

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Institut für Politische Wissenschaft

Wintersemester 2003/04

Oberseminar „Politische und soziale Gerechtigkeit“

Seminarleiter: Prof. Dr. Wolfgang Merkel

21. April 2004

Bürgerversicherung und pauschale Prämie:
Die Reformmodelle für das deutsche
Gesundheitssystem im Gerechtigkeitsvergleich

Hausarbeit vorgelegt von:

Clemens Jesenitschnig

Bahnhofstraße 9

69115 Heidelberg

E-Mail: clemens.jes@gmx.net

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt habe; außer dem im Literaturverzeichnis angeführten Schrifttum habe ich bei der Abfassung keine anderen Unterstützungen in Anspruch genommen.

Klagenfurt/Heidelberg, 21. April 2003

(Clemens Jesenitschnig)

1. Vorbemerkung.....	1
2. Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung.....	3
2.1. Was bedeutet soziale Gerechtigkeit?.....	3
2.2. Soziale Gerechtigkeit und das Gesundheitswesen.....	11
2.3. Die Gesetzliche Krankenversicherung – sozial gerecht?.....	18
3. Reform der GKV-Finanzierungsbasis:	
Einnahmen– oder Ausgabenproblem?.....	22
4. Bürgerversicherung und pauschale Prämie.....	26
4.1. SPD-Vorschlag Bürgerversicherung.....	26
4.2. CDU-Vorschlag Pauschalprämie.....	28
5. Reformmodelle für das Gesundheitswesen und soziale	
Gerechtigkeit.....	31
5.1. Soziale Gerechtigkeit in der Bürgerversicherung.....	31
5.2. Soziale Gerechtigkeit im Pauschalprämien-Modell.....	35
6. Fazit.....	40
7. Literaturverzeichnis.....	44

1. Vorbemerkung

Jahrzehntlang war Gesundheitspolitik in Deutschland eine Politik der kleinen Schritte, die sich stets innerhalb der vorgegebenen Systemlogik bewegte – hier Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) mit vorwiegend Pflichtversicherten, dort Private Krankenversicherung (PKV) mit Besserverdienenden und Selbständigen – und deren Orientierung daher zwangsläufig ausgabenkonzentriert war und blieb.

So wurde zwar der Anteil der Gesundheitsausgaben relativ zum Bruttoinlandsprodukt einigermaßen konstant gehalten, doch konnte damit das spätestens seit Beginn der 90er Jahre drängende Problem der zunehmend zurückgehenden Einnahmen der GKV nicht im Ansatz in den Griff bekommen werden. Die Notwendigkeit, einnahmenseitige, das heißt die Finanzierungsbasis betreffende Reformschritte zu gehen, wurde lange Zeit verdrängt.

Dies hat sich seit letztem Spätsommer bzw. Herbst geändert: In einer medien- und also aufmerksamkeitswirksamen Synthese wurden innerhalb kurzer Zeit die Berichte zweier Kommissionen präsentiert, welche strukturelle und nachhaltige, das heißt finanziell zukunftsfähige¹ Reformkonzepte für die sozialen Sicherungssysteme² in Deutschland ausarbeiten sollten. Terminlich zwischen diese beiden Ereignisse fiel der mühsam im Vermittlungsausschuß zwischen Bundesregierung und CDU/CSU ausgehandelte Gesetzeskompromiß zu einer weiteren ‚Gesundheitsreform‘ (GKV-Modernisierungsgesetz), deren Maßnahmen die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenkassen kurzfristig durchschnittlich um etwa 0,7 Prozentpunkte (und bis 2006 um weitere anderthalb Prozentpunkte) senken sollten, dafür aber den gesetzlich Versicherten weitere bzw. höhere Selbstbehalte und finanzielle Eigenleistungen abverlangten.³ Damit stand dieses Gesetzespaket noch in der Tradition der seit Ende der 70er Jahre praktizierten Kostendämpfungspolitik⁴.

Mit den von der „Kommission zur Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme“⁵ und der „Kommission ‚Soziale Sicherheit‘“⁶ vorgestellten Vorschlägen (auch zur Reformierung der sozialen Sicherungssysteme waren den Parteien Leitfäden zur Reform der Finanzierungsbasis der GKV an die Hand gegeben. SPD und CDU griffen diese auch prompt auf und beschlossen bald darauf auf ihren Parteitag – die SPD Mitte November 2003 in Bochum, die CDU Anfang Dezember in Leipzig – entsprechende Reformkonzepte.⁷

¹ Zum Begriff der Nachhaltigkeit siehe Abschnitt 2.1, S. 10.

² Diese umfassen Renten-, Gesundheits-, Pflege-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung.

³ Die exakten Zielsetzungen des neuen Gesetzes erläutert Knieps 2003.

⁴ Zum Begriff der Kostendämpfungspolitik und seines Kontextes siehe Kapitel 3, S. 22.

⁵ So die offizielle Bezeichnung für das von der Bundesregierung eingesetzte, im Volksmund und in den Medien aber kurz als „Rürup-Kommission“ (nach ihrem Vorsitzenden, dem Wirtschafts- und Finanzwissenschaftler Bert Rürup) bezeichnete Gremium. Im folgenden wird auch in dieser Arbeit nur die Kurzform gebraucht (Zitationsweise des Schlußberichts: Bericht Rürup-Kommission).

⁶ So die offizielle Bezeichnung für die von der CDU eingesetzte und von Alt-Bundespräsident Roman Herzog geleitete Kommission, die daher meist – wie auch hier im folgenden – kurz „Herzog-Kommission“ genannt wird (Zitationsweise des Schlußberichts: Bericht Herzog-Kommission).

⁷ SPD 2003b; CDU 2003b.

Die SPD folgte der einen Alternative des Rürup-Kommissionsberichts⁸ und postulierte die Umgestaltung der GKV zu einer alle Staatsbürger umfassenden Bürgerversicherung mit breiterer Finanzierungsbasis. Die CDU dagegen lehnte sich mit ihrem Parteitagsbeschuß eng an das Papier der Herzog-Kommission an, in dem die Abschaffung lohnabhängiger Beiträge zugunsten einkommensunabhängiger Pauschalprämien⁹ vorgeschlagen wird.¹⁰

Die vorliegende Arbeit will die Frage der Reform des deutschen Gesundheitssystems in den Kontext gerechtigkeits-theoretischer Überlegungen betten und die Frage klären, welches Reformmodell – jenes der SPD oder der CDU – eher geeignet ist, soziale Gerechtigkeit zu verwirklichen und zu garantieren.¹¹

Zuallererst ist daher der Frage nachzugehen, was soziale Gerechtigkeit bedeutet (Abschnitt 2.1). In diesem Zusammenhang wird deutlich, daß keine allgemeingültige oder übereinstimmende Definition der sozialen Gerechtigkeit existiert, sondern die Sicht abhängig von der jeweils eingenommenen philosophischen Position ist. Nach einer knappen Betrachtung zweier Extremstandpunkte will ich mit dem egalitären Liberalismus einen fundierten Mittelweg zur Begründung sozialer Gerechtigkeit beschreiten.

Daran unmittelbar anschließend (2.2) wird erforscht, ob und wie sich mittels sozialer Gerechtigkeit ein allgemeines und verbindliches Gesundheitssystem legitimieren läßt und welche Anforderungen die soziale Gerechtigkeit daran stellt.

Im dritten Abschnitt (2.3) wird unter Maßlegung der vorangegangenen Erkenntnisse die derzeit existierende Ordnung der GKV einer kritischen Analyse unterzogen und ihre gerechtigkeits-theoretischen Inkonsistenzen konkret benannt werden.

Kapitel drei widmet sich in knapper Form einem in diesem Kontext scheinbar eher peripheren Problem, das allerdings die Wurzel aller finanziellen Reformnotwendigkeit in der GKV und insofern den Ausgangspunkt für das nachfolgende Kapitel darstellt: Das Problem der sinkenden Einnahmen und steigenden Ausgaben. Dabei soll erstens geklärt werden, warum es überhaupt zu Finanzierungsproblemen gekommen ist und inwieweit sich diese Problematik bei gleichbleibender Entwicklung noch verschärfen könnte. Zweitens soll versucht werden, etwas Ordnung in die dissonante Debatte um Einnahmen- oder Ausgabenprobleme zu bringen, in der von mancher Seite die alleinige Schuld an der Einnahmenentwicklung festgemacht wird,

⁸ Die Mitglieder der Rürup-Kommission konnten sich im Bereich GKV nicht auf ein einheitliches Reformkonzept einigen; der Bericht legt daher sowohl das Modell der Bürgerversicherung wie der Pauschalprämie dar; vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 143-176.

⁹ Zuweilen ist auch von „Kopfpauschale“ oder – seltener – „Gesundheitsprämie“ die Rede. Ich verwende in dieser Arbeit grundsätzlich die Bezeichnung „Pauschalprämie“, da ich der Ansicht bin, daß sie erstens das konstitutive Merkmal des Konzepts zum Ausdruck bringt und zweitens vorgenanntem Terminus der Kopfprämie aufgrund seiner assoziativen Nähe zum Begriff des Kopfgeldes eine negative Konnotation anhaftet, die einer sachlichen Diskussion zumindest nicht förderlich erscheint.

¹⁰ Vgl. Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 16-27.

¹¹ Es sei an dieser Stelle explizit darauf hingewiesen, daß die nachfolgende Gerechtigkeitsdiskussion und –bewertung sich ausschließlich auf die Reformmodelle Bürgerversicherung bzw. Pauschalprämie in der *von den beiden Parteien konkretisierten Form* beziehen kann und will.

andere wiederum ausschließlich ein Ausgabenproblem erkennen können. Es wird zu zeigen sein, daß manche dieser Standpunkte nicht ohne Hintergedanken im Hinblick auf die Reformdebatte eingenommen werden.

Im vierten Kapitel werden die beiden Reformmodelle Bürgerversicherung und Pauschalprämie in den von den Parteien SPD und CDU konkretisierten Ausgestaltungsdetails dargestellt, im fünften Kapitel soll dann anhand der anfangs gewonnenen Erkenntnisse ein Vergleich in gerechtigkeits-theoretischer Hinsicht erfolgen.

Im abschließenden Fazit werden dann die Untersuchungsergebnisse zusammengefaßt.

2. Soziale Gerechtigkeit und Gesundheitsversorgung

2.1. Was bedeutet soziale Gerechtigkeit?

Verfolgt man die jüngsten Debatten in Deutschland um Leistungseinschnitte in Sozialsystemen, Gehaltskürzungen oder Arbeitszeitverlängerungen, wird von den Betroffenen sehr schnell das Argument eingebracht, die avisierten Maßnahmen seien „sozial ungerecht“ bzw. verstießen gegen „die soziale Gerechtigkeit“. Tatsächlich wird vom Begriff der „sozialen Gerechtigkeit“ in der gegenwärtigen öffentlichen Diskussion beinahe inflationär Gebrauch gemacht. Zwar herrscht bei den meisten Beteiligten kaum mehr als eine höchstens diffuse Vorstellung darüber, was dieser Begriff letztendlich bedeutet¹², dennoch scheint ihm als ‚Totschlagargument‘, das nicht stante pede zurückgewiesen oder widerlegt werden kann, ein besonderer Charme anzuhaften.

Gerechtigkeit an sich bezieht sich auf das gesellschaftliche Zusammenleben der Menschen, und zwar im umfassenden Sinne sowohl auf den rechtlich-politischen wie den sozioökonomischen Bereich.¹³ In beiden fordert die Gerechtigkeit grundsätzlich die Gleichbehandlung von Gleichem, also das Prinzip der formalen Gerechtigkeit.¹⁴ Ausgehend von der (normativen) Vorstellung der natürlichen Freiheit des Menschen manifestiert dieses Gleichbehandlungsprinzip im Fall der rechtlich-politischen Belange die Begründung der traditionellen Menschen- und Bürgerrechte und mithin des demokratischen Rechtsstaates: Allen Menschen sind qua Menschsein die gleichen allgemeinen Rechte und Pflichten einzuräumen.¹⁵

Auch für Gerechtigkeit im sozioökonomischen Bereich ist die formale Gerechtigkeit eine notwendige Bedingung, sie ist aber nicht hinreichend, sondern durch die materiale Gerechtigkeit zu ergänzen, die im Abstraktionsniveau über dem Gleichbehandlungsprinzip steht und um-

¹² Paradigmatisch hierzu das Interview mit SPD-Parteivizevorsitzende Ute Vogt (Frankfurter Allgemeine Zeitung 2004, S. 6) in dem sie auf die Frage, was soziale Gerechtigkeit ihrer Meinung nach bedeute, keine allgemeine Definition geben kann oder will, sondern sich stattdessen in beliebiger Singulärkasuistik („geringverdienende Supermarktkassiererin“) ergeht.

¹³ Vgl. Höffe 2001, S. 30; Kersting 1999, S. 68; Koller 1995, S. 53.

¹⁴ Koller 1995, S. 54f. – Entsprechend auch das erste Ordnungsprinzip in John Rawls' Konzeption der „Gerechtigkeit als Fairneß“ (abgedruckt in Dornheim u.a. 1999, S. 20).

¹⁵ Koller 1995, S. 55f.; vgl. Steinorth 1999, S. 217.

standssensitive Anforderungen gegenüber dem Handeln einer Person oder einer gesellschaftlichen Institution stellt. Materiale Gerechtigkeit verlangt, nach Regeln zu handeln, die „für alle Beteiligten von einem unabhängigen Standpunkt aus annehmbar sind“¹⁶. In diesem Zusammenhang läßt sich von Gerechtigkeit auch als geschuldeter Sozialmoral sprechen: In dem von Otfried Höffe stilisierten Drei-Stufen-Modell mit der anspruchslosen ersten, technischen Stufe, die lediglich danach fragt, ob gewählte Mittel und Verfahren dem gesetzten, aber nicht normativ bewerteten Ziel entsprechen, sowie der zweiten, pragmatischen Stufe, welche Mittel und Wege an den eigenen subjektiven Interessen und Zielen bzw. (in utilitaristischer Manier) dem kollektiven Wohlergehen einer Gruppe mißt, geht die Gerechtigkeit über beide Ebenen hinaus und genügt erst der dritten, rein moralischen Bewertungsstufe.¹⁷ Dabei ist Gerechtigkeit allerdings nicht mit Moral gleichzusetzen, weil sie nur jenen Teil umfaßt, der ‚geschuldet‘ ist und eingefordert werden kann: die Rechtsmoral. Deswegen stellt Gerechtigkeit auch das „elementar-höchste Kriterium allen Zusammenlebens“¹⁸ dar. Abgegrenzt davon bleibt die Wohltätigkeit (oft auch als Mildtätigkeit, Menschenliebe, Altruismus oder Mitleid bezeichnet) als eine „Tugendpflicht“¹⁹, die auf persönlicher Überzeugung und Nächstenliebe beruht und lediglich erbeten, nicht aber verlangt werden kann, weil sie nur freiwillig erbracht werden kann. Insofern stellt Wohltätigkeit gegenüber der Gerechtigkeit das „optimal-höchste Kriterium“²⁰ für menschliches Zusammenleben dar.²¹

Parallel zur formal-materialen Qualitätsunterscheidung gibt es eine Unterscheidung des Applikationsniveaus, welche auf zwei Gerechtigkeitsbereiche abzielt, die sich analog zur Dichotomie menschlichen Zusammenlebens abgrenzen lassen: Auf der Ebene der sozialen, das heißt kollektivgesellschaftlichen Einrichtungen ist dies die institutionelle (oder objektive) Gerechtigkeit und bezogen auf das individuelle Handeln die personale (oder subjektive) Gerechtigkeit.²²

Mit diesen zentralen Unterscheidungen fällt die Annäherung an den Begriff der sozialen Gerechtigkeit leichter. Es wird klar, daß soziale Gerechtigkeit im Sinne gesellschaftlicher Gerechtigkeit sowohl formale wie materiale Gerechtigkeitsprinzipien umfaßt und im Bereich der institutionellen Gerechtigkeit anzusiedeln ist.²³ Freilich bleibt trotz dieser ersten groben Umriss der genaue Inhalt noch im Dunkeln. Spätestens an dieser Stelle muß man sich aber des Prob-

¹⁶ Koller 1995, S. 55.

¹⁷ Höffe 2001, S. 28f.

¹⁸ Ebenda, S. 29 (Hervorhebung durch mich, C.J.)

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Ebenda, S. 30.

²¹ Vgl. Höffe 2001, S. 29f.; Leist 2002, S. 166.; Möhle 2001, S. 151. – Höffe (2001, S. 30) weist in diesem Zusammenhang zurecht darauf hin, daß die Gefahr existiert, das „verdienstliche Mehr“ (die Wohltätigkeit) zur „geschuldeten Grundleistung“ (Gerechtigkeit) zu erklären und so zur Rechtspflicht zu erheben, worauf tatsächlich gar kein Anspruch besteht. Im Rahmen dieser Arbeit ist keine ausführliche Unterscheidung möglich, es sei aber an dieser Stelle auf die pointierte Definition Ulrich Steinvorths hingewiesen. Demnach besteht die Moral aus zwei Teilen, „der *Wohltätigkeit* und der *Gerechtigkeit*. Die Wohltätigkeit folgt dem Prinzip, jedem Wesen zu *helfen* oder es in seinem Sinn zu fördern; die Gerechtigkeit dem Prinzip, ihm in seinem Sein nicht zu *schaden* oder es nicht zu *behindern*“ (Steinvorth 1999, S. 223).

²² Höffe 2001, S. 30f.

²³ Vgl. Koller 1995, S. 54.

lems gewahr werden, daß es keine Bestimmung sozialer Gerechtigkeit gibt, die als allgemein akzeptierter Common Sense gelten kann.²⁴ Über die natürliche Gleichheit und damit die rechtlich-politische (formale) Gerechtigkeit herrscht trotz aller sonstigen Divergenzen zwischen den verschiedenen politikphilosophischen Hauptrichtungen Übereinstimmung. Dieses Einverständnis über Bedeutung und Stellenwert von Gerechtigkeit endet allerdings dort, wo es um die gerechte Ordnung im sozioökonomischen Bereich geht, der durch knappheitsbedingte Rivalität um natürliche Ressourcen gekennzeichnet ist. Ich will im folgenden kurz die beiden Extreme in der diesbezüglichen gerechtigkeitstheoretischen Diskussion skizzieren, von denen das eine – der Libertarismus – die Existenz von sozialer Gerechtigkeit rundweg bestreitet, und das andere – der Kommunitarismus – mit Verweis auf gesellschaftsabhängige Kontextgebundenheit die Möglichkeit universalistischer sozialer Gerechtigkeitsstandards verneint.²⁵ Wie ich zu zeigen versuchen werde, läßt sich für beide Sichtweisen jeweils ein substantielles Gegenargument finden²⁶, daß die theoretischen Annahmen zumindest nachdrücklich in Frage zu stellen vermag.

Im Anschluß daran will ich mit dem egalitären Liberalismus eine philosophische Richtung aufgreifen, auf deren Grundlage sich eine Argumentationsstrategie verfechten läßt, die soziale Gerechtigkeit nicht nur überhaupt zu begründen vermag, sondern darüber hinaus für ihre Gerechtigkeitsprinzipien Anspruch auf normativ-universalistische Gültigkeit erhebt.

