

Solidarprinzip unter Druck – Spannungsverhältnisse im Finanzierungs- und Leistungsrecht der GKV

*Dr. Jonathan Ströttchen**

Das System der gesetzlichen Krankenversicherung ist durchzogen und getragen vom Prinzip der Solidarität. Solidarität als Prinzip erfordert einen ständigen Ausgleich des sich aus der Solidaritätsverpflichtung des Einzelnen und den Leistungen der Solidargemeinschaft ergebenden Spannungsverhältnisses (I). Die bewährten Ausgleichsmechanismen geraten derzeit mangels hinreichender Finanzmittel unter Druck, insbesondere in den Bereichen des Finanzierungs- und des Leistungsrechts (II). Reformen innerhalb des bestehenden Systems scheinen zwar möglich. Das Solidarprinzip setzt hier jedoch Grenzen (III). Auch deshalb werden Diskussionen zur Ersetzung des Solidarprinzips und der solidarischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Dieser Beitrag setzt sich mit der Frage auseinander, ob ein solcher Systemwechsel geeignet ist, die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu entschärfen (IV).

I. Solidarprinzip als Ausgleichsverhältnis

Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung findet seinen programmatischen Ausgangspunkt in § 1 S. 1 SGB V. Danach ist es Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung als Solidargemeinschaft, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Der Begriff der Solidargemeinschaft adressiert hier zwar zunächst vor allem die selbstverwaltete Krankenversicherung als Aufgabenträger in Abgrenzung zum Staat. Aus dieser Aufgabenzuweisung allein ergibt sich deshalb nicht bereits auch eine das System der

* Der Verfasser ist Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Schmidt, von der Osten & Huber, Essen.

gesetzlichen Krankenversicherung charakterisierende Programmatik.¹ Dass die Norm insoweit aber Solidarität als Prinzip wenn nicht konstituiert, so doch voraussetzt, wird jedenfalls durch § 1 S. 3 SGB V deutlich. Danach sind die Versicherten für ihre Gesundheit mit verantwortlich. Sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden. Den durch eigene Mitgliedschaft erlangten oder über eine fremde Mitgliedschaft vermittelten Rechten stehen also über die finanzielle Beitragspflicht hinausgehende Verpflichtungen gegenüber, die im Sinne der Solidargemeinschaft aller Versicherten Krankheitskosten vermindern sollen. Der damit eingeführte Zweiklang von Solidarität einerseits und Eigenverantwortung andererseits ist der amtlichen Überschrift des § 1 SGB V zu entnehmen.

1. Solidarprinzip im Finanzierungsrecht

Effektiven Niederschlag findet das Solidarprinzip dann erst in § 3 SGB V, mit dem die solidarische Finanzierung des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung konstituiert wird. Nach § 3 S. 2 SGB V richten sich die von den Mitgliedern und den Arbeitgebern zu entrichtenden Beiträge in der Regel nach den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder. Damit wird die einkommenssoziale Staffelung der konkret aufzubringenden Beitragshöhe vorgeschrieben. Das Solidarprinzip verpflichtet hier also die einkommensstarken Mitglieder, die Leistungen und sonstigen Ausgaben für einkommensschwächere Mitglieder mitzufinanzieren. Aus der Norm ergibt sich damit gleichzeitig aber die Nichtberücksichtigung des individuellen und abstrakten Krankheitsrisikos eines jeden Mitglieds. Das Solidarprinzip verpflichtet hier die Jungen gegenüber den Alten, die Gesunden gegenüber den Vorbelasteten und den Kranken. Die finanzielle Solidaritätsverpflichtung wird ausgeglichen durch den Anspruch auf Solidarität des einkommensreichen Kranken gegenüber dem einkommensschwächeren Gesunden. Dieser Ausgleich wird gestärkt durch die Versicherungspflicht nach § 5 SGB V und die Versicherungsfreiheit nach § 6 SGB V. Die Versicherungspflicht hindert

1 Vgl. auch *Berchtold*, in: *Berchtold/Huster/Rehborn*, Gesundheitsrecht, 2. Aufl. 2018, SGB V § 1 Rn. 5.

Mitglieder mit hoher Beitragslast und geringem individuellen Risiko an der Flucht aus der Solidargemeinschaft. Gleichzeitig führt die Versicherungspflicht aber auch für diese Gruppe von Mitgliedern zur Absicherung. Denn für den Fall, dass sich ein wenn auch geringes individuelles Risiko realisiert, führt die Versicherungspflicht zu einer breiten Masse an Solidaritätsverpflichteten. Eine überobligatorische Inanspruchnahme soll zum einen die Beitragsbemessungsgrenze nach § 223 Abs. 3 SGB V und zum anderen § 6 SGB V verhindern, der ab dem Erreichen der Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 6 SGB V das Mitglied aus seiner Solidaritätsverpflichtung entlässt. Um auch hier aber Rosinenpickerei zu verhindern, erschwert der Gesetzgeber mit § 6 Abs. 3a SGB V den Rückzug in die Solidargemeinschaft im Alter, also bei steigendem Krankheitsrisiko, selbst für den Fall, dass Versicherungspflicht eintritt.

Das hier nur im Groben dargelegte System der solidarischen Finanzierung ist mithin ein detailliert geregeltes Ausgleichsverhältnis. Das Solidarprinzip berechtigt und verpflichtet nicht nur eindimensional, sondern dient einem umfassenden Ausgleich der abstrakten und individuellen Risiken aller seiner Mitglieder.

2. Solidarprinzip im Leistungsrecht

Mit seinem sogenannten Nikolausbeschluss² hat das Bundesverfassungsgericht im Dezember 2005 erstmalig Grenzen für den Ausgleich des beschriebenen Spannungsverhältnisses auch im Leistungsrecht gezogen. Es sei mit Art. 2 Abs. 1 GG iVm dem Sozialstaatsprinzip und Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG unvereinbar, dem Kläger – als Versichertem in der gesetzlichen Krankenversicherung – in der extremen Situation einer krankheitsbedingten Lebensgefahr, in der eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht mehr zur Verfügung stehe, die begehrte – durch die Regelungen des SGB V von der Versorgung ausgeschlossene – Leistung zu verweigern, wenn eine nicht ganz entfernte Aussicht auf zumindest eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe.³ Für die hier behandelte Fragestellung ist von Bedeutung, dass das Bundesverfassungsgericht diesen verfassungsunmittelbaren Leistungs-

2 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25, zuerst so genannt von *Kingreen*, NJW 2006, 877.

