

Finkenstädt, Verena

Research Report

Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV - Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge

WIP-Analyse, No. Juni 2010

Provided in Cooperation with:

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

Suggested Citation: Finkenstädt, Verena (2010) : Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV - Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, WIP-Analyse, No. Juni 2010, ISBN 978-3-9813569-0-8, WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/273190>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommens- umverteilung in der GKV

**- Eine Analyse der historischen
Entstehungszusammenhänge -**

Verena Finkenstädt

Vorwort

Ist in Deutschland vom Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Rede, mangelt es selten an Hinweisen auf das Solidaritätsprinzip. Die solidarische Finanzierung der GKV ist im 5. Sozialgesetzbuch (SGB V) rechtlich verankert und gilt in der gesundheitspolitischen Diskussion vielfach als höchstes Gut. Aufgrund der einkommensbezogenen Beitragsbemessung bei einkommensunabhängigen Leistungen, kommt es im Versichertenkollektiv der GKV automatisch zu finanziellen Umverteilungseffekten. In der Praxis bedeutet die Befürwortung dieses Finanzierungsmodells somit gleichzeitig die Zustimmung zu einer Umverteilung von Einkommen zwischen den Mitgliedern der GKV.

In der GKV wird somit nicht nur der krankensicherungstypische Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken praktiziert, sondern auch ein sozialer Ausgleich zwischen Personen mit hohen und niedrigen Einkommen. Eine Einkommensumverteilung zwischen diesen Bevölkerungsgruppen gehört jedoch nicht zu den konstitutiven Elementen einer Krankenversicherung, sondern ist versicherungsfremd.

Trotz hoher Ineffizienz gilt der Einkommensausgleich gemeinhin als Legitimation, historische Errungenschaft sowie auch als eine sozialpolitische Zielsetzung der GKV. Die vorliegende Studie zeigt, dass ein finanzieller Ausgleich zwischen besser und weniger gut Verdienenden jedoch kein Motiv bei der Einführung der staatlichen Krankenversicherung war. Dagegen wurde das Prinzip der Äquivalenz zwischen Beitragszahlung und Leistungshöhe anfänglich viel umfassender umgesetzt, als es heute oftmals dargestellt wird. Die Umverteilung von Einkommen in der GKV war ursprünglich nicht politisch geplant, sondern entstand erst später im Rahmen der weiteren Entwicklung der GKV. Im Zeitverlauf entstand schließlich ein zunehmendes Span-

nungsverhältnis zwischen dem versicherungstypischen Prinzip der Äquivalenz und der versicherungsfremden Einkommensumverteilung, die heute als „solidarische Finanzierung“ bezeichnet wird.

Köln, 30. Juni 2010

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	6
1. Einleitung	7
2. Motive zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung . 11	
2.1 <i>Sozialer Wandel und politische Konflikte</i>	<i>11</i>
2.2 <i>Die Verknüpfung mit der Unfallversicherung.....</i>	<i>13</i>
3. Das System der Krankenunterstützung vor 1884	19
4. Die ursprüngliche Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung	24
4.1 <i>Verschiedene Kassenarten für verschiedene Versichertengruppen</i>	<i>24</i>
4.2 <i>Finanzierung der Krankenversicherung</i>	<i>28</i>
4.2.1 <i>Beitragsbemessung in der Gemeindekrankenversicherung ...</i>	<i>30</i>
4.2.2 <i>Beitragsbemessung der organisierten Krankenkassen.....</i>	<i>31</i>
4.2.3 <i>Die Entscheidung für das Umlageverfahren.....</i>	<i>35</i>
4.3 <i>Erste Reformen</i>	<i>40</i>
4.3.1 <i>Begrenzung der freiwilligen Versicherung</i>	<i>43</i>
4.3.2 <i>Beitragsabstufung nach Erkrankungsrisiko</i>	<i>45</i>
4.3.3 <i>Zusatzbeiträge für die Familienversicherung</i>	<i>46</i>

5.	Das Äquivalenzprinzip als Grundgedanke der Krankenversicherung	47
5.1	<i>Äquivalenz von Beitragszahlung und Leistungsausgaben</i>	<i>49</i>
5.2	<i>Äquivalenz aufgrund der berufsständischen Organisation.....</i>	<i>58</i>
6.	Die GKV als Privileg der bedürftigen Bevölkerungsschichten	65
7.	Einführung der Reichsversicherungsordnung ab 1914	68
8.	Fazit.....	79
	Anhang	83
	Literaturverzeichnis.....	85

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verhältnis von Sach- und Geldleistungen je Kassenart im Jahr 1885 in %	51
Abb. 2: Entwicklung der Mitgliederzahlen der Krankenversicherung 1885 - 1914	73

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Durchschnittliche Arbeiterjahreslöhne nach Branchen im Jahr 1890	41
Tab. 2: Ausgaben der Krankenversicherung je Kassenart im Jahr 1885 in %	50
Tab. 3: Ausgaben der Krankenversicherung je Leistungsart im Jahr 1891	57
Tab. 4: Anzahl der Krankenkassen im Jahr 1891.....	63
Tab. 5: Durchschnittliche Arbeiterjahreslöhne nach Branchen im Jahr 1913	77

1. Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) definiert sich in hohem Maße über das Solidaritätsprinzip. Aus gesellschaftstheoretischer Sicht bedeutet Solidarität das gegenseitige Einstehen und eine wechselseitige Verantwortung der Mitglieder einer Gemeinschaft¹ und die solidarische Finanzierung der GKV erscheint oftmals als ihr traditionelles Merkmal. Während in der privaten Krankenversicherung (PKV) Versicherungsbeiträge nach persönlichem Gesundheitsrisiko und gewünschtem Leistungsspektrum zu entrichten sind, zahlt in der GKV jedes Mitglied einen prozentualen Beitrag seiner beitragspflichtigen Einnahmen und erhält dafür Leistungen entsprechend seines Bedarfs. Aus diesem Finanzierungsmodell ergeben sich unweigerlich finanzielle Umverteilungseffekte im Versichertenkollektiv, die als charakteristisch für das Solidaritätsprinzip bzw. die solidarische Finanzierung der GKV gelten. Hier muss zunächst zwischen krankensicherungsstypischen und krankensicherungs-fremden Umverteilungen unterschieden werden.

Der Risikoausgleich zwischen Gesunden und Kranken ist ein konstitutives Merkmal jeder Krankenversicherung und wird in der GKV sowie in der PKV umgesetzt. Dabei ist zu betonen, dass auch die PKV eine Solidargemeinschaft ist, in der die schadensfreien Mitglieder für die von Schaden betroffenen eintreten. In der GKV finden darüber hinaus ein Familienausgleich zwischen Kinderreichen und Alleinstehenden und ein Einkommensausgleich zwischen besser und schlechter Verdienenden statt. Hierbei handelt es sich allerdings um versicherungsfremde Funktionen, deren Ansiedlung im System der GKV hinterfragt werden muss. Die Problematik des Familienausgleichs in der

¹ Vgl. Habermas (1992).

GKV hat das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) bereits einer detaillierten Analyse unterzogen.² Die vorliegende Studie legt den Schwerpunkt nun auf die Entstehungszusammenhänge der versicherungsfremden Einkommensumverteilung zwischen Besserverdienenden und weniger gut Verdienenden.

Obwohl die Unzulänglichkeiten des Einkommensausgleichs in der GKV bereits seit einigen Jahren vielfach wissenschaftlich belegt wurden,³ hat dieses Element nach wie vor im GKV-Finanzierungssystem Bestand und sein Erhalt ist eine regelmäßige Forderung in der gesundheitspolitischen Diskussion. Auch das Bundesverfassungsgericht unterstützt in ständiger Rechtsprechung die solidarische Finanzierung – und damit die Einkommensumverteilung.⁴ Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) stellt in seinem Gutachten von 2003 fest, dass der Schwerpunkt des Solidargedankens in der GKV auf der Finanzierungsseite bzw. in der Beitragsgestaltung liegt.⁵ In einem Gutachten zu Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen vom Juni 2009 wird auf einen Aspekt hingewiesen, mit dem die Beibehaltung eines Systems mit einkommensabhängiger Beitragsgestaltung häufig untermauert wird: Für ein Verbleiben der Einkommenssolidarität in der GKV spräche die Akzeptanz in der Bevölkerung für diese historisch gewachsene Form von Sozialversicherung.⁶

² Vgl. van der Beek/Weber (2009).

³ Vgl. zum Beispiel: Lutz/Schneider (1998); Sachverständigenrat Wirtschaft (2005); Moog/Raffelhüschen (2006); Wissenschaftlicher Beirat beim BMWi (2006).

⁴ Vgl. BVerGE 113, 167.

⁵ Vgl. SVR (2003), S. 25.

⁶ Vgl. Walendzik (2009), S. 15.

So erhält das Solidaritätsprinzip ein starkes Gewicht und in der gesellschaftspolitischen Diskussion gilt der damit verbundene soziale Einkommensausgleich als konstituierendes Merkmal der GKV und erscheint oftmals als historisches Strukturprinzip. Doch ist der Gedanke einer solidarischen Finanzierung der GKV wirklich schon so alt? Standen in der GKV seit jeher die finanziell Stärkeren für die finanziell Schwächeren ein?

In der vorliegenden Arbeit wird im Rahmen einer historischen Analyse die These belegt, dass die Einkommensumverteilung zwischen heterogenen Bevölkerungsgruppen in der GKV weder planvoll herbeigeführt wurde noch ursprünglich sozialpolitisch gewollt war. In der Literatur werden die historische Entwicklung der GKV und die Ziele der damaligen Sozialversicherungsgesetzgebung oft nur verkürzt dargestellt. Im Folgenden wird daher untersucht, warum sich die teilweise noch heute geltenden Regeln und Verfahren der Beitragserhebung in der Gründungszeit der staatlichen Krankenversicherung herausgebildet haben.

Diese Untersuchung unterzieht die Entstehungsgeschichte der Krankenversicherung unter Bismarck einer näheren Betrachtung, denn der erste Reichskanzler des deutschen Kaiserreiches gilt als Gründer der modernen Krankenversicherung. Der historische Rückblick von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum ersten Weltkrieg legt offen, dass die GKV auf dem Prinzip der versicherungstechnischen Äquivalenz zwischen Leistung und Gegenleistung basierte und die Umverteilung von Einkommen bei der Konzeption der GKV keine Rolle spielte. Personen mit hohem Einkommen waren in den ersten Jahrzehnten nach Einführung der Krankenversicherung nie eine Zielgruppe und wurden bewusst aus diesem System ausgeschlossen.

Um nachvollziehen zu können, auf welchen Grundgedanken die Organisation der Bismarckschen Krankenversicherung basierte und um Fragen zu damaligen Äquivalenz- und Solidaritätsüberlegungen beantworten zu können, ist ein Blick in die geschichtlichen Quellen unabdingbar. Die folgenden Ausführungen berücksichtigen daher einerseits historische Originaldokumente, wie z.B. den Gesetzentwurf zur Krankenversicherung der Arbeiter von 1882 oder die Stenographischen Berichte des Reichstags (Reichstagsprotokolle). Andererseits werden Texte zeitgenössischer Autoren herangezogen, die Aufschlüsse über die gesellschaftlichen Zusammenhänge und Stimmungen bei Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland gewähren.

2. Motive zur Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung

Um die Frage zu beantworten, warum im Krankenversicherungsgesetz vom 15.06.1883 bestimmte Grundstrukturen festgelegt wurden (die teilweise bis heute gültig sind), ist ein Blick auf die Motive der damaligen Reichsregierung zur Einführung einer Krankenversicherung notwendig. Es sei vorausgeschickt, dass die Gründe vielschichtig waren und in der Literatur unterschiedlich bewertet werden. Neben der Notwendigkeit einer Sozialversicherung aufgrund der sozialen Notlage großer Bevölkerungsteile wird im Folgenden herausgestellt, dass die Krankenversicherung vor allem durch die geplante Unfallversicherung bedingt war und auf deren Grundgedanken basierte.

2.1 Sozialer Wandel und politische Konflikte

Am Ende des 19. Jahrhunderts gab es eine dringende Bedürftigkeit großer Bevölkerungsteile, die aus den tiefgreifenden gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Veränderungen resultierte, die mit der Industrialisierung und Urbanisierung einhergingen. Mit dem sozialen Wandel wurden neue Risiken geschaffen, die von den alten Netzen der sozialen Sicherung nicht mehr aufgefangen werden konnten. Das Arbeitskräfteangebot in den industriellen und urbanen Zentren wuchs und wurde durch das starke Bevölkerungswachstum noch vergrößert.⁷ Vor diesem Hintergrund entstand eine gesellschaftliche Klasse, die ihren Lebensunterhalt nur aus dem Verkauf ihrer Arbeitskraft und nicht aus dem Ertrag irgendeines Kapitals zog. Das sogenannte Proletariat war den gesundheitlichen Risiken abhängiger

⁷ Vgl. Schmidt/Ostheim (2007a), S. 126.

Lohnarbeit unmittelbar ausgesetzt und lebte größtenteils unter sehr schlechten Bedingungen.⁸

Der soziale Wandel, den die Industrialisierung mit sich brachte, bildete allerdings nur die Hintergrundfolie für die Einführung einer staatlichen Krankenversicherung, war aber nicht der ausschlaggebende Grund. Die eigentliche Hauptmotivation der Reichsregierung unter Bismarck wird in der Literatur unterschiedlich bewertet. Zumeist liegt der Schwerpunkt auf dem Umstand, dass Bismarck mit der Einführung einer Sozialversicherung die Arbeiterschaft an den Staat binden und zugleich ein weiteres Erstarren der Sozialdemokratie verhindern wollte. Gladen führt dazu aus, dass die Notlage der besitzlosen neuen Arbeiterschicht und die Frage ihrer sozialen, wirtschaftlichen und politischen Integration zunehmend zum zentralen Problem im Prozess der Konstituierung und Konsolidierung der industriellen Gesellschaftsordnung im Deutschen Reich wurde. Vor allem in den urbanen Ballungszentren wurde die gesellschaftliche Deklassierung der Industriearbeiterschaft zu einem bedrohlichen politischen Zündstoff.⁹ Das Konfliktpotential, das von der Arbeiterbewegung ausging, konnte von der Reichsregierung schließlich nicht mehr ignoriert werden. Vor allem die wachsenden Gewerkschaften und die Sozialistische Arbeiterpartei Deutschlands wurden in zunehmendem Maße als Gefahr für die ökonomischen und politischen Herrschaftsverhältnisse wahrgenommen und 1878 durch das Sozialistengesetz verboten bzw. in ihrer Tätigkeit eingeschränkt.¹⁰ Gleichzeitig sollten die Industriearbeiter durch die Bereitstellung eines modernen Systems der sozialen Sicherung für das Deutsche Reich bzw. die Monarchie gewonnen und der Sozialde-

⁸ Vgl. Lampert (1977), S. 62.

⁹ Vgl. Gladen (1974), S. 50.

¹⁰ Vgl. Schmidt/Ostheim (2007a), S. 126f.

mokratie und den Gewerkschaften abspenstig gemacht werden.¹¹ Zur Verdeutlichung dieser Bismarckschen Doppelstrategie von Repression gegenüber der Sozialdemokratie einerseits und Integration der Arbeiterschaft in den Staat andererseits wird mehrfach die Thronrede Kaiser Wilhelms I. vom 17.11.1881 zur Eröffnung der ersten Session des Reichstags zitiert, die als „Kaiserliche Botschaft“ bekannt wurde: „*Schon im Februar d.J. haben Wir unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde.*“¹²

Auch Bismarck selbst machte in verschiedenen Reden aus seinem o.g. Motiv keinen Hehl. Als Beispiel sei folgendes Zitat genannt: „*Mein Gedanke war, die arbeitenden Klassen zu gewinnen, oder soll ich sagen zu bestechen, den Staat als soziale Einrichtung anzusehen, die ihretwegen besteht und für ihr Wohl sorgen möchte.*“¹³

2.2 Die Verknüpfung mit der Unfallversicherung

Es ist allerdings zu kurz gegriffen, die Einführung einer Pflichtkrankenversicherung nur als Bestandteil einer präventiv-repressiven Doppelstrategie gegenüber der Sozialdemokratie zu werten, die eine staatliche Fürsorge gegenüber der Arbeiterklasse beinhaltete. Darüber hinaus darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Handlungsdruck durch die Problematik der Unternehmerhaftpflicht bei Arbeitsunfällen

¹¹ Vgl. Butterwegge (2005), S. 42.

¹² Reichstagsprotokolle (1882), S. 1f.

¹³ Bismarck (1924/1935), S. 195f.

entstanden war, die für die Fabrikhaber eine ökonomische Belastung darstellte. Mit der stetig wachsenden Zahl gewerblicher Arbeiter und dem vermehrten Einsatz von Maschinen ging eine steigende Zahl der Arbeitsunfälle in den Betrieben einher. Arbeitsunfälle und die finanzielle Versorgung der Fabrikarbeiter im Fall von Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit waren ein Problem, dem mit dem „Gesetz, betreffend die Verbindlichkeit zum Schadenersatz für die bei dem Betriebe von Eisenbahnen, Bergwerken etc. herbeigeführten Tötungen und Körperverletzungen“ vom 07.06.1871¹⁴ (Reichshaftpflichtgesetz) begegnet wurde. Das Reichshaftpflichtgesetz erwies sich in der Praxis jedoch als unzureichend, wurde von den Unternehmern abgelehnt (wegen der zu leistenden hohen Entschädigungszahlungen, die sie als Wettbewerbsnachteil empfanden) und führte aufgrund einer Vielzahl von Haftpflichtprozessen zu einer Verschärfung der Situation zwischen Arbeitern und Unternehmern.¹⁵

Die erforderliche Revision des Reichshaftpflichtgesetzes führte schließlich zur Einrichtung der staatlichen Kranken- und Unfallversicherung. Die Grundgedanken zur Unfallversicherung sind für die Krankenversicherung von hoher Bedeutung, da letztere auf Basis der Strukturen der ersteren errichtet wurde. Dass das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter von 1883 in direktem Zusammenhang mit der Unfallversicherung stand, wird in der historischen Darstellung oftmals vernachlässigt. Dieser Punkt ist allerdings insofern von Bedeutung, da die Regelungen zur Krankenversicherung hinsichtlich des versicherten Personenkreises, der Leistungen sowie der Geltungskraft auf den Grundgedanken der Unfallversicherung basieren.

¹⁴ RGBl. 1871, Nr. 25, S. 207-209.

¹⁵ Näher dazu: Bechmann (2007).

Vor allem die kooperative Organisation in Gefahrenklassen war eine Vorlage für die Krankenversicherung.