Der Libertarismus und seine Anhänger negieren wie erwähnt die Existenz sozialer Gerechtigkeit: Sie ist ihnen nur eine propagandistische, inhaltsleere Floskel „sozialistischer Scharlatane“²⁷, welche die Mechanismen des Marktes durch massive und ungerechte Umverteilung außer Kraft setzen wollen. Gerechtigkeit, so die Libertären, könne nur bei individuellem Handeln Anwendung finden. Gesellschaftliche, nach Marktgesetzmäßigkeiten organisierte Interaktionssysteme aber entzögen sich der Beurteilung von Gerechtigkeit, da sie die Grenzen der menschlichen Verantwortlichkeit überschritten: Der Markt sei, ähnlich großen Naturkatastrophen, unverantwortlich und daher weder zu rechtfertigen noch durch marktdisgruente Eingriffe zu korrigieren.²⁸ Im Gegenteil, jeglicher staatlicher Eingriff in den Markt sei ungerecht, weil er die Menschen in ihrer Freiheit beschneide, die auch darin bestehe, rechtmäßig erworbenes oder durch eigene Arbeit geschaffenes Eigentum vollständig besitzen zu können: Eine solche Sicht muß auch die Erhebung von Steuern (so sie nicht der Aufrechterhaltung der

²⁴ Vgl. ebenda.

²⁵ Es sei darauf hingewiesen, daß beide Richtungen der politischen Philosophie hier nur äußerst knapp und daher grob vereinfachend dargestellt werden können. Zwischen den einzelnen Exponenten der jeweiligen Richtung lassen sich natürlich mehr oder minder große Differenzen feststellen.

²⁶ Die aufzuzeigenden Einwände treffen m.E. jeweils den Kern der philosophischen Argumentation der Gegenseite. Natürlich ließen sich noch viele weitere Gegenargumente und wohl auch solche zur Verteidigung finden. Eine derartige Diskussion ist hier aber weder angestrebt noch möglich (einen ersten Überblick mögen die in den folgenden Fußnoten gegebenen Hinweise zu kritischer Literatur geben).

²⁷ Kersting 1999, S. 53.

staatlichen Ordnungs- und Justizorgane dienen) konsequenterweise als ungerechte Zwangsabgabe verurteilen.

So kann es auf die Frage nach sozialer Gerechtigkeit für die Libertären nur eine Antwort geben: Der Markt allein ist gerecht. Darüber hinaus gibt es (gesellschaftlich) keine Gerechtigkeit. Somit läßt der Libertarismus aber keine Möglichkeit zu, Gerechtigkeit über die Ausdrucksform der formalen und individuellen Gerechtigkeit hinaus zu definieren. Gegen diese Sichtweise wird jedoch eingewendet, daß der Markt kein *Deus ex Machina* sei, sondern eine „kontingente menschliche Erfindung“²⁹ darstelle, deren Konsequenzen sich ebenso einer kritischen Gerechtigkeitsüberprüfung unterziehen lassen können und müssen wie individuelles Handeln.

Ganz anders der Kommunitarismus: Dessen Vertreter verneinen zwar nicht die Existenz sozialer Gerechtigkeit, allerdings gibt es für sie abseits des Prinzips der formalen Gleichheit in Bezug auf die grundlegenden Bürger- und Menschenrechte keine Gerechtigkeit mit normativ-universalistischen Standards. Stattdessen vertreten sie einen moralischen Relativismus, nach dem es soziale Gerechtigkeit nur im (gesellschafts-) subjektivistischen Sinne gibt, weil sie kulturkontextual ist und sich ausschließlich über das geteilte Selbstverständnis aller Mitglieder einer Gesellschaft konstituiert.³⁰ Der auch von Liberalen eingebrachte Einwand gegen diese Sichtweise wirft den Kommunitaristen vor, daß sie einer folgenschweren Konfusion erliegen, indem sie die „normative Gültigkeit eines Verteilungssystems, gemessen an universalistischen Standards, mit der empirischen Geltung einer routinisierten Verteilungspraxis, gemessen an der Nachachtung ihrer Mitglieder“³¹ verwechseln.

Beide philosophischen Richtungen, Libertarismus und Kommunitarismus, können auf Grundlage ihrer entsprechenden theoretischen Basis keine Begründung sozialer Gerechtigkeit liefern, jedenfalls keine, die gesellschaftsunabhängige, universalistische Prinzipien zulassen würde. Möglich ist dies aber mit dem egalitären Liberalismus, der die Gesellschaft als Kooperationsystem begreift, in dem Menschen in arbeitsteilig organisierten wirtschaftlichen Produktionsprozessen zusammenarbeiten.³² Die Normen und institutionellen Raster dieses Kooperationsystems sind nicht gott- oder naturgegeben, sondern von Menschen geschaffen und die Kooperationserträge der einzelnen Akteure in diesem System sind Resultate der Kooperations-

²⁸ Vgl. Dornheim u.a. 1999, S. 18f.; Kersting 1999, S. 53ff.; Rüb 1998, S. 315. – Zu einer kritischen Auseinandersetzung speziell mit Friedrich v. Hayeks Sozialtheorie siehe M. Schmid 1999.

²⁹ Rüb 1998, S. 315; vgl. Kersting 1999, S. 57.

³⁰ Vgl. Koller 1995, S. 66f.; Müller 1995, S. 147. – Einen etwas anderen Standpunkt nimmt freilich der „liberale Kommunitarist“ Michael Walzer ein, der zumindest für die moderne westliche Kultur gesellschaftsübergreifende Gerechtigkeitsstandards einräumt. Zu einer kritischen Auseinandersetzung mit Walzer vgl. Junge 1995 und Müller 1995, S. 147ff.

³¹ Müller 1995, S. 147.

³² Vgl. Kersting 1999, S. 56; Rüb 1998, S. 318.

strukturen. Deswegen ist diese „Verteilungsagentur“³³ als solche begründungsbedürftig und ihre Ergebnisse müssen sich einer gerechtigkeitsethischen Beurteilung unterziehen, denn nur eine gerechte Verteilung findet die Zustimmung aller. Gerechtigkeit ist deshalb aus liberaler Sicht nicht nur individuelle, sondern auch (und vor allem) soziale, das heißt gesellschaftliche Rechtspflicht.³⁴ Verteilt werden aber kann nur, was zuvor kooperativ erwirtschaftet wurde, und weil die Grundlage hierfür, die natürlichen (das heißt naturgegebenen) Ressourcen wie Luft, Wasser und Erde, knappe und endliche Güter sind, um die alle Kooperationspartner beständig konkurrieren, ist der Sockel der sozialen Gerechtigkeit die Verteilungsgerechtigkeit: jeder soll einen gerechten Anteil an den natürlichen Ressourcen und erwirtschafteten ökonomischen Gütern erhalten.³⁵

Die Interpretation der Gesellschaft als interagierende Kooperationsgemeinschaft impliziert gleichzeitig die Abhängigkeit des Einzelnen von existierenden Denk- und Lebensweisen: Der Mensch ist in seinem Sein und Werden nicht abgehoben von den sozialen Strukturen, sondern wird durch diese entscheidend beeinflusst (Sozialisation).³⁶ Anders als die Kommunitaristen sehen die Liberalen in dieser Abhängigkeit jedoch keine Absolutheit: Während aus kommunitaristischer Sicht der Mensch nur durch die Gesellschaft sein kann, ist der Mensch nach liberaler Auffassung in der Gesellschaft und innerhalb dieser frei, für sein Leben eigene Entscheidungen zu treffen und Ziele zu setzen (Individuation). Hier setzt der Gedanke der liberalen Gleichheit an: Jedem Menschen gebührt das Recht auf gleiche Freiheit, und dazu gehört, neben der natürlichen Freiheit durch rechtlich-politische Gleichheit, auch die Verwirklichung eines selbstbestimmten Lebens. Jeder Mensch soll berechtigt sein, seine Fähigkeiten und Anlagen betätigen zu können, und jeder Mensch soll dazu eine gleich große Chance haben: es ist dies das Postulat der Chancengleichheit. Alle Menschen müssen die prinzipiell gleichen Chancen auf die Möglichkeit haben, soziale, also gesellschaftliche Positionen, die mit Macht, Herrschaft und Einfluß verbunden sind, zu erlangen.³⁷ Daraus leitet sich vorderhand das Postulat der Startgerechtigkeit ab: jeder hat das Recht auf den gleichen Anteil natürlicher Ressourcen. Darüber hinaus müssen (sowohl in bezug auf rechtlich-politische Gleichheit wie das Selbstbestimmungsprinzip) gesellschaftliche Erziehungs- und (Aus-) Bildungsinstitutionen allen gemäß fairer Chancengleichheit offenstehen.³⁸ Dies impliziert auch die Gleichstellung von Mann und Frau als Geschlechtergerechtigkeit.

³³ Kersting 1999, S. 57.

³⁴ Vgl. ebenda.

³⁵ Vgl. Höffe 2001, S. 85; Koller 1995, S. 56f.

³⁶ Vgl. Kersting 1999, S. 57.

³⁷ Vgl. Koller 1995, S. 59; Möhle 2001, S.100; Steinorth 1999, S. 218.

³⁸ Vgl. Möhle 2001, S. 100. – So auch die christliche Sicht: „Die soziale Gerechtigkeit fordert, allen Menschen gleiche Chancen dafür zu gewährleisten, sich entfalten und Leistungen vollbringen zu können.“ (Sekretariat der Deutschen Bischöfe, zitiert nach Elsässer/Knoepfler 2002, S. 222, vgl. ebenda S. 228).

Prima facie erscheint es unter diesen Bedingungen gerecht, wenn jeder Akteur im gesellschaftlichen Kooperationsystem einen Anteil an den ökonomischen Gütern gemäß seiner individuellen Anstrengung und Leistung erhalte und Verteilungsgerechtigkeit als Leistungsgerechtigkeit verstanden würde.³⁹

Die Menschen unterscheiden sich aber zum Zeitpunkt ihrer Geburt sowohl in ihrer natürlichen Ausstattung, das heißt in den ihnen von der ‚Lotterie der Natur‘ willkürlich mitgegebenen physischen und intellektuellen Fähigkeiten und Talenten, als auch in ihrer sozialen Startposition: niemand kann sich aussuchen, in welche Umwelt er geboren wird.⁴⁰ Diese willkürlichen natürlichen und sozialen Unterschiede aber wirken sich auf die individuellen Möglichkeiten aus, am gemeinschaftlichen Kooperationsystem zu partizipieren, das eigene faire Quantum an natürlichen Ressourcen einzusetzen und so einen (bestimmten) Anteil an den kooperativ erwirtschafteten Gütern zu erlangen. Ohne eine adäquate Güterausstattung aber ist der Mensch in seinen Selbstverwirklichungschancen eingeschränkt oder – im drastischsten Fall – ihrer vollkommen beraubt – das heißt, nicht einmal überleben zu können. Dadurch wird das fundamentale liberale Postulat der Chancengleichheit verletzt; ein „Gerechtigkeitskandal“⁴¹, der nachträgliche kompensatorische Umverteilung im Sinne von ausgleichender Verteilungsgerechtigkeit nicht nur begründen kann, sondern unbedingt fordert: Soziale Gerechtigkeit zielt somit auf die „Dekontingentisierung der natürlichen und sozialen Umstände der individuellen Lebenskarrieren“⁴².

Dieser Argumentation steht jedoch ein fundamentaler, genuin liberaler Einwand entgegen: Anders als natürliche Ressourcen, deren naturgegebene Existenz unter der Prämisse der Chancengleichheit ausschließlich eine Gleichverteilung zwischen den Gesellschaftsmitgliedern rechtfertigt, stellen wirtschaftliche Güter das Ergebnis menschlicher Anstrengung und Arbeit dar (und insofern sind sie Produkte menschlicher Selbstverwirklichung). Sind also Steuern und Sozialbeiträge entsprechend der libertären Auffassung auch im egalitären Liberalismus un gerechtfertigte ‚Teilzeitversklavung‘? Wichtige liberale Argumente scheinen tatsächlich in diese Richtung zu weisen:⁴³ Nach dem Kriterium der Leistungsgerechtigkeit sind Einkommens- und Besitzunterschiede gerecht, wenn sie den unterschiedlichen Leistungen der Individuen ent-

³⁹ Vgl. Rüb 1998, S. 318.

⁴⁰ Vgl. Kersting 1999, S. 63.

⁴¹ Ebenda, S. 71.

⁴² Kersting 1999, S. 64. – Innerhalb des egalitären Liberalismus existieren diesbezüglich zwei alternative Theorietypen (vgl. Kersting 1999, S. 71ff.; Möhle 2001, S. 96ff.). Die institutionelle Variante (auch: Ressourcenegalitarismus) zielt auf die Herstellung gleicher Startbedingungen ab, weshalb jedes Individuum den Anfang seiner Lebenskarriere mit einem gleich großen und wertvollen Ressourcenbündel beginnen können soll. Die individualistische Theorievariante (auch: Wohlfahrtsegalarismus) hingegen meint, daß eine gerechte Verteilung nur auf Grundlage eines umfassenden Positionsvergleichs eines jeden mit einem jeden erfolgen könne und ein für alle individuellen Präferenzen sensibler Ausgleichsmechanismus zu finden sei, mit dem Ziel eines subjektivpräferenziellen egalitaristischen Wohlfahrtsniveaus. Allerdings gibt es gegen diesen individualistischen Theorieansatz eine Reihe schwerwiegender Einwände (vgl. Kersting 1999, S. 72ff.; vgl. Möhle 2001, S. 98f.), die sowohl die grundsätzliche Praktikabilität der Theorie in Frage stellen als auch auf die theorieimmanente Implikation des „Informationsbeschaffungstotalitarismus“ bzw. der „staatlichen Allwissenheit“ (Kersting 1999, S. 75) hinweisen.

sprechen. Außerdem kommt keine demokratisch-rechtsstaatliche Ordnung, welche ja die Unterfütterung der sozialen Gerechtigkeit darstellt, ohne stabile private Eigentums- und Verfügungsrechte aus. Schließlich kann gegen eine absolute Gleichverteilung wirtschaftlicher Güter eingewandt werden, daß dadurch die zu gewährende angemessene Existenzsicherung aller Bürger in Frage gestellt würde.

Letztgenannte Begründung deutet jedoch bereits an: Eine vollständige Gleichverteilung kann zwar niemals gerecht sein, dies muß aber nicht unbedingt für einen gewissen Grad an Umverteilung gelten (für den freilich ebenso der Rechtfertigungszwang besteht). Und tatsächlich bieten die Argumentationsmuster des egalitären Liberalismus hierfür einen stichhaltigen Nachweis: Wirtschaftliche Güter entstehen zwar durch Arbeit, sind aber nicht ausschließlich Ergebnis derselben; vielmehr stellen sie das Resultat der Verschmelzung von menschlicher Leistung und natürlichen Ressourcen dar und beinhalten demnach einen (freilich niemals exakt zu quantifizierenden) „Natur- und ein[en] Arbeitswertanteil“⁴⁴. Weil dies analog für Geld und Kapital zutrifft, die als Äquivalent ökonomischer Güter begriffen werden müssen, entspringt aller Reichtum einer Gesellschaft den beiden Faktoren Natur und Arbeit. Daraus abgeleitet ergibt sich aber: je mehr ein Mensch an Gütern und Kapital besitzt, desto größer ist auch sein Anteil an natürlichen Ressourcen, die eigentlich gleich zu verteilen sind.⁴⁵

Die soziale Gerechtigkeit des egalitären Liberalismus verlangt folglich nach wirtschaftlicher Verteilungsgerechtigkeit. Ökonomische Ungleichheiten sind legitim nur bis zu einem gewissen Grad, und umgekehrt ist wirtschaftliche Umverteilung nur in bestimmtem Umfang gerecht.⁴⁶ Auf dem hier diskutierten abstraktphilosophischen Niveau ist eine Bestimmung der exakten Ausbalancierung zwischen beiden Polen allerdings unmöglich, weil die dafür notwendigen konkreten Bezugspunkte fehlen; diese lassen sich erst fassen, wenn man die Betrachtung von der gesellschaftlichen Struktur in ihrer Totalität auf Teilbereiche derselben verlagert.⁴⁷ Im folgenden Abschnitt (2.2) soll daher (unter anderem) geprüft werden, wie eine solche Balance im Bereich der Gesundheitsversorgung aussehen und wie deutlich sie bestimmt werden könnte.

Zurück zur Chancengleichheit: diese bezieht sich im liberalen Gerechtigkeitsverständnis nicht ausschließlich auf die Verteilung natürlicher Potentiale und sozialer Startpositionen innerhalb einer Gesellschaft zu einem Zeitpunkt X. Ebenso gilt die Forderung nach gleichen Chancen in bezug auf die intertemporäre Ebene und damit hinsichtlich der intergenerationellen

⁴³ Nach Koller 1995, S. 63.

⁴⁴ Steinvorth 2001, S. 219.

⁴⁵ Vgl. ebenda.

⁴⁶ Vgl. Koller 1995, S. 63.

⁴⁷ Der Hinweis auf die Untersuchung gesellschaftlicher Teilstrukturen darf nicht mißverstanden werden als Aufgabe des universalistischen Anspruchs der liberalen Gerechtigkeitslehre. Die Gerechtigkeitsprinzipien des Liberalismus haben überall unbedingte Gültigkeit, aber sie lassen sich eben nur in Abhängigkeit von der gewählten Abstraktionsebene konkretisieren (vgl. Rüb 1998, S. 319; Steinvorth 1999, S. 220).

Gerechtigkeit. Die individuellen wie kollektiven Lebenschancen und –risiken einer Generation sind (auch) abhängig davon, wie die vorangegangenen Generationen mit den Ressourcen verfahren sind. Dabei muß der Begriff der Ressourcen in diesem Kontext so umfassend wie möglich verstanden werden: er bezieht sich auf die kulturelle, soziale und technische Umwelt genauso wie auf natürliche Ressourcen, das heißt, auch kulturelle, technische und zivilisatorische Errungenschaften und soziale Institutionen sind einbezogen.⁴⁸ Damit nicht eine frühere Generation auf Kosten der nachfolgenden lebt, muß im Zuge der Generationengerechtigkeit der Grundsatz der Nachhaltigkeit eingehalten werden: Im streng ökonomischen Sinn besagt dieser, daß die Pro-Kopf-Ressourcenausstattung (wobei wiederum Ressourcen im umfassenden Sinn gemeint sind) von einer Generation auf die nächste zumindest nicht abnehmen darf.⁴⁹ Tatsächlich ist diese Erklärung von Nachhaltigkeit verkürzt, thematisiert sie doch nur die Komponente des „konservierenden Aufsparens“⁵⁰, nicht aber die des „investiven Ansparens“⁵¹ (in Kapital, Infrastruktur und Zukunftstechniken), welche Hand in Hand geht mit dem – im ökonomischen Nachhaltigkeitskonzept ebenfalls vernachlässigten – „präventiven Ersparen“⁵², also der Verhinderung zukünftigen ökonomischen oder sozialen Zerfalls; denn nur wenn investive und konsumptive Ausgaben in einer Gesellschaft dauerhaft in einem ausgewogenen Verhältnis stehen, kann ein solcher Zerfall auch langfristig verhindert werden.

