; *Zacher*, in: *Isensee/Kirchhof*, Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Bd. I, 1987, § 25 Rdnrn. 82, 84.

würden. Ich möchte diese Frage vorsichtig bejahen, soweit es sich um die Einrichtung eines „länderstaatlichen Gesundheitsdienstes“ in Verbindung mit dem öffentlichen Gesundheitswesen – zur Wahrnehmung besagter „Gesamtverantwortung“ – handeln würde. Freilich muß sich das verfassungsrechtliche Votum an dem jeweiligen Entscheidungsmuster orientieren: Sollte es sich um ein strategisches Bündnis i.S. der Verbindung zu einer Wirkeinheit von GKV und PKV handeln, das eben auch der ersteren einen effektiven Wettbewerb ermöglicht und zugleich einen „internen“ Wettbewerb von Teil-Kassen zuläßt, wären die Grundrechtsfragen anders zu beantworten. Gleiches gilt für eine Zentralisierung auf *Bundesebene*; hier kommen dann allerdings das Bundesstaatsprinzip in der skizzierten Reichweite sowie die kooperative Versicherungsverfassung als Grenzen sozialpolitischer Organisationswahlfreiheit in Betracht.

d) Damit dürfen die Überlegungen zur Alternative von Einheitsversicherung und Kassenvielfalt nicht schon abschließen. Denn ebenso wie qualitative Sozialpolitik im „sozialen Bundesstaat“ auf einem Netzwerk von Gesundheitsakteuren beruhen muß, ist der künftigen Gestaltung der Krankenversicherung durch eine *verklammernde Bund-Länder-Regionen-Kooperation mit europäischer Perspektive* Rechnung zu tragen. Die These ist, daß der solidarische Gesundheitswettbewerb eines komplexeren Ordnungsmodells bedarf, als es bloße Kassenvielfalt oder – im Gegenzug – die konzentrierte Einheitsversicherung darstellen. Die Rede ist von einer Krankenversicherung zwischen Einheit und Vielfalt.

IV. Solidarischer Gesundheitswettbewerb als Mehr-Ebenen-Problem

1. Solidarischer Wettbewerb auf unterschiedlichen Organisationsebenen

In Sonderheit die voraufgegangene verfassungsrechtliche Betrachtung läßt für den Ausbau einer solchen *Mehr-Ebenen-Struktur* des solidarischen Wettbewerbs in der GKV plädieren. Damit wird die Weiterentwicklung des gegliederten Krankenversicherungssystems nunmehr in ihrer Perspektive geöffnet: Weder bloße Kassenvielfalt noch die Einrichtung einer „Einheitskasse“ entsprechen den Anforderungen des Grundgesetzes an die zukünftige solidarisch und zugleich wettbewerblich strukturierte Krankenversicherung im Bundesstaat. Gleiches gilt für die Gestaltung ihres Aufbaus im Netzwerk der beteiligten Akteure unter den Bedingungen der kooperativen Versicherungsverfassung. Einerseits erfordert nämlich diese die Klarstellung, daß die PKV künftig einen Teil des (sozialen) Sicherungssystems bei Krankheit darstellt und deshalb ebenso in die bevorstehenden Organisationsreformen einbezogen sein sollte, wie das bereits im materiellen Recht, z. B. in bezug auf den Arbeitgeberzuschuß für privatkrankenversicherte Arbeitnehmer oder die Pflegeversicherung geschehen ist.⁵³

Was andererseits die Problematik der Gesamtverantwortung für die effektive Organisation einer „solidarischen“ Wettbewerbspolitik anbelangt, scheint jedenfalls die

⁵³ A. A. aber *Isensee* (o. Fn. 40), S. 403 ff., 406 f., 408, 409.

Forderung nach einer „Konzernstruktur“ der jeweiligen Kassenarten der gesetzlichen Krankenversicherung in der verfassungsrechtlichen Logik bundesstaatlicher Netzwerkbildung für die Patientenversorgung zu liegen.⁵⁴ Freilich darf damit kein Übergang der „Strukturverantwortung, d. h. des Sicherstellungsauftrags für die Gesundheitsversorgung“ von der Ärzteschaft auf die GKV verbunden sein. Dies würde den Rahmen des verfassungsrechtlich noch zulässigen Re-Arrangements der Organisationsstrukturen in der Krankenversicherung sprengen.⁵⁵

2. Das Konzept der „mehrstufigen Dezentralisierung“

Im Ergebnis plädiere ich somit für die gleichzeitige Verwirklichung von Einheit *und* Vielfalt in der künftigen GKV. Dieser *Dualismus* mündet seinerseits bei gleichzeitiger Deregulierung in eine **wettbewerbliche Partnerschaft** mit der PKV ein.