Viele Strukturmerkmale der Unfallversicherung dienten als Vorlage für die Krankenversicherung.

Im Reichstag wurden die Entwürfe der Gesetze zur Krankenversicherung der Arbeiter und zur Unfallversicherung der Arbeiter zunächst zusammen beraten. Die erste Beratung dieser Gesetzesvorlagen fand im Rahmen der 10. Sitzung des Reichstags am 15.05.1882 statt und in der Eröffnungsrede erklärte der Staatssekretär des Innern, Staatsminister von Bötticher:

„Meine Herren, Sie haben durch den Beschluss bei der Feststellung der heutigen Tagesordnung, der dahin ging, die Besprechung des Entwurfs eines Gesetzes über die Unfallversicherung mit der Berathung des Entwurfs der Krankenversicherung zu vereinigen, bereits bekundet, daß sie einen inneren Zusammenhang zwischen diesen beiden Gesetzentwürfen für vorhanden ansehen, und dies ist auch die Voraussetzung, von der die verbündeten Regierungen ausgegangen sind.“¹⁶

Nach der ersten Lesung der Unfall- und Krankenversicherungsvorlage verwies der Reichstag beide Gesetzesentwürfe durch Beschluss vom 16.05.1882 an die zuständige 8. Kommission. Diese beschloss nach 50 Sitzungen am 03.06.1882, die beiden Gesetze zu entkoppeln und getrennt weiter zu beraten. So ist dem Kommissionsbericht zu entnehmen:

¹⁶ Reichstagsprotokolle (1883), S. 200.

„Als durchschlagend wurde im Laufe der Diskussion anerkannt, daß nach dem ganzen System der Vorlagen die obligatorische Krankenversicherung die Voraussetzung für die Unfallversicherung bilden soll, so daß das Unfallversicherungsgesetz ohne das Gesetz über die Krankenversicherung nicht wohl gedacht werden kann. Dagegen gewann die Kommission die Überzeugung, daß das Krankenversicherungsgesetz mit einigen Modifikationen auch dann wohl bestehen kann, wenn das Unfallversicherungsgesetz nicht gleichzeitig zu Stande kommt.“¹⁷

Dass der politische Handlungsdruck zur gesetzlichen Neuregelung des bis dahin unzureichenden Kassenwesens schließlich groß genug war, resultierte aus einem politischen Schachzug Theodor Lohmanns (Reichsamt des Innern).¹⁸ Dieser hatte entgegen dem Willen von Bismarck und ohne nähere Begründung die Frist, in der die Krankenkassen die unfallbedingten Krankheitskosten der versicherten Arbeiter vollständig übernehmen mussten, von zwei bzw. vier auf 13 Wochen heraufgesetzt. In Folge dieser Änderung wurden seitdem ca. 95 % aller Unfälle von der Krankenversicherung abgedeckt, da die meisten körperlichen Unfallschäden innerhalb von 13 Wochen kuriert waren. Damit war der Großteil der Unfälle der Unfallversicherung entzogen und jeder von der Unfallversicherung erfasste Arbeiter musste auch krankenversichert sein. Dies geht auch aus der „Begründung des Entwurfes eines Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“¹⁹ von 1882 hervor:

¹⁷ Reichstagsprotokolle (1883), S. 767.

¹⁸ Vgl. Bechmann (2007), S. 85f.

¹⁹ Drucksachen des Reichstags 1882, Nr. 14.

„Aus den bisherigen Verhandlungen über die gesetzliche Regelung der Unfallversicherung der Arbeiter hat sich ergeben, daß die Entschädigung, welche den durch Unfall verletzten Arbeitern während der ersten Zeit der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren ist, einer besonderen Regelung bedarf. (...) Soll die Krankenversicherung eine ausreichende Ergänzung der Unfallversicherung bilden, so muß durch die Gesetzgebung Sorge dafür getragen werden, daß alle Arbeiter, welche gegen Unfall versichert werden, auch gegen Krankheit versichert werden (...) Demnach würde die Regel aufzustellen sein, daß alle in einem der in § 1 des Unfallversicherungsgesetzes fallenden Betriebe oder in einem anderen stehenden Gewerbebetriebe beschäftigten Personen dem Krankenversicherungszwange unterliegen.“²⁰

Die Krankenversicherungsvorlage wurde hinsichtlich Versicherungszwang, Personenkreis und Leistungen an die Bedingungen der Unfallversicherung angepasst und konnte im Reichstag relativ zügig verabschiedet werden, da die Inhalte auf den bereits vorhandenen Strukturen der Krankenunterstützung aufbauten. Der überarbeitete Entwurf des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter wurde schließlich im Rahmen der Reichtagssitzung vom 31.05.1883 mit 216 zu 99 Stimmen angenommen.²¹

Auch wenn die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiter und die Erleichterung der öffentlichen Armenlast sicherlich ein wichtiges Motiv des Gesetzgebers für die Einführung einer Krankenversicherung war, wird dieser Aspekt in der Begründung des Gesetzentwurfes erst an zweiter Stelle genannt. Eröffnet wird die Begründung

²⁰ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. 1ff.

²¹ Reichstagsprotokolle (1883), S. 2691.

mit der Notwendigkeit einer Ergänzung der gesetzlichen Unfallversicherung.²²

Die Bismarcksche Krankenversicherung entstand in direktem Zusammenhang mit der Unfallversicherung und basiert auf deren Grundgedanken.

Insgesamt ist die Einrichtung der deutschen Sozialgesetzgebung vor dem Hintergrund zu sehen, dass das Deutsche Reich von 1871 ein labiles, von starken Kräften der gesellschaftlichen und politischen Veränderung bedrohtes System war, das Bismarck unter anderem durch eine staatliche Sozialpolitik zu stabilisieren versuchte.²³ Der Entstehungsprozess der Bismarckschen Kranken- und Sozialversicherung war sehr komplex und bündelte unterschiedliche Motive und Antriebskräfte. Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter verdankt seine Entstehung und seine Gestalt eher dem Zufall als einer einheitlichen sozialpolitischen Konzeption der damaligen Regierung beziehungsweise des Reichstags.²⁴

²² Drucksachen des Reichstags 1882, Nr. 14, S. 1ff.

²³ Vgl. Tennstedt (1976), S. 385 f.

²⁴ Vgl. Rosenberg (1969), S. 72.

3. Das System der Krankenunterstützung vor 1884

Befassen sich Autoren mit der Historie der deutschen Krankenversicherung, so beginnen die Studien zumeist mit dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes im Jahr 1884. Es gilt jedoch zu bedenken, dass die Geschichte keine „Stunde Null“ kennt und so gab es auch vor Bismarcks Amtszeit bereits Unterstützungssysteme im Krankheitsfall. Der Ursprung des modernen Versicherungszwanges für gewerbliche Arbeitnehmer liegt bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts. An diese bestehenden Einrichtungen der Krankenunterstützung knüpfte der Gesetzgeber ab 1881 an, da eine staatliche Zwangskrankenversicherung im internationalen Vergleich organisatorisch wie auch ökonomisch ohne Vorbild war.²⁵ Um zu verstehen, warum die GKV unter Bismarck ihre ursprüngliche Struktur erhielt, wird im Folgenden kurz skizziert, auf welchen Grundgedanken und bestehenden Einrichtungen das deutsche Krankenversicherungsgesetz von 1883 aufbaute.

Bereits im Jahr 1845 wurde der Beitrittszwang zu bestehenden Krankenunterstützungskassen durch den preußischen Staat gesetzlich festgeschrieben. Mit § 169 der Allgemeinen Gewerbeordnung (AGO)²⁶ wurden die Gemeinden ermächtigt, durch Ortsstatut alle beschäftigten Gesellen und Gehilfen zu verpflichten, den „Verbindungen und Kassen zur gegenseitigen Unterstützung beizutreten“. Zudem wurde durch § 144 AGO die Beibehaltung der vorhandenen Unterstützungskassen sowie deren Neugründung ausdrücklich gestattet. Diese Bestimmung galt nicht nur für Gesellen und Gehilfen, sondern erstmals auch für Fabrikarbeiter (§ 145 AGO). Die konkrete Ausge-

²⁵ Vgl. Rosenberg (1969), S. 75.

²⁶ Gesetz-Sammlung für die königlichen Preußischen Staaten 1845, S. 41.

staltung der Krankenversicherung, wie z.B. die Beitragserhebung oder der Leistungsumfang, wurde in der AGO von 1845 jedoch nicht geregelt.

Durch die Novelle der Gewerbeverordnung vom 09.02.1849²⁷ erhielten Gemeinden das Recht, für Gewerbetreibende einen Beitrittszwang zu den Innungskassen festzusetzen und den Arbeitgebern erstmals einen Anteil des Versicherungsbeitrages aufzuerlegen. Dieser betrug bis zur Hälfte des Betrages, den die beschäftigten Arbeiter entrichten. Mit dieser Verordnung wurden die charakteristischen Merkmale der heutigen Krankenversicherung festgeschrieben: zwangsweise vom Lohn abgezogene Beiträge, Beitragszwang für Gewerbe- und Fabrikbesitzer, Festlegung eines Verhältnisses von Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag (2/3 zu 1/3), Beitragseinzug durch die Kassen auf dem Verwaltungsweg, Organisation der Krankenkassen als Anstalten des öffentlichen Rechts, Beteiligung von Versicherten und Arbeitgebern an der Kassenselbstverwaltung sowie die staatliche Aufsicht. Mit dieser Regelung wandelten sich die Unterstützungskassen von Vereinigungen der kollektiven Selbsthilfe zu staatlich beaufsichtigten Organisationen.²⁸ Bis zu dieser Zeit war die Gründung von Unterstützungskassen allein von der Initiative der Betroffenen abhängig.

²⁷ Gesetz-Sammlung für die königlichen Preußischen Staaten 1849, S. 93.

²⁸ Vgl. Tauchnitz (1999), S. 52f.

Die charakteristischen Merkmale der modernen Krankenversicherung wurden bereits im Jahr 1849 vom preußischen Staat gesetzlich festgeschrieben. Seitdem gibt es eine obligatorische Krankenversicherung mit zwangsweise vom Lohn abgezogenen Beiträgen.

Das preußische „Gesetz über die gewerblichen Unterstützungskassen“ vom 03.04.1854 räumte den Bezirksregierungen dann erstmalig das Recht ein, durch Ortsstatut selbst die Einrichtung von Krankenkassen mit Beitrittszwang anzuordnen, wenn diese nicht in ausreichender Zahl vorhanden waren. Die Gemeinden nutzten die Möglichkeit der Einführung von Zwangskassen, um einen Versicherungszusammenschluss für die gefährdeten Schichten zu erwirken. Ziel der Gemeinden war dabei die Entlastung ihrer Armenfürsorge.²⁹

Das „Gesetz über die Vereinigung der Berg-, Hütten-, Salinen- und Aufbereitungsarbeiter in Knappschaften“ (Preußisches Knappschaftsgesetz) vom 10.04.1854³⁰ war die erste landesgesetzliche, öffentlich-rechtliche Arbeiterversicherung. Mit diesem Gesetz wurden die Knappschaftskassen der Bergleute einheitlich organisiert und obligatorisch eingeführt. Neu waren die allumfassende Versicherungspflicht sowie der Anspruch auf Mindestleistungen im Krankheitsfall. Neben den Bergleuten wurden auch die Zechenbesitzer zu regelmäßiger Beitragsleistung verpflichtet.

Mitte der 1860er Jahre gab es eine Vielzahl unterschiedlicher Kassen mit unterschiedlichen Versorgungsniveaus: Gesellenkassen, Kassen

²⁹ Vgl. Herder-Dorneich (1994), S. 74.

³⁰ Gesetz-Sammlung für die Königlich Preußischen Staaten 1854, S. 139.

für Handwerker und Fabrikarbeiter, Fabrikassen für einzelne Fabriken, Gemeindekassen etc. Viele Handwerker und Fabrikarbeiter waren in Zwangs- und freien Hilfskassen organisiert, für die jedoch verschiedene Regelungen bestanden. Eine Vereinheitlichung dieser unklaren rechtlichen Lage brachte das „Gesetz über die eingeschriebenen Hilfskassen“ vom 07.04.1876.³¹ Dieses Gesetz ist deshalb besonders erwähnenswert, da der deutsche Staat damit erstmalig zwingende gesetzliche Richtlinien für die Mindestanforderungen einer Krankenversicherung festlegte und in den Regelungen das Äquivalenzprinzip in den Vordergrund stellte. Folgende Regelungen des Hilfskassengesetzes sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben:

- Nach § 8 durfte die Höhe der Beiträge nach Geschlecht, Gesundheitszustand, Lebensalter oder Beschäftigung der Mitglieder unterschiedlich bemessen werden. Die Einrichtung von Mitgliederklassen mit verschiedenen Beitrags- und Unterstützungssätzen war zulässig.
- Nach § 11 waren Geld- statt Sachleistungen zu gewähren.

Vor allem die Beitragsbemessung nach persönlichem Risiko war ein wesentliches Merkmal des Äquivalenzprinzips im Bereich des Hilfskassenwesens. Auch die Gewährung von Geld- statt Sachleistungen ist ein Charakteristikum, das in der PKV bis heute erhalten ist. Somit lässt sich festhalten, dass das erste reichseinheitliche Gesetz zur Krankenversicherung auf dem Grundgedanken der Äquivalenz von Beitrag und Leistung basierte.

³¹ RGBl. 1876, S. 125.

Mit dem Hilfskassengesetz von 1876 bestimmte der Gesetzgeber erstmals Mindestanforderungen an eine Krankenversicherung. Dieses erste einheitliche Reichsgesetz zur Krankenversicherung basierte auf dem Grundgedanken des Äquivalenzprinzips.

Die Situation im Vorfeld der Bismarckschen Sozialgesetzgebung stellte sich wie folgt dar: Von etwa 8 Millionen Arbeitern waren ca. 2 Millionen Mitglied einer Hilfskasse, von denen es 1874 in Deutschland etwa 10.000 gab. In weitaus größerer Anzahl bestanden Kassen für Arbeiter bestimmter Berufe und Gewerbe, für die ein örtlicher Beitrittszwang bestand (Ortskrankenkassen) sowie Kassen für Arbeiter bestimmter Betriebe (Betriebskrankenkassen). Eine Sonderstellung nahmen die Knappschaftskassen ein, für die bereits seit 1854 klare gesetzliche Regelungen hinsichtlich Versicherungspflicht, Beitragspflicht für Versicherte und Arbeitnehmer und Unterstützungsleistungen galten. Im Jahr 1876 gab es 88 Knappschaftskassen mit 255.000 versicherten Bergleuten.³²

³² Vgl. Zöllner (1981), S. 81.

4. Die ursprüngliche Organisation der gesetzlichen Krankenversicherung

In diesem Kapitel wird die ursprüngliche Organisation der Bismarckschen Krankenversicherung dargestellt. Dies ist erforderlich, da die weitere Analyse zur Bedeutung von Einkommensumverteilung und Äquivalenzprinzip auf den Grundstrukturen des ersten Krankenversicherungsgesetzes aufbaut.

4.1 Verschiedene Kassenarten für verschiedene Versichertengruppen

Zur Durchführung der Krankenversicherung konnte die Regierung an das bereits bestehende System diverser, unterschiedlich entwickelter Unterstützungskassen zur Sicherung bei Unfall und Krankheit anknüpfen (siehe Kapitel 3). Dies wird auch deutlich in der Eröffnungsrede des Staatsministers von Bötticher zur ersten Beratung der Krankenversicherungsvorlage im Reichstag am 15.05.1882. Zum Aufbau der Organisation des Krankenkassenwesens führt er aus:

„Meine Herren, hierbei waren die Redaktoren des Entwurfs in der Lage, sich an bereits vorhandene Institutionen anschließen zu können. Wir haben Krankenkassen, wir haben Erfahrungen über die Wirksamkeit dieser Krankenkassen, wir kennen die Mängel, die ihnen anhaften, und es war hier nur die Aufgabe der Gesetzgebung, fortzubilden auf dem historisch entwickelten und landesrechtlich gegebenen Boden. Wir konnten hier die Thätigkeit der Schöpfungen aufrecht erhalten, welche bestehen und sich bis dahin bewährt haben, und wir haben ihnen in dieser Beziehung nur die Verpflichtung auferlegt, daß sie

*dasselbe leisten, was wir als Minimum des dem erkrankten Arbeiter zu Gewährnden vorschreiben wollen.*³³

In der Begründung des Gesetzentwurfes zum Krankenversicherungsgesetz (KVG) wird ausgeführt, dass die für eine Pflichtkrankenversicherung geforderten Strukturmerkmale tatsächlich bereits von vielen der bestehenden Kassen erfüllt wurden.³⁴ Dazu gehörten die Ortskrankenkassen, die von den Gemeinden für die vor Ort beschäftigten Gesellen, Gehilfen und Arbeiter errichtet wurden sowie die Betriebskrankenkassen. Diese Kassenarten sollten insofern ausgeweitet und verallgemeinert werden, dass sie den Anforderungen des Gesetzes genügten und eine große Personenanzahl versichern konnten. Auch die weiteren bereits vorhandenen Kassenarten sollten in das neue System eingegliedert werden: Knappschaftskassen, Innungskrankenkassen und diejenigen Hilfskassen, die entweder aufgrund des Hilfskassengesetzes von 1876 als „eingeschriebene Hilfskassen“ anerkannt waren oder die aufgrund landesrechtlicher Vorschriften errichtet wurden.

Da der Gesetzgeber das herkömmliche Kassensystem von Hilfs-, Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen für noch nicht ausreichend betrachtete, um einen allgemeinen und sicheren Krankenversicherungszwang durchzuführen, wurde mit dem KVG von 1883 die sog. Gemeindekrankenversicherung eingeführt. Die Gemeinden wurden verpflichtet, jeden vor Ort beschäftigten Arbeiter im Krankheitsfall zu unterstützen, wenn für diesen der Krankenversicherungszwang galt, er aber keiner der o.g. organisierten Krankenkassen angehörte. Die Gemeinde hatte das Recht, von jedem dieser Arbeiter einen Versiche-

³³ Reichstagsprotokolle (1883), S. 201.

³⁴ Vgl. Woedtke (1883), S. 13ff.

rungsbeitrag zu erheben. Die Unterstützungsleistungen und Beiträge der Gemeindeversicherung wurden gesetzlich festgelegt.