3 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25, Leitsatz.

anspruch zumindest auch auf Art. 2 Abs. 1 GG iVm dem Sozialstaatsprinzip stützt. Denn der Leistungsanspruch wird damit nicht in erster Linie auf eine Schutzpflicht des Staates oder – wie im Sozialhilferecht – auf die Wahrung eines medizinischen Existenzminimums gestützt, sondern auf die Pflichtmitgliedschaft. Es sei mit Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter den Voraussetzungen des § 5 SGB V einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen.⁴ Wer zur Solidarität verpflichtet wird („Zwang zur Eigenvorsorge“⁵), soll also in Extremfällen bei der Inanspruchnahme von Leistungen nicht auf den Stand der medizinischen Wissenschaft beschränkt werden. Diese leistungsrechtliche Grenze soll zudem unabhängig von einer tatsächlichen Beitragspflicht gelten, also ausdrücklich auch für mitversicherte Personen etwa in der Familienversicherung.⁶ Damit definiert das Bundesverfassungsgericht eine absolute Grenze für Einschränkungen des Leistungsrechts, die sich aus der Pflichtmitgliedschaft selbst ergeben soll.

Auch wenn sich diese Grenze also zunächst aus dem Eingriff des Staates in die individuelle Grundrechtsposition der Pflichtversicherten ergibt, berührt diese verfassungsrechtliche Position auch das Solidarprinzip. Denn erstens sieht zumindest das Bundesverfassungsgericht mit dieser Argumentation die Versicherungspflicht auch für Versicherte mit geringen Einkommen gerechtfertigt durch das Sozialstaatsprinzip. Die gesetzliche Krankenversicherung erfasse nach der gesetzlichen Typisierung jedenfalls die Personengruppen, die wegen ihrer niedrigen Einkünfte eines Schutzes für den Fall der Krankheit bedürfen, der durch Zwang zur Eigenvorsorge erreicht werden soll.⁷ Durch die zwangsweise Einbeziehung von Versicherten trotz der für sie überproportional einschneidenden finanziellen Wirkung

4 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, juris Rn. 64.

5 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, juris Rn. 53.

6 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, juris Rn. 54.

7 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, juris Rn. 53.

der Beitragspflicht wird nach dieser Argumentation also die Solidargemeinschaft geschützt vor den sonst im Falle der Krankheit ohnehin anfallenden Kosten. Das leuchtet insbesondere deshalb nicht ein, weil unklar ist, weshalb diese Kosten bei fehlender Einbeziehung der Solidargemeinschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen würden. Gleichwohl scheint dies ein tragender Begründungsansatz der Rechtsprechung zu sein. Zweitens ist in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts anerkannt, dass der Gesetzgeber in einem solidarisch finanzierten System mit Versicherungspflicht nur äußerst maßvoll zur Leistungsausweitung verpflichtet werden darf. Der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers im Bereich der gewährenden Staatstätigkeit sei weit. Dem Bundesverfassungsgericht obliege größte Zurückhaltung, dem Gesetzgeber im Bereich darreichender Verwaltung über den Gleichheitssatz zusätzliche Leistungsverpflichtungen aufzuerlegen, vor allem wenn sie aus den Beiträgen der Gemeinschaft der Versicherten finanziert werden.⁸ Dieser Befund bezieht sich hier auf die Leistungsausweitung auf Grundlage des Gleichheitssatzes, ist aber generell für den Bereich verfassungsunmittelbarer Leistungsrechte anerkannt.⁹ Das Solidarprinzip prallt an dieser Stelle also aus zwei Richtungen aufeinander. Zum einen muss die Solidargemeinschaft vor leistungsausweitenden Individualansprüchen geschützt werden. Zum anderen soll die Versicherungspflicht ein Mindestmaß solcher konkreter Individualansprüche auch außerhalb des eigentlichen Leistungskatalogs notwendig machen. Das Solidarprinzip ist leistungrechtlich damit Grund und Grenze zugleich.

Eine weitere Ausprägung erfährt das Solidarprinzip im Leistungsrecht schließlich durch den grundsätzlichen Ausschluss des Prinzips der Eigenverantwortung. Der Grund für den Leistungsbedarf eines Versicherten ist für Entstehung und Umfang des Leistungsanspruchs irrelevant. Durch den Versicherten selbst gesetzte Risiken führen bei Realisierung nicht zu einer Leistungsbegrenzung. Eine Ausnahme bilden jetzt die §§ 52 ff. SGB V, die eine Leistungsbeschränkung in wenigen Fällen von selbstverschuldeter Krankheit vorsehen.

8 BVerfG, Beschl. v. 27.2.2009 – 1 BvR 2982/07, NJW 2009, 1733 Rn. 13.

9 Vgl. zur Übersicht nur Dreier, in: Dreier, Grundgesetz, 3. Aufl. 2013, Vor Art. 1 Rn. 90 m.w.N.; speziell zu Leistungsrechten im Gesundheitswesen: Ströttchen, Verfassungsrechtliche Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen, 2019, S. 63 ff.

3. Solidarprinzip als einfachrechtliche Vorgabe

Die solidarische Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch das Grundgesetz nicht vorgegeben; auch nicht durch das Sozialstaatsprinzip, das als aus Art. 20 Abs. 1 GG abgeleitete Staatszielbestimmung zwar alle Staatsorgane zur Verfolgung dieses Ziels verpflichtet.¹⁰ Das Sozialstaatsprinzip verlangt staatliche Fürsorge für jene, die aufgrund persönlicher Schwäche oder Schuld, Unfähigkeit oder gesellschaftlicher Benachteiligung in ihrer persönlichen und sozialen Entfaltung behindert sind,¹¹ und verlangt damit die Schaffung sozialer Sicherungssysteme gegen die Wechselfälle des Lebens.¹² Aus dem Sozialstaatsprinzip allein ergeben sich jedoch keine konkreten Pflichten für den Gesetzgeber.¹³ Insbesondere richtet sich das Sozialstaatsprinzip zunächst an den Staat und den Gesetzgeber und verpflichtet insofern nicht schon von vornherein auch Bürgerinnen und Bürger zur zwangsweisen Mitgliedschaft in einem solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssystem wie der gesetzlichen Krankenversicherung. Vielmehr hat der Gesetzgeber solche sozialen Sicherungssysteme im Falle der Gesetzlichen Rentenversicherung nach dem Äquivalenzprinzip und etwa im Falle der Grundsicherung auch rein steuerfinanziert ausgestaltet.