Es ist klar geworden, daß soziale Gerechtigkeit im Verständnis des egalitären Liberalismus eine Verknüpfung mehrerer Gerechtigkeitspostulate darstellt, deren Aufbau einer Pyramide gleicht: Basal die formale rechtlich-politische Gerechtigkeit in Form einer rechtsstaatlichen Demokratie; sodann damit verwoben die (der Chancengleichheit entspringende) Startgerechtigkeit in Form von Gleichverteilung der natürlichen Ressourcen und gleichen Chancen auf soziale Positionen. An der Spitze steht die wirtschaftliche Verteilungsgerechtigkeit: ungleiche Verteilungen ökonomischer Güter müssen korrigiert werden, wenn sie auf ungleichen natürlichen und sozialen Startpositionen der Menschen gründen. Der egalitäre Liberalismus ist, anders als der markthuldigende Libertarismus, marktsensitiv, will jedem Menschen abseits seiner kongenitalen Attribute und sozialen Herkunft größtmögliche selbstverantwortliche Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit über sein Leben geben. Liberale soziale Gerechtigkeit ist daher nicht (wie im Kommunitarismus) strikter Egalitarismus, sondern Fairneß.⁵³

So kann die Idee der gleichen Freiheit auch Begründung für den modernen Wohlfahrts- bzw. Sozialstaat sein. Historisch gesehen stellt dieser die Antwort auf die gewaltigen gesell-

⁴⁸ Höffe 2001, S. 89f.

⁴⁹ So die Rürup-Kommission in ihrer Definition von Nachhaltigkeit (Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 49).

⁵⁰ Höffe 2001, S. 90.

⁵¹ Ebenda.

⁵² Ebenda.

⁵³ Vgl. Lohmann 2000, S. 407f.; Höffe 2001, S. 88.

schaftlichen Strukturveränderungen des 19. Jahrhunderts dar, durch die die Primärinstitutionen sozialer Sicherung, Familie und Sippe, erodierten.⁵⁴ Dabei nimmt der Sozialstaat als Institution zweiter Ordnung die Funktion eines „Konfliktregelungssystems“⁵⁵ ein, das eben diese Fairneß in Form institutionalisierter Rechtsansprüche herzustellen und dadurch gleichzeitig rechtliche, soziale und strukturelle Ausgrenzungen zu vermeiden sucht.⁵⁶ Der Sozialstaat ist damit nicht bloßes Werkzeug zur Herstellung sozialer Gerechtigkeit, sondern gleichzeitig „integraler Bestandteil des demokratischen Staates“⁵⁷ und somit „demokratisches Prinzip“⁵⁸. Mit anderen Worten: Soziale Gerechtigkeit baut auf der rechtsstaatlichen Demokratie auf, aber ohne soziale Gerechtigkeit gäbe es (zumindest langfristig) auch keinen demokratischen Rechtsstaat. Beide bedingen einander.

2.2. Soziale Gerechtigkeit und das Gesundheitswesen

Der Liberalismus plädiert für den größtmöglichen gleichen Umfang an selbstverantwortlicher menschlicher Freiheit innerhalb der Gesellschaft. Warum sollte daher ausgerechnet der Liberalismus eine Begründung für die Etablierung einer obligatorischen Sicherung gegen Krankheit für alle Gesellschaftsmitglieder liefern? Scheint es nicht so zu sein, daß gemäß dem Selbstbestimmungspostulat jeder Mensch für sich entscheiden sollte, ob und in welchem Ausmaß er sich gegen Krankheitsrisiken ab- bzw. versichert?

Um zu einer befriedigenden Antwort zu gelangen, erscheint es zuerst zweckmäßig zu klären, welchen Stellenwert ‚Gesundheit‘ im menschlichen Dasein einnimmt. Die Gretchenfrage lautet: Ist Gesundheit ein wirtschaftliches Gut unter anderen oder nimmt es eine besondere Stellung ein? Tatsächlich kann wohl niemand Einwand gegen die Feststellung erheben, daß ‚Gesundheit‘ einen ganz herausragenden Stellenwert im Leben des Menschen einnimmt – und zwar jedes Menschen, unabhängig von Vorlieben und Neigungen, aber auch Einkommen oder sozialer Stellung. Die Bewertung des ‚Gutes Gesundheit‘ ist losgelöst von individuellen Bedürfnissen ausschließlich abhängig von der Wahrscheinlichkeit des ‚Schadenfalleintritts‘.⁵⁹ Gesundheit ist also ein „extern oder intersubjektiv zuschreibbares“⁶⁰ Bedürfnis, das ebenso wie eine daseinssichernde Basisversorgung mit Lebensmitteln, Wohnplatz und Kleidung Konditi-

⁵⁴ Vgl. Höffe 2001, S. 85 und 87f.

⁵⁵ Rüb 1998, S. 320 (Hervorhebung im Original).

⁵⁶ Vgl. Rüb 1998, S. 318f. – Kersting (1999, S. 66) spricht in diesem Zusammenhang von Gerechtigkeit als „präventive[m] zivilgesellschaftliche[m] Krisenmanagement.“ – Ähnlich die SPD in ihren Bochumer Parteitagebeschlüssen: Soziale Gerechtigkeit schaffe „sozialen Frieden“, der das „Fundament unserer Demokratie und wichtiger Produktionsfaktor“ sei (SPD 2003b, S. 23).

⁵⁷ Rüb 1998, S. 320.

⁵⁸ Ebenda, S. 341.

⁵⁹ Vgl. Lohmann 2000, S. 416f.

⁶⁰ Kersting 2000, S. 480; vgl. Kersting 2002, S. 48. – Dadurch unterscheidet sich ein kollektives Sicherungssystem für Gesundheit – etwa die deutsche GKV – von solchen für Arbeitslosigkeit und Alter. Letztere ähneln strukturell den am Arbeitsmarkt erzielbaren Einkommen, stellen folglich individuelle Lebensstandardsicherung dar, wohingegen eine Krankenversicherung erst die Bedingungen für die Möglichkeit des Erwerbs solcher Bezüge sichert (vgl. Lohmann 2000, S. 416).

onalcharakter für die freie und selbstverantwortliche Gestaltung der individuellen Lebensgestaltung trägt. Gesundheit ist kein Gut wie viele andere, sondern „transzendentes Gut“⁶¹: es ist notwendige Voraussetzung für ein Leben in selbstbestimmter Freiheit.

Zurückgreifend auf die liberale Vorstellung der unterschiedlichen Startpositionen der Menschen erscheint es daher fair, jedem das gleiche Maß an Gesundheitsversorgung zukommen zu lassen, unabhängig von seiner ursprünglichen Ausstattung. Doch gibt es aus Sicht der liberalen Gleichheit noch einen zweiten Grund, gleiche Gesundheitsversorgung für alle Gesellschaftsmitglieder zu gewährleisten: Die soziale Gerechtigkeit fordert nämlich nicht nur gleiche Startchancen, sondern ebenso gleiche Chancen für die Bewältigung unverschuldeter Notlagen – denn sonst hätte das Postulat der Chancengleichheit nur zum Zeitpunkt der Geburt Gültigkeit, nicht aber im weiteren Lebensverlauf.⁶² Ein dritter Grund spricht für egalitäre Gesundheitsversorgung: Man stelle sich – freilich nur als hypothetisches Konstrukt – eine Gesellschaft vor, in der alle Individuen mit exakt gleichen Anfangsausstattungen exakt gleiche große Anteile an Gütern erwirtschaften. In einer solchen Gesellschaft, könnte man argumentieren, vermag doch jeder einzelne selbst für seine Gesundheit sorgen, denn jeder wäre in der Lage, einen gleichen Anteil X seines Eigentums dafür aufwenden und behielte so einen ebenfalls gleichen Eigentumsanteil Y zurück. Alle hätten auf diese Weise die gleich große Chance, im Krankheitsfall ein bestimmtes, gleiches Maß an Behandlung und Betreuung zu erhalten. Abgesehen vom gedankenexperimentellen Charakter ist hiergegen einzuwenden: Krankheit kann den einzelnen so schwer treffen, daß die persönliche Vorsorge nicht ausreichend ist, um einen erfolgversprechenden Gesundungsprozeß durchzuführen.⁶³ Wenn der einzelne es nicht vermag, selbst genügend für den Unglücksfall Krankheit vorzusorgen, sind andere alternative Absicherungsmöglichkeiten zu überprüfen, die ihm im Krankheitsfall mehr Chancen (auf Wiedererlangung von Gesundheit) einräumen können. Der Gegenentwurf zur individuellen Vorsorge nach dem Marktprinzip⁶⁴ ist die kollektive Absicherung, etwa in Form einer Versicherung. Aufgrund der vorgebrachten drei Argumente (gleiche Startchancen, gleiche Chancen bei der Überwindung unverschuldeter Not sowie potentielle Insuffizienz persönlicher Absicherungsbestrebungen) ist zu diskutieren, inwieweit sich auf Grundlage des egalitären Liberalismus eine kollektive (Ver-) Sicherung gegen Krankheit rechtfertigen läßt.

⁶¹ Kersting 2000, S. 477; vgl. Haacke 2001, S. 411, Kersting 2000, S. 480 („Gesundheit [ist] [...] für jede nur denkbare Lebensgestaltung [...] unerläßliche Kontinuitäts- und Gelingensvoraussetzung“) und Kersting 2002, S. 42.

⁶² Vgl. Steinvorth 1999, S. 219.

⁶³ Vgl. Brümmerhoff 1991, S. 181. – Wambach/Wigger (2003, S. 9) weisen zudem auf den nicht zu vernachlässigenden Aspekt des „Dilemmas des Samariters“ hin, wonach eine Gesellschaft aufgrund altruistischer Beweggründe nicht glaubhaft damit drohen kann, einer ernsthaft erkrankten Person wegen mangelnder persönlicher Vorkehrungen medizinische Leistungen zu verwehren. Empirisch untermauern Wambach/Wigger dieses Argument am Beispiel der USA (ebenda).

⁶⁴ Die vorgebrachten Gründe stellen aus liberaler Sicht die argumentativen Eckpfeiler gegen eine ausschließlich persönliche, marktwirtschaftlich organisierte Gesundheitsversorgung dar. Darüber hinaus lassen sich weitere (sekundäre) Argumente gegen eine solche Ausgestaltung ins Feld führen (siehe Haacke 2001, S. 411; Kersting 2000, 475f.; Schmidt/Gutmann 2002, S. 13f.).

Wie die generellen Überlegungen zur sozialen Gerechtigkeit im vorangegangenen Abschnitt bereits gezeigt haben, läßt sich mit dem egalitären Liberalismus die Umverteilung von wirtschaftlichen Gütern in gewissem Umfang rechtfertigen, weil die Annahme zugrunde gelegt wird, daß alle diese Güter zu einem Teil auch aus natürlichen Ressourcen bestehen, von denen jedem Menschen eigentlich ein gleicher Teil gebührt. Der so begründbaren Umverteilung sind aber gleichzeitig Grenzen gesetzt: Sie darf nicht als Vehikel dazu dienen, die materiell Bessergestellten über Gebühr zu belasten und ihnen auch etwas von jenem Eigentumsanteil abzuverlangen, den diese durch eigene Arbeitsleistung wohlverdient haben. Geschähe dies, würde freiwillige Wohltätigkeit illegitimerweise zur Rechtspflicht erhoben.⁶⁵

Das bloße Umverteilen des unverdienten Mehrs an natürlicher Ressourcen zum Zweck der Ausglei chung ungleichgewichtiger Ressourcenanteile löst aber das Problem der Alimentierung und Gesundheitsversorgung chronisch Kranker und Behinderter nicht: Weil ihnen (schlimmstenfalls ein ganzes Leben lang) eine Partizipation am gesellschaftlichen Kooperationssystem unmöglich ist, können sie nicht zur Steigerung des Wohlstandes beitragen (wohingegen ein vermögender Arbeitender zwar mehr Ressourcen beansprucht, dadurch aber auch den gesellschaftlichen Reichtum befördert und insofern den Mehrverbrauch an Ressourcen durch einen höheren Arbeitswert rechtfertigen kann⁶⁶). Andererseits benötigt ihre Alimentierung, Pflege und gesundheitliche Versorgung mehr, als durch den Wert des ihnen zustehenden gleichen Anteils an natürlichen Ressourcen gedeckt werden kann.⁶⁷ Schließlich spricht scheinbar noch ein Argument gegen die umfassende Unterstützung Hilfloser durch die gesellschaftlichen Leistungsträger, denn wie können diese verpflichtet werden, Bedürftige zu alimentieren, für deren Unglück sie nicht verantwortlich zu machen sind? Dem liberalen Postulat der Unterstützung unschuldig in Not Geratener (bei chronisch Kranken und Behinderten als permanenter Zustand verstanden) steht das Verantwortlichkeitsprinzip entgegen – ebenfalls ein liberaler Grundsatz.

Argumentativ schlüssig und fundiert läßt sich allerdings mithilfe des Philosophen Ulrich Steinvorth eine Lösung dieses scheinbaren Dilemmas aufzeigen, welche die Grundsätze der gleichen Freiheit nicht verletzt (und der ich mich im folgenden anschließe). Er argumentiert, daß Bessergestellte nicht notwendigerweise verantwortlich sein müssen für die Unglücksverursachung (in diesem Fall Krankheit oder Behinderung), um für Hilfsleistungen herangezogen werden zu können. Es sei ausreichend, ihnen nachzuweisen, nichts zur Verhinderung oder

⁶⁵ Vgl. FN 21.

⁶⁶ Das kategorische liberale Prinzip der Gleichverteilung natürlicher Ressourcen wird davon nicht berührt. Die Rechtfertigung kann sich lediglich darauf beziehen, daß ein Reicher *überhaupt* mehr Ressourcen verbraucht als andere. Dieser Mehrverbrauch ist dann aber durch einen entsprechenden Abgabenteil auf seine erwirtschafteten (materiellen und monetären) Güter auszugleichen.

⁶⁷ Vgl. Steinvorth 1999, S. 219.

Linderung des Unglücks zu tun, obwohl solche Hilfe „relativ geringfügig und zumutbar“⁶⁸ für sie wäre. Daher sei auch die „Unterlassung einer zumutbaren Hilfe [...] als Verletzung einer Rechtspflicht“⁶⁹ zu betrachten.

Die vorangegangenen Überlegungen zeigen: Ein obligatorisches kollektives (und daher zumindest teilweise staatlich organisiertes) Sicherungssystem gegen Krankheit braucht mithilfe liberaler Begründung nicht im libertären Vorwurf des paternalistischen Wohlfahrtszwangs zu verharren. Vielmehr ist es als geschuldete Rechtspflicht rechtfertigbar, weil ohne ein solches Sicherungssystem die Gesellschaftsmitglieder in ihrem Recht auf gleiche Freiheit der Selbstverwirklichung verletzt würden.⁷⁰ Weiters wurde dargelegt, daß auch die Problematik der zu alimentierenden chronischen Kranken und Behinderten nicht auf der Begründungsstufe der freiwilligen Wohlfahrt oder Solidarität⁷¹ zu verharren braucht und so das Oxymoron der ‚erzwungenen Freiwilligkeit‘ bemüht werden muß.⁷² Hilfe Nicht-Verantwortlicher gegenüber Erkrankten kann sehr wohl eine Rechtspflicht sein und ihre Unterlassung Unrecht bedeuten. Dies ist dann der Fall, wenn (wie bereits oben angedeutet) das naturbedingte Unglück eines Menschen durch zumutbare Leistungen anderer verhindert oder gelindert werden kann. „Zumutbar“ heißt, daß durch eine geringfügige Anstrengung, die den Leistenden in seiner Freiheit nur unwesentlich beeinträchtigt, schweres, von niemandem zu verantwortendes Leid verhindert oder erheblich gemildert werden kann.⁷³ Denn „wer ein Unglück geschehen läßt, ohne es zu verhindern, obgleich ihm das Verhindern keine Mühe kostet, muß als jemand verstanden werden, der das Unglück billigt.“⁷⁴

Ein gerechtes kollektives Gesundheitssystem muß derart konzipiert sein, daß alle grundsätzlich leistungsfähigen Gesellschaftsmitglieder gemäß ihrer individuellen Leistungsfähigkeit gleichermaßen am Risikoausgleich teilhaben und herangezogen werden, um die unselbständigen Kranken zu unterstützen. Es ist zutiefst ungerecht, diesen Risikoausgleich nur auf jene Personengruppen zu beschränken, die nach einem Einkommenskriterium (mit willkürlicher Grenz-

⁶⁸ Steinvorth 1999, S. 220.

⁶⁹ Ebenda; vgl. auch ebenda, S. 233.

⁷⁰ Ebenda, S. 224.

⁷¹ Auf den Solidaritätsbegriff wurde bisher nicht eingegangen. Er nimmt eine „normative Zwischenstellung“ (Höffe 2001, S. 91) zwischen geschuldeter Gerechtigkeit und freiwilliger altruistischer Wohltätigkeit ein und betrifft jene Angelegenheiten, auf die weder Selbst- noch Fremdverschulden zutrifft, sondern naturbedingtes *Schicksal* (vgl. Höffe 2001, S. 91f.). Trotz der legislativen Verankerung von Solidarität (z.B. als Solidaritätsprinzip in der deutschen GKV, vgl. hierzu Brümmerhoff 1991, S. 178) ist umstritten, ob sie einklagbares und ergo erzwingbares Recht sein kann oder als altruistisches Konzept „supererogatisch, das heißt [...] jenseits des Forderbaren“ (Möhle 2001, S. 149) liegt (in diesem Fall wäre das gesetzliche Solidaritätsprinzip definitorischer Unsinn). Durch diese charakteristische Ambivalenz (vgl. Möhle 2001, S. 149, 151) ist der Solidaritätsbegriff in der Diskussion wenig hilfreich und wird von mir im weiteren beiseite gelassen.

⁷² Dennoch begnügen sich einige Autoren in der Diskussion mit dieser unbefriedigenden Antwort, etwa Kersting, der mithilfe eines vertragstheoretischen Klugheitsarguments (‚jeder kann in eine Lage geraten, in der Eigenversorgung nicht mehr möglich und Unterstützung durch Angehörige unzureichend ist‘) erklären will, daß „sich die Verfassungswähler auf ein Verfahren der *Verstaatlichung der Nächstenliebe* einigen“ (Kersting 1999, S. 69, Hervorhebung durch mich, C.J.). Ähnlich Schoene-Seifert, die von „altruistischen Gründen“ spricht (Schoene-Seifert in Kliemt 1993 [Diskussionsbeitrag], S. 283) und – aus christlicher Perspektive – Elsässer/Knoepfler 2002, S. 224.