a) Die Veränderung der bisherigen Organisationsstruktur würde damit einem Modell folgen, das auf der unteren Ebene einheitliche Leistungs- und Beitragsregionen für alle Krankenkassen mit weitergehender Dekonzentration voraussetzt – wobei zur funktionalen Abgrenzung der Regionen noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht –,⁵⁶ ohne indessen eine regionale Organisation von jeder gesetzlichen Kasse zu verlangen. Aus Gründen bundesstaatlicher Gemeinschaftsbildung und sozialstaatlicher Solidarität bleibt allerdings der Risikostrukturausgleich kassenartenintern bundesweit erhalten. Auf Bundesebene ist zudem eine Dachorganisation der jeweiligen Kassenarten („Konzernstruktur“) und somit in anderer Form zu bilden, als sie in der Rentenversicherung der VDR darstellt.⁵⁷ Das gegliedert-zersplitterte System der Krankenversicherung gewönne dadurch eine schlagkräftige bzw. konkurrenzfähige *plurale Mehr-Ebenen-Struktur*.

Deren Charakteristikum ist die interdependente Gleichzeitigkeit einer gesamtstaatlich-zentralen (und europäisch überformten), einer national-länderstaatlichen („föderalen“) sowie einer regionalen Entscheidungsebene derselben Kassenart für die kassenbezogene Zusammenführung von Vertragspolitik und Kostensteuerung im Gesundheitswesen. Diese Gleichzeitigkeit mehrerer Entscheidungsebenen stellt nicht nur in allgemeiner Hinsicht einen entscheidenden Vorteil des deutschen Bundesstaates bei der Bewältigung ökonomischer wie sozialer und sozial-legitimatorischer Probleme dar, wie sich in einer historischen Verlaufs- und Funktionsanalyse belegen ließe. Sie ermöglicht zugleich eine entsprechend gestufte *Neuverflechtung der gegliederten Krankenversicherung* zur Vorbereitung auf den solidarischen Wettbewerb mit der PKV.

b) Entscheidendes Kennzeichen dieses Konzepts bzw. Modells einer „mehrstufigen Dezentralisierung“ ist die Synthese von Einheit und Vielfalt in der kassenbezogenen

⁵⁴ Dazu bereits im Text oben um und zu Fn. 38f.; vgl. ferner *Okoniewski*, Soziale Sicherheit 1993, S. 118f. („Konzernorganisation“).

⁵⁵ A. A. *Mickley/Standfest* (o. Fn. 3) S. 383.

⁵⁶ Sachverständigenrat (o. Fn. 1), S. 241.

⁵⁷ Zu diesem *Hein*, Die Verbände der Sozialversicherungsträger in der Bundesrepublik Deutschland, 1990, S. 278ff.; in bezug auf die Verbandsbildung in der GKV siehe auch *Ruland*, DRV 1988, S. 359 (362ff.).

Organisation der Krankenversicherung. Sie verbindet das wettbewerbliche Element einer „Konzernbildung“ mit den Solidarerfordernissen einer „sozialen“ Krankenversicherung. Bundesstaatliche Gesamtverantwortung für das „Soziale“ wird ergänzt durch föderale und regionale Konkurrenzstrukturen für Leistungserbringung, Kostenverantwortung und Vertragspolitik im Wettbewerb. Die Rede ist von „Sozialkonzernen“. Dabei muß sich die vertragliche Ebene stärker an den Strukturen des Leistungsangebots orientieren, während die Finanzierungsebene mehr auf die Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse zu achten hätte. Dies bedeutet auch, daß über die Regionen- und Länderbene hinaus mehrere Länder bzw. die Bundesebene in das Arrangement des finanziellen Ausgleichs der Krankheitsrisiken einbezogen werden. So will es nicht nur der „soziale“ Bundesstaat als Garant einheitlicher Solidarität. Der Verschwendung wäre überdies Tür und Tor geöffnet, wenn es nur einen Risikostrukturausgleich auf regionaler Ebene gäbe und die Bundesebene nicht korrigierend eingreifen könnte. Landespräferierte Gesundheitspolitik würde andernfalls allzu sehr in die Versuchung geführt, die jeweils regional bzw. föderal abhängige Krankenkasse zu finanzieren. Solchen Begehrlichkeiten der Landesgesundheitspolitik steuernd entgegenzuwirken, ist dann Aufgabe der gegliederten Mehr-Ebenen-Struktur in der Krankenversicherung.⁵⁸

Die gesundheitsorientierte Reformpolitik wäre nach alledem – so möchte ich schließen – gut beraten, wenn sie zukünftig einem solidarischen Wettbewerb unter den Kassen und im Zusammenwirken mit der PKV auf unterschiedlichen Organisationsebenen Raum geben würde, d.h. eine plurale und kooperative Krankenkassenorganisation *zwischen* Einheit und Vielfalt bevorzugen wollte.

⁵⁸ Freitag, Diskussionsbeitrag, in: LVA Baden (o. Fn. 24), S. 104.