Darüber hinaus hielt der Gesetzgeber besondere Regelungen für Bauarbeiter für erforderlich. Wenn für große Bauprojekte hunderte Arbeiter kurzzeitig in die Gemeinden strömten und diese nach Abschluss des Projektes wieder verließen, hätte dies eine übermäßige finanzielle Belastung für die Gemeinde-Versicherung bedeutet. Daher wurde für die in bestimmten Baubetrieben beschäftigten Arbeiter Baukrankenkassen errichtet. Diese bestanden jedoch nur für die Zeit bis zum Abschluss des Bauvorhabens.

Eine Sonderstellung nahmen die Knappschaftskassen ein, für die bereits seit 1854 klare gesetzliche Regelungen hinsichtlich Versicherungspflicht, Beitragspflicht für Versicherte und Arbeitnehmer und Unterstützungsleistungen galten.

Da das KVG in engem Zusammenhang mit der Unfallversicherung entstand, erstreckte sich die Krankenversicherungspflicht zunächst nur auf die in Industrie und Handwerk beschäftigten Arbeiter und Gesellen. In der ersten Fassung des KVG von 1883 wurden dem unbedingten Versicherungszwang unterworfen:

- a. alle Fabrikarbeiter im weiteren Sinne
- b. die im Handwerk beschäftigten Gesellen, Gehilfen und Lehrlinge
- c. Personen, welche in sonstigen, stehenden Gewerbebetrieben, insbesondere mit Dampfkesseln oder elementaren Triebwerken, beschäftigt sind,

sofern ihre Beschäftigung eine relativ dauernde ist, Lohn oder Gehalt gezahlt wird und im Krankheitsfall keine Verpflegung in der Familie des Arbeitgebers für mindestens 13 Wochen gewährt wird.

Neben den Arbeitern bestand Versicherungszwang nur für eine einzige Kategorie Angestellter, und zwar für die in Gewerbebetrieben tätigen Betriebsbeamten.³⁵ Bedingung war, dass sie den o.g. gewerblichen Arbeitern hinsichtlich ihrer sozialen Stellung gleich standen. Dies wurde angenommen für Betriebsbeamte, die nicht mehr als 2000 Mark im Jahr verdienten und nicht als Reichs-, Staats- oder Kommunalbeamte fest angestellt waren.

Nicht versicherungspflichtige Arbeitnehmer (einschließlich der Betriebsbeamten mit einem Jahreseinkommen von über 2000 Mark), konnten gemäß der §§ 4, 19, 63 KVG der Krankenversicherung freiwillig beitreten. Später, im Rahmen der KVG-Novelle von 1892, wurde der Beitritt zur freiwilligen Versicherung ausgeschlossen, wenn das Gesamteinkommen über 2000 Mark pro Jahr lag (siehe Kapitel 4.3).

Die Krankenversicherung umfasste ursprünglich nur die in Industrie und Handwerk beschäftigten Arbeiter sowie Betriebsbeamte mit einem Einkommen unter 2000 Mark. Ein freiwilliger Beitritt zu einer Krankenkasse war zunächst möglich.

Gemäß den Regelungen des KVG unterlagen alle Personen der Versicherungspflicht, die in einem bestimmten „Betrieb“ gegen Lohn oder Entgelt beschäftigt waren und in einem festen Arbeitsverhältnis standen. Dies wurde damit begründet, dass ein unmittelbarer Zwang bei der Anmelde- und Beitragspflicht nur gegen den Arbeitgeber möglich war und dadurch die Versicherung besser durchführbar erschien. Um überhaupt eine angemessene Durchführung der noch gänzlich

³⁵ In diese Kategorie fielen z.B. Vorarbeiter, Werkführer, Kassen- und Rechnungsführer oder Bürobeamte.

neuen Krankenversicherung sicherzustellen, wollte der Gesetzgeber u.a. durch Beschränkung der Versicherungspflicht alle größeren versicherungstechnischen Schwierigkeiten ausschließen, die sich in zeitlichen oder örtlichen Verhältnissen geboten hätten. Dieses war schließlich der Hauptgrund, weshalb insbesondere alle land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter, das Gesinde, die Hausgewerbetreibenden und die sogenannten unständig Beschäftigten anfangs nicht in die staatliche Krankenversicherung einbezogen worden waren.³⁶ So heißt es auch in der „Begründung des Entwurfes eines Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ von 1882:

„Die Frage nach der Begrenzung des einzuführenden Krankenversicherungszwanges wird dahin zu beantworten sein, daß dem letzteren alle Arbeiter zu unterwerfen sind, hinsichtlich deren die Durchführung desselben gesichert werden kann. (...) Der Zwang wird sich auch hier, wie bei der Unfallversicherung, direkt nur gegen den Arbeitgeber richten können.“³⁷

4.2 Finanzierung der Krankenversicherung

Der Gesetzgeber legte die Grundsätze der Beitragsberechnung für die Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen und für die Gemeindekrankenversicherung im KVG fest. Die Beitragsbemessung für die Knappschafts- und Hilfskrankenkassen wurde nicht im KVG geregelt (§ 85 KVG). Bezüglich der Knappschaftskrankenkassen sollte an den bestehenden landesrechtlichen Bestimmungen so wenig wie möglich geändert werden. Bei den Hilfskrankenkassen beruhte der Beitritt auf Freiwilligkeit und der Gesetzgeber betrachtete eine Beschränkung

³⁶ Vgl. Erler (1914), S. 17.

³⁷ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. 8.

der Beiträge für Kassen ohne Beitrittszwang als nicht erforderlich. Auch hinsichtlich des Beitragsanteils der Arbeitgeber wurden Knappschaftskassen und Hilfskassen gesondert betrachtet: Dass Bergwerksbesitzer ein Drittel des Gesamtbeitrages aus eigenen Mitteln aufzubringen hatten, wurde bereits im preußischen Knappschaftsgesetz von 1854 geregelt, auf welches das KVG verweist. Für Beschäftigte, die in einer eingeschriebenen Hilfskasse versichert waren, musste der Arbeitgeber keinen Beitrag zahlen, da für Hilfskassen kein Beitrittszwang bestand. Für Beschäftigte, die Mitglied in einer Orts-, Betriebs-, Innungs- oder Baukrankenkasse waren, sowie für die Gemeindeversicherung hatten Arbeitgeber grundsätzlich ein Drittel des Gesamtbeitrages aus eigenen Mittel aufzubringen. Für freiwillig versicherte Beschäftigte, für die kein Versicherungszwang bestand, musste der Arbeitgeber keinen Beitrag zahlen. Des Weiteren konnte durch statutari-sche Regelung bestimmt werden, dass Arbeitgeber, die nur zwei Arbeiter beschäftigten und in deren Betrieben weder Dampfkessel noch durch elementare Kraft bewegte Triebwerke verwendet wurden, ebenfalls keinen Beitrag zahlen mussten. Diese Ausnahme von der Beitragspflicht wird im KVG damit begründet, dass Arbeitgeber und Arbeitnehmer in kleinen Betrieben ökonomisch oftmals gleichgestellt waren und es nicht angemessen erschien, diesen Arbeitgebern die Krankenversicherungsbeiträge seiner Beschäftigten aufzuerlegen.

Im Folgenden wird dargestellt, wie die Beiträge in den einzelnen Kassenarten konkret berechnet wurden.

4.2.1 Beitragsbemessung in der Gemeindekrankenversicherung

Der Beitrag der subsidiären Gemeindekrankenversicherung sollte nach § 9 KVG 1,5 % des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagelöhner nicht übersteigen. Der ortsübliche Tagelohn von Tagelöhnern war zur damaligen Zeit der niedrigste Lohn in Deutschland.³⁸ Der jeweilige Durchschnittsbetrag wurde von den regionalen Regierungsbehörden festgelegt und differenziert nach männlichen erwachsenen Arbeitern, weiblichen erwachsenen Arbeiterinnen, nach männlichen Arbeitern unter 16 Jahren und weiblichen Arbeiterinnen unter 16 Jahren (§ 8 KVG).

Die Begründung für die Höhe des Beitragssatzes von 1,5 % findet sich in den Motiven zum Gesetzentwurf des KVG.³⁹ Da der Gemeinde aus der ihr übertragenen Funktion der Krankenversicherung weder Vorteile noch Verluste entstehen sollten, musste der Beitrag so bemessen sein, dass die Summe der Unterstützungsleistungen durch die Summe der Beitragseinnahmen annähernd gedeckt wurde. Um den optimalen Beitragssatz zu ermitteln, griff der Gesetzgeber auf die Erfahrungen der bereits bestehenden und funktionierenden Krankenversicherungen zurück: Zum einen auf die Prämienkalkulation der 1855 gegründeten Leipziger Versicherungs-Gesellschaft „Gegenseitigkeit“ und zum anderen auf die Krankentage-Statistik der preußi-

³⁸ Vgl. Brockhaus' Konversationslexikon (1896), S. 822.

³⁹ Zitiert in: Woedtke (1883), S. 60ff.

schen Knappschaftskassen. Nach einer Auswertung der Berechnungen der o.g. Kassen wurde im Ergebnis für die Gemeindekrankenversicherung ein Gesamt-Beitragssatz in Höhe von 1,5 % des durchschnittlichen Lohns eines Tagearbeiters für angemessen erachtet. Eine Erhöhung war nur bis zu 2 % zulässig. Dabei ist zu bedenken, dass der Arbeitgeber 1/3 dieses Beitrages zahlte.

Somit ergab sich als Beispiel folgende Beitragsberechnung für einen männlichen erwachsenen Tagelöhner bei einer Arbeitswoche von 6 Tagen:

*ortsüblicher Tagelohn eines Tagelöhners: 1,50 Mark pro Tag
(= 9,00 Mark pro Woche)*

Gesamt-Beitragssatz Gemeindekrankenversicherung: 1,5 %

Beitragstragung: Arbeitgeber 1/3, Arbeiter 2/3

Beitragssätze: Arbeitgeber 0,5 %, Arbeiter 1,0 %

wöchentlicher Beitrag des Arbeiters zur Gemeindekrankenversicherung:

9 Mark x 1,0 % = 9 Pfennig

4.2.2 Beitragsbemessung der organisierten Krankenkassen

Für die organisierten Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskrankenkassen galt eine andere Beitragsbemessungsgrundlage als für die Gemeindekrankenversicherung. Anstatt den Beitrag vom ortsüblichen Tagelohn gewöhnlicher Tagearbeiter zu erheben, gab es bei den organisierten Kassen drei andere Möglichkeiten:

1. Als Bemessungsgrundlage galt grundsätzlich der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klasse der Versicherten, für die die Kasse gegründet wurde (§ 22 i.V.m. § 20 KVG).
2. Aufgrund der unterschiedlichen Lohnhöhe zwischen den Mitgliedern einer Kasse konnte der Tagelohn auch klassenweise festgesetzt werden (§ 20 KVG). Daraus ergab sich eine Berechnung der Beiträge nach Lohnstufen.
3. Bei Betriebskrankenkassen konnte bei der Beitragsberechnung auch der tatsächliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten (Werklohn) herangezogen werden (§ 64 KVG). In der Kommentierung des KVG wurde diese Möglichkeit damit begründet, dass damit zum einen der Stücklohn berücksichtigt würde und zum anderen die unterschiedlichen Lohnverhältnisse der verschiedenen, in derselben Fabrik beschäftigten Klassen von Arbeitern und Beamten.⁴⁰

Der Durchschnittslohn wurde bei der Beitragsberechnung im ersten oben genannten Fall nur bis zur Höhe von 3 Mark pro Tag herangezogen (§ 22 i.V.m. § 20 KVG). In den Fällen zwei und drei (Abstufung nach Lohnklassen oder individueller Lohn) bis zu 4 Mark pro Tag. Der diesen Höchstbetrag übersteigende Lohn blieb bei der Bemessung der Beiträge außen vor. Somit existierte bereits im KVG von 1883 eine Beitragsbemessungsgrenze.

Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 enthielt bereits eine Beitragsbemessungsgrenze.

⁴⁰ Vgl. Woedtke (1883), S. 162.

Der durchschnittliche Tagelohn als Beitragsbemessungsgrundlage der organisierten Kassen wurde ebenfalls von den regionalen Regierungsbehörden nach Anhörung der Gemeindebehörde festgelegt und musste für männliche und weibliche jugendliche und erwachsene Versicherte gesondert bestimmt werden.⁴¹

Die Verschiedenheit des Ansatzes nach ortsüblichen Tagelöhnen (Gemeindekrankenversicherung) und Durchschnitts-Klassen-Löhnen (organisierte Kassen) wird in den Motiven zum Gesetzentwurf des KVG damit begründet,

„daß der durchschnittliche Tagelohn der Kassenmitglieder sich nur bei Orts- und Fabrikkrankenkassen berechnen lässt, bei denen die Löhne der Versicherten im Allgemeinen feststehen, während bei der höchst subsidiären Gemeindekrankenversicherung, welche auf Arbeiter der verschiedensten Kategorien Anwendung finden wird, ebenso wie bei den Hilfskassen, ein solcher Klassenmaßstab nicht möglich ist oder doch zu außerordentlichen, bei dieser Form durchaus zu vermeidenden Schwierigkeiten und Weiträumigkeiten führen würde.“⁴²

Des Weiteren wird in den Motiven erläutert, warum nicht bei allen Versicherten der individuelle Arbeitsverdienst der Beitragsbemessung zu Grunde gelegt wurde. Der Gesetzgeber vertrat zur damaligen Zeit durchaus bereits die Ansicht, dass es dem Wesen der Versicherung am meisten entsprechen würde, die Unterstützungen und Beiträge in einem bestimmten Prozentsatz des Arbeitsverdienstes der Versicherten zu bemessen. Aufgrund des häufigen Wechsels der Versicherten sei dies jedoch nicht durchführbar.

⁴¹ Vgl. Woedtke (1883), S. 85.

⁴² Zitiert in: Woedtke (1883), S. 56.

„Eine wöchentliche und auch nur zweiwöchentliche Berechnung der Beiträge auf Grund des wirklichen Arbeitsverdienstes würde aber selbst in größeren Betrieben, in denen eine Lohnabrechnung geführt wird, zu einer unverhältnismäßigen Belastung der Arbeitgeber führen, während sie für die bei der Krankenversicherung in Betracht kommenden zahlreichen Arbeiter kleiner Gewerbetreibenden, von denen viele nicht einmal zu einer geordneten Buchführung im Stande sind, überhaupt nicht ausführbar sein werde. Der Bemessung der Unterstützungen und Beiträge können daher nur örtlich festzustellende Durchschnittsbeträge zu Grunde gelegt werden (...).“⁴³

Hinsichtlich der Höhe des Beitragssatzes gab es bei den organisierten Kassen einen weiteren Unterschied zur Gemeindekrankenversicherung, denn das KVG legte für organisierte Kassen nur einen Höchstbeitragssatz fest. Dieser lag bei 2 % des Durchschnittslohns derjenigen Arbeiterklasse, für die die jeweilige Kasse errichtet wurde und durfte bis maximal 3 % erhöht werden. (Zuzüglich des Arbeitgeberanteils von einem Drittel lag der Höchstbeitragssatz insgesamt also bei 4,5 %). In den Motiven zum Krankenversicherungsgesetz wurde der im Vergleich zur Gemeindekrankenversicherung höhere Beitragssatz damit begründet, dass die Leistungen bei den organisierten Krankenkassen umfänglicher seien, während die Gemeindekrankenversicherung auf Mindestleistungen beschränkt wäre.⁴⁴ Das heißt, die Bestimmung über die tatsächliche Beitragshöhe war der statuarischen Festsetzung überlassen, je nachdem, welcher Leistungsumfang gewährt werden sollte.

⁴³ Zitiert in: Woedtke (1883), S. 55f.

⁴⁴ Zitiert in: Woedtke (1883), S. 61f.

Somit ergab sich als Beispiel folgende Beitragsberechnung für einen männlichen erwachsenen Fabrikarbeiter bei einer Arbeitswoche von 6 Tagen:

Lohnklasse mit wöchentlichem Durchschnittslohn: 1,50 Mark pro Tag (= 9,00 Mark pro Woche)
Gesamt-Beitragssatz einer Betriebskrankenkasse: 4,5 %
Beitragstragung: Arbeitgeber 1/3, Arbeiter 2/3
Beitragssätze: Arbeitgeber 1,5 %, Arbeiter 3 %

wöchentlicher Beitrag des Arbeiters zur Gemeindekrankenversicherung:
 $9 \text{ Mark} \times 3 \% = 27 \text{ Pfennig}$

Bei der Beitragsbemessung in der historischen Krankenversicherung waren folgende Punkte von Bedeutung: Der Beitrag war abhängig vom Erwerbseinkommen, der Arbeitgeber musste sich mit einem Drittel am Gesamtbeitrag aus eigenen Mitteln beteiligen, es existierte bereits eine Beitragsbemessungsgrenze.

4.2.3 Die Entscheidung für das Umlageverfahren

Es erscheint oftmals selbstverständlich, dass die Bismarcksche Krankenversicherung auf dem beitragsfinanzierten Umlageverfahren beruhte, welches bis heute besteht. Der Gesetzgeber hätte sich allerdings auch für eine prämienfinanzierte Lösung mit entsprechenden

Tarifen entscheiden können. Die Diskussionen um Versicherungsprinzip oder Umlageverfahren hat es durchaus gegeben. So sagte Staatsminister von Bötticher im Rahmen der ersten Beratung des Kranken- und des Unfallversicherungsgesetzes am 15.05.1882:

*„Meine Herren, man hat nun weiter uns einen Vorwurf daraus gemacht, daß wir an Stelle des Versicherungsprinzips das Umlageverfahren gesetzt haben. Man hat gesagt, es sei kein Grund ersichtlich, weshalb die Regierungen dazu übergegangen seien, nicht ebenso, wie es bei jeder Versicherung gemacht wird, Tarife aufzustellen und nur durch Erhebung der Prämien die nöthigen Deckungskapitalien für die Entschädigung anzusammeln. Die Gründe, welche die Regierungen bestimmt haben, zu dem Umlageverfahren überzugehen, sind sehr verschieden gewesen“.*⁴⁵

Von Bötticher nennt im Folgenden drei Gründe für das Umlageverfahren, die teilweise nur aus dem historischen Kontext verständlich sind:

1. *„Zunächst werden Sie mir zugeben, daß das Umlageverfahren ein sehr viel einfacheres ist als das Versicherungsverfahren. Das Versicherungsverfahren setzt voraus die Berechnung von Prämientarifen. Es ist das nicht ein undenkliches Ding gegenüber einer Reform, welche keinen Vorgang [Vorbild; Anm.d.V.] hat, und für die auch die beste Statistik uns keine vollständig zuverlässige Grundlage für die Berechnung der Tarife gibt“.*⁴⁶

In diesem Zusammenhang muss bedacht werden, dass es zur Zeit der Beratung über die Finanzierung einer staatlichen Krankenversicherung kaum theoretisches Wissen in Bezug auf Versicherungsmathematik gab und dass auch nur begrenzte praktische Erfahrungen vorhanden

⁴⁵ Reichstagsprotokolle (1883), S. 203.