⁷³ Vgl. Steinvorth 1999, S. 232.

setzung) besonderen Schutzes bedürften, weil sie die Aufwendungen für ausreichende persönliche Vorsorge überfordern würde.⁷⁵ Freilich bedeutet dies nicht zwangsläufig die Institutionalisierung einer (alle umfassenden) Bürgerversicherung; theoretisch vorstellbar ist auch eine andere Systemgestaltung, die den Risikoausgleich auf das allgemeine Steuersystem verlagert.⁷⁶

Die Gerechtigkeitskonzeption des egalitären Liberalismus rechtfertigt (und verlangt) also nach einem allgemeinen Gesundheitssystem, in dem auch die unschuldig Hilflosen zu versorgen sind. Andererseits ist klar geworden, daß die gerechten Ausgleichsleistungen der Gesunden (Selbständigen) für die Kranken (Unselbständigen) ein gewisses Maß nicht überschreiten dürfen, denn sonst werden sie zu unzumutbaren Belastungen. Diese ständig latente Gefahr wird (angesichts des beharrlichen medizinisch-technischen Fortschritts und der – nicht nur in Deutschland – ungünstig verlaufenden demographischen Entwicklung) immer größer und droht, die Legitimität (unter anderem) des deutschen Versicherungssystems ernsthaft in Frage zu stellen.⁷⁷

Ein aus liberaler Sicht gerechtes Gesundheitssystem kann deshalb keinesfalls gesundheitliche Totalversorgung erfüllen, sondern muß sich auf einen bestimmten, klar begrenzten Umfang medizinischer Behandlungs- und Versorgungsleistungen konzentrieren. Darum kann sich gesundheitliche Vorsorge nicht in staatlicher Absicherung erschöpfen: Die Menschen müssen die Möglichkeit haben, darüber hinausgehend auf dem freien Markt private Zusatzversicherungen abschließen zu können.⁷⁸ Dies steht, insofern es sich nicht um die Abdeckung medizinischer Grundbedürfnisse⁷⁹ handelt, im Einklang mit dem egalitären Liberalismus, nach dem jeder im Rahmen gleicher Freiheit gemäß seinen persönlichen Bedürfnissen und Interessen leben können soll. Dem steht die kommunitaristische Position des Versorgungsegalitarismus mit öffentlichem Monopol entgegen, nach deren radikaler Interpretation jede privat finanzierte medizinische Leistung zu verbieten ist.⁸⁰

Ein solches Modell widerspricht aber nicht nur liberalen Prinzipien: Ein vollständig staatliches Gesundheitssystem ist Einfallstor für Rationalitätsfallen und Defektionsanreize. Die zentrale Problematik stellt dabei die Disgruenz von objektiver und subjektiver Rationalität dar: Beide Teilnehmerseiten (Leistungsnachfrager wie –anbieter) operieren aus individueller Sicht rational: Patienten erzeugen eine Übernachfrage nach Gesundheitsleistungen, um die eigene Ausnützungsmarge zu erhöhen, die Anbieter dagegen können aufgrund des Informationsgefälles

⁷⁴ Steinvorth 1999, S. 232; vgl. ebenda, S. 233.

⁷⁵ So argumentiert – unter Berufung auf das Subsidiaritätsprinzip – allen Ernstes Boetius 1999, S. 12.

⁷⁶ Ein Ausgleich über das Steuersystem ist sowohl für Kersting (2000, S. 492; vgl. ders. 2002, S. 51) als auch für Steinvorth (1999, S. 232) vorstellbar.

⁷⁷ Vgl. Steinvorth 1999, S. 233. – Für den Themenkomplex der kostentreibenden Faktoren im Gesundheitswesen siehe auch Kapitel 3.

⁷⁸ Vgl. Lohmann 2000, S. 425; Steinvorth 1999, S. 232.

⁷⁹ Zum diffizilen Problem der Unterscheidung notwendiger und darüber hinausgehender medizinischer Leistungen siehe weiter unten.

⁸⁰ Vgl. Kliemt 1993, S. 276; Lohmann 2000, S. 418.

Nachfrage in gewissem Rahmen selbst schaffen.⁸¹ Das Ergebnis widerspricht naturgemäß der objektiven Rationalität. Solche „perverse Anreizsysteme“⁸² sind auch aus der Perspektive sozialer Gerechtigkeit katastrophal, weil Ressourcen und Güter sinnlos vergeudet werden. Das verstößt gegen wirtschaftliche Verteilungsgerechtigkeit (die Ausgleichsleistungen der Leistungsträger werden teilweise zweckwidrig verwendet) und Generationengerechtigkeit (der Grundsatz des konservierenden Aufsparens wird mißachtet). Entgegengewirkt werden kann mit dem Einbau marktwirtschaftlicher Instrumente.⁸³

Das obligatorische System zur Gesundheitsversorgung sieht sich im egalitären Liberalismus dem Zielkonflikt zwischen (noch) gerechtfertigten Ausgleichsleistungen der Einkommensbezieher und der Forderung nach möglichst umfassender medizinischer Versorgung der Bevölkerung ausgesetzt. Die umfassende Versorgung impliziert dabei idealiter, daß in jedem Einzelfall individuell abgestimmte, adäquate Maßnahmen getroffen werden (dieses Prinzip wird auch als Bedarfsgerechtigkeit bezeichnet⁸⁴). Die in diesem Zusammenhang mittlerweile schon inflationär gebrauchte Wendung der medizinischen Notwendigkeit hilft auch nicht weiter, weil sie zwar gern eingestreut wird – selbst SPD und CDU haben sich inzwischen von der Illusion einer problemlosen Maximalversorgung verabschiedet⁸⁵ –, aber sachlich (und in Deutschland auch praktisch-rechtlich) unbestimmt bleibt.⁸⁶

Faktisch ist die Vorstellung eines öffentlichen Systems unbedingter bedarfsgerechter Gesundheitsversorgung Fiktion, die mehreren Realitäten zuwiderläuft. Erstens ist der medizinische Versorgungssektor per se „strukturell unersättlich“⁸⁷ und ‚Bedarf‘ aus seiner (subjektiv-rationalen) Sicht grenzenlos, weil prinzipiell allem Notwendigkeit zu attestieren ist, was irgendeinen medizinischen Nutzen bringt oder zumindest begründeterweise bringen könnte, unabhängig davon, wie gering dieser sein möge.⁸⁸ Aus diesem Grund erscheint die absolute (das heißt lexikographische) Priorisierung des Ziels ‚Lebenserhaltung‘ (um jeden Preis) aufgrund ihrer extremen Konsequenzen illusorisch. Darüber hinaus verstieße dies auch gegen die soziale Gerechtigkeit, weil gleiche Krankenversorgung aller eine Gerechtigkeitsforderung neben gleichrangigen anderen darstellt, mit denen eine medizinische Maximalversorgung konfliktieren würde.⁸⁹

⁸¹ Vgl. Kersting 2000, S. 501 und 503; Kersting 2002, S. 56f.

⁸² Kliemt 1993, S. 263.

⁸³ Vgl. Kersting 2000, S. 503.

⁸⁴ Hierzu Klammer 1998, S. 262; Möhle 2001, S. 109.

⁸⁵ Beide Parteien beteuern in ihren jüngsten Parteitagebeschlüssen, daß medizinisch notwendige Leistungen allen offen stehen müßten (SPD 2003a, S. 24; CDU 2003b, S. 20). Dabei will die SPD erst „überprüfen, was heute medizinisch notwendig ist“ (ebenda) und die CDU eine Bewertung dem „medizinischen Urteil“ (ebenda) überlassen – also wohl wie bisher die Ärzte entscheiden lassen.

⁸⁶ Vgl. Schmidt/Gutmann 2002, S. 9.

⁸⁷ Christoph Fuchs zitiert nach Schmidt/Gutmann 2002, S. 10.

⁸⁸ Vgl. Henke 1993, S. 52 Schmidt/Gutmann 2002, S. 10f.

⁸⁹ Ein illustratives Beispiel ist die Forderung von Leist (2002, S. 171f.), öffentliche Kultursubventionen zu streichen, ehe auch nur ein Mensch aufgrund ungenügender Krankenversorgung „frühzeitig sterben oder starke Qualen leiden muß“ (ebenda, S. 172). Daß diese Polemik aus liberaler Sicht zutiefst ungerecht ist, offenbart sich, weil Kultur als kollektives

Außerdem müssen gemäß der Generationengerechtigkeit konsumtive Ausgaben (in diesem Fall für medizinische Versorgung) und Investitionen zumindest ein ausgewogenes Verhältnis bilden.⁹⁰ Wie deutlich wird, führt dieser erste Aspekt unversehens in die medizinische Rationierungsdebatte, die sich am Konflikt zwischen (potentiellem) Bedarf und Effizienz entzündet und an der neuerdings zunehmend auch die praktische Philosophie partizipiert. Die damit verbundenen Gerechtigkeitsfragen stellen jedoch sowohl von Inhalt wie Umfang einen eigenen Themenkomplex dar, der anderen Arbeiten vorbehalten bleiben muß.⁹¹

Zweitens ist medizinischer Bedarf (in Abgrenzung zum Bedürfnis) nur eine scheinbar klar zu definierende Größe, jedenfalls dann, wenn die lebensbewahrende, krankheitsbewältigende und lebensverlängernde Funktion der Medizin in fester Verbindung steht mit Verbesserungsmaßnahmen zur Lebensqualität.⁹² Es droht die Gefahr, daß das Gesundheitssystem seinen Leistungsumfang an den subjektiven Befindlichkeiten der Menschen orientiert und der Arzt in die „ungebührliche Rolle eines gesundheit-, glück- und sinnspendenden Globaltherapeuten [...] gedrängt“⁹³ wird. Dadurch würde die Bedeutung von Gesundheit als ‚transzendentelem Gut‘ ad absurdum geführt. Will man die darauf aufbauende Argumentation des Liberalismus aufrecht erhalten, ist es notwendig, Gesundheit anhand objektiver Kriterien bestimmbar zu machen. Mithilfe der Festlegung einer „biologischen Basisfunktionalität“⁹⁴ können alle menschlichen Grundfunktionen und –fähigkeiten erfaßt werden, die unabdingbar zur Verwirklichung eines selbstbestimmten Lebens sind. Dieser „rationierungsimmune Minimalegalitarismus“⁹⁵ impliziert eine garantierte gleiche medizinische Grundversorgung aller Gesellschaftsmitglieder mit fakultativen Zusatzversicherungen am freien Markt.⁹⁶ Allerdings ist nicht abzuleugnen, daß auch durch den Rekurs auf die ‚Basisfunktionalität‘ eine objektiv eindeutige Grenzziehung zwischen notwendiger Versorgung und fakultativen Zusatzleistungen nicht möglich ist – Grauzonen verbleiben immer. Hier vermögen weder die Philosophie im allgemeinen noch der egalitäre Liberalismus im speziellen, eine Antwort zu geben. Vielmehr bleibt es an diesem Punkt einer jeden Gesellschaft überlassen, abhängig von eigenem Anspruchs- und medizini-

Gesellschaftseigentum verstanden wird, das der „jeweils folgenden Generation gleichwertig“ weiterzureichen ist (Steinvorth 1999, S. 278; vgl. Kliemt 1993, S. 274).

⁹⁰ Gutmann (2002, S. 180f.) argumentiert allerdings für lebenserhaltende medizinische Leistungen jenseits von Überlegungen der Kosten-Nutzen-Effizienz. Er begründet dies mit dem Gebot der Menschenwürde, innerhalb dessen das menschliche Leben als „vitale Basis der Menschenwürde“ den „Höchstwert“ darstelle.

⁹¹ Speziell zur Rationierungsproblematik in der Transplantationsmedizin siehe die Beiträge von Grupp, Fuchs, Schwartz, Henke, Nida-Rümelin und Kliemt (alle 1993). Besonders erwähnenswert auch der Sammelband von Schmidt/Gutmann (darin neben anderen: Schmidt/Gutmann, Kersting, Breyer/Schultheiss, Leist, Gutmann, Elsässer/Knoepffler, alle 2002), dessen Beiträge die vielfältigen Sichtweisen (Liberalismus, Utilitarismus, Ökonomismus, christliche Soziallehre u.a.) exemplifizieren.

⁹² Vgl. Nullmeier/Vobruda 1995, S. 34f.

⁹³ Kersting 2002, S. 46; vgl. Kersting 2000, S. 479.

⁹⁴ Kersting 2000, S. 480; vgl. Kersting 2002, S. 48.

⁹⁵ Kersting 2000, S. 494 (Hervorhebung durch mich, C.J.); vgl. Kersting 2002, S. 55.

⁹⁶ Dieser Lösung wird nicht nur im (liberalen) Gerechtigkeitsdiskurs breite Zustimmung zuteil (vgl. Kersting 2000, S. 492f; Kersting 2002, S. 52; Lohmann 2000, S. 421; Rüb 1998, S. 349f.), sondern auch unter volkswirtschaftlicher Betrachtung (vgl. Brümmerhoff 1991, S. 200 und 202; Hof 2001, S. 264; Smigielski 1993, S. 108). – Nullmeier/Vobruda

schem Entwicklungsniveau sowie ökonomischem Potential innerhalb des (durch diese Faktoren beeinflussten) sozial gerechten Rahmens den genauen Umfang einer fairen kollektiven Gesundheitsversorgung festzulegen und darüber hinaus die abstraktphilosophischen Gerechtigkeitskriterien in konkrete, nachvollziehbare Verteilungsregeln umzusetzen.⁹⁷ Dazu bedarf es eines gesamtgesellschaftlichen, vorurteilsfreien und sachlichen Austauschprozesses, der vor allem losgelöst sein muß von (immer noch latent existenten) Maximalversorgungsvorstellungen.⁹⁸ Es bleibt zu hoffen, daß sich in Deutschland im Zuge der politischen Diskussion um Reformen im Gesundheitssystem ein solcher aufgeklärter und offener Diskussionsprozeß in Gang setzen wird.

2.3. Die Gesetzliche Krankenversicherung – sozial gerecht?

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) weist, wie andere deutsche Sozialversicherungszweige auch, als konstituierende Merkmale Erwerbseinkommensbezogenheit und Finanzierung durch Umlageverfahren auf.⁹⁹ Rund 90% der Bevölkerung sind als Pflicht- oder Freiwilligversicherte in der GKV erfaßt. Sie besteht aus einem gegliederten Kassensystem (kein einheitlicher Versicherungsträger), in dem die einzelnen Kassen nach dem Selbstverwaltungsprinzip von Arbeitgebern und Arbeitnehmern beaufsichtigt werden. 1994 wurde im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes mit dem Risikostrukturausgleich ein finanzieller Ausgleich zwischen den Gesetzlichen Kassen etabliert, der Ungleichheiten kompensieren soll, die aus ihren unterschiedlichen Versichertenstrukturen erwachsen.¹⁰⁰ Im Gegensatz zu Renten- oder Arbeitslosenversicherung sind Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung nicht abhängig von der Höhe der geleisteten Beiträge (dies wäre das Äquivalenzprinzip) und werden (mit Ausnahme des anteilmäßig kaum ins Gewicht fallenden Krankengeldes) in Form von Sachleistungen erbracht. Jedes Versicherungsmitglied hat Anspruch auf Leistungen gemäß individuellem Bedarf (Bedarfsprinzip). Folge der „risikodisvalenten“¹⁰¹ Beitragsgestaltung ist nicht nur der Ausgleich zwischen ‚schlechten‘ (tendenziell z.B. ältere Menschen, Frauen) und ‚guten‘ Risiken (tendenziell z.B. Jüngere, Männer). Da die zu entrichtenden Beiträge am Bruttoerwerbseinkommen festgemacht sind, findet zudem ein Ausgleich zwischen niedrigen und höheren Einkommen statt. Die GKV beinhaltet außerdem das Prinzip der beitragsfreien Mitversi-

(1995, S. 34) hingegen bezweifeln unter Berufung auf die „allein den Individuen zukommende [...] Definitionsmacht“ die Legitimität solcher „standardisierten Bedarfe“ (ebenda).

⁹⁷ Vgl. Gutmann 2002, S. 181; Kersting 2000, S. 494 und 500.

⁹⁸ Vgl. Schwartz in Henke 1993 [Diskussionsbeitrag], S. 72; Nida-Rümelin 1993, S. 257; Rüb 1998, S. 341; Schwartz 1993, S. 26.

⁹⁹ Hierzu Nullmeier/Vobruda 1995, S. 33f.; Rüb 1998, S. 339. Zu den im folgenden erläuterten GKV-Strukturprinzipien vgl. Klammer 1998, S. 268ff. mit weiterführenden Literaturhinweisen sowie grundsätzlich Brümmerhoff 1991.

¹⁰⁰ Vgl. Klammer 1998, S. 292; Smigielski 1993, S. 89 und 95. – Der Risikostrukturausgleich wird auf Grundlage der Faktoren beitragspflichtige Einnahmen, mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht errechnet. Mit dem *Beitragsversicherungsgesetz* von 2001 wurde beschlossen, den dieserart als teilweise unzulänglich angesehenen Risikostrukturausgleich ab 2007 morbiditätsorientiert auszurichten.

¹⁰¹ Ullrich zitiert nach Möhle 2001, S. 204.

cherung Familienangehöriger und einen Alterslastenausgleich: pflichtversicherte Rentner zahlen nur den halben durchschnittlichen Beitragssatz (die andere Hälfte wird von der Gesetzlichen Rentenversicherung zugeschossen). Diese vielfältigen und erheblichen Umverteilungsleistungen sind politisch gewollt und Ausdruck des Solidaritätsprinzips (auch: Solidarprinzip) der GKV.¹⁰² Ist die ‚solidarische Krankenversicherung‘ deswegen auch sozial gerecht? Erste Zweifel sind angebracht, weil dem Repertoire der gesetzlichen Verteilungsregelungen in der GKV von ganz unterschiedlichen Seiten „elementar inkonsistente Verteilungswirkungen“¹⁰³ bescheinigt werden. Diese gehen teils auf die Grundkonstruktion der GKV als ‚Arbeitnehmersversicherung‘, teils auf systeminterne Fehlregelungen zurück. Soziale Gerechtigkeit hängt aber als demokratisches Prinzip auch von Transparenz und ergo Klarheit der (Verteilungs-) Regeln ab.¹⁰⁴ In einer diesbezüglichen Gerechtigkeitsbewertung muß das Urteil über die GKV daher negativ ausfallen. Nur eine nähere Betrachtung vermag jedoch zu klären, ob diese erste oberflächliche Wertung aufrechterhalten werden kann oder zugunsten einer positiveren Beurteilung revidiert werden muß.

Die GKV umfaßt etwa neun Zehntel der deutschen Bevölkerung. Diese Begrenzung ist zwar aus historischer Perspektive verständlich. Ihr ursprünglicher Zweck als Sicherungssystem für Teile der Arbeiterschaft (Ende des 19. Jahrhunderts) hat sich während der letzten Jahrzehnte durch die kontinuierliche Erweiterung des Pflichtversichertenkreises zu einer Einrichtung für Schutzbedürftige gewandelt (wobei ‚Schutzbedürftigkeit‘ de facto der willkürlichen politischen Definition unterliegt¹⁰⁵). Unter gerechtigkeits-theoretischen Gesichtspunkten ist diese Konstruktion doppelt verheerend: Weder sind alle Gesellschaftsmitglieder in den (Krankheits-) Risikoausgleich eingebunden, noch nehmen alle am wirtschaftlichen Leistungsfähigkeitsausgleich (hier konkret: Einkommensausgleich) teil. Einerseits sind gewisse Berufsgruppen von der Versicherungspflicht ausgenommen (Beamte, Selbständige), andererseits können Besserverdienende bei Überschreiten der GKV-Versicherungspflichtgrenze¹⁰⁶ für eine private Krankenversicherung (PKV) optieren und aus der GKV ausscheiden, wobei ihre Entscheidung lediglich von persönlichen Kosten-Nutzen-Kalkülen abhängig ist. Votieren sie für die PKV (dies ist vor allem für gesunde Jüngere, also ‚gute Risiken‘ interessant, da in der PKV risikoäquivalente Beiträge eingehoben werden), entziehen sie sich dem Risikoausgleich sowie

¹⁰² Vgl. Klammer 1998, S. 275ff; Möhle 2001, S. 204f.