Vor diesem Hintergrund sind die beschriebenen Ausgleichsmechanismen verfassungsrechtlich notwendig zur Rechtfertigung der mit dem Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung einhergehenden Eingriff in das Grundrecht der allgemein Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG. Das Bundesverfassungsgericht hat dazu grundsätzlich das versicherungsrechtliche Äquivalenzprinzip auch auf die Sozialversicherung übertragen. Danach müssen Versicherungsleistungen und Versicherungsbeiträge aufeinander bezogen sein, in einem Gegenseitigkeitsverhältnis stehen. Abweichungen können aber durch das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit erforderlich werden.¹⁴ Dazu hat sich der Gesetzgeber im System der gesetzlichen Krankenversicherung mit der solidarischen Finanzierung entschieden. Das Bundesverfassungsgericht hat diese solidarische Finanzierung mit der absolut stärkeren Belastung einkommensstarker Mitglieder ausdrück-

10 Vgl. Rux, in: *Epping/Hillgruber*, BeckOK GG, 61. Ed., Stand: 15.3.2025, Art. 20 Rn. 209 m.w.N.

11 Vgl. nur zuletzt BVerfG, Urt. v. 05.11.2019 – 1 BvL 7/16, NJW 3703, 3705.

12 Jarass, in: *Jarass/Pieroth*, Grundgesetz, 18. Aufl. 2024, Art. 20 Rn. 155 m.w.N.

13 Jarass, in: *Jarass/Pieroth*, Grundgesetz, 18. Aufl. 2024, Art. 20 Rn. 155.

14 BVerfG, Beschl. v. 06.12.1988 – 2 BvL 18/84, juris Rn. 34.

lich gebilligt. Es hat gleichzeitig aber unter Anwendung des verfassungsrechtlichen Gleichheitssatzes eine schlüssige Ausgestaltung durch den Gesetzgeber gefordert.¹⁵ Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigt sich mithin nur so lange durch das Sozialstaatsprinzip, wie erstens der soziale Ausgleich sich in den – freilich nur schwierig zu konkretisierenden – Grenzen des Verhältnismäßigkeitsgebots abspielt und gleichzeitig die Regelungssystematik insofern plausibel ist, als nur Ungleiches ungleich behandelt wird. Gerade weil sich die Chancen und Risiken, die sich aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung für die Mitglieder ergeben, nicht allein nach der Finanzkraft der Mitglieder richten und damit ihrer Beitragsverpflichtung zuordnen lassen, wird das beschriebene mehrdimensionale System des Ausgleichs dieser Chancen und Risiken den verfassungsrechtlichen Anforderungen grundsätzlich gerecht.

4. Zwischenfazit

Damit bleibt festzuhalten, dass das Solidarprinzip als tragendes Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung nur einfachrechtlich vorgegeben ist. Verfassungsrechtlich wird das Solidarprinzip nicht vorausgesetzt, sondern führt vielmehr selbst zu verfassungsrechtlichem Rechtfertigungsbedarf und in seiner Konkretisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem komplexen System an Ausgleichsmechanismen. Das Solidarprinzip schlägt sich vor allem im Finanzierungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung als Grundsatz der solidarischen Finanzierung nieder. Ausgleichsmechanismen sind hier die risikounabhängige Beitragsgestaltung, die Beitragsbemessungsgrenze, die Versicherungspflichtgrenze und das Rückkehrverbot nach PKV-Mitgliedschaft. Im Leistungsrecht erfordert das Solidarprinzip aus verfassungsrechtlicher Perspektive einerseits einen Grundbestand an Leistungsansprüchen unabhängig von den gesetzlichen Leistungsbegrenzungsmechanismen und andererseits eine weitgehende Zurückdrängung von Leistungsausweitungen aufgrund von Individualansprüchen der Versicherten.

15 Vgl. BVerfG, Beschl. v. 06.12.1988 – 2 BvL 18/84, juris Rn. 34.

II. Störung des Ausgleichsverhältnisses

Das dargestellte Ausgleichsverhältnis gerät derzeit unter erheblichen Druck, weil in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Aufrechterhaltung des Systems in seiner heutigen Form hinreichende Finanzmittel nicht zur Verfügung stehen (1). Die Ausgleichsmechanismen reagieren auf die hierdurch steigenden Beitragssätze nicht (2). Zur Wahrung des Verhältnisses zwischen Solidaritätsverpflichtung und Leistungsversprechen sind daher Reformen notwendig (3).

1. Finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu Beginn des Jahres 2025 angespannt wie selten zuvor. Schon seit Beginn der Corona-Pandemie sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen – mit Ausnahme des Jahres 2022¹⁶ – höher als die Einnahmen. Im Jahr 2023 ergab sich ein Defizit von 1,89 Milliarden Euro.¹⁷ Der Gesundheitsfonds weist im selben Zeitraum ein Defizit von 3,26 Milliarden Euro aus. Die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds hat sich von 2022 auf 2023 um 2,55 Milliarden Euro auf einen Betrag in Höhe von 9,4 Milliarden Euro vermindert.¹⁸ Für das Jahr 2024 erwartet der GKV-Spitzenverband trotz Beitragserhöhungen ein Defizit von rund 5,5 Milliarden Euro, was erneut eine Steigerung der Zusatzbeitragssätze zur Folge haben werde.¹⁹

Diese Zahlen sind erstens in Teilen konjunkturbedingt, zweitens aber nur wenig aussagekräftig, weil erhöhte Steuerzuschüsse und Sondereffekte nicht sichtbar werden. Alarmierender als dieser akute Befund sind die

16 Hier allerdings ist der nahezu verdoppelte Steuerzuschuss aus Bundesmitteln in Höhe von 28,5 Milliarden Euro zu berücksichtigen.

17 BMG-Statistik „Kennzahlen der Gesetzlichen Krankenversicherung“, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2024Bund_August_2024.pdf (zuletzt abgerufen am 06.06.2025).

18 BAS-Statistik „Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds“, abrufbar unter: https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/2024/UEbersicht_Endgueltige_RE_2022_bis_2023.pdf (zuletzt abgerufen am 06.06.2025).

19 Pressemitteilung GKV-Spitzenverband vom 30.12.2024, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_1956442.jsp (zuletzt abgerufen am 06.06.2025).

langfristigen Aussichten für die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, weil sie das strukturelle Defizit offenlegen. Aus einer aktuellen – aber nicht alleinstehenden²⁰ – Deloitte-Studie aus Oktober 2024 ergibt sich die Erwartung einer stetig wachsenden Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben bis 2050. Die Ausgaben steigen also schneller als die Einnahmen. Machen die Ausgaben danach im Jahr 2023 7,1 Prozent des BIP aus, so soll dieser Wert im Jahr 2050 bei zwischen 10,5 und 12,8 Prozent liegen. Dies würde zu Beitragssätzen zwischen 25 und 30 Prozent führen – einem Zuwachs von 8 bis 13 Prozentpunkten im Vergleich zu 2024. Alternativ wären Steuerzuschüsse von bis zu 600 Milliarden Euro, anstatt derzeit 14,5 Milliarden Euro die Folge.²¹

2. Wirkung der Ausgleichsmechanismen

Legt man ein der Deloitte-Studie zumindest nahekommendes Szenario zugrunde, hätte dies erhebliche Auswirkungen auf den Beitragssatz. Das Gesetz geht in § 241 SGB V zunächst von einem fixen allgemeinen Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent aus. Beitragssatzsteigerungen werden ausschließlich über die Anhebung des Zusatzbeitrages nach § 242 SGB V realisiert. Die Anhebung des Zusatzbeitrages folgt bei struktureller Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben dem Automatismus des § 242 Abs. 1 SGB V. Danach hat die Krankenkasse in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein einkommensabhängiger Zusatzbeitrag erhoben wird, soweit der Finanzbedarf der Krankenkasse durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht gedeckt ist. Das ist bereits heute für alle Krankenkassen der Fall. Nach Satz 3 des § 242 Abs. 1 SGB V ist der Zusatzbeitrag so zu bemessen, dass die Einnahmen aus dem Zusatzbeitrag zusammen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den sonstigen Einnahmen die im Haushaltsjahr voraussichtlich zu leistenden Ausgaben und die vorgeschriebene Höhe der Rücklage decken. Die Anhebung des Zusatzbeitrages wird bei gefährdeter Leistungsfähigkeit und bei ausbleibender Satzungsänderung durch die Krankenkasse selbst von der Aufsichtsbehörde