⁴⁶ Reichstagsprotokolle (1883), S. 203.

waren. Das erste nach mathematischen und statistischen Grundsätzen betriebene Krankenversicherungsunternehmen in Deutschland war die Leipziger Krankenkasse, die im Jahr 1855 von Karl Friedrich Heym (1818-1889) gegründet wurde.⁴⁷ Die Beiträge waren nach Eintrittsalter abgestuft, d.h. sie waren für jüngere Versicherte geringer als für ältere, blieben aber bis zum Tod bzw. Erreichen der Altersgrenze konstant. Heym, Mathematiklehrer und international renommierter Gelehrter auf dem Gebiet des Versicherungswesens, hatte nachgewiesen, dass die Krankheitsdauer vom Lebensalter abhängt und berechnete erstmals nach Alter abgestufte Tarife für die Krankenversicherung.⁴⁸ Er war auch der erste, der überhaupt versicherungsmathematische Beobachtungen für deutsche Krankenkassen angestellt hatte, wobei es ihm zunächst um die Beantwortung der Frage ging, ob sich die englischen Erfahrungen auf Deutschland übertragen ließen. Die ersten Morbiditätstabellen veröffentlichte Heym im Jahr 1863 – also nur 20 Jahre vor Beginn der Verhandlungen zum Krankenversicherungsgesetz. Zu dieser Zeit bestand zudem noch das Problem, dass die Morbiditätstabellen nicht auf andere Gefahrengemeinschaften übertragbar waren und so musste jede Krankenkasse ihre eigene Morbiditätstabelle entwickeln.⁴⁹ Heyms bedeutendstes Werk war wohl „Die Anzahl und Dauer der Krankheiten in gemischter Bevölkerung“, das erst 1878 erschien.

Auch Lass und Zahn verweisen in ihrer Denkschrift zur Arbeiterversicherung von 1900 auf mangelhafte statistische Angaben zur Mortalität. Eine größere Sicherheit der Erkrankungsziffern beginne erst ab 1888.⁵⁰ Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass von

⁴⁷ Später: Leipziger Kranken-, Invaliden- und Lebensversicherungsgesellschaft „Gegenseitigkeit“.

⁴⁸ Vgl. Koch (2005), S. 18.

⁴⁹ Vgl. Wagner-Braun (2002), S. 56f.

⁵⁰ Vgl. Lass/Zahn (1900), S. 139.

Bötticher im Jahr 1882 einer Prämienfinanzierung der Krankenversicherung fehlende statistische Grundlagen entgegenhält.

Als zweiten Grund für das Umlageverfahren nannte von Bötticher den Aspekt der Leistungsfähigkeit der Krankenversicherungsträger und der nicht unbedingten Notwendigkeit eines Kapitaldeckungsverfahrens. Da es sich nicht um eine privatrechtliche, sondern um eine öffentlich-rechtliche Fürsorge für den verunglückten Arbeiter handeln werde, sollten die Verbände, denen diese Fürsorge obliegt, so konstruiert werden,

2. *„dass sie leistungsfähig sind, um die Fürsorge unter allen Umständen prästieren [erbringen; Anm.d.V.] zu können, und da wird man mir zugeben, wenn dieser Gedanke thatsächlich zum Ausdruck kommt und die Leistungsfähigkeit thatsächlich besteht, daß es dann nicht nöthig ist, die Vorausansammlung von Deckungskapitalien ins Auge zu fassen, und daß es dann den Vorzug verdient, nach Maßgabe des eintretenden Bedarfs die Beiträge auszusprechen, welche zur Deckung dieses Bedarfs erforderlich sind“.*⁵¹

Hier muss angeführt werden, dass die Leistungsverpflichtungen der Krankenversicherung auch für die damaligen Verhältnisse noch überschaubar waren. Die Maximalleistungen der Krankenkassen beschränkten sich auf einen relativ kurzen Zeitraum von zunächst 13 und ab 1892 26 Wochen und es mussten keine in der Zukunft liegenden dauerhaften Verpflichtungen erfüllt werden, wie beispielsweise in der Alters- und Invalidenversicherung. Um die finanzielle Deckung des Jahresaufwandes einer Krankenkasse zu gewährleisten, wurde das verhältnismäßig einfache Prinzip des Umlageverfahrens für ausrei-

⁵¹ Reichstagsprotokolle (1883), S. 203.

chend erachtet. So konstatiert auch Zwiedineck-Südenhorst im Jahr 1911:

*„Für die Krankenversicherung liegt die Frage der Bedarfsdeckungsmethode viel klarer, es handelt sich, wie gesagt, nicht um die Sicherung mehrjähriger Leistungen, sondern um die Bestreitung des Jahresaufwandes, wofür sich die Prämie als ein von Jahr zu Jahr korrigierbarer Obolus als zweckmäßige Beitragsform erwiesen hat“.*⁵²

Von Bötticher nennt schließlich noch finanzpolitische Gründe, die den Gesetzgeber 1882 davon abgehalten haben, das Versicherungsprinzip in der Krankenversicherung beizubehalten:

3. *„Wir haben uns klar gemacht, daß bei einer so ausgedehnten Versicherung, wie sie infolge dieses Gesetzes eintreten wird, ganz kolossale Deckungskapitalien angesammelt werden, die dadurch dem Geldmarkte entzogen werden“.*⁵³

Bei diesem Punkt spielte sicherlich die damalige wirtschaftliche Situation im deutschen Reich eine Rolle. Der „Gründerkrach“ von 1873 hatte zum plötzlichen Kursverfall und zum Rückzug von Kapital geführt. In der Folge kam es zu einem allgemeinen Rückgang der Nachfrage, der Kaufkraft, der Investitionen, Umsätze und Preise. Diese schwerste Krise vor 1929 dauerte sechs Jahre.⁵⁴ Aufgrund der anhaltenden Absatzkrise auf dem Binnen- und Außenmarkt wollte man der Industrie nicht noch weitere Kapitalien entziehen.⁵⁵ Bei einer Entscheidung für ein Kapitaldeckungsverfahren wäre jedoch die Ansammlung großer Kapitalbeträge erforderlich gewesen.

⁵² Zwiedineck-Südenhorst (1911), S. 402.

⁵³ Reichstagsprotokolle (1883), S. 203.

⁵⁴ Vgl. Nipperdey (1994), S. 285.

⁵⁵ Vgl. Zwiedineck-Südenhorst (1911), S. 400.

In der Zusammenschau dieser drei Punkte wird deutlich, dass bei der Entscheidung für ein Umlageverfahren in der Krankenversicherung nicht berücksichtigt wurde, dass dieses Verfahren künftig zu Umverteilungen von Einkommen zwischen den Versicherten führt.

Bei der Entscheidung für ein Umlageverfahren 1883 war der Aspekt einer Umverteilung von Einkommen nicht von Belang.

Im KVG von 1883 wurde der Begriff Umlageverfahren nicht konkret genannt, aber die Bestimmung der Beiträge war für jede Kassenart genau festgelegt. Da das Arbeitsverhältnis die Grundlage für den Zwang zur Krankenversicherung war, erschien es folgerichtig, dass der Arbeiter den Krankenversicherungsbeitrag aus seinem Lohn heraus bezahlte. Diese Art der Finanzierung war zudem aus dem bereits existierenden Krankenkassenwesen vor 1883 bekannt und vertraut.

4.3 Erste Reformen

Mit dem Gesetz über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28.05.1885 wurde die Unfallversicherung auf binnenländische Transport- und andere, durch das Unfallversicherungsgesetz vom 06.07.1884 noch nicht erfasste Betriebe ausgedehnt. Damit erstreckte sich auch die Krankenversicherungspflicht auf die Angestellten des technischen Betriebes der Heeres-, Marine-, Post-, Telegrafien- und Eisenbahnverwaltung, sofern sie nicht mehr als 2000 Mark jährlich verdienen.

Um die Höhe der Versicherungspflichtgrenze einordnen zu können, bietet die folgende Tabelle eine Übersicht der nominalen durchschnittlichen Arbeiterjahreslöhne nach Branchen im Jahr 1890:

Tab. 1: Durchschnittliche Arbeiterjahreslöhne nach Branchen im Jahr 1890

Branche	Durchschnittslohn in Mark
Textil	509
Papier	554
Bekleidung	581
Steine	702
Leder	740
Holz	799
Metallverarbeitung	880
Bau	900
Chemie	911
Metallerzeugung	915
Bergbau	966
Verkehr	967
Druck	1402
Gesamtdurchschnitt	711

Quelle: Hoffmann (1965), S. 468.

Die erste umfassende Änderung des KVG wurde im Jahr 1892 verabschiedet. Zu diesem Zeitpunkt war Bismarck bereits seit zwei Jahren von seinen Ämtern entlassen. Ein Grund für seine Abdankung waren die sozialpolitischen Gegensätze zwischen Bismarck und Kaiser Wilhelm II., der seit 1888 regierte und einen eher arbeiterfreundli-

chen Kurs verfolgte.⁵⁶ Bismarcks Nachfolger als Reichskanzler und preußischer Ministerpräsident wurde General Leo von Caprivi (1890-1894).

Nach der Entlassung von Reichskanzler Caprivi im Jahr 1894 übernahm Chlodwig zu Hohenlohe-Schillingsfürst (1894-1900) das Amt. In dieser Zeit erfolgten keine relevanten Novellierungen in der Sozialversicherung. Unter Reichskanzler Fürst Bernhard von Bülow (1900-1909) kam es schließlich zu einer weiteren Gesetzesnovelle, mit der das KVG an die Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes angepasst wurde: Das „Gesetz, betreffend weitere Abänderungen des Krankenversicherungsgesetzes“ vom 25.05.1903 stellte insgesamt jedoch keine umfassende Revision des bisherigen Krankenversicherungsrechts dar, sondern beschränkte sich auf die Festlegung weniger, bestimmter Forderungen, über die zwischen den Regierungsparteien weitestgehend Einigkeit bestand. Als wichtigste Neuerungen wurde die Begrenzung der Krankenunterstützung von 13 auf 26 Wochen erhöht und die Wöchnerinnenunterstützung von 4 auf 6 Wochen verlängert. Daneben wurden noch andere Leistungsverbesserungen vorgenommen. Um die Mehrausgaben zu kompensieren, wurde der Höchstbeitrag in der Gemeindeversicherung von 2 % auf 3 % des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter heraufgesetzt und der Höchstbeitrag der Orts- und anderen Krankenkassen von 3 % auf 4 % des durchschnittlichen Tagelohns derjenigen Versichertenklassen, für welche die Kasse errichtet worden war.

Im Folgenden werden die wichtigsten Neuerungen der KVG-Novelle von 1892 hinsichtlich ihrer Bedeutung für das Äquivalenzprinzip dargestellt.

⁵⁶ Vgl. Lampert/Althammer (2004), S. 70f.

4.3.1 Begrenzung der freiwilligen Versicherung

Mit dem „Gesetz über die Abänderung des Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 10.04.1892 wurde das Gesetz in „Krankenversicherungsgesetz“ umbenannt und in erster Linie der Kreis der versicherungspflichtigen Personen ausgeweitet. So wurden zu den Betriebsbeamten die Werkmeister und Techniker hinzugezählt, was allerdings eher eine erweiterte Begriffsbestimmung als eine Erweiterung des Personenkreises bedeutete.⁵⁷ Neu zum Kreis der versicherungspflichtigen Angestellten kamen hinzu: Handlungsgehilfen und Lehrlinge sowie die im Geschäftsbetrieb der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen und Versicherungsanstalten beschäftigten Personen, sofern ihr Jahresgehalt 2000 Mark im Jahr nicht überstieg.

Zu beachten ist an dieser Stelle, dass nicht krankenversicherungspflichtige Arbeitnehmer der Krankenversicherung nur beitreten konnten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen nicht höher als 2000 Mark war.⁵⁸ Diese Änderung zum Ursprungsgesetz von 1883 resultierte aus einem Antrag der Zentrumspartei, welcher in der 122. Sitzung des Reichstags am 20.11.1891 vom Abgeordneten Strombeck wie folgt begründet wurde:

„Es haben also nach dem ersten Satze (...) die einzelnen Personen, welche in den §§ 1 bis 3 bezeichnet sind, mehr Rechte, als die Gemeinde gewähren kann. Es sind darunter zahlreiche Beamte mit 10.000, 20.000, 30.000 Mark Jahreseinkommen; sie alle haben das Recht, der Gemeindekrankenversicherung beizutreten, und sie können

⁵⁷ Vgl. Silbermann (1908), S. 13.

⁵⁸ Diese „Versicherungsberechtigungs-grenze“ wurde erst im Kriegsjahr 1941 ausgesetzt und später nicht mehr eingeführt.

*sich auf diese Weise einen billigen Arzt verschaffen. Ich glaube, das geht zu weit. Ich habe thatsächlich in den letzten Tagen eine Klage gehört, daß dieses Beitrittsrecht, welches bisher auch schon bestand, von Leuten benutzt sei, die allerdings mehr als gut in der Lage wären, einen Arzt selbst honorieren zu können. Ich glaube, wir thun gut, dem doch einen Riegel vorzuschieben (...)*⁵⁹

Interessant ist zudem, dass bei Personen, die von der Möglichkeit der freiwilligen Versicherung Gebrauch machen wollten, nicht nur auf Grundlage ihres Arbeitslohnes geprüft wurde, ob sie die Versicherungspflichtgrenze von 2.000 Mark überschritten, sondern an Hand des „Gesamteinkommens“. Durch diese neuen Regelungen der KVG-Novelle von 1892 sollte ausgeschlossen werden, dass sich vermögende Personen der Zwangskrankenversicherung bedienen, um sich eine günstige ärztliche Versorgung im Krankheitsfall zu verschaffen.⁶⁰

Mit der KVG-Novelle von 1892 wurde eine freiwillige Mitgliedschaft in einer Krankenkasse bei einem Gesamteinkommen von über 2.000 Mark ausgeschlossen.

Des Weiteren waren neben der Gemeindekrankenversicherung seit 1892 auch die organisierten Krankenkassen berechtigt, Personen, welche der Krankenversicherung freiwillig beitreten wollten, einer ärztlichen Untersuchung unterziehen zu lassen. Wenn diese eine bereits bestehende Krankheit ergab, konnte die Krankenversicherung von der Kasse ausgeschlossen werden (§ 19 KVG i.d.F. vom 10.04.1892).

⁵⁹ Reichstagsprotokolle 1891, S. 2953.

⁶⁰ Vgl. Petersen (1908), S. 87.

Alle Kassenarten konnten ab 1892 die freiwillige Versicherung vom Gesundheitszustand des Antragstellers abhängig machen.

4.3.2 Beitragsabstufung nach Erkrankungsrisiko

Seit 1892 konnten Ortskrankenkassen, welche für verschiedene Gewerbszweige und Betriebsarten errichtet wurden, die Höhe der Beiträge für die einzelnen Gewerbszweige und Betriebsarten verschieden bemessen, wenn und soweit die Verschiedenheit dieser Arbeitsstätten ein unterschiedliches Erkrankungsrisiko bedingte (§ 22 Abs. 3 KVG i.d.F. vom 10.04.1892). Gehörte ein Versicherter also zu einer Berufsgruppe, für die eine erheblich höhere Erkrankungsgefahr bestand (z.B. durch die Arbeit mit gesundheitsschädlichen Stoffen oder durch erhöhte Unfallgefahr), musste er einen höheren Beitragssatz erheben. Diese Vorschrift wurde mit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung im Jahr 1914 auf alle Krankenkassen ausgedehnt (§ 384 Abs. 1 RVO).

Ab 1892 hatten die Ortskrankenkassen die Möglichkeit, von Versicherten in Betrieben oder Gewerbezweigen mit erhöhter Erkrankungsgefahr einen höheren Beitrag zu erheben.

4.3.3 Zusatzbeiträge für die Familienversicherung

Eine weitere wichtige Neuerung ergab sich durch die KVG-Novelle von 1892 für die Familienversicherung. Neben den organisierten Krankenkassen war es seitdem auch der Gemeindekrankenversicherung freigestellt, Sachleistungen auch für die Familienangehörigen des Mitglieds zu gewähren (§ 6a Nr. 5 KVG i.d.F. vom 10.04.1892).⁶¹ Im Unterschied zum Ursprungsgesetz von 1883 mussten alle Kassen für diese Leistung von den Mitgliedern allgemein festzusetzende Zusatzbeiträge erheben (§ 9 KVG i.d.F. vom 10.04.1892). Eine kostenfreie Familienversicherung gab es somit nicht. Hier wird der enge Bezug von Beitrag und Leistung, d.h. die Anwendung des Äquivalenzprinzips deutlich.

Für die Versicherung von Familienangehörigen war die Erhebung eines Zusatzbeitrages ab 1892 für alle Krankenkassen obligatorisch.

⁶¹ Für die Ortskrankenkassen war § 21 Abs. 1 Ziffer 5 KVG maßgeblich.

5. Das Äquivalenzprinzip als Grundgedanke der Krankenversicherung

Die in Kapitel 4.3 dargestellten Neuerungen, die mit der KVG-Novelle von 1892 eingeführt wurden, zeigen, dass auch nach der Abdankung von Bismarck der Gedanke der Äquivalenz im Krankenversicherungssystem nicht nur weiter verfolgt, sondern auch bestärkt wurde (z.B. höhere Beiträge für höhere Erkrankungsgefahr oder Erhebung von Zusatzbeiträgen für die Versicherung von Familienangehörigen).

Eine Analyse des ursprünglichen Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.06.1883 zeigt, dass viele Merkmale des vorher im Deutschen Reich bestehenden Krankenunterstützungssystems vom Gesetzgeber übernommen wurden. Einige Aspekte sind bis heute im Finanzierungssystem der GKV vorhanden: Die Beiträge der Arbeitnehmer wurden nach einem bestimmten Prozentsatz des Lohnes berechnet, eine Versicherungspflicht- und eine Beitragsbemessungsgrenze wurden ebenfalls im KVG festgeschrieben, ebenso die gemeinsame Tragung der Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern sowie die alleinige Beitragstragung des Mitglieds bei freiwilliger Versicherung.⁶² Auch die Umlagefinanzierung der Krankenversicherung geht auf die erste Version des KVG von 1883 zurück.