¹⁰³ Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 174. – Ganz ähnlich Klammer 1998, S. 284 und 290 sowie Brümmerhoff 1991, S. 206, der das Solidarprinzip der GKV durch „geringe Zielklarheit und –bezogenheit“ charakterisiert sieht.

¹⁰⁴ Vgl. Süddeutsche Zeitung/Seibt 2004, S. 13, wo Seibt urteilt: „Das [...] sozialpolitische Durcheinander [in Deutschland] ist nicht einfach eine Funktionsstörung. Es bedeutet viel Schlimmeres: eine Behinderung demokratischer Willensbildung.“

¹⁰⁵ Die gegenwärtig genauen Definitionsmerkmale für Zwangsversicherte sind Brümmerhoff 1991, S. 186f. zu entnehmen.

¹⁰⁶ Diese entspricht 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung für Arbeiter und Angestellte und liegt seit 1.1.2004 bei einem Jahresbruttoeinkommen von 46 350 Euro in West- wie Ostdeutschland (BMGS o.J.).

dem Familienlasten-, Alterslasten- und Leistungsfähigkeitsausgleich, die alle innerhalb der GKV unter ihrer Versichertengemeinschaft stattfinden.¹⁰⁷

Die einstige Konstruktion als Krankenversicherung für Lohnarbeiter ist bis heute an der Grundlage der Beitragsbemessung ersichtlich: Die Beitragshöhe in der GKV orientiert sich am Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit, das heißt es handelt sich um „arbeitsentgeltproportionale Beitragsfinanzierung“¹⁰⁸, denn Vermögenseinkünfte bleiben ebenso unangetastet wie Einkommen aus Verpachtung und Vermietung.¹⁰⁹ Dies bevorzugt tendenziell ältere Versicherte wie Rentner, die im Laufe eines langen Lebens eher in der Lage waren, Immobilien zu erwerben und/oder Kapitalakkumulation zu betreiben. Die Beschränkung der Beitragsbemessung ausschließlich auf Lohnneinkommen ist daher eine schwerwiegende Verletzung der Leistungsgerechtigkeit. Ein Versicherter, der zwar nur ein geringes Lohnneinkommen X bezieht, aber dank Vermögenseinkünften (5X) wohlhabend ist, entrichtet den gleichen Kassenbeitrag wie ein Versicherter mit ausschließlichem (Lohn-)Einkommen X, obwohl ersterer über sechsmal so hohe Einkünfte verfügt.

Von der Versicherungspflicht Ausgeschlossene, die freiwillig der GKV beitreten (vor allem Selbständige, da Beamte qua steuerfinanziertem Beihilfesystem faktisch völlig ausgeschlossen sind), sind gegenüber Pflichtversicherten systematisch schlechter gestellt, weil ihre Miet- und Vermögenseinkünfte Eingang in die Beitragsberechnung finden.¹¹⁰ Diese unterschiedliche Behandlung ist ebenso willkürlich wie die Definition des GKV-Pflichtversichertenkreises. Obwohl freiwillig GKV-Versicherte demnach teilweise deutlich höhere Beiträge bezahlen müssen als Pflichtversicherte mit gleichen Einkommen, wird beiden Gruppen das gleiche Repertoire medizinischer Versorgungsleistungen zuteil: eine ungerechte Ungleichbehandlung.

Ein zentraler Punkt in der Diskussion um soziale Gerechtigkeit in der GKV stellt die Beitragsbemessungsgrenze dar; diese beziffert das höchstmögliche Bruttoeinkommen, an dem sich die Beitragsberechnung orientiert. Darüberliegendes Lohnneinkommen fließt nicht mehr in die Beitragsbemessung ein.¹¹¹ Dadurch ist der Kassenbeitrag nur bis zu dieser Grenze (lohn-)einkommensproportional und stellt bei darüberliegenden Einkommen faktisch eine Pauschale mit regressiver Wirkung dar.¹¹² Die Beitragbemessungsgrenze wird unter Gerechtigkeitstheoretischen Gesichtspunkten immer wieder verurteilt.¹¹³ Als besonders kritikwürdig wird dabei empfunden, daß die Kombination aus Versicherungspflicht- und Beitragsbemes-

¹⁰⁷ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 151; Jacobs 2003b, S. 11; Knappe/Arnold 2002, S. 12; Nullmeier/Vobruda 1995, S. 28; Osterkamp 2003, S. 12; Schwarz 2003, S. 51; Verdi-Vorschläge 2002, S. 8.

¹⁰⁸ Nullmeier/Vobruda 1995, S.26 (Hervorhebung durch mich, C.J.).

¹⁰⁹ Vgl. Brümmerhoff 1991, S. 195; Klammer 1998, S. 286; Knappe/Arnold 2002, S. 11; Nullmeier/Vobruda 1995, S. 26f.

¹¹⁰ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 144; Schwarz 2003, S. 52.

¹¹¹ Die aktuelle Beitragsbemessungsgrenze liegt (seit 1.1.2004) bei 41 850 Euro Jahresbruttoeinkommen in West- wie Ostdeutschland (BMGS o.J.).

¹¹² Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 144; Brümmerhoff 1991, S. 193; Jacobs 2003b, S. 11.

¹¹³ Vgl. Brümmerhoff 1991, S. 197; Nullmeier/Vobruda 1995, S. 29; Wambach/Wigger 2003, S. 7.

sungsgrenze höhere Lohneinkommensbezieher doppelt besser stellt.¹¹⁴ Tatsächlich scheint die Beitragsbemessungsgrenze als willkürliche ‚gerechte‘ Grenze des Leistungsfähigkeitsausgleichs fragwürdig, weil sie diesen praktisch auf niedrige und mittlere Einkommen beschränkt. Zudem ergibt sich in Kombination mit dem Familienlastenausgleich (beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und nicht erwerbstätigem Ehepartner) eine ungleiche Behandlung von Allein- und Doppelverdienerhaushalten, die auf eine „bewusste Subventionierung der Hausfrauenehe“¹¹⁵ hinausläuft. Verdienen in einer Ehe beide Partner, so sind zwei Beiträge bis zur Beitragsbemessungsgrenze zu zahlen. Handelt es sich dagegen um einen Alleinverdiener, dessen Lohneinkommen genauso hoch ist wie das des Doppelverdienerpaares zusammen, ist nur ein (bei Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze geringerer) Beitrag fällig.¹¹⁶

Gemessen an den Kriterien sozialer Gerechtigkeit ist die Beitragsbemessungsgrenze mit ihrer Zielsetzung als Höchstbelastungsgrenze für Besserverdienende anzuzweifeln und entfaltet durch die (unintendierten) Nebenwirkungen sogar schwerwiegende Ungerechtigkeiten.¹¹⁷

In einer Gerechtigkeitsbeurteilung verdienen auch die GKV-internen Verteilungsinstrumente des Familien- und Alterslastenausgleichs Beachtung. Die beitragsfreie Mitversicherung vom erwerbslosen Partner und den eigenen Kindern mag in der Theorie geburten- und familienfreundlich erscheinen. Überprüft man dies jedoch empirisch, fällt das Ergebnis ernüchternd aus: Bedingt durch die Tatsache, daß Einkommenshöhe und Kinderzahl in Deutschland stark korrelieren, profitieren (in Beitrags-Leistungsinanspruchnahme-Relation) vor allem kinderlose Alleinverdienerhepaare.¹¹⁸ Außerdem bewirkt das Instrument der kostenlosen Mitversicherung implizit eine teilweise Umverteilung von Arm zu Reich. Dies ergibt sich aus der Tatsache, daß der Familienlastenausgleich durch Beitragszahlungen finanziert wird und deswegen die allgemeinen Beitragssätze entsprechend erhöht sind. Folgerichtig zahlen einkommensschwache Einzelhaushalte für wohlhabende kinderreiche Familien mit.¹¹⁹

Der Alterslastenausgleich der GKV findet zwischen der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) und der Krankenversicherung der Rentner (KVR) statt. Mittlerweile vermag die KVR nicht einmal mehr die Hälfte ihrer Ausgaben selbst zu bestreiten und ist ständig auf Finanzmittel aus der AKV angewiesen, sodaß eine Umverteilung zwischen den Generationen bzw. zwischen Erwerbstätigen und Rentnern stattfindet.¹²⁰ Grundsätzlich ist dieser Vorgang in der GKV beabsichtigt. Dies ergibt sich aus der umlagefinanzierten Konstruktion und der Tatsache, daß ältere Menschen durchschnittlich mehr medizinische Leistungen als Jüngere in An-

¹¹⁴ Vgl. Klammer 1998, S. 284f.

¹¹⁵ Ebenda, S. 286.

¹¹⁶ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 144f.; Knappe/Arnold 2002, S. 11 und 50; Schwarz 2003, S. 52.

¹¹⁷ Angemerkt sei allerdings, daß die scheinbare Alternative – ersatzlose Streichung der Beitragsbemessungsgrenze – gemäß wirtschaftlicher Verteilungsgerechtigkeit mindestens ebenso fragwürdig erscheint. In der zugrundeliegenden Literatur proponiert gibt es keinen Autor, der eine solche Aufhebung proponiert.

¹¹⁸ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 1998, S. 144f.; Jacobs 2003b, S. 11; Klammer 1998, S. 287.

¹¹⁹ Vgl. Boetius 1999, S. 18; Knappe/Arnold 2002, S. 12; Osterkamp 2003, S. 13.

spruch nehmen. Problematisch ist die Entwicklung aber aus zwei Gründen: Finanzierung im Umlageverfahren baut auf eine zumindest konstante Bevölkerungsentwicklung. Die zurückgegangene Geburtenrate in Deutschland führt aber zu zunehmender Alterung der Gesellschaft, das Verhältnis von Jungen und Alten (sowie Erwerbstätigen und Rentnern) gerät zusehends in eine Schieflage.¹²¹ Hinzu kommt, daß der medizinisch-technische Fortschritt fortwährend neue (und oft kostenintensive) Behandlungsmöglichkeiten gerade in bezug auf typische Alterskrankheiten entwickelt. Beide Faktoren zusammengenommen wirken „potentiell systemsprengend“¹²² und werden die GKV in ihrer heutigen Form ohne Zweifel langfristig finanziell überfordern.

Zusammenfassend ist festzustellen: Die deutsche GKV genügt weder in ihrer grundsätzlichen Konzeption noch ihren systeminternen Verteilungsregelungen den eingangs formulierten Kriterien sozialer Gerechtigkeit, vielmehr steht sie teilweise sogar in krassem Widerspruch zu diesen. Die aktuelle politische Debatte zum Umbau der Finanzierungsgrundlagen der GKV sollte dies berücksichtigen. Eine grundlegende Reform bietet (auch) die Chance, die Gestaltung des deutschen Gesundheitssystems enger mit den Ansprüchen sozialer Gerechtigkeit zu verbinden.

3. Reform der GKV-Finanzierungsbasis: Einnahmen- oder Ausgabenproblem?

Deutschland – das ‚Land der Gesundheit‘? Wenn man die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit im internationalen (OECD-) Vergleich betrachtet, erreicht Deutschland tatsächlich den ersten Platz mit einem Anteil von 8,1% am BIP (1997).¹²³ Auch wenn die privaten Ausgaben hinzugezählt werden, liegt Deutschland mit 10,4% am BIP (1997) weit vorne, geschlagen nur von den USA.¹²⁴ Zwar sind die öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1960-1997 um 4,9 Prozentpunkte gestiegen¹²⁵, jedoch geht ein Großteil des Anstiegs auf die erste Phase dieses Zeitraums zurück. Mit der seit Ende der 70er Jahre verfolgten Kostendämpfungspolitik, zu deren Rechtfertigung das agitatorische Schlagwort der ‚Kostenexplosion‘ bemüht wurde und die vollkommen unter dem Primat der Beitragssatzstabilität stand und steht (insofern wurde implizite Budgetdeckung betrieben), konnte die Ausgabenentwicklung tatsächlich in Maßen gehalten werden und bewegte sich ungefähr parallel zu den Steigerungsraten des BIP (Abbil-

¹²⁰ Vgl. Klammer 1998, S. 287f.; Schwarz 2003, S. 50.

¹²¹ Dazu mehr im folgenden 3. Kapitel.

¹²² Nullmeier/Vobruda 1995, S. 22.

¹²³ M.G. Schmidt 1999, S. 230; vgl. ebenda, S. 232.

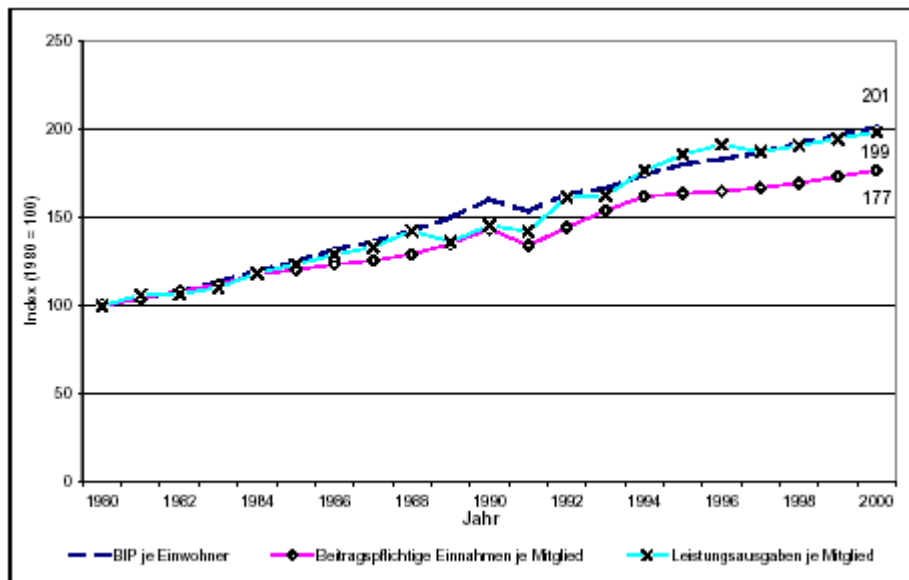
¹²⁴ M.G. Schmidt 1999, S. 230; ebenso Haacke 2001, S. 409f. und Knappe/Arnold 2002, S. 8, die aber nicht zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben differenzieren! – Zu den Bestimmungsfaktoren der hohen Gesundheitsausgaben Deutschlands im internationalen Vergleich siehe M.G. Schmidt 1999, S. 239.

¹²⁵ M.G. Schmidt 1999, S. 230.

dung 1).¹²⁶ Die erreichte Kostendämpfung ging freilich vor allem zu Lasten der Patienten (Leistungskürzungen bzw. neue oder erhöhte Selbstbehalte), wohingegen die Leistungsanbieter verhältnismäßig gering von den Einsparungsmaßnahmen betroffen waren.¹²⁷

Abbildung 1: Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts, der beitragspflichtigen Einnahmen und der Leistungsausgaben der GKV (1980-2000).

Abb. entnommen Jacobs 2003b, S. 9; Quelle: Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.



Das deutsche System öffentlicher Gesundheitsversorgung in Form der Gesetzlichen Krankenversicherung wird, wie bereits dargelegt, über lohnabhängige Beiträge finanziert. Ein öffentliches Gesundheitssystem ist, unabhängig seiner spezifischen Konzeption, ausgabenseitig abhängig vom medizinisch-technischen Fortschritt und der demographischen Entwicklung der Versorgungsgemeinschaft. Die Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen korreliert mit der des menschlichen Alters; beispielsweise konsumieren 80-85jährige durchschnittlich elf Mal so viele Arzneimittel (umgerechnet in Tagesdosen, 1995) wie Jüngere.¹²⁸ Wenn, wie in Deutschland, das Gesundheitssystem keine explizite Budgetdeckelung (und damit explizite Rationierungsmechanismen) kennt, steigen die Ausgaben durch alternde Bevölkerung (steigendes durchschnittliches Bevölkerungsalter) und stetige medizinische Innovationen zwangsläufig.

Zwar sind langfristige Prognosen über Beitragssatzanstiege in der GKV äußerst vorsichtig zu behandeln, hängen sie doch (unter anderem) von den unwägbareren Größen Fortschritt der Medizin und Konjunktorentwicklung ab.¹²⁹ Zudem basieren Prognosen zu Arbeitneh-

¹²⁶ Verfälschend daher Boetius 1999, S. 2f., der in seinen Darlegungen über den Ausgabenanstieg 1980-1997 nicht zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben differenziert.

¹²⁷ Vgl. Klammer 1998, S. 258 und 295. Für eine Überblicksdarstellung der gesundheitspolitischen Reformen seit den 70er Jahren siehe Möhle 2001, S. 198ff.

¹²⁸ Hof 2001, S. 35f.; vgl. Pedroni/Zweifel 1989, S. 68, Graphik B und C.

¹²⁹ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 168, 175 und 257; Jacobs 2003b, S. 16.

mer/Rentner-Relations-, Migrations- und Bevölkerungsentwicklung auf vergangenheitsbezogenen Daten und können demnach lediglich Entwicklungstendenzen aufzeigen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit eintreten werden.¹³⁰ Verschiedene aktuelle Studien variieren dementsprechend in ihren Beitragssatzprognosen, alle aber gehen von erheblichen Steigerungen aus.¹³¹

Die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland ist in den vergangenen Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen und wird laut einhelligen Prognosen weiter steigen. Diese (nur allmähliche) Entwicklung für sich genommen wird für die Ausgaben der GKV kaum eine Rolle spielen.¹³² Jedoch wird parallel dazu zukünftig die Einwohnerzahl schrumpfen, weil die Geburtenrate seit den 70er Jahren unter „bestandserhaltendes Niveau“¹³³ gesunken ist. Dadurch wird es mittel- bis langfristig zu einer ungünstigen Verschiebung des Altersquotienten kommen¹³⁴, was wiederum zur Folge haben wird, daß die Erwerbstätigen mit ihren Beiträgen die Gesundheitsversorgung der Rentner subventionieren werden müssen, und zwar in noch größerem Umfang als dies (wie dargestellt) bereits der Fall ist. Hinzu kommt, daß in der Vergangenheit die Leistungsausgaben je Versichertem in der Krankenversicherung der Rentner (KVR) viel stärker angestiegen sind als in der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV)¹³⁵.

In der wissenschaftlichen Debatte herrscht mittlerweile Übereinstimmung, daß die Alterung der deutschen Bevölkerung innerhalb der nächsten Jahrzehnte entscheidenden Einfluß auf die Finanzierungsproblematik der GKV haben wird¹³⁶, wenngleich vereinzelte gewerkschaftsnahe Autoren dies leugnen¹³⁷ und einige andere ausschließlich ein Einnahmenproblem erkennen können (dazu im folgenden).

¹³⁰ Dieser Problematik sind sich Bericht Herzog-Kommission 2003 (S. 64), Rürup 2003 (S. 256) sowie Pedroni/Zweifel 1989 sehr wohl bewußt.

¹³¹ Der Bericht Herzog-Kommission (2003, S. 17) geht von einem Beitragssatz von 20% für 2030 und „deutlich über 20% in den Folgejahren“ aus. Haacke (2001, S. 411) hingegen rechnet mit bis zu 25% in 2030. Hof (2001, S. 266) prognostiziert für 2050 einen Beitragssatz in der Bandbreite zwischen 20,9 und 26,1%, ähnlich die Prognosen von Knappe/Arnold 2002, S. 14. Boetius (1999, S. 7) gibt eine allein durch die Demographieentwicklung bedingte Steigerung auf 19,8–22,6% im Jahr 2040 an.