20 Vgl. zur Übersicht *Schlegel*, NJW 2023, 2093, 2097 m.w.N.

21 *Dohrmann u.a.*, Im Schatten der Zukunft – Neue Einblicke in die Finanzkrise der GKV bis 2050, Deloitte Touche Tohmatsu Limited, 10/2024, abrufbar unter: <https://byc-news.de/wp-content/uploads/2024/10/Bericht-GKV.pdf> (letzter Zugriff 22.05.2025).

durchgesetzt § 242 Abs. 2 S. 2 und 3 SGB V. Die Anhebung erfolgt im Zweifel also zwangsweise.

Eine maximale Höhe des Zusatzbeitrages ist gesetzlich nicht vorgesehen. Auch aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V ergibt sich keine Begrenzung. Dieser soll Ausgabensteigerungen im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern begrenzen. Nach § 71 Abs. 2 S. 1 SGB V darf eine Erhöhung aber jedenfalls in Höhe der sog. Veränderungsrate erfolgen, die gemäß § 71 Abs. 3 SGB V – vereinfacht – die Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen abbildet. Das oben geschilderte Szenario geht aber davon aus, dass durch demografische Entwicklungen und den medizinisch-technischen Fortschritt vor allem der Leistungsbedarf je Mitglied steigt. Ein solches Szenario lässt sich erstens in Vergütungsverhandlungen nur teilweise abbilden, weil bspw. die Preise von Arzneimitteln hier außen vorbleiben, aber auch weil die Verhandlung von Krankenhausbudgets sich anders als die vertragsärztliche Gesamtvergütung nicht leistungsbedarfsunabhängig gestalten lässt. Zweitens hätte eine beitragsstabilisierende Anhebung der Vergütung ohne Berücksichtigung eines erhöhten Leistungsbedarfs letztlich eine effektive Vergütungskürzung zur Folge, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verdeckten Rationierungsprozessen führen würde.

Die Ausgleichsmechanismen der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungsfreiheit würden hier keinen einschränkenden Effekt haben. Sie verschärfen eher die Problematik. Denn in Relation zu den Beitragseinnahmen stärker steigende Ausgaben führen dazu, dass die durch die Versicherungspflichtgrenze begrenzte Zahl an Beitragszahlern höhere (Zusatz-)Beiträge zahlen muss. Sowohl die Beitragsbemessungsgrenze also auch die Versicherungspflichtgrenze begrenzen zwar die Anzahl der Versicherungspflichtigen und den Anteil des Einkommens, aus dem Beiträge gezahlt werden müssen. Es ergibt sich hierdurch jedoch keine Begrenzung des prozentualen Anteils des Einkommens bis zur Beitragsbemessungsgrenze, das für Beiträge aufzubringen ist.

Leistungsrechtliche Ausgleichsmechanismen reagieren auf das aufgezeigte Szenario ebenfalls nicht beschränkend. Nach der dargestellten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ist eine Leistungseinschränkung kritisch zu sehen, wenn dem Versicherten in einer Pflichtversicherung durch die Beitragspflicht ein erheblicher Teil der ihm zur Verfügung stehenden Mittel entzogen wird. Nach dieser Logik müsste ein steigender Beitragssatz eher zu weitergehenden Leistungszusagen führen, kann aber jedenfalls eine weitergehende Einschränkung des Leistungskatalogs kaum

rechtfertigen. Leistungsbegrenzende Maßnahmen hat der Gesetzgeber für den Fall der Mittelknappheit nicht vorgesehen.

3. Störung des Ausgleichsverhältnisses

Es lässt sich damit festhalten, dass das austarierte Ausgleichssystem der Solidarischen Krankenversicherung auf ein Szenario massiv steigender Zusatzbeiträge nicht reagiert. Das ist aus systematischer Sicht auch nicht erforderlich, weil das Solidarprinzip unter den Versicherten und Beitragspflichtigen im Binnenverhältnis weiter funktionsfähig bleibt. Die Beitragslast wird weiter nach der relativen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit auf die Beitragszahler verteilt. Gleichzeitig wird der einkommensstarke Kranke weiterhin auch durch die Beiträge der einkommensschwachen Gesunden abgesichert. Die rechtliche Problematik steigender Beitragssätze ist mithin weniger auf der Ebene des Solidarprinzips als auf der Ebene des Eingriffs in individuelle Grundrechte der pflichtversicherten Beitragszahler zu verorten.

Es wäre also zu hinterfragen, ob der Eingriff durch die Versicherungs- und Beitragspflicht in Art. 2 Abs. 1 GG noch verhältnismäßig ist. Auf der Rechtfertigungsebene ist Prüfstein dann nicht das Solidarprinzip auf Grundlage des Sozialstaatsprinzips. Zu prüfen wäre vielmehr, ob auch im Sinne einer Globaläquivalenz²² noch ein zumutbares Verhältnis zwischen Beiträgen und Leistungen insgesamt besteht. Solange aber die weitergehende Entkoppelung der Ausgabensteigerung von der Steigerung der Beitragseinnahmen auf tatsächlich steigende Leistungsausgaben zurückzuführen ist, spricht prima facie einiges dafür, dass sich zur derzeitigen rechtlichen Bewertung allein hierdurch kein erheblicher Unterschied ergibt. Wenn der Leistungsbedarf einerseits steigt und zweitens die Leistungen durch externe Faktoren teurer werden, dann hat auch die Mitgliedschaft bzw. die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung einen höheren Wert.

Auch bei Wahrung eines angemessenen Verhältnisses zwischen Beiträgen und Leistungen ergeben sich ab einer gewissen Beitragslast im Sinne des Anteils am Einkommen, der für die Mitgliedschaft bzw. Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgewendet werden muss, rechtliche Grenzen. Diskutiert worden ist eine äußerste Grenze bislang im Rahmen