Aber es gab einen wesentlichen Unterschied zur heutigen Situation: Das im Erkrankungsfall an den Versicherten ausgezahlte Krankengeld umfasste etwa die Hälfte der gesamten Leistungsausgaben der GKV nach ihrer Gründung. Im Vergleich dazu beträgt der Anteil des Krankengeldes an den gesamten Leistungsausgaben der GKV heute nur

⁶² Der Arbeitgeberanteil betrug allerdings nur $\frac{1}{3}$ des Gesamtbeitrages.

noch 3,8 %.⁶³ Somit hatte die Einkommensersatzleistung zu Gründungszeiten der Krankenversicherung einen erheblich höheren Stellenwert als in der heutigen Zeit. Da das Krankengeld auch damals an die Höhe des Einkommens gekoppelt war, erhielt ein Versicherter umso mehr Krankengeld je höher seine Beitragszahlungen waren. Vor dem Hintergrund, dass die Auszahlung von Krankengeld eine wesentliche Leistung der historischen Krankenversicherung war, kann festgestellt werden, dass ursprünglich das Äquivalenzprinzip im Vordergrund stand.

Dieser Aspekt findet in der Literatur zwar häufig Zustimmung, wird aber oft verkürzt dargestellt.⁶⁴ Die historische Krankenversicherung wird von vielen Autoren als Versicherung gegen den krankheitsbedingten Ausfall des Erwerbseinkommens charakterisiert.⁶⁵ Das Krankengeld sei die Hauptleistung gewesen und somit sei erklärbar, dass das direkte Wertverhältnis zwischen eingezahltem Versicherungsbeitrag und ausbezahltem Krankengeld - d.h. das Äquivalenzprinzip - in der Anfangszeit der Krankenversicherung konstitutiv war. Im Laufe der Zeit habe das Krankengeld dann seinen Stellenwert verloren und mit einem immer höheren Anteil medizinischer Versorgungsleistungen wäre das Solidaritätsprinzip in den Vordergrund getreten.

In diesem Zusammenhang sind jedoch zwei weitere Punkte zu beachten, die in der historischen Betrachtung meistens nicht erwähnt werden: Zum einen umfasste das Krankengeld damals zwar fast 50 % der Ausgaben der Krankenkassen, war aber dennoch nicht die „Haupt-

⁶³ Vgl. BMG (2009).

⁶⁴ Vgl. z.B. Boeckh/Huster/Benz (2006), S. 68 oder Sauerland (2004), S. 217ff.

⁶⁵ Vgl. z.B. Jacobs/Schellschmidt (2002), S. 16.

leistung“ – die Versorgung mit ärztlichen Leistungen, Heilmitteln und Krankenhauspflege als Sachleistung umfasste immerhin bereits 1885 die gesamte zweite Hälfte der Leistungsausgaben. Zum anderen ist die berufsständische Organisation der Bismarckschen Krankenversicherung von Bedeutung. Beide Aspekte werden im Folgenden einer näheren Betrachtung unterzogen.

5.1 Äquivalenz von Beitragszahlung und Leistungsausgaben

Für die Unterstützung im Krankheitsfall legte das KVG ein Mindestmaß fest. Allerdings hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, das Maß ihrer Leistungen satzungsmäßig zu erhöhen (mit Ausnahme der Knappschaftskassen, der freien Hilfskassen und der Gemeindekrankenversicherung). Bei der subsidiären Gemeindekrankenversicherung war der Leistungsumfang am geringsten und umfasste freie ärztlicher Behandlung, Arzneimittel sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel. Zudem wurde im Fall der Erwerbsunfähigkeit Krankengeld gezahlt, welches der Hälfte des ortsüblichen Tagelohns entsprach. Die Unterstützung konnte auch durch freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt werden. In diesem Fall hatten die Angehörigen Anspruch auf die Hälfte des Krankengeldes. Bei den organisierten Krankenkassen war das Mindestmaß höher, denn das Krankengeld wurde nach dem durchschnittlichen Tagelohn der Arbeiterklasse berechnet, für die die Kasse gegründet wurde. Zudem gewährten die Kassen auch Wöchnerinnen drei Wochen Unterstützung und beim Tod des Mitglieds wurde ein Sterbegeld in Höhe des 20fachen ortsüblichen Tagelohns gezahlt. Eine freie Hilfskasse musste hingegen nur die gleiche Unterstützung wie die Gemeindekrankenversicherung gewähren beziehungsweise konnte auch ein Krankengeld in

Höhe von drei Vierteln des ortsüblichen Tagelohns gewähren bei entsprechender Minderung der Sachleistungen.

Interessant ist eine differenzierte Betrachtung der einzelnen Kassenarten und ihrer Leistungsausgaben. Die folgende Tabelle zeigt, wie sich die Gesamtausgaben der einzelnen Kassenarten im Jahr 1885 prozentual auf die einzelnen Leistungsbereiche verteilen:⁶⁶

Tab. 2: Ausgaben der Krankenversicherung je Kassenart im Jahr 1885 in %

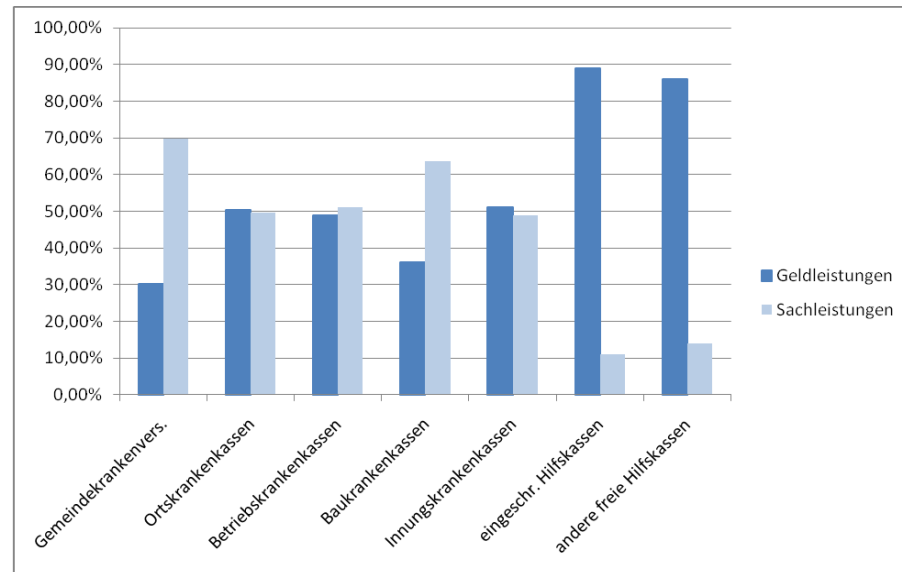
Kassenart	Geldleistungen	Arzt	Arzneimittel etc.	Krankenhauspflege
Gemeindekrankenvers.	30,16 %	26,15 %	15,47 %	28,22 %
Ortskrankenkassen	50,42 %	20,39 %	17,47 %	11,72 %
Betriebskrankenkassen	48,99 %	25,29 %	19,88 %	5,84 %
Baukrankenkassen	36,24 %	22,13 %	10,53 %	31,10 %
Innungskrankenkassen	51,14 %	16,12 %	11,12 %	21,62 %
Eingeschr. Hilfskassen	89,01 %	3,29 %	2,74 %	4,96 %
andere freie Hilfskassen	85,90 %	5,26 %	5,20 %	3,64 %

Quelle: Meyers Konversationslexikon (1892), S. 156f.

⁶⁶ In diesen Daten sind Krankengeld, Wöchnerinnen-Unterstützung und Sterbegeld als „Geldleistungen“ der Krankenkassen in einer Spalte zusammengefasst, so dass eine genaue Bestimmung des Anteils von Krankengeld an den Gesamtausgaben nicht möglich ist. Da jedoch die Ausgaben im Fall von Mutterschaft oder im Todesfall wesentlich geringer waren als das Krankengeld, erlaubt diese Tabelle dennoch eine angemessen differenzierte Einschätzung der Ausgabensituation der GKV Ende des 19. Jahrhunderts.

Werden die Ausgaben für Arzt, Arzneimittel und Krankenhauspflege als Sachleistungen zusammengefasst und den Geldleistungen gegenübergestellt, ergibt sich für die verschiedenen Kassenarten folgendes Verhältnis:

Abb. 1: Verhältnis von Sach- und Geldleistungen je Kassenart im Jahr 1885 in %



Quelle: Meyers Konversationslexikon (1892); eigene Darstellung.

Die Mehrheit der krankenversicherten Arbeitnehmer (ca. 63 %) war 1885 Mitglied einer Orts- oder Betriebskrankenkasse.⁶⁷ Aus der obigen Abbildung ergibt sich, dass diese Kassenarten etwa 50 % ihrer Ausgaben für die Zahlung von Krankengeld aufwendeten. Gleiches

⁶⁷ Brockhaus' Konversationslexikon (1896), S. 689.

galt für die Innungskrankenkassen, bei denen jedoch für nur 0,4 % der krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer eine Mitgliedschaft bestand. Anders stellt sich das Bild für die Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung, der Baukrankenkassen sowie der verschiedenen Hilfskassen dar, in denen das übrige Drittel der krankenversicherungspflichtigen Arbeiter versichert war. Der Anteil der Sachleistungen lag bei der Gemeindekrankenversicherung bei ca. 70 %. Hier waren etwa 15 % aller Mitglieder versichert. Bei den Hilfskassen betrug der Anteil der Sachleistungen dagegen nur 11-14 %. Somit erhielten die Mitglieder der Hilfskassen (d.h. über 20 % aller krankenversicherungspflichtigen Arbeiter) in der Anfangszeit fast ausschließlich Krankengeld.

Bei einer Zusammenfassung aller krankenversicherungspflichtigen Arbeiter in drei Kategorien (I. Orts-/Betriebs-/Innungskrankenkassen, II. Gemeindekrankenversicherung/Baukrankenkassen, III. Hilfskassen) wird deutlich, für wie viele Mitglieder die je nach Kassenart unterschiedliche Relation von Sach- und Geldleistungen maßgeblich war:

Kassenart	Anteil aller Mitglieder	Verhältnis Geld- zu Sachleistungen
Orts-/ Betriebs-/ Innungskrankenkassen	64 %	50 % zu 50 %
Gemeindekrankenversicherung/ Baukrankenkassen	15 %	30 % zu 70%
Hilfskassen	21 %	88 % zu 12 %

Somit entsprach das Verhältnis von Sach- und Geldleistungen für zwei Drittel der krankenversicherungspflichtigen Mitglieder 1:1. Nur für rund 20 % aller Mitglieder wurde ein sehr hohes Krankengeld gezahlt.

Die Begründung für den hohen Krankengeldanteil bei den Hilfskassen liegt in § 75 KVG: Demgemäß konnten Hilfskassen, welche keine freie ärztliche Behandlung und Arznei gewährten, alternativ ein Krankengeld in Höhe von $\frac{3}{4}$ des ortsüblichen Tagelohns auszahlen.

Hier sei jedoch darauf hingewiesen, dass diese besondere Krankengeld-Regelung für Hilfskassen nicht auf einer sozialpolitischen Bevorzugung von Geldleistungen gegenüber Sachleistungen resultierte, sondern rein versicherungstechnische Gründe hatte: Nur bei Hilfskassen lag es allein in der Entscheidung der versicherungspflichtigen Arbeiter, ob sie der Kasse beitreten wollten oder nicht. Als weitere Besonderheit fanden sich in dieser Kassenart Arbeiter der unterschiedlichsten Kategorien zusammen, die zudem in weit auseinander liegenden Bezirken wohnhaft waren.⁶⁸ Aus den Reichstagsprotokollen von 1883 geht hervor, dass den Hilfskassen nicht die Verpflichtung auferlegt werden konnte, freie Kur und Arznei zu gewähren, *„denn für Kassen, welche ihre Mitglieder in den verschiedensten Orten verstreut haben, ist es unmöglich, freie Kur und Arznei zu gewähren.“*

Es blieb also, wenn man nicht Kassen zerstören wollte, die erst durch das Reichsgesetz vom Jahr 1876 auf gesetzliche Grundlage

⁶⁸ Somit konnte bei Hilfskassen nur der allgemeine Ortstagslohn bei der Leistungs- und Beitragsbemessung zu Grunde gelegt werden und nicht der Durchschnittslohn der Arbeiterkategorie für die die Kasse gebildet wurde (wie es das KVG bei den Primärkassen vorsah).

gestellt waren, nur übrig, das Krankengeld um einen gewissen Prozentsatz zu erhöhen. Laut der Reichstagsprotokolle war der Gesetzgeber allerdings keineswegs von der Annahme ausgegangen, dass ein Krankengeld in Höhe von $\frac{3}{4}$ des ortsüblichen Tagelohns „wirklich unter allen Umständen die freien Kuren und die freie Arznei decken würde“. ⁶⁹ Eine Bestimmung, die einen vollen Ersatz für alle Fälle absicherte, ließ sich nicht finden, und selbst den Durchschnitt der Kurkosten würde diese Quote nicht erreichen. „Man befand sich aber eben in einer Zwangslage“. ⁷⁰

Auch die Motive zum Gesetzentwurf des KVG greifen diesen Punkt explizit auf. Da Hilfskassen-Mitglieder in ausgedehnten Bezirken zerstreut wohnten, sei die Gewährung freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei für die Kassen undurchführbar. Nur aus diesem Grund wurde es den Hilfskassen durch die Regelungen des KVG ermöglicht, in höherem Maße Geldleistungen zu erbringen. In den Motiven wird allerdings betont, dass diese Regelung für alle anderen Kassenarten keine Anwendung fand:

„Es scheint daher ratsam, die Gewährung freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei zu einem nothwendigen Bestandtheil der zu gewährenden Krankenunterstützung zu machen, da hierdurch bei der Mehrzahl der versicherten Personen demjenigen Bedürfniß angeholfen wird, welches andernfalls keine oder nur eine höchst ungenügende Befriedigung findet.“

Der entsprechende Kommissionsbericht führte dazu weiter aus,
„daß die Gewährung freier ärztlicher Behandlung und Arznei in allen Fällen nicht nur eine Forderung der Billigkeit sei, sondern auch im

⁶⁹ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. 182.

⁷⁰ Woedtke (1883), S. 182.

eigenen Interesse der Gemeinde-Krankenversicherung bzw. der Krankenkassen liege. Es werde dadurch die Gefahr beseitigt, daß der erkrankte Arbeiter aus Scheu vor den entstehenden Kosten die Konsultierung eines Arztes unterlasse, dadurch in vielen Fällen die Krankheit verschlimmere und später eine längere und kostspieligere Kur erforderlich mache“⁷¹

Auch in der Öffentlichkeit wurde die besondere Krankengeld-Regelung für Hilfskassen in den Jahren nach Inkrafttreten des KVG vielfach kritisiert. So war in der Amtspresse Preußens im Oktober 1890 zu lesen:

„Es wird allgemein als eine der wohlthätigsten Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes anerkannt, daß in Folge der Bestimmung des § 6 Absatz 1 Ziffer 1 die ärztliche Behandlung auch in solchen Kreisen der Arbeiterbevölkerung rechtzeitig eintrete, in denen sie bisher in Folge der Mittellosigkeit oder der Gleichgültigkeit der Nächstbetheiligten nur im höchsten Nothfalle und folgeweise meistens zu spät eingetreten sei. Hiernach erscheint es unzulässig, als Ersatz des gesetzlichen Versicherungsverhältnisses die Mitgliedschaft bei einer Kasse anzuerkennen, welche an Stelle der freien ärztlichen Behandlung und Arznei einen im Voraus bestimmten Geldbetrag gewährt und es dem Empfänger überläßt, ob und in welchem Umfange er sich dafür die ärztliche Behandlung und Arznei verschaffen kann und will“.⁷²

Mit der Novelle des KVG vom 10.04.1892 wurde die Sonderregelung für Hilfskassen hinsichtlich des Krankengeldes dann relativiert, um die Stellung der Primärkassen zu stärken: Der Ersatz der Sachleis-

⁷¹ Reichstagsprotokolle (1883), S. 777.

⁷² Amtspresse Preußens (1890).

tungen durch ein erhöhtes Krankengeld war nur noch dann möglich, wenn das Mitglied gleichzeitig der Gemeindekrankenversicherung angehörte (siehe § 75 KVG i.d.F. vom 10.04.1892).

Die Bedeutung der Sachleistungen gegenüber dem Krankengeld wurde von verschiedenen zeitgenössischen Autoren betont. So schreiben Lass und Zahn im Jahr 1900 zur ärztlichen Behandlung:

„Dieser Posten ist um so bedeutsamer, als den hier in Frage kommenden Arbeiterkreisen infolge Mittellosigkeit oder Gleichgültigkeit der Nächstbetheiligten ärztliche Hilfe früher nur im äußersten Nothfalle und darum meistens zu spät zu Theil wurde. Mit dem jetzigen Verfahren ist von vornherein die bestmögliche Behandlung der Krankheit eröffnet, und darum hat gerade der Posten für ärztliche Hilfe vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege eine über den Einzelfall weit hinausreichende Bedeutung. Aehnlich verhält es sich mit den Aufwendungen für die Kur und Verpflegung im Krankenhaus.“⁷³

In der Zusammenschau ist festzuhalten, dass das Krankengeld von allen Leistungsarten tatsächlich der höchste Ausgabenposten der GKV war. So entstanden den Krankenkassen im Jahr 1891 Kosten in Höhe von 89.166.091 Mark, die sich wie folgt auf die einzelnen Leistungsarten verteilten:

⁷³ Lass/Zahn (1900), S. 143f.

Tab. 3: Ausgaben der Krankenversicherung je Leistungsart im Jahr 1891

Leistungsart	Ausgaben im Jahr 1891
Krankengeld	43.031.646 Mark
Arzt	17.859.712 Mark
Arzneimittel etc.	14.894.070 Mark
Krankenhauspflege	13.380.663 Mark

Quelle: Brockhaus' Konversations-Lexikon (1896), S. 689.

Auf das Krankengeld entfielen 1891 somit weitaus mehr Kosten als z.B. auf die Kosten der ärztlichen Behandlung. Stellt man jedoch das Krankengeld als Einkommensersatzleistung und die ärztliche Behandlung, Krankenhauspflege etc. als Sachleistungen gegenüber, so war die Geldleistung eben nicht die Hauptleistung der historischen Krankenversicherung, sondern betrug nur 48 % aller Leistungsausgaben. Des Weiteren machen die obigen Zitate aus den zeitgenössischen Quellen deutlich, dass die Sachleistungen des KVG einen ebenso hohen politischen und gesellschaftlichen Stellenwert hatten, wie das Krankengeld. Somit handelte es sich bei der Bismarckschen Krankenversicherung nicht nur um eine reine Versicherung gegen den krankheitsbedingten Ausfall von Erwerbseinkommen, wie dies in der heutigen Literatur oftmals dargestellt wird. Vielmehr war auch die Bereitstellung von Sachleistungen durch die Krankenkassen ein wichtiges sozialpolitisches Ziel.