¹³² In der Gesundheitsökonomie gibt es diesbezüglich zwei sich widersprechende Theorien: Die *Kompressionstheorie* besagt, daß die gestiegene Lebenserwartung darauf hindeute, daß die Menschen allgemein gesünder seien und sich die Alterserkrankungen weiter ‚nach hinten‘ verschieben würden. Die *Medikalisierungstheorie* hingegen vertritt die Ansicht, daß sinkende Mortalität nicht mit sinkender Morbidität einhergehe, sondern sogar eine gegenteilige Entwicklung bemerkbar sei: der Gesundheitszustand der Bevölkerung nehme durchschnittlich ab. Beide Theorien konnten bislang empirisch nicht befriedigend bestätigt werden (vgl. Pedroni/Zweifel 1989, S. 21ff.)

¹³³ Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 8. – Zur Erreichung eines solchen Niveaus müßte die Geburtenrate in Deutschland bei 2,1 Geburten je Frau liegen, tatsächlich liegt sie heute aber bei 1,3.

¹³⁴ Der Altersquotient bezeichnet „das Verhältnis der Menschen, die 65 Jahre und älter sind, zu den 20- bis 64-Jährigen“ (Bericht Herzog-Kommission, S. 9). Bericht Herzog-Kommission (ebenda) geht von einer Verschiebung des derzeitigen Quotienten (29,2) auf 59,4 in 2050 aus. Zu abweichenden Ergebnissen kommen (allerdings unter Zugrundelegung der Altersgrenze schon bei 60 Jahren) Boetius 1999, S. 7; Knappe/Arnold 2002, S. 48 sowie Schwarz (2003, S. 50), der sogar von einem „annähernd ausgeglichenen Verhältnis“ von 20-60jährigen zu Über-60jährigen in 2050 spricht!

¹³⁵ Vgl. Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 10f.; Knappe/Arnold 2002, S. 8. – 1970 betrug die Differenz der Leistungsausgaben von einem KVR-Versicherten gegenüber einem AKV-Versicherten acht Prozent, 1998 lag diese bei 80% (Knappe/Arnold 2002, ebenda). – Zu erklären ist dieser ungleiche Anstieg vor allem durch den ausgabenintensiven medizinischen Fortschritt, der sich vermehrt typischen Alterskrankheiten widmet (vgl. Abschnitt 2.3; Hof 2001, S. 250).

¹³⁶ Vgl. etwa Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 16; Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 144.

¹³⁷ In der zugrundeliegenden Literatur bestreiten Kreuger (2003, S. 236) und Verdi-Vorschläge (2002, S. 8) den Einfluß der alternden Bevölkerung auf die GKV-Ausgaben: „Wir sind der Meinung, die demographische Herausforderung ist gar keine.“ (Verdi-Vorschläge 2002, ebenda).

Neben der ausgabenseitigen Dependenz ist die GKV-Finanzierung durch die Beitrags-Lohn-Kopplung von zwei einnahmenseitigen Faktoren abhängig: dem Arbeitsmarkt und der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen.¹³⁸ Einerseits ist die Finanzierungsbasis durch die Kopplung an die Löhne stark „konjunkturreagibel“¹³⁹: steigende Arbeitslosigkeit führt unmittelbar zu regressiven Einnahmen (insofern wirkt sich eine langanhaltende wirtschaftliche Schwächephase, wie wir sie derzeit erleben, fatal auf den GKV-Einnahmenfluß aus). Andererseits ist die Lohnquote in Deutschland innerhalb der letzten Jahrzehnte insgesamt rückläufig gewesen¹⁴⁰: Auch die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Versicherten sind dadurch als Anteil ihres Gesamteinkommens zurückgegangen.¹⁴¹ Daß die GKV mittlerweile eklatant unter einem Einnahmenproblem leidet, ist in der gegenwärtigen Fachliteratur faktisch unbestritten¹⁴² und wird teilweise als zentrales¹⁴³ bzw. sogar ausschließliches¹⁴⁴ Finanzierungsproblem angesehen.

Summa summarum vermag weder die Argumentation des ausschließlichen Einnahmenproblems noch jene des reinen Ausgabenproblems zu überzeugen. Anhänger der ersten These (Einnahmenproblem) versuchen tendenziell, darüber hinwegzutäuschen, daß medizinische Rationierung als drängendes Thema längst nicht mehr nur auf akademische Debatten beschränkt ist.¹⁴⁵ Vertreter der Gegenthese (Ausgabenproblem) betonen wiederum nachdrücklich, wie wichtig Kürzungen der öffentlichen Gesundheitsleistungen und private (Zusatz-) Absicherung seien. Dabei wird der Eindruck vermittelt, daß die öffentliche Grundversorgung sich eher an den potentiellen Behandlungs- und Versorgungskosten orientieren sollte als an der Frage, welche Leistungen gemäß gerechter Grundversorgung essentiell erscheinen.¹⁴⁶

Obwohl die jüngste Entwicklung den Fokus verstärkt auf die wegbrechenden Beitrags-einnahmen der GKV gelenkt hat, dürfen die ausgabenseitigen Schwierigkeiten darüber nicht vergessen werden. Erst die Kumulation von einnahme- und ausgabenseitigen Faktoren – medizinischer Fortschritt, alternde Bevölkerung, sinkende Lohnquote und hohe Arbeitslosigkeit – bewirken insgesamt den finanziellen Problemdruck, wie er heute auf der umlagefinanzierten

¹³⁸ Vgl. Hof 2001, S. 21.

¹³⁹ Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 37.

¹⁴⁰ Die Lohnquote „gibt den Anteil der Arbeitnehmerentgelte (früher: „Bruttoeinkommen aus unselbständiger Arbeit“) am gesamten Volkseinkommen an“ (Grömling o.J.) und betrug 1980 75,8% bzw. 1990 69,6% (beides Westdeutschland), 2000 lag sie bei 72,0% (Gesamtdeutschland; Quelle: ebenda). Nicht nachvollziehbar Boetius (1999, S. 9f.), der meint: „Die Lohnquote ist kein geeignetes Maß, um die Bedeutung der Einkommen aus unselbständiger Arbeit für die Finanzierungsbasis der GKV darzustellen.“

¹⁴¹ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 36, die urteilt, daß die „ausschließlich lohnzentrierte Finanzierung [...] nicht mehr nachhaltig“ sei (ebenda) sowie Jacobs 2003a, S. 44.

¹⁴² Einzige Ausnahme in der zitierten Literatur: Massenberg/Hofmann 2003, S. 704: „Bei der gesetzlichen Krankenversicherung liegt kein Einnahmenproblem, sondern [...] ein Steuerungs- und Ausgabenproblem vor.“

¹⁴³ Vgl. Jacobs 2003a, S. 43.

¹⁴⁴ Vgl. Burkhardt 2002, S. 579f.; Verdi-Vorschläge 2002, S. 11.

¹⁴⁵ So vor allem Burkhardt 2003, S. 579f.

¹⁴⁶ Vgl. Massenberg/Hofmann 2003, S. 704. – Es verwundert nicht, daß die Autoren beruflich im Finanzdienstleistungssektor tätig sind.

GKV lastet¹⁴⁷ und in Zukunft beständig zunehmen wird, wenn keine grundlegenden Änderungen erfolgen.

4. Bürgerversicherung und pauschale Gesundheitsprämie

4.1 SPD-Vorschlag Bürgerversicherung

Der Gedanke einer alle Staatsbürger umfassenden Krankenversicherung ist nicht neu.¹⁴⁸ In der fachwissenschaftlichen Debatte hat die Rürup-Kommission in ihrem Abschlußbericht die jüngste und vergleichsweise detaillierteste Ausarbeitung präsentiert.¹⁴⁹ Diesen Entwurf hat die SPD in der entfachten Debatte um eine Reform der GKV im Grundsatz aufgegriffen. Auf ihrem Parteitag in Bochum haben die Sozialdemokraten die Absichtserklärung zur Umgestaltung der GKV in eine Bürgerversicherung verabschiedet (neben den Sozialdemokraten haben sich inzwischen auch Bündnis 90/Die Grünen sowie der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) für das Modell Bürgerversicherung ausgesprochen¹⁵⁰). Bedauerlicherweise konnten oder wollten sich die Sozialdemokraten dabei noch nicht auf konkrete Ausgestaltungsdetails festlegen, sondern haben mit ihrer Beschlußfassung nur einen ‚groben Rahmen‘ gesteckt. Ich werde daher dort, wo Ergänzungen angebracht oder sogar nötig erscheinen, auf detailliertere Ausführungen, insbesondere den Rürup-Kommissionsbericht, zurückgreifen.¹⁵¹

Analog zu Reformvorhaben in anderen wirtschafts- und sozialpolitischen Feldern (und gemäß der Schröder'schen Absichtserklärung „Agenda 2010“) will die SPD den deutschen Gesundheitssektor bis 2010 „wieder an die Spitze bringen“¹⁵², wobei die Beschlußfassung nicht darüber aufklärt, welche ‚Spitze‘ gemeint ist. Bezüglich der Finanzprobleme der GKV führt der Weg für die deutschen Sozialdemokraten jedenfalls über eine Verbreiterung der „Basis der Solidarität“¹⁵³. In concreto heißt dies, daß „alle Bürgerinnen und Bürger [...] krankenversichert“ sein müssen und die „Finanzierung der medizinisch notwendigen Leistungen [...] für alle Bürgerinnen und Bürger solidarisch gesichert werden“¹⁵⁴ soll. Die Begründung lautet, daß „wer viel verdient, gesund oder jung ist, [...] sich nicht der Solidarität in der Krankenversicherung entziehen“¹⁵⁵ darf. Wettbewerb zwischen den Kassen solle sich ausschließlich auf „gute Versorgungsstrukturen“ beziehen, nicht auf „gute Risiken“.¹⁵⁶ „Einkommensunabhängige

¹⁴⁷ Dahingehend beispielsweise beide Kommissionen (Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 10, 16f.; Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 143f.).

¹⁴⁸ Vgl. Brümmerhoff 1991, S. 181; Klammer 1998, S. 299; Nullmeier/Vobruda 1995, S. 28f.; Rüb 1998, S. 348.

¹⁴⁹ Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 143ff.

¹⁵⁰ Vgl. Engelen-Kefer 2003, S. 271ff., Krämer 2003; Kreuger 2003, S. 233ff.; Verdi-Vorschläge 2002, S. 11; Zukunft 2003, S. 402.

¹⁵¹ Dadurch soll jedoch keinesfalls die Beantwortung ungeklärter Einzelheiten im SPD-Beschluß, bei denen mehrere Gestaltungsvarianten denkbar sind, vorweggenommen werden.

¹⁵² SPD 2003b, S. 45.

¹⁵³ Ebenda, S. 43.

¹⁵⁴ Ebenda, S. 46.

¹⁵⁵ SPD 2003b, S. 46.

¹⁵⁶ Ebenda.

Kopfprämien“, die eine gleich hohe Prämienzahlung von jedem Versicherten verlangen, werden verworfen, stattdessen spricht sich die SPD für eine Finanzierung aus, in der „alle Einkommensarten zu berücksichtigen“ sind und der Beitrag jedes Einzelnen sich an „seiner finanziellen Leistungsfähigkeit“ orientiert.¹⁵⁷

Ähnlich wie der Vorschlag im Rürup-Kommissionsbericht hält auch der SPD-Beschluß an einem Nebeneinander von GKV und Privater Krankenversicherung (PKV) fest, auch soll das gegliederte System der Gesetzlichen Kassen erhalten bleiben; eine Einheitskasse (und erst recht ein steuerfinanziertes System) lehnen die Sozialdemokraten ab.¹⁵⁸ Jeweils „geprüft werden“ soll, wie ein „fairer Wettbewerb“ zwischen GKV und PKV ermöglicht werden kann und andere Einkommensarten bei der Finanzierung berücksichtigt werden können.¹⁵⁹ Die einzige realistische Lösungsmöglichkeit bezüglich der Privaten Krankenversicherungen dürfte der Rürup-Kommissionsvorschlag sein, wonach alle medizinisch notwendigen Leistungen weiterhin von der GKV erbracht werden, nicht notwendige Zusatzleistungen (deren Nutzen medizinisch nicht nachweisbar ist oder die reinen Wellnesscharakter haben) dagegen von der PKV abgedeckt werden können.¹⁶⁰ Obwohl sich das SPD-Papier nicht dazu äußert, wird für bestehende PKV-Vollversicherungsverträge aus verfassungsrechtlichen Gründen ein Vertrauensschutz einzurichten sein.¹⁶¹

Hinsichtlich der Ausdehnung auf andere Einkunftsarten will die SPD durch die Einbeziehung von Mieten und Zinsen eine Zusatzbelastung „kleiner und mittlerer Einkommen“ vermeiden.¹⁶² Tatsächlich würde eine Ausdehnung der Beitragsbemessungsgrenze auf andere Einkommensarten diejenigen überproportional treffen, die über Lohn-, Miet- und Vermögenseinkünfte jeweils unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze verfügen. Es ist daher zu vermuten, daß die SPD sich diesbezüglich für die Einrichtung eines (wie auch immer gestalteten) Freibetrages für lohnunabhängige Einkommen aussprechen wird.¹⁶³ Da alle Einkommensquellen zur Beitragsbemessung herangezogen werden sollen (wodurch der Beitrag nicht mehr proportional zum Arbeitseinkommen, sondern zur Steuerschuld wäre), liegt die unkomplizierte Lösung einer Erhebung über die Finanzämter nahe.¹⁶⁴

Ebenfalls unklar ist, ob die SPD an der paritätischen Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Finanzierung bei Lohneinkommen festhalten wird (dies dürfte allerdings wahrscheinlich sein).¹⁶⁵

¹⁵⁷ Ebenda.

¹⁵⁸ Vgl. ebenda..

¹⁵⁹ Ebenda.

¹⁶⁰ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 149.

¹⁶¹ Vgl. ebenda, S. 152.

¹⁶² SPD 2003b, S. 46.

¹⁶³ Eine solche Ausgestaltung wird im Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 157f.) angedacht; außerdem bei Engelenkefer 2003, S. 277.

¹⁶⁴ So Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 150 und 157; Brümmerhoff 1991, S. 195 („abgabentechnisch und verwaltungsmäßig einfachste Lösung“); Wambach/Wigger 2003, S. 8. – Weil viele Versicherte ohne Einkommenssteuererklärung sind, schlägt der Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 156f.) die Selbstauskunft oder alternativ eine Poollösung vor.

¹⁶⁵ Der Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 158) hält daran fest.

Beim derzeit bestehenden Familienlastenausgleich in der GKV will die SPD zumindest grosso modo alles beim alten belassen: „Die beitragsfreie Familiensicherung von nichterwerbstätigen Ehepartnern und Kindern [...] ist ebenso wie die Übernahme von Mutterschaftsgeld und Lohnkosten von Erziehenden während der Krankheit eines Kindes ein erheblicher Beitrag zur Familienförderung.“¹⁶⁶

Damit sind die Ausführungen des SPD-Parteitagbeschlusses zur Bürgerversicherung erschöpft. Abschließend wird im Beschlußpapier festgehalten, daß die „Einführung einer Bürgerversicherung [...] vielschichtige Fragen ökonomischer und rechtlicher Art auf[wirft]. Wir werden sozialrechtliche, wettbewerbsrechtliche, kartellrechtliche und verfassungsrechtliche Probleme lösen müssen.“¹⁶⁷ Es ist daher verständlich, daß die Sozialdemokraten „das Krankenversicherungssystem stufenweise in eine Bürgerversicherung umwandeln“¹⁶⁸ wollen. Laut einem Anfang 2004 publizierten Papier des SPD-Parteivorstands soll diese Umgestaltung „durch eine breite gesellschaftliche Debatte sorgfältig vorbereite[t]“ und „voraussichtlich in der nächsten Legislaturperiode“ begonnen werden.¹⁶⁹

4.2 CDU-Vorschlag Pauschalprämie

Ebenso wie die Bürgerversicherung wurde in der wissenschaftlichen Diskussion auch die Einführung von Pauschalprämien schon vor längerer Zeit angedacht.¹⁷⁰ Anders als die Bürgerversicherung bezieht sich die Pauschalprämie nicht auf den Versichertenkreis, sondern auf die Finanzierungsgrundlage. Deswegen ist auch eine Kombination beider Elemente denkbar.¹⁷¹ Das von der CDU auf ihrem Parteitag in Leipzig beschlossene Pauschalprämie-Modell¹⁷² lehnt sich als Alternative zur SPD-Bürgerversicherung jedoch eng – teilweise wortwörtlich – an den Abschlußbericht der Herzog-Kommission an. Eine Ausweitung des Versichertenkreises der GKV lehnen die Christdemokraten daher ab, denn das „Problem steigender Lohnnebenkosten [würde] nicht gelöst, sondern im Ergebnis noch vergrößert.“¹⁷³ Ähnlich wie die SPD betont die CDU, daß weiterhin alle Pflichtversicherten medizinisch notwendige Leistungen zu erhalten haben.¹⁷⁴ Darüber hinaus müsse der „medizinische Fortschritt [...] für die gesamte Gesellschaft zugänglich und finanzierbar“ sein und das gegliederte Kas-

¹⁶⁶ SPD 2003b, S. 46.

¹⁶⁷ Ebenda.

¹⁶⁸ Ebenda.

¹⁶⁹ SPD 2004, S. 5. – Dazu im Gegensatz steht aber die jüngst von Heide Simonis und Heiko Maas (beide SPD) getätigte Forderung nach einer raschen Einführung. Tatsächlich dürfte der überhastete Vorstoß („Sie [Simonis] würde es begrüßen, wenn der Einstieg in eine entsprechende Reform noch in diesem Jahr zu schaffen sei“, Süddeutsche Zeitung/Fried 2004, S. 1) eher dem SPD-Meinungsumfragetief als echter Reformbereitschaft geschuldet sein.

¹⁷⁰ Vgl. Brümmerhoff 1991, S. 183f.

¹⁷¹ Ein solches Modell findet sich bei Knappe/Arnold 2002, S. 14ff. – Zur Kombination von Bürgerversicherung und Pauschalprämie grundsätzlich Wambach/Wigger 2003.

¹⁷² Die CSU spricht sich gegen dieses Vorhaben aus (vgl. Der Spiegel 2004, S. 36ff.). Eine Einigung der beiden Schwesterparteien steht bis dato aus.

¹⁷³ CDU 2003b, S. 23. – Damit ist freilich nicht erklärt, was gegen die Kombination ‚Bürgerversicherung plus Pauschalprämie‘ spricht.

sensystem („Pluralität im Gesundheitswesen“) erhalten bleiben.¹⁷⁵ Nachdrücklicher als bei der SPD wird hingegen eine verstärkte „Eigenbeteiligung und Selbstverantwortung der Versicherten“¹⁷⁶ akzentuiert.