22 Hierzu *Sodan/Gast*, NZS 1998, 497, 498 m.w.N.

des Art. 14 GG. Zwar schützt Art. 14 GG grundsätzlich nicht das Vermögen als solches. Staatliche Geldleistungspflichten sind aus fluktuierendem Vermögen zu bestreiten und nicht mittels eines bestimmten Eigentumsobjekts zu erfüllen. Anders sieht das Bundesverfassungsgericht dies, wenn die Geldleistungspflichten den Betroffenen übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse so grundlegend beeinträchtigen, dass sie eine erdrosselnde Wirkung haben.²³ Das Bundesverfassungsgericht hat Näheres zu einer solchen erdrosselnden Wirkung soweit ersichtlich nicht bestimmt. Der Entscheidung zur LPG-Altschuldenregelung ist zu entnehmen, dass die erdrosselnde Wirkung sich nicht auf Einzelfälle in besonderer Lage beschränken darf, sondern die auferlegte Geldleistungspflicht in ihrem Anwendungsbereich regelmäßig erdrosselnde Wirkung haben muss.²⁴ In seiner Entscheidung zur Verzinsung von Steuernachforderungen und -erstattungen spricht das Bundesverfassungsgericht von der Notwendigkeit einer grundlegenden Beeinträchtigung der Vermögensverhältnisse der Betroffenen.²⁵ Allerdings hat das Bundesverfassungsgericht auch Kompensationsmechanismen berücksichtigt.²⁶ Auch im Rahmen von Art. 14 GG wäre daher wohl zu berücksichtigen, dass eine wirtschaftlich existenzbedrohende Situation durch die bestehenden Sozialhilfesysteme verhindert würde und bei Mitgliedern mit hohem Einkommen eine Existenzbedrohung auch bei hohen absoluten Beiträgen nicht anzunehmen sein dürfte.

Es ist deshalb davon auszugehen, dass nicht erst rechtliche Überlegungen zur Verhinderung von Beitragssatzsteigerungen in dem prognostizierten Umfang führen werden, sondern zuvor bereits aufgrund politischer Zwänge Maßnahmen ergriffen würden. Denn Beitragssätze in Höhe von 25 bis 30 Prozent und wohl schon weit darunter sind weder politisch vermittelbar noch volkswirtschaftlich tragfähig, zumal nach jetziger Rechtslage der Beitrag paritätisch auch von den Arbeitgebern zu tragen ist.

23 St. Rspr. des BVerfG, vgl. nur BVerfG, Urt. v. 08.04.1997 – 1 BvR 48/94, NJW 1997, 1975.

24 Vgl. BVerfG, Urt. v. 08.04.1997 – 1 BvR 48/94, NJW 1997, 1975.

25 BVerfG, Beschl. v. 08.07.2021 – 1 BvR 2237/14, 1 BvR 2422/17, NJW 2021, 3309, 3311.

26 Vgl. BVerfG, Urt. v. 08.04.1997 – 1 BvR 48/94, NJW 1997, 1975, hier: Entschuldungsmöglichkeiten.

III. Grenzen des Solidarprinzips

Gesetzgeberische Maßnahmen zur besseren finanziellen Ausstattung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs sind bei Wahrung des Solidarprinzips nur in Grenzen möglich.

1. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Politisch die vermeintlich niedrigste Hürde stellt die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze dar. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt zu einem höheren Beitragsaufkommen, indem ein größerer Teil des Einkommens von Beitragszahlern mit Einkommen zwischen der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze der Beitragspflicht unterstellt wird. Diese Maßnahme stößt insbesondere an zwei Stellen an rechtliche Grenzen. Die harte Grenze stellt die Versicherungspflichtgrenze dar. Denn spätestens bei Erreichen der Versicherungspflichtgrenze erlischt die Versicherungspflicht. Darüberhinausgehende Beiträge könnten also allenfalls bei freiwillig versicherten Beitragszahlern erhoben werden. Dies würde aber erstens die freiwillige Versicherung unattraktiver machen. Zweitens stellt die Beitragsbemessungsgrenze einen wesentlichen Faktor zur Rechtfertigung der Versicherungspflicht dar. Für die Rentenversicherung hat das Bundesverfassungsgericht die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze auch mit dem Bestehen der Beitragsbemessungsgrenze gerechtfertigt.²⁷ Je weiter die Beitragsbemessungsgrenze in Richtung Versicherungspflichtgrenze angehoben wird, desto schwächer ist die rechtfertigende Wirkung für die Solidaritätsverpflichtung gegenüber geringverdienenden Versicherten einerseits und für die Versicherungspflichtgrenze als Differenzierungsmerkmal gegenüber den nicht versicherungspflichtigen Arbeitnehmern andererseits. Denn auch die Heranziehung eines höheren Anteils des Einkommens zur solidarischen Finanzierung muss gerechtfertigt werden gegenüber der alternativen Heranziehung von mehr Beitragspflichtigen mit nur geringfügig höherem Einkommen durch Anhebung der Versicherungspflichtgrenze. Eine rechtssichere Ausgestaltung der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze bei gleichzeitig gleichbleibender Versicherungspflichtgrenze würde deshalb fiskalisch zu einem nur sehr begrenzten zusätzlichen Beitragsvolumen führen können, weil nur ein geringer Teil des

27 BVerfG, Beschl. v. 14.10.1970 – 1 BvR 307/68, NJW 1971, 365, 366.

derzeitigen Abstandes von 7.650 Euro zwischen Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze nivelliert werden könnte.

2. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze hätte fiskalisch eine deutlich höhere Wirksamkeit als die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze. Die politische Diskussion hierzu ist gleichwohl deutlich komplexer und bereits intensiv, aber stets ergebnislos zum Stichwort „Bürgerversicherung“ geführt worden. Auch zur rechtlichen Ausgestaltung und insbesondere zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze dürfte kaum noch etwas erhellendes beizutragen sein, weshalb solche Überlegungen an dieser Stelle zunächst nicht weiter thematisiert werden sollen.

3. Praxisgebühr und ähnliche Maßnahmen

Denkbar sind auch Regelungen zur Verringerung der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen. Das können rein monetäre Ansätze, wie die Wiedereinführung der Praxisgebühr oder von Zuzahlungen sein. Die Praxisgebühr ist allerdings gerade wegen ihrer fehlenden Wirksamkeit abgeschafft worden.²⁸ Zuzahlungspflichten bestehen bereits etwa im Bereich von Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3 S. 1 SGB V), Heil- (§ 32 Abs. 2 SGB V) und Hilfsmitteln (§ 32 Abs. 8 SGB V), bei stationärer Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und bei Rehamassnahmen (§ 40 Abs. 6 SGB V). Hier würde sich also erstens die Potenzialfrage stellen und zweitens eine über die Erhebung von Finanzmitteln hinausgehende Wirkung zu diskutieren sein. Denn jedenfalls die bestehenden Zuzahlungsverpflichtungen betreffen medizinisch notwendige Leistungen mit vorhergehender ärztlicher Verordnung. Versicherte werden daher nur in seltenen Fällen überhaupt die Wahl haben, auf die verordnete Leistung zu verzichten und wenn sie verzichten, so wäre in vielen Fällen wohl von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands mit entsprechend höheren Folgekosten auszugehen. Zuzahlungen können also nur dort sinnvoll sein, wo sie den Zugang zu medizinisch eher nicht notwendigen Leistungen verhindern.

28 Vgl. BT-Drs. 17/11396, S. 16.

Dies ist intensiv diskutiert worden für die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen.²⁹ Letztlich würde es sich hier aber wieder um eine spezifische Form der Praxisgebühr handeln, was die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zumindest fraglich erscheinen lässt.