Da die Beitragszahlung des Versicherten und die Krankengeldauszahlung der Kassen in einem direkten Wertverhältnis stehen, ist für diesen Ausgabenposten das Äquivalenzprinzip als umgesetzt zu be-

trachten. Doch galt für die restlichen 50 % der Leistungen eine solidarische Finanzierung nach heutigem Modell? Bei einer Analyse der damaligen Organisationsstrukturen der Krankenversicherung ist diese Frage zu verneinen. Dieses wird im folgenden Abschnitt erläutert.

5.2 Äquivalenz aufgrund der berufsständischen Organisation

Für den Gesetzgeber sollte eine Krankenversicherung 1883 folgende Merkmale aufweisen:

1. die örtliche Organisation für nicht zu große Bezirke,
2. die Vereinigung von Arbeitern gleicher Beschäftigung und
3. die Mitwirkung der Arbeiter in der Selbstverwaltung ihrer Krankenkasse.⁷⁴

Der erste Punkt resultierte aus der Überlegung, dass nur eine Krankenkasse, die nah an den lokalen Verhältnissen der Betroffenen tätig ist, die Voraussetzungen der Unterstützungsansprüche und deren Dauer feststellen und prüfen könne. Der zweite Aspekt beruhte auf der Annahme, dass die gegenseitige Krankenversicherung der Arbeiter desselben Berufes die rationellste sei. Dies wurde damit begründet, dass für Arbeiter mit gleicher Beschäftigung das relativ gleiche Krankheitsrisiko bestehe. Darüber hinaus sollten die nahen Beziehungen der Kassenmitglieder untereinander dazu beitragen, Simulanten besser zu kontrollieren. Hinsichtlich der Beteiligung der Kassenmitglieder an der Selbstverwaltung, setzte der Gesetzgeber zudem auf einen „wohlthätigen moralischen Einfluss“.⁷⁵

⁷⁴ Vgl. Woedtke (1883), S. 12f.

⁷⁵ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. XVII.

Für die vorliegende Studie sind vor allem die ersten beiden der o.g. Aspekte relevant, daher kann auf eine nähere Analyse des Prinzips Selbstverwaltung verzichtet werden. Vor allem die Annahme des Gesetzgebers, dass berufsständisch organisierte Krankenkassen aufgrund der gleichen Krankheitsrisiken der einzelnen Berufe, eine entsprechend gleichartige sichere Risikobemessung vornehmen konnten, ist ein maßgeblicher Beleg für das Prinzip von Leistung und Gegenleistung in der historischen Krankenversicherung. Wobei die Gegenleistung der Krankenkassen ausdrücklich nicht nur in der Zahlung von Krankengeld bestand, sondern auch in der Bereitstellung freier medizinischer Versorgung.

Die Verknüpfung von Beruf, Gesundheitsgefahr und Kassenzugehörigkeit wurde auch in den Kommentierten Berichten betont:

*„Gegen die Vereinigung verschiedenartiger Gewerbe in einer Kasse wurde noch geltend gemacht, daß es eine Reihe von Gemeinden gebe, in denen die Krankheitsgefahr eine sehr viel größere sei, als in anderen, und daß deshalb, namentlich wenn man die Bildung größerer Kassenorganisationen von der Abstimmung der Beteiligten anhängig mache, die Gefahr vorliege, daß die Angehörigen ungefährlicher Betriebszweige durch eine größere Anzahl von Angehörigen gefährlicher Betriebe überstimmt und zu einer für sie unzweckmäßigen und belastenden Kassenbildung gezwungen werden“.*⁷⁶

Die Risikobemessung nach Berufszugehörigkeit wird nachstehend am Beispiel der Orts- und Betriebskrankenkassen dargestellt, da in diesen Kassenarten die Mehrheit der Arbeitnehmer versichert war (über 60 %).

⁷⁶ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. 78.

Vor allem die Ortskrankenkassen waren auf das tradierte historische berufsmäßige Organisationsprinzip ausgerichtet. Beispielsweise gab es 1885 in Leipzig 18 „besondere“ Ortskrankenkassen: je eine für Metallarbeiter, für das Buchgewerbe, für Hersteller von Musikinstrumenten etc.⁷⁷ Aus den Motiven zum Gesetzentwurf ist hinsichtlich dieser Kassenart Folgendes zu entnehmen:

*„Die Ortskrankenkassen werden ihre nächste Aufgabe am besten erfüllen und eine moralische Wirkung auf ihre Mitglieder am sichersten ausüben, wenn ihre Mitglieder lediglich aus Berufsgenossen bestehen. Sie sollen daher, soweit dies möglich ist, für die in einem Gewerbe, eventuell für die in mehreren verwandten Gewerben beschäftigten Arbeiter gebildet werden“.*⁷⁸

Diese Argumentation galt ebenso für die Betriebskrankenkassen: Waren in einer Fabrik mehr als 50 dem Krankenversicherungszwang unterliegende Personen beschäftigt, war der Unternehmer nach § 60 KVG berechtigt, eine Betriebskrankenkasse zu gründen. Er konnte dazu auch von der zuständigen Verwaltungsbehörde verpflichtet werden. In den Motiven zum Gesetzentwurf ist dazu ausgeführt, dass *„die Eingliederung der Arbeiter solcher mit besonderer Krankheitsgefahr verbundener Betriebe in die Ortskrankenkassen oder in die Gemeindekrankenversicherung kann namentlich für kleinere Gemeinden zu einer unbilligen und bedenklichen Belastung führen (kann)“.*⁷⁹

⁷⁷ Vgl. Tennstedt (1976), S. 389.

⁷⁸ Zitiert nach: Woedtke (1883), S. 75.

⁷⁹ Zitiert nach Woedtke (1883), S. 157.

Dieser Argumentation folgt auch Stier-Somlo:

*„Man braucht ja bloß daran zu denken, dass z.B. eine Ortskrankenkasse 200 oder 300 Mitglieder mit geringer Krankheitsgefahr aufzuweisen hat und ohne die besondere Errichtung der Betriebskrankenkasse gezwungen wäre, die in einer Fabrik mit großer Krankheitsgefahr beschäftigten etwa 70 Personen bei sich aufzunehmen. Es liegt auf der Hand, dass jene 2-300 mit einem Krankheitsrisiko dieser 70 ungebührlich belastet würden. Für die neu zu errichtende Betriebskrankenkasse wird dann ein gleichmäßiges Krankheitsrisiko gegen sein“.*⁸⁰

Diese Vorgehensweise korrespondiert mit der heutigen Bedeutung des Äquivalenzprinzips, nach dem der zu zahlende Beitrag eines Versicherten seinem persönlichen Erkrankungsrisiko entspricht. Die individuelle Höhe des Beitrags hängt von seinem Alter, seinem Gesundheitszustand, seinem Geschlecht sowie Art und Umfang der versicherten Leistungen ab. Die Beiträge werden so kalkuliert, dass die entstehenden Versicherungsleistungen und die eingehenden Versicherungsbeiträge - über die gesamte Vertragslaufzeit gesehen - in einem Gleichgewicht sind. Die Risikotragung erfolgt durch das Kollektiv gleichartig Versicherter.

Zusammenfassend ist daher zu konstatieren, dass das Äquivalenzprinzip zu Gründungszeiten der Krankenversicherung umfänglicher umgesetzt wurde, als es in der heutigen Literatur oft dargestellt wird: Es ist einerseits richtig, dass die Absicherung gegen den krankheitsbedingten Ausfall von Erwerbseinkommen eine wesentliche Leistung der Krankenkassen war. Da das Krankengeld umso höher ausfiel, je mehr Beiträge eingezahlt wurden, greift das Äquivalenzprinzip.

⁸⁰ Stier-Somlo (1912), 63f.

Andererseits wurde in den obigen Ausführungen gezeigt, dass Sachleistungen ebenfalls einen Anteil von 50 % der Gesamtausgaben hatten. Hier ist die Umsetzung des Äquivalenzprinzips auf den ersten Blick nicht so offensichtlich. Es ergibt sich jedoch aus der berufsständischen Organisation der GKV: Krankenkassen wurden für Arbeiterklassen gegründet, die das gleiche Erkrankungsrisiko trugen. Es handelte sich um Versichertenkollektive, deren Homogenität der einzelnen Krankenkasse eine Risiko- bzw. Beitragsbemessung anhand des entsprechenden Erkrankungsrisikos erlaubte. Somit galt das Äquivalenzprinzip nicht nur für die Geldleistung, sondern auch für die Sachleistung.

Das Äquivalenzprinzip wurde in der historischen Krankenversicherung weit umfänglicher umgesetzt, als es heute oft dargestellt wird.

Aufgrund der starken Betonung des Äquivalenzprinzips ist demgemäß das Thema Einkommensausgleich in den historischen Quellen nicht zu finden. Dass eine Umverteilung von Einkommen bei der damaligen Organisation der Krankenkassen auch gar nicht durchführbar gewesen wäre, zeigt sich vor allem an der Vielzahl der Kassen. Um 1900 waren etwa 9 Millionen Personen dem Krankenversicherungszwang unterworfen, die sich auf fast 23.000 verschiedene Kassen verteilten. Somit zählte eine Krankenkasse durchschnittlich 400 Mitglieder und war als gegenseitige Krankenversicherung der Berufsgenossen organisiert.

Die Anzahl der Krankenkassen stellte sich im Jahr 1891 wie folgt dar:

Tab. 4: Anzahl der Krankenkassen im Jahr 1891

Kassenart	Anzahl der Kassen	Anzahl der Mitglieder
Gemeindekrankenversicherungen	8.145	1.166.893
Ortskrankenkassen	4.219	2.900.004
Betriebskrankenkassen	6.244	1.201.361
Innungskrankenkassen	467	15.839
Baukrankenkassen	132	11.378
Hilfskrankenkassen	2291	792.258
Gesamt	21.498	3.727.231

Quelle: Brockhaus' Konversations-Lexikon (1896), S. 689.

Da die Mitglieder der einzelnen Krankenkassen ein ähnliches Erkrankungsrisiko hatten und über ein ähnliches Einkommen verfügten, handelte es sich bei den historischen Krankenkassen grundsätzlich um relativ homogene, in sich abgeschlossene Organisationen, die auf das Äquivalenzprinzip ausgerichtet waren und in denen somit kein Ausgleich zwischen hohen und niedrigen Einkommen stattfand. Einschränkung ist hier allerdings zu bemerken, dass das Einkommen der Angestellten auch am Ende des 19. Jahrhunderts etwas höher war, als das der Arbeiter und somit wurden die Angestellten in höheren Lohnklassen der jeweiligen Krankenkasse versichert. Aus zeitgenössischer Perspektive wurde im Jahr 1908 daraus der Schluss gezogen, „*daß die Krankenkassen von den Privatangestellten⁸¹ verhältnismäßig mehr*

⁸¹ Silbermann fasst darunter wissenschaftlich, technisch oder kaufmännisch gebildetes Verwaltungs-, Aufsichts- und Büropersonal. Dies waren damals typische Berufe der Angestellten.

Einnahmen erzielen als von den übrigen Versicherten. Allerdings wird auch der Durchschnitt des bezogenen Krankengeldes höher sein, da aber etwa die Hälfte der Ausgaben auf Arzt und Arznei entfällt, deren Inanspruchnahme sich ohne Rücksicht auf Lohnklasse und Beitrag vollzieht, so ist man zu der Annahme berechtigt, daß die Privatbeamten zu der Ausgabe für Heilbehandlung in prozentual stärkerem Maße beitragen als die übrigen Kassenmitglieder. (...) Der stärkeren Belastung der Privatbeamten steht irgendein Äquivalent nicht gegenüber.“⁸²

Der Autor bewertet diese Ungleichheit als Benachteiligung der höher verdienenden Angestellten und spricht sich für eine entsprechende Reform der Krankenversicherung aus. Diese zeitgenössische Einschätzung unterstreicht die Tatsache, dass ein Einkommensausgleich in der historischen Krankenversicherung weder gewollt noch gewünscht war, sondern dass vielmehr ein Interesse an einem Gleichgewicht von individuell eingezahlten Beiträgen und erhaltenen Leistungen bestand. Allerdings ist das Ausmaß, in dem vom Äquivalenzprinzip durch relativ höhere Beitragszahlungen von Angestellten abgewichen wurde, als gering einzustufen. Der Anteil der Angestellten an allen Versicherten war selbst zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch sehr gering. Laut Silbermann unterlagen von den etwa 1.200.000 Angestellten in Handel, Industrie und freien Berufen mindestens 800.000 der Krankenversicherungspflicht. Dies entspräche einem Anteil von nur 6,5 % aller Versicherten.⁸³

⁸² Vgl. Silbermann (1908), S. 17f.

⁸³ Vgl. Silbermann (1908), S. 16f.

6. Die GKV als Privileg der bedürftigen Bevölkerungsschichten

Ein wesentlicher Kritikpunkt am heutigen Finanzierungssystem der GKV ist die Versicherungspflichtgrenze, die Arbeitnehmer ab einer bestimmten Einkommenshöhe von der Versicherungspflicht in der GKV befreit und ihnen somit eine private Absicherung für den Krankheitsfall ermöglicht. In der gesundheitspolitischen Diskussion wird in diesem Zusammenhang oftmals angeführt, dass es nicht dem Prinzip eines solidarischen Krankenversicherungssystems entspräche, wenn sich gerade Personen mit hohem Einkommen nicht an diesem System beteiligen. Kein Mitglied der GKV sein zu müssen, sei ein „Privileg der Reichen“. Dabei sollte jedoch nicht übersehen werden, dass die historische Krankenversicherung von 1884 auf ganz anderen Grundgedanken fußte.

Der Versicherungszwang des KVG richtete sich in erster Linie auf abhängig beschäftigte Arbeiter. Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, wurde die Krankenversicherung als notwendige Ergänzung zur Unfallversicherung errichtet und somit erstreckte sich der Versicherungszwang auf alle Arbeiter, die in einem Betrieb tätig waren, der der Unfallversicherungspflicht unterlag. Dies ist die Begründung dafür, dass am Anfang

„derjenige Personenkreis ausgeschlossen [war], der für die deutsche Industrie keine dauerhaften und wertvollen Arbeitsleistungen erbringen konnte (etwa nicht-erwerbstätige Familienangehörige oder Rentner).“⁸⁴

⁸⁴ Vgl. Bechmann (2007), S. 205.

§ 2b KVG legte eine Versicherungspflichtgrenze fest, denn Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und -lehrlinge sowie die im Geschäftsbetrieb der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten tätigen Personen unterlagen der Versicherungspflicht nur, wenn ihr Lohn oder Gehalt 2000 Mark im Jahr nicht überstieg. Bei allen anderen Arbeitern war die Höhe des Lohns für den Versicherungszwang ohne Belang.

Das KVG sah in der ersten Fassung von 1883 noch vor, dass nicht-versicherungspflichtige Personen mit einem Einkommen über 2000 Mark der Krankenversicherung freiwillig beitreten konnten. Diese Möglichkeit wurde bereits im Rahmen der 2. Novelle des KVG von 1892 wieder aufgehoben, da viele vermögende Bürger von der Beitrittsberechtigung Gebrauch machten, obwohl sie finanziell in der Lage waren, selbst für den Krankheitsfall vorzusorgen. Die Beschränkung der freiwilligen Versicherung auf Personen, die weniger als 2000 Mark jährlich verdienten, sollte verhindern, dass wohlhabende Bürger der Krankenversicherung beitraten, „um sich dadurch billige ärztliche Hilfe und Arznei zu verschaffen“.⁸⁵

Zu Zeiten der Gründung der Krankenversicherung waren somit diejenigen Bevölkerungsschichten als privilegiert zu betrachten, die die Möglichkeit hatten, Mitglied einer Krankenkasse zu werden. Bei Selbstständigkeit oder einem Erwerbseinkommen über 2.000 Mark jährlich unterstellte der Gesetzgeber, dass eine private Vorsorge für den Krankheitsfall möglich war. Eine Solidarität zwischen bedürftigen und einkommensstarken Bevölkerungsgruppen war in der damaligen Krankenversicherung nicht vorgesehen.

⁸⁵ Vgl. Petersen (1908), S. 87

Die gesetzliche Krankenversicherung war ursprünglich ein Privileg der Arbeiterschicht. Vermögende Bürger hatten keine Zugangsmöglichkeit, da der Staat von ihnen eine private Absicherung für den Krankheitsfall erwartete.

7. Einführung der Reichsversicherungsordnung ab 1914

Unter Reichskanzler Theobald von Bethmann-Hollweg (1909-1917) kam es im Jahr 1911 schließlich zu einer größeren Reform des gesamten Sozialrechts. Mit der Reichsversicherungsordnung (RVO), die der Reichstag am 31.05.1911 verabschiedete, wurde die bisherige Versicherungsgesetzgebung für Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter in einem Gesetzbuch zusammengefasst. Organisatorisch erfuhr die Krankenversicherung die größte Änderung, denn durch Beseitigung der Gemeindekrankenversicherungen und Einführung von Mindestmitgliederzahlen wurde eine Zusammenlegung der kleinen Krankenkassen und deren Zentralisation herbeigeführt.

Nach der Begründung des RVO-Entwurfes war eine der Hauptaufgaben der RVO die „Schaffung größerer und leistungsfähiger Träger der K.V.“, denn die starke Zersplitterung des Krankenkassenwesens hatte einige Nachteile mit sich gebracht. Erler nennt bei Einführung der RVO im Jahr 1914 folgende Gründe für eine Zentralisation:

- Bei großen Kassen kann eine größere Leistungsfähigkeit vorausgesetzt werden, da sich bei ihnen günstige und schlechte Risiken infolge der großen Mitgliederzahl besser ausgleichen.
- Die zunehmend geforderte Krankheitsvorsorge kann durch größere Krankenkassen besser ermöglicht werden, da diese – im Gegensatz zu kleinen Kassen – ohne starke Belastung ihrer Mitglieder eigene Krankenanstalten, Genesungsheime und Walderholungsstätten errichten können.
- Die Zentralisation beendet häufige Wechsel zwischen einzelnen Kassen und damit verbundene Streitigkeiten über die Kassenzu-

gehörigkeit. Dies bringt für den Versicherten die Gewissheit, dass er trotz Arbeitsplatzwechsel innerhalb örtlich nicht allzu beschränkter Grenzen dieselben Ansprüche und Verpflichtungen gegenüber der Krankenversicherung hat.⁸⁶

Bisher bildeten die beruflich gegliederten Ortskrankenkassen die Grundlage der Organisation der Krankenversicherung. Mit Inkrafttreten der RVO wurden dagegen die territorialen allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen die Hauptträger der Versicherung.