Das zentrale Anliegen der CDU ist es, die GKV „in ein kapitalgedecktes, einkommensunabhängiges und erheblich demographiefesteres System einer ‚Gesundheitsprämie‘ zu überführen.“¹⁷⁷ Die Kapitaldeckung soll dabei „im Lebenslauf absehbare Risiken der Versicherten vorwegnehmen und Beiträge wie Leistungsansprüche besser kalkulierbar halten“¹⁷⁸. Für neue junge Versicherte wird die Pauschalprämie „für die gesamte Lebensdauer berechnet. Dabei werden die jeweiligen Kosten des erreichten medizinischen Fortschritts eingerechnet.“¹⁷⁹ Eine solche Prämie ist daher zwangsläufig alterskohortenabhängig, das heißt die Pauschalprämie eines im Jahr X-15 geborenen Versicherten weicht ab von der Prämie eines im Jahr X Geborenen (die Prämie des letzteren dürfte deutlich über jener des ersteren liegen). Die Einführung eines solchen Systems ist „schwierig und kurzfristig unmöglich“¹⁸⁰ und soll erst erfolgen, nachdem über zehn Jahre ein Kapitalstock aus Versicherungsbeiträgen angelegt worden ist. Dieser soll dann für ältere Versicherte eingesetzt werden, damit diesen bei der Umstellung auf Pauschalprämien keine unzumutbaren Belastungen aufgebürdet werden: der für sie errechnete versicherungsmathematische Prämienbeitrag würde weit höher sein als für Jüngere.¹⁸¹

Die CDU veranschlagt die Höhe der Pauschalprämie (basierend auf heutigen Preisen) auf 200 Euro monatlich. Darin enthalten sind ein „Grundbetrag“ von 180 Euro, welcher der Krankenkasse als Einnahme zufließt, und ein „Vorsorgebeitrag“ von 20 Euro, der –nach dem Muster der Privaten Krankenkassen – zum Aufbau einer kapitalgedeckten Altersrückstellung dient.¹⁸² Daß mit Beiträgen in dieser Höhe das derzeitige GKV-Leistungsniveau nicht zu halten ist, gibt die CDU indirekt zu, wenn sie im System „mehr Entscheidungsfreiheit“¹⁸³ etablieren will. Demnach soll es einen „Standard-Krankenversicherungsschutz“ (mit nicht näher definiertem Leistungsumfang) geben, der – gegen höhere Prämienzahlungen – um „zusätzliche Leistungen“ aufgestockt werden kann. Alternativ soll ein niedrigerer Prämienbetrag bei höherer Selbstbeteiligungsverpflichtung möglich sein.¹⁸⁴

Für Geringverdiener sieht der CDU-Beschluß einen „sozialen Ausgleich“ über das allgemeine Steuersystem vor: „Dieser Ausgleich soll automatisch zwischen Finanzamt und Kranken-

¹⁷⁴ Vgl. CDU 2003b, S. 20.

¹⁷⁵ CDU 2003b, S. 22.

¹⁷⁶ Ebenda.

¹⁷⁷ Ebenda, S. 23.

¹⁷⁸ Ebenda, S. 20.

¹⁷⁹ CDU 2003a, (S. 22). [=Keine Seitenzählung im Dokument. Seitenzahl in Klammern bezieht sich auf .pdf-Zählung]

¹⁸⁰ CDU 2003b, S. 20.

¹⁸¹ Vgl. CDU 2003a, (S. 21).

¹⁸² Vgl. CDU 2003b, S. 24.

¹⁸³ Ebenda, S. 27.

versicherung auf der Grundlage des [...] Einkommenssteuerbescheids ohne Vermögensanrechnung“ erfolgen, sodaß die Pauschalprämie sich „im Ergebnis [als] einkommensabhängig und sozialverträglich“¹⁸⁵ erweise. Zusätzlich sei damit sichergestellt, daß „alle Steuerzahler nach ihrer Leistungsfähigkeit [...] zur Finanzierung dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe“¹⁸⁶ beitragen. In einer ersten vierjährigen Übergangsphase will die CDU per legem sicherstellen, niemanden „effektiv höher“ zu belasten als dies „unmittelbar vor der Umstellung“¹⁸⁷ der Fall war. Um in der Zeit danach überproportionale Belastungen durch die Prämie zu vermeiden, ist laut Christdemokraten „in einem Leistungsgesetz festzuschreiben, dass die Gesamtprämienbelastung eines Haushaltes einschließlich des Vorsorgebeitrages die Grenze von 15 Prozent des Bruttogesamthaushaltseinkommens [...] nicht übersteigen darf.“¹⁸⁸ Es wird eingeräumt, daß auf diese Weise Bezieher von Niedrigeinkommen gegenüber dem Status quo stärker belastet werden. Dies sei aber „gerechtfertigt [...] angesichts der auch in einem Prämiensystem unabdingbaren mittel- und langfristigen Kostensteigerungen aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der demographischen Gegebenheiten.“¹⁸⁹

Analog zu SPD-Modell und derzeitiger Gesetzeslage wird auch im CDU-Vorschlag die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern beibehalten (nicht erwerbstätige Ehepartner sind hingegen voll prämienpflichtig). Finanziert werden soll dies über eine Bezuschussung der GKV durch die Kindergeldstelle (mithin aus dem allgemeinen Steuersystem) mit einem halben Beitrag (90 Euro) je Kind. Da Kinder im Steuersystem steuermindernd („Kinderfreibeträge“) wirken, sei diese Regelung „familienfreundlicher“ als das heutige GKV-System.¹⁹⁰ Die zusätzlich benötigten Steuermittel dafür sind, so die CDU, vorhanden, weil der derzeitige Arbeitgeberbeitrag zur GKV künftig dem Arbeitnehmer als bester Steuerer Lohnbestandteil ausbezahlt werden soll.¹⁹¹ Recht vage bleibt der CDU-Beschluß dagegen in puncto steuerfinanziertem Sozialausgleich. Der so entstandene (aber von den Christdemokraten nicht näher bezifferte) Mehrbedarf an Steuereinnahmen könne „aus dem durch wirtschaftliche Dynamik gestiegenen allgemeinen Einkommensteueraufkommen, durch Subventionsabbau oder eine Verzahnung mit der Großen Einkommensteuerreform“¹⁹² gedeckt werden.

¹⁸⁴ Vgl. CDU 2003b, S. 26f. – Dies entspricht vollkommen Beises (Süddeutsche Zeitung/Beise 2004, S. 4) Plädoyer für „mehr Wahlfreiheit“: „Wer [...] den Umfang seines Krankenschutzes weitgehend selbst bestimmen kann, [...] kann ähnlich wie bei der Aktienlage entscheiden, ob er mutig sein will oder vorsichtig.“

¹⁸⁵ CDU 2003b, S. 25.

¹⁸⁶ Ebenda.

¹⁸⁷ Ebenda.

¹⁸⁸ Ebenda.

¹⁸⁹ Ebenda, S. 26.

¹⁹⁰ Vgl. ebenda, S. 24.

¹⁹¹ Vgl. ebenda, S. 24 und 26.

5. Reformmodelle für das Gesundheitssystem und soziale Gerechtigkeit

Der Vergleich von SPD- und CDU-Parteitagbeschlüssen zu Bürgerversicherung bzw. Pauschalprämie unter den Beurteilungskriterien sozialer Gerechtigkeit sieht sich (wie zuvor angedeutet) dem Problem ausgesetzt, daß die Sozialdemokraten ihrer Deklaration für die Bürgerversicherung bis dato keine Ausführungen zu Ausgestaltungsdetails haben folgen lassen. Im Gegensatz dazu nimmt der christdemokratische Vorschlag im CDU-Parteitagbeschlusse (dank des vielfachen Rückgriffs auf die Ausführungen der Herzog-Kommission) bereits eine vergleichsweise präzise Gestalt an. Diese Schiefelage des inhaltlichen Gehalts wird im folgenden Gerechtigkeitsvergleich ebenfalls eine Schiefelage insofern verursachen, als konkretere Aussagen auch eine genauere Prüfung erlauben. Dementsprechend muß schon an dieser Stelle die eventuell vom Leser gehegte Hoffnung zunichte gemacht werden, daß der nachfolgende Vergleich abschließend zu einem definitiven ‚Ranking‘ bezüglich sozialer Gerechtigkeit führen könnte.

5.1. Soziale Gerechtigkeit in der Bürgerversicherung

Zwei Hauptvorwürfe sind es, die oft gegen das SPD-Modell erhoben werden und auch aus gerechtigkeitstheoretischer Perspektive von Belang sind. Einmal wird der Bürgerversicherung vorgeworfen, durch Beibehaltung des Umlageverfahrens die damit verknüpfte Finanzierungsproblematik der GKV nicht lösen zu können, im Gegenteil: durch die Ausdehnung des Umlageverfahrens auf die Gesamtbevölkerung werde das Finanzierungsproblem auf lange Sicht noch verschärft.¹⁹³ Verknüpft mit diesem ersten Vorwurf ist der zweite: Die Bürgerversicherung bleibe trotz der Ausweitung der Beitragsbemessung auf Miet- und Vermögenseinkünfte hauptsächlich lohneinkommenszentriert. Die unglückselige Abhängigkeit der Beitragseinnahmen von Arbeitsmarktgeschehen und Lohnentwicklung (und umgekehrt die Beeinflussung dieser beiden Faktoren durch steigende Beitragssätze) würde so – in etwas abgeschwächter Form – beibehalten werden.¹⁹⁴

Trotzdem ist aus gerechtigkeitstheoretischer Sicht zuerst festzuhalten: Die Bürgerversicherung würde die ungerechten Inkonsistenzen des bestehenden GKV-Systems beseitigen, die gegen Leistungsgerechtigkeit und wirtschaftliche Verteilungsgerechtigkeit verstoßen, weil in die Bürgerversicherung die gesamte Bevölkerung eingebunden wäre und daher jeder einzelne am Risiko-, Familienlasten-, Alterslasten- und Leistungsfähigkeitsausgleich partizipieren würde.¹⁹⁵

¹⁹² CDU 2003b, S. 26.

¹⁹³ Vgl. CDU 2003a, (S. 26); Kifmann 2003, S. 5; Massenberghofmann (2003, S. 704) sprechen sogar vom „unumgänglichen Umbau des Systems in Richtung Kapitaldeckung“.

¹⁹⁴ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 176; CDU 2003a, (S. 27f.); Jacobs 2003b, S. 15f.

¹⁹⁵ Vgl. Osterkamp 2003, S. 14.

Allerdings ist das Festhalten an der Umlagefinanzierung in bezug auf die zukünftige Finanzierung in der Tat mindestens höchst problematisch – und aus Gerechtigkeitsperspektive fatal: Die jüngeren, erwerbstätigen Generationen würden langfristig noch weit stärker zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung älterer Generationen herangezogen werden müssen. Daran ändert auch die Einbeziehung anderer Einkommensarten wenig. Mit dieser Maßnahme ist zwar unmittelbar nach Einführung der Bürgerversicherung eine Beitragssenkung zu erwarten; auch würden Rentner auf diese Weise einen stärkeren Finanzierungsbeitrag leisten. Diese Effekte haben allerdings nur kurzfristig kalmierenden Charakter; mittel- bis langfristig werden GKV-Beitragsatzanstiege wieder den Weg auf die politische Agenda finden¹⁹⁶. Die Beitragserhebung auf Miet- und Vermögenseinkommen darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß diese nur einen kleinen Teil der Beitragseinnahmen gewährleisten (der exakte Anteil hängt von der konkreten Beitragsbemessungs- und Freibetragsgrenze ab). Denn erstens haben die Arbeitseinkommen (trotz tendenziell rückläufigem Anteil) weiterhin „überragende Bedeutung [...] an den Gesamteinkommen“¹⁹⁷. Zweitens kann von den Vermögenseinkünften überhaupt nur ein sehr geringer Teil zur Beitragsbemessung herangezogen werden, weil hohe Vermögenssummen bei relativ wenigen Bürgern konzentriert sind und deren Erfassung durch die Beitragsbemessungsgrenze limitiert ist.¹⁹⁸ Dieser in summa recht geringfügigen Ausweitung der Beitragsbemessung stehen sowohl die konstante demographische Alterung mit all ihren (in Kapitel 3 geschilderten) Implikationen als auch der prognostisch unberechenbare medizinisch-technische Fortschritt gegenüber. Durch eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, wie dies übrigens in den meisten Vorschlägen zur Einführung einer Bürgerversicherung vorgesehen ist¹⁹⁹, kann das Problem allenfalls abgemildert werden. Außerdem kritisieren unter anderem die Christdemokraten, daß mit der Hinaufsetzung der Beitragsbemessungsgrenze „der Wert der in Anspruch genommenen Leistung [...] zu der Höhe der Beitragsleistung nicht mehr in einem angemessenen Verhältnis“²⁰⁰ stehen und letztlich die Legitimität der Versicherung in Frage gestellt würde. Dabei übersehen sie, daß eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze rechtfertigbar ist, weil die Bürgerversicherung über den Gedanken der Beitragsäquivalenz hinausgeht und ihr (durch die Konstruktion als ‚Gesamtbürgerversicherung‘) auch der Leistungsfähigkeitsausgleich immanent ist, während dieser beim Pauschalprämienmodell über das externe Steuersystem vollzogen wird.²⁰¹

¹⁹⁶ Vgl. Kifmann 2003, S. 5; Osterkamp 2003, S. 13.

¹⁹⁷ Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 176.

¹⁹⁸ Vgl. Krämer 2003, S. 409. – Krämer hat hierzu verschiedene Modellrechnungen angestellt, vgl. ebenda, S. 410f.

¹⁹⁹ Der Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 154) will die GKV-Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe jener der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) anheben. Sie macht derzeit rund 70% der Beitragsbemessungsgrenze der GRV aus. – Der SPD-Parteitagbeschuß äußert sich hierzu nicht.

²⁰⁰ CDU 2003a, (S. 27).

²⁰¹ Die CDU ist der Ansicht, das Steuersystem sei „grundsätzlich [...] der Ort für die Verteilungsgerechtigkeit“ (CDU 2003b, S. 10; ähnlich Boetius 1999, S. 18 und 24).

Gegen die Bürgerversicherung wird häufig auch ins Feld geführt, daß ihre Einführung auf vielfältige verfassungsrechtliche Probleme stoßen würde und sie daher gar nicht umsetzbar sei. Insbesondere die Einbeziehung der Beamten in die GKV und die Einschränkung des PKV-Leistungsangebots werden als unüberwindbare Hürden betrachtet.²⁰² Beide Bedenken können jedoch nicht zuletzt aufgrund vorliegender Judikatur des Bundesverfassungsgerichts als unbegründet zurückgewiesen werden.²⁰³ Privatversicherte dürften, wie erwähnt, aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht in die GKV gezwungen werden, sodaß den Privaten Krankenversicherern faktisch Bestandsschutz über die existierenden Versicherungsverträge garantiert werden muß. Die tatsächliche Erfassung aller Staatsbürger in der GKV wird damit erst erreicht sein, wenn der letzte PKV-Vollversicherungsvertrag ausgelaufen ist – je nach Einführungsdatum der Bürgerversicherung also frühestens in 50 Jahren. Wenn die Bürgerversicherung als adäquates Mittel zur Herstellung von Leistungs- und Verteilungsgerechtigkeit angesehen wird, muß demnach weiterhin eine temporäre Verletzung dieser Gerechtigkeitskriterien in Kauf genommen werden.²⁰⁴ Diese Ungerechtigkeit ist freilich tendenziell schwindend: Ihre Abnahme korreliert mit dem Rückgang der existenten PKV-Vollversicherungsverträge.

Weitaus problematischer ist in diesem Zusammenhang ein Aspekt, der in der Debatte bezeichnenderweise kaum thematisiert wird: Der Ausschluß der PKV aus dem Vollversicherungsgeschäft würde auch bestehende Verträge tangieren. Die kapitalgedeckten Altersrückstellungen der einzelnen Versicherungsgesellschaften erweisen sich durchschnittlich als insuffizient, sodaß die PKVen auf „kontinuierlichen Neuzugang angewiesen [sind], um die Beitragsbelastungen im Alter in einem vertretbaren Ausmaß zu halten.“²⁰⁵ Diese Lücke geht nicht auf mangelndes kalkulatorisches Vermögen der Privatversicherer zurück, sondern beruht auf folgenden Faktoren: Zum einen sind die zukünftigen Kosten für die Gesundheitsversorgung im Alter nur ungefähr prognostizierbar – vor allem infolge des medizinisch-technischen Fortschritts. Zum anderen sind die Altersrückstellungen den konjunkturellen Schwankungen am Kapitalmarkt unterworfen. Es erscheint unwahrscheinlich, daß die Privaten Kassen imstande

²⁰² So unter anderem der Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 167; CDU 2003a, (S. 8f.). – Die Frage, ob eine Eingliederung der Beamtenschaft als Pflichtversicherte in die GKV für den Staat eine Nettobelastung oder –entlastung bedeuten würde, kann mithilfe der zugrundeliegenden Literatur nicht geklärt werden. Die CDU (2003a, (S. 8f.)) rechnet unkonkret mit einer „wesentlichen“ Belastung, Knappe/Arnold (2002, S. 13) hingegen aufgrund „eigene[r] Berechnungen“ mit Einsparungen von „500 Mio. Euro jährlich“.

²⁰³ Vgl. grundsätzlich Bieback 2003; weiters Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 154; Engelen-Kefer 2003, S. 277f.; Jacobs 2003a, S. 45. – Der Verfassungsjurist Bieback beleuchtet umfassend die Vereinbarkeit von Bürgerversicherung und Grundgesetz und kommt zu einem positiven Ergebnis. Zur Problematik des Berufsbeamtentums siehe Bieback 2003, S. 421 (sowie Bericht Rürup-Kommission 2003, ebenda), zur PKV ebenfalls Bieback 2003, S. 423f.: Es ist auf „umfangreiche Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts [zu] verweisen, die eine Einschränkung der gewerblichen Tätigkeit von Unternehmen zu Gunsten der Sicherungsfunktion und Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung großzügig zugelassen hat“ (ebenda, S. 423).

²⁰⁴ Theoretisch könnte die Einbeziehung der PKV in den GKV-Risikostrukturausgleich Gerechtigkeit zumindest hinsichtlich des gesundheitlichen Risikoausgleichs herstellen (angedacht bei Schröder/Sehlen/Hofmann 2003). Praktisch ist dieser Vorschlag wegen unlösbarer kalkulatorischer und verfassungsrechtlicher Probleme zum Scheitern verurteilt.

²⁰⁵ Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 167, FN 12). – Dieser weist als einziger – in einer Fußnote (!) – auf die Problematik hin. CDU und andere Befürworter des Pauschalprämienmodells ignorieren dieses Argument, ist es doch ebenso gegen den Vorschlag kapitalgedeckter Prämien einsetzbar.

sind, diese Lücke durch das Geschäft mit fakultativen Gesundheits- und Wellnessangeboten zu decken. Was soll geschehen? Ist es zu verantworten, daß Privatversicherte im Alter drastische Beitragserhöhungen verkraften müssen, weil der Gesetzgeber sich für die Bürgerversicherung entschieden hat? Vor dem Hintergrund des verfassungsmäßig fundierten Vertrauensschutz-Arguments muß dies höchstwahrscheinlich rechtlich, sicher aber aus Gerechtigkeitsüberlegungen verneint werden: Es würde gegen faire Vertragsspielregeln verstoßen²⁰⁶ und darüber hinaus paradox anmuten, wenn man den Privatversicherten den Bestand ihrer Versicherungsverträge garantieren, gleichzeitig aber den Kontext dahingehend abändern würde, daß der Vertragsinhalt eine wesentliche Bedeutungsverschiebung erführe.