4. Modelle der Versorgungssteuerung

Neben monetären Ansätzen lassen sich auch Elemente der Versorgungssteuerung diskutieren, die zur verringerten Inanspruchnahme bestimmter Versicherungsleistungen führen können. Dies wäre etwa eine Verpflichtung der Versicherten zur Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) bzw. die generelle Anwendung der damit in § 73b Abs. 3 S. 2 SGB V verbundenen Notwendigkeit einer hausärztlichen Überweisung vor Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Behandlung. Für die Hausarztzentrierte Versorgung wird aufgrund von Evaluationen davon ausgegangen, dass eine evidente Verringerung der Leistungsausgaben je Versichertem insgesamt erreicht werden kann. Im Bezirk der AOK Baden-Württemberg ist zuletzt eine Verringerung der durchschnittlichen Leistungsausgaben von rund 117 Euro je Versichertem in der Hausarztzentrierten Versorgung errechnet worden.³⁰ Daraus ergäbe sich mit Stand 2020 bei rund 73 Millionen Versicherten ein theoretisches Einsparpotential von rund 8,5 Milliarden Euro. Ein Betrag in einer solchen oder einer ähnlichen Größenordnung könnte also ohne Beeinträchtigung des Solidarprinzips realisiert werden. Denn die heute mögliche Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Behandlung ohne vorherige hausärztliche Verordnung verbessert die Rechtsposition der Versicherten nicht maßgeblich. Anders gewendet: Die partielle Einschränkung der freien Arztwahl durch ein allgemeines Zugangshindernis zu bestimmten Versorgungsebenen würde die durch die Versicherungspflicht und die solidarische Finanzierung hervorgerufene Beeinträchtigung der Rechte gutverdienender und gesunder Beitragszahler nicht wesentlich intensivieren. Gleichzeitig macht der Um-

29 Vgl. nur Tagesschau vom 12.04.2023, abrufbar unter: <https://www.tagesschau.de/inland/kassenarzte-gassen-notaufnahme-101.html> (zuletzt abgerufen am 06.06.2025).

30 Gerlach u.a., Evaluation der Hausarztzentriert Versorgung in Baden-Württemberg, 2020, abrufbar unter: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Arzt_Praxis/Aerzte_Psychotherapeuten/Vertraege_Vereinbarungen/Hausarztzentrierte_Versorgung/Baden-Wuerttemberg/HZV-Evaluation_Broschuere_2020.pdf (zuletzt abgerufen am 06.06.2025).

fang der hierdurch möglicherweise zu erzielenden Einsparungen deutlich, dass die grundsätzliche Finanzierungsproblematik durch diese Maßnahme allenfalls abgemildert werden könnte. Weitergehende Maßnahmen wären also notwendig.

5. Leistungskürzungen

Nach derzeitiger Sachlage erscheint es deshalb unumgänglich, auch Leistungskürzungen zu diskutieren. Das Solidarprinzip setzt hier nach bisheriger Lesart Grenzen in zweierlei Hinsicht. Erstens muss auf Ebene des Art. 2 Abs. 1 GG die Globaläquivalenz zwischen Beitrag und Leistung gewahrt bleiben.³¹ Das insoweit notwendige vertretbare Verhältnis zwischen Beitragsleistung insgesamt und Versicherungsleistung wird nicht nur gefährdet durch eine Anhebung der Beiträge bei gleichbleibenden Leistungen, sondern auch durch sinkende Versicherungsleistung bei gleichbleibenden Beiträgen. Gleichzeitig gilt aber auch hier, dass es sich zunächst um eine rein ökonomische Betrachtung handelt. Steigt der Leistungsbedarf, stört eine Verminderung der Versicherungsleistungen nicht ohne weiteres das globale Verhältnis zwischen Leistungen und Beiträgen. Komplizierter wird die Abwägung unter Einbeziehung der Nikolaus-Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Diese gilt zwar grundsätzlich nur für die Versorgung von Versicherten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen. Es sei mit Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip nicht vereinbar, den Einzelnen unter den Voraussetzungen des § 5 SGB V einer Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterwerfen und für seine an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ausgerichteten Beiträge die notwendige Krankheitsbehandlung gesetzlich zuzusagen, ihn andererseits aber, wenn er an einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung leidet, für die schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen, von der Leistung einer bestimmten Behandlungsmethode durch die Krankenkasse auszuschließen und ihn auf eine Finanzierung der Behandlung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zu verweisen.³² Diesem Argumentationsmuster ist – soweit es auf Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip gestützt wird – aber auch der allgemeinere Leitsatz zu entnehmen, dass die Versicherungs-

31 Siehe schon oben unter II. 3.

32 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, juris Rn. 64.

pflcht in Verbindung mit einer Vereinnahmung wesentlicher Bestandteile des Arbeitseinkommens dazu führen muss, dass wesentliche Krankheitsrisiken auch tatsächlich abgesichert werden. Denn ansonsten hätte es des Rückgriffs auf die Versicherungspflicht gar nicht bedurft, sondern hätte eine allein auf Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gestützte Verpflichtung des Staates zur Gewährleistung einer hinreichenden Gesundheitsvorsorge ausgereicht. Leistungskürzungen dürfen also nicht so weit gehen, dass elementare Gesundheitsleistungen nicht mehr gewährleistet werden, wobei eine konkretere Bestimmung dieser verfassungsrechtlichen Grenze auf Grundlage der bisherigen Judikatur und der hieraus zu entnehmenden Dogmatik kaum möglich und vom Bundesverfassungsgericht auch nicht beabsichtigt ist. Vielmehr ist hier der Gesetzgeber gefordert, seinen Gestaltungsspielraum zu nutzen. Dabei hat das Bundesverfassungsgericht es für ausdrücklich zulässig gehalten, Leistungen nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung zu stellen, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Der Leistungskatalog darf auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein.³³ Andererseits wird bei einer Beitragslast von schon heute 16,5 bis 19 Prozent des Einkommens nicht nur die Behandlung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ausreichend sein, den Eingriff in Art. 2 Abs. 1 GG durch Versicherungs- und Beitragspflicht zu rechtfertigen.

Rechtliche Modelle zur Bestimmung des verfassungsrechtlichen Minimums an Leistungen der staatlichen Gesundheitsfürsorge werden schon seit über 20 Jahren diskutiert.³⁴ Der politische Raum hat sich dieser Debatte hingegen bislang entzogen. Rationierung bei Mittelknappheit erfolgt stattdessen nach dem Prinzip der Leistungsbudgetierung. Bei Mittelknappheit werden die dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehenden Mittel also auf passend erscheinender Ebene auf einem bestimmten Niveau eingefroren und der Selbstverwaltung die Aufgabe überlassen, die Mittelknappheit zu managen. Zuletzt war dies bei der Diskussion um die Abschaffung der sog. Neupatientenregelung des § 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 SGB V aF zu beobachten. Danach wurden Leistungen gegenüber sog. Neupatienten extrabudgetär vergütet. Sie unterlagen also anders als Leistungen in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung keinen mengen-

33 BVerfG, Beschl. v. 06.12.2005 – 1 BvR 347/98, BVerfGE 115, 25 = NJW 2006, 891, 893.

34 Vgl. exemplarisch Huster, in: Mazouz/Werner/Wiesing, Krankheitsbegriff und Mittelverteilung, 2020, S. 167 f.; zum Überblick Ströttchen, Verfassungsrechtliche Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen, 2019, S. 142 ff.

mäßigen oder finanziellen Begrenzungen. Mit der Abschaffung dieser Regelung sollte ein Teil der im Jahr 2023 gesehenen Liquiditätslücke von rund 17 Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen werden. Eine Kürzung von Leistungen folgte der Kürzung der Vergütung der Vertragsärzte nicht.