„Damit wird anerkannt, daß es nach den (...) gemachten Erfahrungen für eine größere Leistungsfähigkeit besser ist, die Ortskrankenkassen nach örtlichen Bezirken abzugrenzen, als nach gewissen Berufen und Betrieben, wie dies bisher die Regel bildete.“⁸⁷

Mit Einführung der RVO kam es also zu einer ersten Abkehr von der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung hin zu einer Versicherung größerer Kollektive.

„Die Argumentation des Gesetzgebers, daß die Gruppierung nach Berufen schon deshalb notwendig sei, weil die Risiken verschieden seien, ist durch die Entwicklung des gewerblichen Lebens längst überholt.“⁸⁸

Die Einführung der RVO im Jahr 1914 brachte erstmals eine Abkehr von der berufsständischen Krankenversicherung zu Gunsten größerer Versichertenkollektive.

⁸⁶ Vgl. Erler (1914), S. 3f.

⁸⁷ Erler (1914), S. 8.

⁸⁸ Stier-Somlo (1908), S. 34.

Bedeutete die Einführung der RVO einen Wandel in der Krankenversicherung hin zu einer planmäßigen Einkommensumverteilung? Diese Frage ist zu verneinen, denn nach Inkrafttreten der RVO konnte von einem finanziellen Ausgleich zwischen Beziehern von hohen und niedrigen Einkommen noch keine Rede sein. Auch wenn von der Durchführung der Krankenversicherung auf Basis berufsgruppenspezifischer Kassen zu Gunsten größerer Versichertenkollektive Abstand genommen wurde, war Einkommensumverteilung in diesen Versicherungengruppen kein erklärtes Ziel. Vielmehr sollte die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkassen gestärkt werden. Leistungsfähigkeit bezeichnet allgemein das Vorhandensein der nötigen Voraussetzungen, um eine Leistung langfristig stabil zu erbringen. Damit eine Krankenkasse ihre Regelleistungen langfristig stabil erbringen kann, müssen als Voraussetzung Einnahmen und Ausgaben in einem Gleichgewicht stehen. Dies wird gewährleistet, indem sich gute und schlechte Risiken im Versichertenkollektiv ausgleichen. Der Grundgedanke eines Ausgleiches zwischen Gesunden und Kranken führte somit dazu, dass Ortskrankenkassen nicht mehr nach einzelnen Berufsgruppen, sondern nach örtlichen Bezirken abgegrenzt wurden. Damit wurden größere Versichertenkollektive gebildet und somit die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenkasse gestärkt.

Des Weiteren blieben die Betriebs- und Innungskrankenkassen als berufliche Krankenkassen bestehen und dort wurde der Grundgedanke fortgeführt, dass für Angehörige des gleichen Berufsstandes auch das gleiche Erkrankungsrisiko bestand.

Neu gegründet wurden die Landkrankenkassen für „besondere Berufszweige“ wie Landarbeiter, Dienstboten, im Wandergewerbe Beschäftigte und Hausgewerbetreibende. Diese Personengruppen wurden fast alle durch die RVO dem Versicherungszwang neu unterworfen

und sie unterschieden sich in wesentlichen Punkten von den gewerblichen Arbeitern in ihren Lebensgewohnheiten und örtlichen sowie beruflichen Verhältnissen. Die Kassenart der Landkrankenkasse wurde für diese Bevölkerungsgruppen neu geschaffen, um deren besonderen Lebens- und Arbeitsbedingungen besser Rechnung tragen zu können.⁸⁹ Somit blieb man auch bei den „neuen“ Versichertengruppen bei der Grundannahme, für Personen mit hohem berufsbedingtem Erkrankungsrisiko eine eigene Kassenart zu gründen. In der Gesetzesbegründung zur RVO wurde zudem ausgeführt, dass das KVG die Versicherungspflicht vornehmlich aus versicherungstechnischen Gründen nicht auf die o.g. Personengruppen ausgedehnt hatte, denn sie waren schwer zu erfassen. Zum Beispiel waren Landarbeiter im Jahresverlauf an verschiedenen Orten beschäftigt, ohne längere Zeit einen bestimmten Arbeitgeber zu haben.

Hinsichtlich der Organisation der Krankenversicherung soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass mit der Aufhebung des Hilfskassengesetzes im Dezember 1911⁹⁰ die endgültige Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung vollzogen wurde, die mit dem KVG 1884 eingeführt worden war. Alle eingeschriebenen Hilfskassen wurden dem Gesetz über die Privaten Versicherungs-Unternehmungen vom 15.05.1901 unterstellt. Seitdem sind Hilfskassen keine besondere Kassenart mehr, sondern konnten als Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit („Ersatzkassen“) Träger der Krankenversicherung sein, wenn sie vor dem 01.04.1909 eine Bescheinigung nach § 75 KVG erhalten hatten. Hilfskassen, die diese Bedingung nicht erfüllten sowie die landesrechtlichen Hilfskassen

⁸⁹ Vgl. Erler (1914), S. 9f.

⁹⁰ Gesetz, betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20.12.1911, RGBI. 1911, S. 985

wurden ebenfalls in die Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit umgewandelt und konnten weiterhin das private Krankenversicherungsgeschäft betreiben und unterstanden dem Versicherungsaufsichtsgesetz.⁹¹

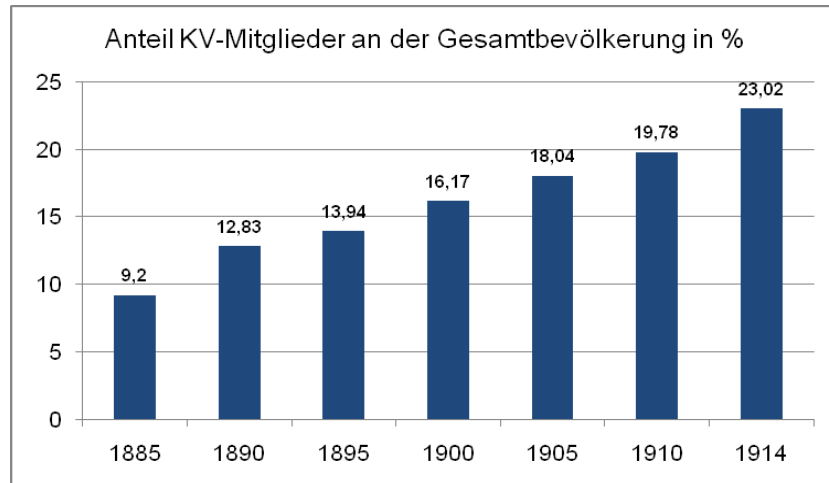
Auch im Bereich der Versicherungspflicht wurden Änderungen vorgenommen. Wie oben beschrieben wurden nach dem alten Recht des KVG nur diejenigen Personen von der Versicherungspflicht umfasst, die in einem bestimmten „Betrieb“ gegen Lohn oder Entgelt beschäftigt waren und in einem festen Arbeitsverhältnis standen. Um diese vielfach kritisierte Ungleichbehandlung zu beenden, machte die RVO die Versicherungspflicht nicht mehr von der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Betrieb abhängig, sondern erstreckte die Zwangsversicherung auf alle Personen, die ihre Arbeitskraft in untergeordneter, abhängiger Stellung einsetzten. Mit Inkrafttreten der RVO waren somit etwa 22 Millionen Personen im Deutschen Reich gegen Krankheit versichert. Dies entsprach 34 % der Gesamtbevölkerung.⁹²

⁹¹ Vgl. Wagner-Braun (2002), S. 93f.

⁹² Vgl. Erler (1914), S. 21.

Die Zahl der Mitglieder war etwas geringer und ist in nachfolgender Abbildung dargestellt.

Abb. 2: Entwicklung der Mitgliederzahlen der Krankenversicherung 1885 - 1914



Quelle: Born et al. (1966: 148), eigene Darstellung.

Die Beitragsbemessung wurde in der RVO in einem eigenen Abschnitt geregelt und nicht mehr differenziert den einzelnen Kassenarten zugeordnet. Nach § 385 RVO sind die Beiträge nach einem Prozentsatz des Grundlohns so zu bemessen, dass sie für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen. Somit war ab 1914 nicht mehr der durchschnittliche Tagelohn des KVG, sondern der Grundlohn die Bemessungsgrundlage der Beiträge. Der Grundlohn entsprach dem durchschnittlichen Tagesentgelt des Versicherten und wurde von jeder Kasse in der Satzung, d.h. durch die Selbstverwaltung, bestimmt.

Wie schon beim Tagelohn, gab es nach § 180 RVO drei verschiedene Arten des Grundlohns:

1. nach Klassen von Versicherten
2. nach Gruppen von Löhnen (Lohnklassen)
3. nach dem tatsächlichen Arbeitsverdienst

Im Kommentar zur RVO aus dem Jahr 1915 wurde angenommen, dass die zweite Variante, also die Feststellung des Grundlohns nach Lohnklassen, den Interessen der Kassen und der Versicherten am meisten entspreche. Denn die Festsetzung nach dem tatsächlichen Lohn jedes einzelnen Kassenmitglieds sei schwierig, umständlich und für die Kassen kostspielig.⁹³ So wurden in einer Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen die Mitglieder für die Festsetzung des Grundlohns in 11 Lohnklassen eingeteilt (Klasse I = Betriebsbeamte, Klasse II = Vorarbeiter, usw.). Für die einzelnen Klassen wurde dann ein bestimmtes durchschnittliches Tagesentgelt definiert, das als Bemessungsgrundlage für Beiträge und Unterstützungsleistungen diene. Darüber, ob die Kassenmitglieder in Lohnklassen eingeteilt werden sollen und nach welchen Merkmalen (Stellung im Betrieb, Alter, Geschlecht), hatte allein die Kasse zu bestimmen.⁹⁴ Mit der Beitragsbemessung nach Lohnklassen sollte sichergestellt werden, dass jeder Versicherte ungefähr den Krankenversicherungsbeitrag bezahlte, der etwa seinem wirklichen Verdienst entsprach.

Der Gesetzgeber legte jedoch fest, dass die Bildung von Lohnklassen der Genehmigung des Oberversicherungsamtes bedurfte. Diese Entscheidung wurde mit der Befürchtung begründet, dass die große Masse der gering gelohnten Arbeiter in den Krankenkassen die Bildung sehr weit gefasster Lohnklassen durchsetzen würde, um sich dadurch ein hohes Krankengeld zu sichern. Um dies zu verhindern,

⁹³ Vgl. Stier-Somlo (1915), S. 350f.

⁹⁴ Vgl. Stier-Somlo (1915), S. 355.

wolle man dem Oberversicherungsamt die Möglichkeit der Abhilfe geben.⁹⁵ An diesem Aspekt wird bereits deutlich, dass dem Grundgedanken des Äquivalenzprinzips auch nach Einführung der RVO gefolgt wurde.

Die Beitragsbemessungsgrenze, die bereits mit dem KVG eingeführt wurde, hat der Gesetzgeber ab 1914 um eine Mark nach oben korrigiert. Somit wurde der Grundlohn nur bis zur Höhe von 5 Mark für den Arbeitstag bei der Beitragsberechnung berücksichtigt (§ 180 RVO). An der Art der Beitragsberechnung hat sich somit seit Gründung der Krankenversicherung grundsätzlich nichts geändert.

Die Versicherungspflichtgrenze wurde 1911 um 500 Mark auf 2500 Mark erhöht, wobei diese Änderung nicht zum Ziel hatte, den Kreis der Versicherten zu erweitern, sondern lediglich die Inflation berücksichtigt wurde, denn die Kaufkraft des Geldes war seit Einführung der Krankenversicherung 1883 um 25 % gesunken. Die weitere Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze wurde abgelehnt, damit Personen in verhältnismäßig gehobener Anstellung gerade nicht in die Zwangsversicherung einbezogen werden. Diejenigen Arbeitnehmer mit einem Jahreseinkommen über 2500 Mark

*„finden gegebenenfalls bei einer großen Anzahl privater Krankenkassen reichlich Gelegenheit, sich vor etwaigem künftigem Vermögensbedarf in Krankheitsfällen zu schützen. Von ihnen darf man wohl erwarten, daß sie in der Lage sind, sich selbst gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten zu sichern, ohne daß auf sie ein Zwang zur Versicherung ausgeübt wird“.*⁹⁶

⁹⁵ Vgl. Stier-Somlo (1915), S. 350f.

⁹⁶ Erler (1914), S. 19.

Für Personen, die der Krankenversicherung freiwillig beitreten wollten, hatte die RVO eine neue Einkommensgrenze von 4000 Mark jährlich gezogen. Überstieg das jährliche Gesamteinkommen diesen Betrag, erlosch die Versicherungsberechtigung in allen Fällen, auch wenn die Personen zum versicherungsberechtigten Kreis gehörten.

Um die Relation zwischen Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze und den Löhnen zu verdeutlichen, gibt die folgende Tabelle eine Übersicht über die nominalen durchschnittlichen Arbeiterjahreslöhne im Jahr 1913:

Tab. 5: Durchschnittliche Arbeiterjahreslöhne nach Branchen im Jahr 1913

Branche	Durchschnittslohn in Mark
Textil	786
Papier	844
Bekleidung	941
Steine	1162
Holz	1215
Leder	1255
Chemie	1324
Metallverarbeitung	1417
Bau	1446
Druck	1493
Bergbau	1496
Verkehr	1502
Metallerzeugung	1513
Gesamtdurchschnitt	1163

Quelle: Hoffmann (1965), S. 468.

Als neue versicherungsberechtigte Personengruppe wurden mit § 176 RVO Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer aufgenommen, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigten. Allerdings galt auch für diese Versichertenberechtigten eine Einkommensgrenze von 2500 Mark. Diese Neuerung war ein Vorschlag der damals zuständigen Kommission, der in der 2. und 3. Lesung des Gesetzes schließlich angenommen wurde. Im historischen Kommentar zur RVO wird dazu Folgendes ausgeführt:

„Gegen diesen Vorschlag wurde eingewendet, daß die Versicherungsberechtigung der selbstständigen Gewerbetreibenden und anderen

*Arbeitgeber eine große Gefahr für die Krankenkassen bilde. Denn von dieser Berechtigung würden in der Regel nur kranke und schwächliche Personen Gebrauch machen, die dann die Kassen stark belasteten.*⁹⁷

Des Weiteren wurde in der Kommission darüber diskutiert, dass die Feststellung des Einkommens bei den selbstständig Tätigen große Schwierigkeiten bereite, während der Arbeitsverdienst der Angestellten als Grundlage der Versicherungspflicht leicht zu ermitteln sei. Dass das Gesamteinkommen der Prüfung zu Grunde gelegt wurde, hatte man aus dem KVG übernommen. Der Nachweis der verschiedenen Einkommensarten gegenüber der Krankenkasse oblag dem Selbstständigen mit der Begründung, das „*dem, der von der Versicherung Gebrauch machen wolle, schließlich auch zugemutet werden (könne), im Zweifelsfalle den Nachweis über die Höhe seines Einkommens zu führen*“.⁹⁸

Zu unterstreichen ist darüber hinaus, dass die Satzung der Krankenkassen nach § 176 RVO das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze und der Vorlage eines Gesundheitszeugnisses abhängig machen konnte. Laut Kommentar zur RVO wird damit den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, „sich vor schlechten Risiken zu schützen.“⁹⁹

⁹⁷ Petersen (1908), S. 336.

⁹⁸ Petersen (1908), S. 337.

⁹⁹ Petersen (1908), S. 340.

8. Fazit

In einer Zusammenschau der Entstehungszusammenhänge des Spannungsverhältnisses zwischen Äquivalenz und Einkommensumverteilung werden folgende Punkte deutlich:

1. Zur Umverteilung von Einkommen

- Seit Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung ab 1884 wurde von den Pflichtmitgliedern ein prozentualer Anteil des Arbeitsverdienstes als Beitrag erhoben. Eine Beitragsbemessung sowie eine Versicherungspflichtgrenze gab es ebenfalls seit 1884.
- Im Jahr 1892 wurde zudem eine Versicherungsberechtigungs-grenze eingeführt. Freiwilliges Mitglied der Krankenversicherung konnten nur Personen werden, deren jährliches Gesamteinkommen 2000 Mark nicht überstieg. Besser verdienende Arbeitnehmer wurden damit aus der staatlichen Krankenversicherung ausgeschlossen.
- Mit der Entscheidung für lohnabhängige Beiträge waren finanzielle Umverteilungswirkungen zwangsläufig im System angelegt.
- Die Vorgehensweise, zur Absicherung des Krankheitsfalls Beiträge aus dem Arbeitslohn in eine gemeinsame Kasse zu zahlen, war jedoch keine neue Konstruktion, sondern geht bereits auf die Krankenunterstützungssysteme des Mittelalters zurück. In der damaligen Zeit verfügten die Arbeiter über kaum andere Einnahmequellen als ihren Arbeitslohn.
- Vor allem aufgrund der berufsständischen Organisation der historischen Krankenversicherung von 1884 (viele sehr kleine Kassen mit homogener Versichertenstruktur), kam es trotz lohnabhängiger Beitragszahlung innerhalb der Krankenkassen nicht zu einer Einkommensumverteilung in nennenswerter Höhe.

- Die Umverteilungswirkungen werden in den historischen politischen Dokumenten nie thematisiert, da sie systemimmanent waren und durch die berufsständische Organisation und die Bildung von kleinen Versichertenkollektiven mit ähnlichem Erkrankungsrisiko fast eliminiert wurden.
- Das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG) vom 15.06.1883 entstand nicht aufgrund einer einheitlichen sozialpolitischen Konzeption der damaligen Regierung. Die Grundstrukturen basieren auf der ersten gesetzlichen Unfallversicherung.
- Weder dem ersten Krankenversicherungsgesetz noch den entsprechenden Gesetzesbegründungen und Reichstagsprotokollen ist der politische Wille zu einer solidarischen Finanzierung bzw. einer Umverteilung von Einkommen zu entnehmen.