Entscheidungen nach diesem Muster verkennen oder missachten die Tatsache, dass gerade die Deckelung der Ausgabenseite ohne konkrete Vorgaben, welche Leistungen denn im Ergebnis davon betroffen sein sollen, zu einer impliziten Rationierung führt. Dabei liegen ernsthafte und empirisch unterlegte Hinweise auf eine solche Rationierung bereits seit längerem vor.³⁵ Wenn für Rationierungs- und Priorisierungsentscheidungen keine klaren Kriterien und kein Verfahren vorgegeben werden, sondern Ärzte gezwungen sind, diese Entscheidungen nur mit der Vorgabe zu treffen, ihr finanzielles Budget nicht zu überschreiten, drohen letztlich nicht nur ungesteuerte, sondern auch willkürliche Entscheidungen.³⁶ Eine solche implizite Rationierung ist auch mit dem Sozialstaatsprinzip nicht zu vereinbaren, weil die die Rationierungsentscheidung bewusst oder unbewusst treffende Instanz eine Gatekeeperfunktion einnimmt, also entscheidenden Einfluss darauf hat, welchen Patienten der Zugang zu weiteren Leistungen gewährt wird und welchen nicht. Es ergeben sich dann Verhandlungsprozesse, in denen sich die soziale und sprachliche Kompetenz von Mitgliedern der Ober- und Mittelschicht durchsetzen wird.³⁷ Es ist deshalb verfassungsrechtliche und sozialstaatliche Verpflichtung des Gesetzgebers, bei Mittelknappheit die zentralen Verteilungsentscheidungen selbst zu treffen und bei Delegation in die gemeinsame Selbstverwaltung ein transparentes Verteilungsverfahren zu gewährleisten. Die bisherige Praxis von Leistungskürzung durch Mittelbudgetierung wird diesen Anforderungen nicht gerecht.

35 Vgl. Grande, zm 2010, Heft 24, 28, 30; Huster/Held/Marckmann/Strech/Wasem/Neumann/Börchers/Freyer, MedR 2007, 703; Huster, DVBl 2010, 1069, 1071; Huster, in: FS Schnapp, 2008, S. 463, 465; Huster, in: Masuch/Spellbrink/Becker/Leibfried, Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats, 2015, S. 227; Wrase, GuP 2014, 58, 59 f.

36 Vgl. Duttge, in: Duttge/Zimmermann-Acklin, Gerecht sorgen – Verständigungsprozesse über den Einsatz knapper Ressourcen bei Patienten am Lebensende, 2013, S. 81; Fuchs, Deutsches Ärzteblatt 2011, 1356, 1358; Heyers, MedR 2016, 857, 859; Isensee, in: GS Heinze, 2005, S. 423 f.; Kemmler, NZS 2014, 521, 522.

37 Vgl. Huster, DVBl 2010, 1069, 1072.

6. Zwischenfazit

Notwendigen strukturellen Reformen werden durch das Solidarprinzip rechtlich und tatsächlich Grenzen gesetzt. Auch in finanzieller Hinsicht ist absehbar, dass die bisher diskutierten Reformansätze selbst bei Eingriffen in die Versorgungsstruktur nicht ausreichen werden, um das Einnahmen-Ausgaben-Defizit hinreichend zu verringern. Bei Wahrung des Solidarprinzips ergibt sich daher die Notwendigkeit, eine Begrenzung der (Leistungs-)Ausgaben zu diskutieren. Um eine verfassungsrechtlich relevante implizite Rationierung zu vermeiden, ist eine politische Diskussion und Entscheidung über Leistungseinschränkungen notwendig.

IV. Grenzen alternativer Ansätze

Die Analyse der Störung des Solidarprinzips durch fehlende Finanzmittel einerseits und die absehbare Notwendigkeit von Einschränkungen des Leistungsrechts bei gleichzeitig engem Regelungsrahmen andererseits, führen zu dem Gedanken, das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung abzuschaffen. Dies könnte Spielräume für Leistungseinschränkungen und insgesamt einen geringeren Mitteleinsatz erhöhen.³⁸

Ausgangspunkt dieser Überlegung ist aus Finanzierungssicht, dass die solidarische Finanzierung nur einfachrechtliche gesetzgeberische Entscheidung, nicht aber verfassungsrechtliche Vorgabe ist. Dem Sozialstaatsprinzip kann auch auf andere Weise Genüge getan werden. Im Zentrum steht hier die Gesundheitsfürsorge auch für Menschen mit geringen eigenen finanziellen Möglichkeiten. Dies gelingt hinsichtlich anderer Sozialleistungen zum Beispiel auch steuer- statt beitragsfinanziert.

Aus leistungsrechtlicher Sicht legt der Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zumindest nahe, dass die verfassungsrechtliche Verpflichtung zu Gewährung eines Mindestleistungsspektrums jedenfalls bei lebensbedrohlichen Erkrankungen dem Grunde nach aus der Beeinträchtigung von Art. 2 Abs. 1 GG iVm dem Sozialstaatsprinzip entspringt. Eine Abkehr von der Finanzierung durch Beiträge auf Grundlage einer Versicherungspflicht könnte insofern zu geringeren verfassungsrechtlichen Anforderungen an den Leistungskatalog führen. Vor allem aber wird ein solches

³⁸ Vgl. zuletzt *Schlegel*, NJW 2023, 2093.

steuerfinanziertes Modell als flexibler hinsichtlich des Leistungsumfangs bei schwieriger Haushaltslage bewertet.³⁹

Dies erweist sich bei näherer Betrachtung der verfassungsgerichtlichen Argumentation aber als Trugschluss. Die vordergründig ausschlaggebende Beeinträchtigung der Allgemeinen Handlungsfreiheit durch Versicherungs- und Beitragspflicht trägt das Ergebnis des Nikolaus-Beschlusses nicht. Denn ein ganz erheblicher Teil der Grundrechtsträger ist von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt nicht betroffen. Zum Zeitpunkt des Nikolaus-Beschlusses bestand auch die heute in § 193 Abs. 3 VVG geregelte allgemeine Krankheitskostenversicherungspflicht noch nicht. Ein verfassungsunmittelbarer Anspruch auf gesundheitliche Leistungen des Staates kann aber nicht nur einem Teil der Bevölkerung zustehen.⁴⁰ Der verfassungsunmittelbare Anspruch auf bestimmte medizinische Leistungen ergibt sich auch nicht allein aus dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Zwar kann der Staat daraus verpflichtet sein, Leistungen zur unmittelbaren Lebensrettung zu erbringen. Dazu gehört ggf. auch eine medizinische Notversorgung. Allerdings folgt aus dem mit einem einfachen Gesetzesvorbehalt versehenen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nicht die Pflicht, jedes Leben in Lebensnot unter Aufwendung aller nur irgendwie denkbaren Mittel zu erhalten. Dazu bedarf es weiterer Umstände, die die Einschränkung von Leben oder körperlicher Unversehrtheit als verfassungsrechtlich nicht hinnehmbar kennzeichnen.⁴¹ Insgesamt ist treffend festgehalten worden, dass das Bundesverfassungsgericht in der Entscheidung nicht deutlich macht, warum das Ergebnis – ein verfassungsunmittelbarer Leistungsanspruch auf konkrete medizinische Leistungen – verfassungsrechtlich überhaupt geboten ist.⁴² Wenn also auf Grundlage der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung von einem verfassungsunmittelbaren Anspruch auf bestimmte medizinische Leistungen jedenfalls bei lebensbedrohlichen Erkrankungen ausgegangen werden muss,⁴³ dann ist es wenig wahrscheinlich, dass dieser Anspruch entfallen würde, wenn sich die

39 Vgl. *Schlegel*, NJW 2023, 2093, 2099.

40 Vgl. hierzu ausführlich *Ströttchen*, Verfassungsunmittelbare Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen, 2019, S. 79 ff.; ähnlich auch *Wilksch*, Recht auf Krankenbehandlung und Recht auf ein medizinisches Existenzminimum, 2017, S. 329.

41 Vgl. hierzu ausführlich *Ströttchen*, Verfassungsunmittelbare Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen, 2019, S. 100 ff.

42 Vgl. *Huster*, Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, 2011, S. 42.

43 Dies dürfte ein zu eng gefasster Anwendungsbereich sein: vgl. nur *Bohmeier/Penner*, WzS 2009, 65, 69 f.; *Padé*, NZS 2007, 352, 355; zum engen Anwendungsbereich auch

Finanzierungsform der gesetzlichen Krankenversicherung oder des staatlichen Gesundheitssystems insgesamt ändert.

Ein finanzieller Systemwechsel würde aber auch andere grundlegende Probleme nicht lösen. Erstens ist festzuhalten, dass das steuerfinanzierte Gesundheitssystem de facto dem Modell einer Bürgerversicherung gleicht, weil es zu einem einheitlichen Versicherungsschutz für jedermann finanziert aus durch die Allgemeinheit aufzubringenden Steuern führte. Die private Krankenversicherung würde sich auf das Geschäft mit Zusatzversicherungen für Zahnbehandlungen, Komfortleistungen und gegebenenfalls auch für das Krankengeld beschränken.⁴⁴ Das erscheint derzeit politisch nicht durchsetzbar.

Zweitens wird mit dem Vorschlag des steuerfinanzierten Gesundheitssystems eine „Verschlankung“ der gemeinsamen Selbstverwaltung insbesondere durch Aufgabe des Rechtsstatus der gesetzlichen Krankenkassen als Selbstverwaltungskörperschaften vorgeschlagen.⁴⁵ Dass hierdurch finanziell messbare Effekte generiert werden können, erscheint zweifelhaft, weil nicht nur die Verwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des dann steuerfinanzierten Gesundheitssystems von den Krankenkassen als Behörden zu anderen Behörden lediglich verschoben würde. Es würde mit einer solchen Maßnahme vielmehr auch der in § 4a SGB V gesetzlich vorgesehene Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ausgeschaltet, der wenn nicht zur Hebung von Effizienzreserven, dann aber jedenfalls zu einer stärkeren „Kundenorientierung“ und damit zu einer effizienteren Verwaltung führt, als dies bei steuermittelverwaltenden Landes- oder Bundesbehörden zu erwarten wäre. Unabhängig davon sei angemerkt, dass die Organisation des Gesundheitssystems in Selbstverwaltung auch eine gewisse Unabhängigkeit von staatlicher und politischer Einflussnahme sichert, was derzeit zum Schutze vor staatlichen Eingriffen in die Rechte besonders vulnerabler Gruppen von hoher Relevanz zu sein scheint.

Drittens dürfte der Hinweis auf die höhere haushalterische Flexibilität mit der Realität gesundheitspolitischer Verteilungsentscheidungen wenig zu tun haben. Es ist gerade nicht zu erwarten, dass Politik bei angespannter Haushaltslage konkrete Verteilungsentscheidungen trifft oder Leistungskürzungen vornimmt. Zu erwarten ist vielmehr, dass auch in diesen Fällen mit

Ströttchen, Verfassungsunmittelbare Ansprüche auf konkrete medizinische Leistungen, 2019, S. 264.

44 Vgl. Schlegel, NJW 2023, 2093, 2098.

45 Vgl. Schlegel, NJW 2023, 2093, 2098.

einer Budgetierung von Leistungen gearbeitet würde, das System also mit begrenzten Mitteln ausgestattet würde, ohne dass klar entschieden würde, wie diese Mittel zu verwenden bzw. nicht zu verwenden sind. Damit stellt sich die verfassungsrechtliche Problematik der impliziten Rationierung in einem steuerfinanzierten Gesundheitssystem mindestens in gleicher Weise wie derzeit in der solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung.

Es sind also insgesamt für eine nachhaltige Lösung der finanziellen Probleme des Gesundheitssystems in einem steuerfinanzierten System keine strukturellen Vorteile zu erkennen. Im Vergleich zu der solidarischen Beitragsfinanzierung zeigt sich vielmehr, dass ein steuerfinanziertes System mit denselben strukturellen Problemen und Entscheidungskonflikten konfrontiert wäre.

V. Ausblick

Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung haben ihren Ursprung nicht im Solidarprinzip. Vielmehr stehen alternative Finanzierungsmodelle vor denselben strukturellen Problemen. Diese gilt es unabhängig vom System der staatlichen Gesundheitsfürsorge zu lösen. Allem voran steht die Notwendigkeit zur Reduzierung der Ausgaben, was nachhaltig nur durch die Reduzierung des Leistungsumfangs möglich erscheint. Werden diese Entscheidungen nicht auf politischer Ebene diskutiert und getroffen, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit dafür, dass Leistungseinschränkungen implizit aufgrund der Budgetierung von Leistungen erfolgen. Eine solche implizite Rationierung ist verfassungsrechtlich mindestens bedenklich, führt aber in jedem Fall zu einer Benachteiligung sozial schwächerer Versicherter. Daraus erwächst nicht nur die politische, sondern auch die verfassungsrechtliche Notwendigkeit, systematische Reformen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung sowohl im Finanzierungs- als auch im Leistungsrecht anzugehen und dies unabhängig davon, ob künftig eine beitrags- oder steuergetragene Finanzierung präferiert wird.