2. Zur Äquivalenz von Beitragszahlung und Leistungshöhe

- In der historischen Krankenversicherung wurde das Äquivalenzprinzip umfänglicher umgesetzt, als es heute oft dargestellt wird.
- Bereits das Hilfskassengesetz von 1876, als erstes reichseinheitliches Krankenversicherungsgesetz, wurde auf dem Grundsatz der Entsprechung von Beitrag und Erkrankungsrisiko aufgebaut.
- Bei der Einführung der staatlichen Krankenversicherung ab 1884 waren neben dem Krankengeld auch die Sachleistungen nahezu äquivalent zum gezahlten Beitrag. Dies ergab sich aus der berufsständischen Organisation der Krankenversicherung.
- Durch die berufsständische Organisation der Krankenversicherung auf regionaler Ebene wurden Arbeiter mit ähnlichem Erkrankungsrisiko in einer Kasse zusammengefasst. Damit bildeten sich Versichertenkollektive mit ähnlichem Risiko.

- Die Bedeutung des Erkrankungsrisikos wird vor allem daran deutlich, dass Krankenkassen für verschiedene Gewerbezweige und Betriebsarten höhere Beiträge erheben durften, wenn diese Arbeitsstätten eine höhere Erkrankungsgefahr für den Arbeiter bedeuteten. Des Weiteren konnte eine freiwillige Versicherung von der Krankenkasse bei schlechtem Gesundheitszustand des Antragstellers abgelehnt werden.
- Wenn die Krankenkassen eine Familienversicherung gewährten, konnten sie vom Mitglied einen Zusatzbeitrag für jedes einzelne Familienmitglied erheben.
- Mit der staatlichen Krankenversicherung sollten nur diejenigen Arbeiterschichten geschützt werden, die bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit in eine wirtschaftliche Notlage geraten wären. Daher wurde bereits seit 1884 eine Versicherungspflichtgrenze definiert. Besser verdienenden Personen war der Zugang zur Krankenversicherung ausdrücklich verwehrt.

3. Zur Entstehung des zunehmenden Spannungsverhältnisses zwischen Äquivalenz und Einkommensumverteilung

- Die Einführung der RVO im Jahr 1914 und die daraus resultierenden Neuregelungen brachte erstmals eine Abkehr von der berufsständischen Krankenversicherung zu Gunsten größerer Versichertenkollektive.
- Mit der zunehmenden Heterogenisierung der Versichertenkollektive seit Einführung der RVO wurden die finanziellen Umverteilungswirkungen zwangsläufig verstärkt.
- Die RVO folgte jedoch dem Grundgedanken des KVG und war nur auf die Absicherung der bedürftigen Bevölkerungsschichten ausgerichtet. Auch nach 1914 hatten höher verdienende Arbeitnehmer keinen Zugang zur staatlichen Krankenversicherung.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass finanzielle Verteilungswirkungen zwischen heterogenen Bevölkerungsgruppen in der GKV weder planvoll herbeigeführt wurden noch ursprünglich sozialpolitisch gewollt waren. Zu Gründungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung basierte das Finanzierungssystem auf der versicherungstechnischen Äquivalenz von Beitragszahlung und Leistungshöhe. Erst im Zeitverlauf ergab sich durch die zunehmende Vergrößerung und Heterogenisierung der Versichertenkollektive ein verstärktes Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz und Einkommensumverteilung.

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass eine Umverteilung von Einkommen seit Gründung der GKV nie planvoll konzipiert wurde, erklärt sich auch die in der wissenschaftlichen Literatur nachgewiesene Intransparenz und Unzulänglichkeit der versicherungsfremden Einkommensumverteilung zwischen höher und geringer verdienenden GKV-Mitgliedern.

Anhang

Die folgende Aufstellung gibt einen Überblick wichtiger Ereignisse für die Krankenversicherung in der Zeit von 1849 bis 1911.

Jahr	Ereignis	Wirkung
1849	Novelle der preußischen Gewerbeordnung	Erstmalige Festlegung der charakteristischen Merkmale der heutigen Krankenversicherung
1854	Gesetz über die gewerblichen Unterstützungskassen	Errichtung von Krankenkassen konnte von Regierungsbehörden angeordnet werden
1854	Knappschaftsgesetz	Erste landesgesetzliche, öffentliche Arbeiterversicherung
1876	Hilfskassengesetz	Erstmals zwingende gesetzliche Mindestanforderungen an eine Krankenversicherung
1881	Kaiserliche Botschaft	Ankündigung der Sozialversicherungsgesetze zum Schutz gegen Krankheit, Unfall sowie Invalidität und Alter

1883	Gesetz betr. die Krankenversicherung der Arbeiter (KVG)	Einführung der Krankenversicherungspflicht für gewerbliche Arbeiter
1892	Novelle des KVG	Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises; Abschaffung der freiwilligen Versicherung für Personen mit einem Gesamteinkommen über der Versicherungspflichtgrenze
1903	Novelle des KVG	Leistungsverbesserungen; Anhebung der Höchstbeiträge
1911	Reichsversicherungsordnung (RVO)	Neue systematische Gesetzesgrundlage für Kranken-, Unfall- sowie Invaliden- und Altersversicherung; Ausweitung des versicherungspflichtigen Personenkreises

Literaturverzeichnis

Amtspresse Preußens (1890): Neueste Mitteilungen, IX Jahrgang, Nr. 80, 10.10.1890, Berlin. Online unter: <http://amtspresse.staatsbibliothek-berlin.de/ausgabe.php?file=11614109/1890/1890-10-10.xml&s=3&druck=1&sg=4>, (30.06.2010).

Bechmann, Sebastian (2007): Gesundheitssemantiken der Moderne. Eine Diskursanalyse der Debatten über die Reform der Krankenversicherung. Edition Sigma, Berlin.

Bismarck, Otto von (1924/1935): Gesammelte Werke, Friedrichsruher Ausgabe, Band 9.

BMG - Bundesministerium für Gesundheit (2009): Gesetzliche Krankenversicherung - Endgültige Rechnungsergebnisse 2008, Stand: 7. Juli 2009. Online unter: http://www.bmg.bund.de/cln_091/nn_1193098/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kj-2008-endgueltige-rechnungsergebnisse,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/kj-2008-endgueltige-rechnungsergebnisse.pdf, (30.06.2010).

Boeckh, Jürgen/Huster, Ernst-Ulrich/Benz, Benjamin (2006): Sozialpolitik in Deutschland – eine systematische Einführung, 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Born, Karl Erich et al. (Hrsg.) (1966): Quellensammlung zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914: Einführungsband. Wiesbaden.

Brockhaus' Konversations-Lexikon 1896, 14. Auflage, Zehnter Band. Leipzig, Berlin und Wien.

Butterwegge, Christoph (2005): Krise und Zukunft des Sozialstaates. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Drucksachen des Reichstags (1882): Begründung des Entwurfes eines Gesetzes, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter. Nr. 14 der Drucksachen des Reichstags, 5. Legislatur-Periode. II. Session 1882. In: Woedke, Erich von (1883): Das Reichsgesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Verlag von J. Guttentag, Berlin und Leipzig.

Erler, Alfred (1914): Fortschritte der Reichsversicherungsordnung in Kranken- und Invaliden- mit Hinterbliebenenversicherung. Verlag von Veit & Comp., Leipzig.

Gladen, Albin (1974): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Eine Analyse ihrer Bedingungen, Formen, Zielsetzungen und Auswirkungen. Franz Steiner Verlag GmbH, Wiesbaden.

Habermas, Jürgen (1992): Faktizität und Geltung. Beiträge zur Diskurstheorie des Rechts und des demokratischen Rechtsstaats. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Herder-Dorneich, Philipp (1994): Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Hoffmann, Walther (1965): Das Wachstum der deutschen Wirtschaft seit der Mitte des 19. Jahrhunderts. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.

Jacobs, Klaus/Schellschmidt, Henner (2002): Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität – Konturen einer GKV-Finanzierungsreform. In: GGW 3/2002 (Juli), 2. Jg.

Koch, Peter (2005): Leipzig und Halle als traditioneller Versicherungsstandort. In: Versicherungswirtschaft. Beiträge zur Geschichte des deutschen Versicherungswesens, Teil II, Karlsruhe.

Lampert, Heinz (1977): Staatliche Sozialpolitik. In: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (1977), Band 7, Stuttgart/Tübingen.

Lampert, Heinz/Althammer, Jörg (2004): Lehrbuch der Sozialpolitik, 7. Auflage. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York.

Lass, Ludwig/Zahn, Friedrich (1900): Einrichtung und Wirkung der deutschen Arbeiterversicherung. Verlag von A. Asher & Co., Berlin.

Moog, Stefan/Raffelhüsch, Bernd (2006): Sozialpolitisch motivierte Umverteilungsströme in der Gesetzlichen Krankenversicherung – eine empirische Analyse. Studie des Forschungszentrums Generationenverträge im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Online unter: http://archiv.inism.de/Downloads/Umfra-gen_Studien/Studie_GKV_Umverteilung.pdf, (30.06.2010).

Nipperdey, Thomas (1994): Deutsche Geschichte 1866 – 1918. Band I: Arbeitswelt und Bürgergeist. Beck, München.

Petersen, Thomas (1908): Das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 in der Fassung der Gesetze vom 10. April 1892, vom 26. Juli 1897, vom 30. Juni 1900 und vom 25. Mai 1908. Sechste Auflage. Verlag von Grefe & Tiedemann, Hamburg.

Reichstagsprotokolle (1882): Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags. 5. Legislaturperiode, I. Session 1881/82, Berlin.

Reichstagsprotokolle (1883): Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags. 5. Legislaturperiode, II. Session 1882/83, Erster Band, Berlin.

Reichstagsprotokolle (1891): Stenographische Berichte über die Verhandlungen des Reichstags. VIII. Legislaturperiode, I. Session 1890/91, Erster Band, Berlin.

Rosenberg, Peter (1969): Die soziale Krankenversicherung – Pflichtversicherung oder freiwillige Vorsorge? Diss. Universität Köln.

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2003): Gutachten 2003 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“, Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Online unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/005/1500530.pdf>, (30.06.2010).

Sachverständigenrat Wirtschaft - Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung (2005): Jahresgutachten 2005/06 „Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen“, veröffentlicht am 09.11.2005. Online unter: <http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-content.php?gaid=45&node=f>, (30.06.2010).

Sauerland, Dirk (2004): Die gesetzliche Krankenversicherung in der sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse. In: Lenel, Hans Otto et al. (2004): Ordo - Jahrbuch für die Ordnung von Wirtschaft und Gesellschaft, Band 55. Lucius & Lucius, Stuttgart.

Schmidt, Manfred/Ostheim, Tobias (2007a): Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik. In: Schmidt, Manfred et al. (Hrsg.): Der Wohlfahrtsstaat. Eine Einführung in den historischen und internationalen Vergleich. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Silbermann, [o. Vorname] (1908): Die Krankenversicherung. In: Schriften der Gesellschaft für Soziale Reform: Die Privatbeamten und die Versicherungsgesetzgebung, Band III, Heft 1, Jena.

Stier-Somlo, Fritz (1908): Dringende Reformpunkte der deutschen Arbeiterversicherung. In: Hessisch-Nassauischer Zweigverein der Gesellschaft für Soziale Reform (Hrsg.): Sammlung von Vorträgen und Aufsätzen über soziale Reformfragen. 1. Band, Heft 2. Verlag Emil Roth, Gießen.

Stier-Somlo, Fritz (1912): Studien zum sozialen Recht – insbesondere zur Reichsversicherungsordnung. J. Bensheimer, Mannheim/Leipzig.

Stier-Somlo, Fritz (1915): Kommentar zur Reichsversicherungsordnung und ihrem Einführungsgesetz vom 19. Juli 1911. Verlag von Franz Vahlen, Berlin.

Tauchnitz, Thomas (1999): Krankenkassen - Zwang oder Segen? Organisationsgeschichte des deutschen Krankenkassenwesens im "langen" 19. Jahrhundert, Leske + Budrich, Opladen.

Tennstedt, Florian (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Blohmke, Maria et al. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin in drei Bänden. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

van der Beek, Kornelia/Weber, Christian (2009): Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversicherung. WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln.

Walendzik, Anke (2009): Finanzierungsalternativen im Gesundheitswesen. Kurzgutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. Juni 2009, Bonn. Online unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/06491-20090812.pdf>, (30.06.2010).

Wagner-Braun, Margarete (2002): Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg. Fanz Steiner Verlag, Stuttgart.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2006): Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherung. Online unter: [http://www.bdi-initiativ-vitalegesellschaft.de/Mehr Wettbewerb im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen.PDF](http://www.bdi-initiativ-vitalegesellschaft.de/Mehr_Wettbewerb_im_System_der_Gesetzlichen_Krankenversicherungen.PDF), (30.06.2010).

Woedke, Erich von (1883): Das Reichsgesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883. Verlag von J. Guttentag, Berlin und Leipzig.

Woedke, Erich von (1901): Unfallversicherungsgesetz, 5. Aufl., in der Fassung des Gesetzes, betr. die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30.6.1900 als Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz neu bearbeitet von F. Caspar, Berlin.

Zöllner, Detlev (1981): Landesbericht Deutschland. In: Köhler, Peter/Zacher, Hans (Hrsg.): Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz. Duncker & Humblot, Berlin.

Zwiedineck-Südenhorst, Otto (1911): Sozialpolitik. Verlag von B.G. Teubner, Berlin und Leipzig.

WIP-Veröffentlichungen

Diskussionspapiere

2010

- 2/10 Die Pflegefinanzierung und die Pflegeausgaben im internationalen Vergleich
Dr. Frank Wild
- 1/10 Zukünftige Entwicklung in der sozialen Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus

2009

- 14/09 Die Verordnung von Medikamenten zur Therapie der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in der PKV
Dr. Frank Wild
- 13/09 Die Arzneimittelversorgung von Kindern in der PKV
Dr. Frank Wild
- 12/09 Deutschland – ein im internationalen Vergleich teures Gesundheitswesen?
Dr. Frank Niehaus, Verena Finkenstädt
- 11/09 Radiologie – Analyse ambulanter Arztrechnungen zu Abschnitt O. der GOÄ
Dr. Torsten Keßler

- 10/09 Die Verordnung von neuen Wirkstoffen (Ausgabe 2009)
Dr. Frank Wild
- 9/09 Versicherung von Kindern im Vergleich zwischen GKV und PKV
Dr. Frank Niehaus
- 8/09 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter
Patienten im Jahr 2007
Dr. Frank Niehaus
- 7/09 Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM
Dr. Frank Niehaus
- 6/09 Ausgaben für Laborleistungen im ambulanten Sektor – Vergleich
zwischen GKV und PKV 2004/2005/2006
Dr. Torsten Keßler
- 5/09 Die Bedeutung von Generika in der PKV im Jahr 2007
Dr. Frank Wild
- 4/09 Die Arzneimittelversorgung älterer Menschen
Eine Analyse von Verordnungsdaten des Jahres 2007
Dr. Frank Wild
- 3/09 Die Verordnungen von Impfstoffen in der PKV
Dr. Frank Wild
- 2/09 Familienförderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung?
Ein Vergleich von Beiträgen und Leistungen
Dr. Frank Niehaus

1/09 Das Gesundheitssystem in der VR China
Dr. Anne Dorothee Köster

2008

3/08 Arzneimittelversorgung mit Insulinen
Dr. Frank Wild

2/08 Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern
in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006
Dr. Torsten Keßler

1/08 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von
neuen Wirkstoffen
(Ausgabe 2008)
Dr. Frank Wild

2007

9/07 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter
Patienten im Jahr 2006
Dr. Frank Niehaus

8/07 Zusammenhang von Generikaquote und Alter der Versicherten
Dr. Frank Wild

7/07 Verbrauchsanalyse von verordneten Arzneimitteln bei
Privatversicherten
Dr. Frank Wild

- 6/07 Nutzen der Prävention im Gesundheitswesen – ein Literaturüberblick
Dr. Frank Wild
- 5/07 Prognoserechnungen zum Koalitionsbeschluss "Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung"
Bernd Hof, Claus Schlömer
- 4/07 Wahltarife in der GKV – Nutzen oder Schaden für die Versicherten-gemeinschaft?
Dr. Frank Schulze Ehring, Christian Weber
- 3/07 Die Bedeutung von Generika bei Privatversicherten im Vergleich zu GKV-Versicherten
Dr. Frank Wild
- 2/07 Eine Modellsynopse zur Reform der Pflegeversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring
- 1/07 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Die Verordnung von neuen Wirkstoffen
Dr. Frank Wild

2006

- 10/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2005
Dr. Frank Niehaus
- 9/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV? Beobachtungen bis 2005
Dr. Frank Schulze Ehring
- 8/06 Rationierung und Wartezeit in Großbritannien – eine Bewertung aus deutscher Sicht
Dr. Frank Schulze Ehring
- 7/06 Die Pflegeausgabenentwicklung bis ins Jahr 2044 – Eine Prognose aus Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung
Dr. Frank Niehaus
- 6/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten. Die Verordnung von OTC-Präparaten
Dr. Frank Wild
- 5/06 Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben (Version: 2/06)
Dr. Frank Niehaus
- 4/06 Arzneimittelversorgung von Privatversicherten: Der Markt der Statine
Dr. Frank Wild

- 3/06 Einnahmen- und Ausgabenproblem in der GKV?
Dr. Frank Schulze Ehring
- 2/06 PKV im Wettbewerb mit der GKV
Christian Weber
- 1/06 Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter
Patienten zum Gesundheitswesen im Jahr 2004
Dr. Frank Niehaus

Projektpapiere

2010

Das Spannungsverhältnis zwischen Äquivalenz und Einkommens-
umverteilung in der GKV – Eine Analyse der historischen Entste-
hungszusammenhänge
Verena Finkenstädt

Arzneimittelversorgung der Privatversicherten 2008 – Zahlen, Ana-
lysen, PKV-GKV-Vergleich
Dr. Frank Wild

2008

Solidarität in der GKV: Was leistet die beitragsfreie Familienversi-
cherung?
Dr. Kornelia van der Beek und Christian Weber

Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen
Krankenversicherung
Dr. Frank Niehaus

Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der
Pflegeversicherung
Dr. Frank Niehaus und Christian Weber

2007

Die Bedeutung der ausgabenintensiven Fälle im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus

2006

Alter und steigende Lebenserwartung: Eine Analyse der Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben
Dr. Frank Niehaus

2005

Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen
Dr. Frank Niehaus / Christian Weber

Beurteilung von Modellen der Einbeziehung von Beamten in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Wild

2004

Beitragsanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung
Dr. Frank Schulze Ehring

Die genannten Diskussions- und Projektpapiere können über die Webseite des WIP (<http://www.wip-pkv.de>) heruntergeladen werden. Die Projektpapiere sind darüber hinaus auch als Broschüre über das WIP kostenlos zu beziehen.