Letztlich sind zur Lösung des Problems aus praktischen Erwägungen wie Gerechtigkeitsicht nur deutlich verlängerte Übergangsfristen für die PKV denkbar, wodurch der Zustrom an neuen Vollversicherungs-Kunden erst allmählich abebben würde und die privaten Versicherer sich rechtzeitig adäquat auf das Problem einstellen könnten. Akzeptiert werden müßte dabei ein noch längeres Nebeneinander beider Systeme – mit den bekannten Ungerechtigkeiten.²⁰⁷

Schließlich ist noch ein letzter, weniger komplexer Punkt im SPD-Konzept anzusprechen. Die Sozialdemokraten wollen weiterhin Kinder und nicht erwerbstätige Ehepartner beitragsfrei stellen. In beiden Fällen bleiben die gerechtigkeitstheoretischen Einwände aus Abschnitt 2.3. aufrecht: Geringverdiener zahlen über die allgemeinen Beiträge für die Kinder reicher Familien mit. Eine Abmilderung dieser Ungerechtigkeit wäre freilich vorstellbar, indem nur Kinder jener Familien beitragsfrei gestellt werden, in denen die Beiträge der Eltern (entweder einzeln oder zusammengenommen) eine bestimmte Höhe nicht überschreiten (zum Beispiel den summierten Höchstbeitrag aller Einkommensarten). Insgesamt erweist sich hier jedoch der Ausgleich über das Steuersystem als gerechter, weil er zielgenauer vorgenommen werden kann.

Die beitragsfreie Mitversicherung eines nicht erwerbstätigen Partners ist unter den Bedingungen der Bürgerversicherung ein noch größerer Verstoß gegen das Prinzip der Leistungsgerechtigkeit als im Status quo. Tatsächlich ist diese Ungerechtigkeit derart eklatant, daß zu fragen ist, ob die Sozialdemokraten sich der Bedeutung ihrer Forderung bewußt sind, oder sie an dieser Stelle einfach nicht willens waren, das anachronistische Denkmuster der Lohneinkommensbezogenheit abzuschütteln. Neben den bestehenden Ungerechtigkeiten (Abschnitt 2.3.)

²⁰⁶ ‚Gerechtigkeit‘ wird in dieser Arbeit mit *sozialer* Gerechtigkeit gleichgesetzt. Um einer Begriffskonfusion entgegenzuwirken, verweise ich ausdrücklich darauf, daß die *an dieser Stelle* umrissene Gerechtigkeitsvorstellung nichts mit sozialer Gerechtigkeit zu tun hat, sondern auf einer qualitativ anderen Ebene anzusiedeln ist, insofern sie die *Berichtigung von Unrecht* zum Thema hat. Nach Kollers Unterscheidung der vier Gerechtigkeitsarten (Koller 1995, S. 56f.) ist sie als *korrektive Gerechtigkeit* zu bezeichnen.

²⁰⁷ Alternativ dazu ist vorstellbar, die GKV-Versicherten mit einem geringen Teil ihrer Beiträge in begrenzten Ausmaß zur Deckung des PKV-Finanzlochs heranzuziehen sind. Dieser Vorschlag dürfte aber praktisch weder durchführbar noch durchsetzbar sein: Erstens wäre der durch die eingeführte Bürgerversicherung verursachte Anteil an den PKV-Beitragsatzsteigerungen kalkulatorisch unmöglich ermittelbar; zweitens dürfte den GKV-Versicherten nicht verständlich zu machen sein, weshalb sie für die ‚reichen Privatversicherten‘ zahlen sollten.

werden neue geschaffen: Dies ist der Fall, wenn ein Ehepartner hohe Einkünfte aus Vermögen oder Vermietungen bezieht (10X), aber über kein Lohnarbeitseinkommen verfügt, wodurch er kostenlos beim Partner mitversichert ist, dessen einzige Beitragsgrundlage aus einem (im Extremfall sehr geringen) Lohneinkommen (X) besteht. Ähnlich wie bei der Mitversicherung von Kindern wäre hier zumindest eine differenziertere Regelung vorstellbar, die sich am summierten Höchstbeitrag aller Einkommensarten orientieren könnte.

Abschließend ist ein ergänzender Nachtrag notwendig. Der Parteitagsbeschuß der SPD zur Bürgerversicherung geht an keiner Stelle klar auf die offene Frage des künftigen Leistungsumfangs in der öffentlichen Gesundheitsversorgung ein. Dadurch mag – beabsichtigt oder unbeabsichtigt – der Eindruck entstehen, die Einführung der Bürgerversicherung könne diesen Sachverhalt gleichsam en passant lösen. Daß dies nicht zutrifft und sich (auch) die SPD in Zukunft diesem heiklen Streitpunkt nicht verwehren können wird, gab jüngst die stellvertretende SPD-Bundesvorsitzende Vogt in einem Zeitungsinterview zu verstehen: „Ich bin für den solidarischen Gedanken der Bürgerversicherung, aber das bedeutet nicht, daß wir die Finanzprobleme des Gesundheitswesens mit ihrer Einführung gelöst hätten. Die Bürgerversicherung zu haben heißt nicht, Leistungen, die man zuvor einschränken mußte, wieder anzubieten. Es gibt einige Dinge, mit denen viele in der SPD zu große finanzielle Hoffnungen verbinden.“²⁰⁸

5.2. Soziale Gerechtigkeit im Pauschalprämien-Modell

Das Modell der Pauschalprämie hat gegenüber der Bürgerversicherung auf den ersten Blick einen entscheidenden Vorteil: Durch die Konzeption des Krankenversicherungsbeitrags als privat zu entrichtende Prämie fällt die Bindung an die Lohnnebenkosten. Anders als bei der Bürgerversicherung würde es zwar zu keiner kurzfristigen Entlastung der Arbeitgeber kommen, weil der bisherige Arbeitgeberanteil dem zu versteuernden Lohn zugeschlagen wird. Die Pauschalprämie verhält sich aber kurz- wie langfristig beschäftigungsneutral.²⁰⁹ Dafür verlagert sich das Kostenrisiko vollkommen auf den Versicherten, der dann allein Prämien erhöhungen zu tragen hat. Zudem ist die Vermutung plausibel, daß Ausgabensteigerungen in der GKV über den Umweg der Tarifverhandlungen weiterhin zumindest einen gewissen Einfluß auf die Lohnkostenentwicklung haben dürften (wegen der indirekten Kopplung ist aber von keiner starken Bindung auszugehen).²¹⁰ Mit der Verlagerung des Leistungsfähigkeitsausgleichs in das Steuersystem bleibt überdies eine gewisse konjunkturelle Abhängigkeit (über die staatlichen Steuereinnahmen) bestehen.²¹¹

²⁰⁸ Frankfurter Allgemeine Zeitung 2004, S. 6.

²⁰⁹ Vgl. Nakielski/Pfaff 2003, S. 407; Wambach/Wigger 2003, S. 8.

²¹⁰ Vgl. Reiners 2003, S. 43.

²¹¹ Vgl. ebenda.

Schwerwiegende Einwände gibt es aus Sicht der sozialen Gerechtigkeit gegen das unbedingte Festhalten der CDU am bestehenden dichotomen System von GKV und PKV. Vordergründig erscheint die Argumentation der Christdemokraten nachvollziehbar, daß es einer allgemeinen Pflichtversicherung in ihrem Modell gar nicht bedürfe, sei doch der Leistungsausgleich „zwischen Starken und Schwachen“ dorthin verlagert, wo er „am effizientesten möglich ist, nämlich im Steuersystem.“²¹² Die sachfremde Einkommensumverteilung sei der GKV dadurch entzogen, wodurch diese ihrer originären Rolle als Gemeinschaft des gesundheitlichen Risikoausgleichs besser nachkommen könne. Genau hier liegt das große Gerechtigkeitsproblem verborgen: Bezieher höherer Einkommen können sich durch Abwanderung in die PKV zwar nicht mehr dem Leistungsfähigkeitsausgleich entziehen, noch immer aber dem Ausgleich zwischen ‚guten‘ und ‚schlechten‘ Risiken (Risikoausgleich).²¹³ Ein junger Gesunder mit entsprechendem Einkommen hat also den Anreiz, in eine Privatkasse zu wechseln, wo er lediglich einen individuellen risikoäquivalenten Beitrag bezahlen muß. Im Gegensatz dazu spiegelt die Prämie in der GKV den Leistungsausgabendurchschnitt aller Versicherten wider (mithin subventionieren die ‚guten Risiken‘ die ‚schlechten‘). Sowohl die CDU als auch alle anderen Vertreter der Pauschalprämie können nicht erklären, wie diese Ungerechtigkeit ohne die Einführung einer (Gesamt-) Bürgerversicherung umgangen werden kann.²¹⁴

In der gegenwärtigen Debatte heftig umstritten ist die von der Union genannte Höhe der Prämie von 180 Euro Beitrag und 20 Euro Altersrückstellung. Diese Summe ist nach dem Ergebnis überzeugender volkswirtschaftlicher Berechnungen bei den derzeitigen GKV-Leistungsangeboten völlig insuffizient und würde die Gesetzlichen Kassen schlagartig finanziell überfordern.²¹⁵ Eine Gegenüberstellung des Abschlußberichts der Herzog-Kommission mit dem CDU-Beschluß fördert Aufschlußreiches zutage: Der Expertenbericht veranschlagt die Prämie inklusive Kapitalrückstellung weitaus höher, auf 264 Euro, macht dabei aber zur Bedingung, daß der „Leistungskatalog wie vorgeschlagen angepasst“ wird²¹⁶. Damit sind die Ausgliederung von Krankengeld und Zahnbehandlung aus dem Leistungskatalog der GKV gemeint: Zahnbehandlungsleistungen sollen über eine Pflichtversicherung (wahlweise innerhalb der GKV oder bei einer Privatversicherung) abzusichern sein.²¹⁷ Im Gegensatz dazu ist das CDU-Papier an dieser Stelle schlicht unehrlich, weil es sich einer solchen Konkretisierung selbst im Ansatz entzieht. Stattdessen wird vage von einer Aufsplittung des Leistungskatalogs in Regelleistungen („Standard“) und Wahlleistungen („Zusatzleistungen“) sowie Tarifwahl mit

²¹² CDU 2003a, (S. 24).

²¹³ Vgl. Kifmann 2003, S. 5.

²¹⁴ Eine Ausdehnung des Risikostrukturausgleichs auf die PKVen ist wegen der unterschiedlichen Qualität der Beiträge nicht praktikabel: Die Prämie in der GKV entspricht *kollektiver Äquivalenz*, wohingegen jene in der PKV (durch die Einbeziehung des individueller Risikofaktoren in die Prämienberechnung) *teilweise individuelle Äquivalenz* aufweist (vgl. Rüb 1998, S. 324).

²¹⁵ Vgl. Nakielski/Pfaff 2003, S. 406.

²¹⁶ Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 23.

unterschiedlichen Selbstbehalten gesprochen.²¹⁸ Zwar wird die Möglichkeit eines solcherart differenzierten Leistungskatalogs sowie selbstbeteiligungsabhängiger Tarifsätze erst durch das Pauschalprämienmodell eröffnet.²¹⁹ Bis jetzt gibt es allerdings keine überzeugende Abgrenzung zwischen Regel- und Wahlleistungen.²²⁰ Zur Umsetzung der Gerechtigkeitsforderung allgemeiner medizinischer Grundversorgung, über deren Ausmaß ohnedies erst gesellschaftlicher Konsens erzielt werden müßte, ist gar kein Regel-/Wahlleistungssystem erforderlich, weil die aus gesellschaftlicher Sicht essentiellen medizinischen Leistungen im Pflichtversicherungskatalog inkludiert wären. Darüber Hinausgehendes könnte auch im Bürgerversicherungsmodell privat (bei den PKVen) abgesichert werden. Ein Blick auf die Vorschläge des Herzog-Berichts nährt den Verdacht, daß das System von Regel- und Wahlleistungen eher dazu verwendet werden soll, Leistungsausgliederungen nach Abgrenzungsmöglichkeit (und nicht ihrem medizinischen Stellenwert) vorzunehmen.²²¹ Gleichzeitig läßt die Regel-/Wahlleistungskonzeption die Möglichkeit offen, im Fall eines (wirtschaftlich notwendig gewordenen) Prämienanstiegs, der aber politisch inopportun erscheint, schlicht an der Stellschraube ‚Regelleistungskatalog‘ zu drehen und die Prämienhöhe so vermeintlich stabil zu halten.²²²

Die Unaufrichtigkeit (oder zumindest Verschleierung) der CDU bezüglich des Leistungsumfangs im Zusammenhang mit der angegebenen Prämienhöhe setzt sich bedauerlicherweise bei den Angaben zur kapitalgedeckten Altersrückstellung fort. Die stärkere Beanspruchung von Gesundheitsleistungen im Alter sowie der medizinische Fortschritt seien, so die CDU, für einen ab sofort neu versicherten jungen Menschen mit monatlich 20 Euro Ansparung gedeckt. Dies ist, unabhängig von der genannten Zahl, unehrlich. Bereits im vorangegangenen Abschnitt wurde auf die Problematik der Altersrückstellungen in der PKV eingegangen. Analoges gilt für die Kapitalrückstellungen im Pauschalprämienmodell: Der medizinisch-technische Fortschritt entzieht sich als unbekannte Größe jeder seriösen Prognose²²³ und die Altersansparungen sind den Schwankungen auf dem Kapitalmarkt ausgesetzt. Die Aussage in der Beschlußfassung der CDU muß daher als bewußte Irreführung bewertet werden. Davon abgesehen, braucht das

²¹⁷ Vgl. Bericht Herzog-Kommission 2003, S. 21f.

²¹⁸ Vgl. CDU 2003b, S. 26f.

²¹⁹ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 166. – GKV und Bürgerversicherungsmodell vermögen dies nicht, weil dort der Beitrag auch einen nicht näher ausweisbaren Anteil für den Leistungsfähigkeitsausgleich beinhaltet. – Bezüglich der Selbstbeteiligung stellt sich erstens die Frage nach der maximal wählbaren Höhe; zweitens sind „destabilisierende Tarifwechsel“ nur vermeidbar, wenn „die Prämien nach aktuellem Gesundheitszustand differenzierbar sind“ (ebenda). Unterschiedliche Selbstbehalte dürften demnach an mangelnder Praktikabilität scheitern.

²²⁰ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 166; Nakielski/Pfaff 2003, S. 406.

²²¹ Bericht Herzog-Kommission (2003, S. 23) spricht dies im Kontext der Ausgliederung von Zahnbehandlungen offen an: „Dieser Leistungsbereich ist problemlos abgrenzbar.“

²²² Diese Möglichkeit ist auch im bestehenden GKV-System und im Bürgerversicherungsmodell durch Leistungsstreichungen gegeben. Es erscheint jedoch nicht unplausibel anzunehmen, daß die ‚Hemmschwelle‘ hierfür durch die Leistungseinteilung in ‚Standard‘ und ‚Zusatz‘ sinken dürfte, weil Leistungen nicht mehr ‚gestrichen‘, sondern lediglich ‚verschoben‘ werden brauchen.

²²³ Darauf weist der Bericht Rürup-Kommission mehrmals deutlich hin (2003, S. 168, 175 und 257) und erwähnt außerdem die „unerwartete Veränderung der Lebenserwartung innerhalb eines Versichertenbestandes“ als verhältnismäßig unsicheren Faktor (ebenda, S. 168).

Kapitaldeckungsverfahren aber nicht automatisch als „Voodoo-Ökonomie“²²⁴ abqualifiziert zu werden. Es ist äußerst unwahrscheinlich, daß Altersrückstellungen Prämienanstiege dauerhaft vollständig abfedern können. Nichtsdestotrotz wären sie in der Lage, „Prämienhöhungen im Alter substantiell zu dämpfen“²²⁵.

Im Fokus der Kritik an der Pauschalprämie steht der Leistungsfähigkeitsausgleich (in CDU-Diktion „sozialer Ausgleich“). Gegner des Modells werfen den Christdemokraten vor, sozialer Gerechtigkeit keine Beachtung zu schenken, sondern lediglich auf die systematische „Entlastung Besserverdienender“²²⁶ hinzuarbeiten. In der Tat sind die Verteilungswirkungen des CDU-Vorschlags höchst bemerkenswert. Anfangs soll, für vier Jahre, niemand gegenüber dem früheren umlagefinanzierten GKV-System finanziell schlechter gestellt werden. Nach diesem Zeitraum gilt das ‚Belastungsverbot‘ plötzlich nicht mehr. Offensichtlich soll die Zeitspanne von vier Jahren dazu dienen, einkommensschwache Haushalte auf die Mehrbelastung durch die danach geltende 15%-Bruttoeinkommensgrenze ‚einzustellen‘. Unter Rekurs auf das Argument langfristiger Kostensteigerungen qua medizinischem Fortschritt und alternder Bevölkerung wird diese Maßnahme als „gerecht“ bewertet. Gleichzeitig aber wirkt die Pauschalprämie auf höhere Bruttohaushaltseinkommen, für die die 15prozentige Höchstbelastungsgrenze keinen Belang mehr hat, regressiv, sodaß einkommensstarke Haushalte gegenüber dem Status quo deutlich entlastet werden. Eine solche außergewöhnliche Verschiebung der Belastungen wäre aus Gründen sozialer Gerechtigkeit nur dann vertretbar, wenn schlüssig begründet werden könnte, daß hohe Einkommen im gegenwärtigen GKV-System über ein bestimmtes gerechtes Maß hinaus unzumutbar belastet würden. Weder unternimmt die CDU in ihrem Beschluß einen solchen Versuch, noch wäre diesem mit Blick auf Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze argumentativer Erfolg beschieden. Die Christdemokraten pervertieren das Prinzip der wirtschaftlichen Verteilungsgerechtigkeit, demzufolge bei ständiger Prüfung etwaiger Übermaßbelastungen alle Gesellschaftsmitglieder progressiv zu ihrer Leistungsfähigkeit zu belasten sind.

Die von der CDU gewählte Gestaltungsvariante des ‚sozialen Ausgleichs‘ im Pauschalprämienmodell ist jedoch nur eine von mehreren denkmöglichen.²²⁷ Neben der Variation der (konstanten) Höchstbelastungsgrenze bestehen als Alternativen unter anderem ein Tarif mit

²²⁴ Reiners 2003, S. 43. – Hymnisches Lob (wie bei Massenbergh/Hofmann 2003, S. 704) ist ebensowenig angebracht, angesichts der einseitigen Perspektive der beiden Autoren aber nicht verwunderlich. Demnach sind die Auswirkungen einer Gesundheitssystemreform offenbar egal, solange die Einführung von Kapitaldeckungsselementen dem „deutschen Kapitalmarkt einen [...] beachtlichen Wachstumsimpuls“ zu geben vermag (ebenda).

²²⁵ Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 168.

²²⁶ Reiners 2003, S. 43.

²²⁷ Darauf verweist die CDU selbst, vgl. CDU 2003a, (S. 25).

niedrigerem Eigenanteil im unteren Einkommensbereich oder eine Freigrenze, welche Niedrigeinkommen vollkommen prämienfrei stellt.²²⁸

Abgesehen von den Wirkungen der Höchstbelastungsgrenze bemängeln Kritiker des CDU-Papiers vor allem den Leistungsfähigkeitsausgleich via Steuersystem. Unleugbar besitzt diese Abwicklung des Ausgleichs bestechende Vorteile. Daß der Ausgleich zielgenauer als in einem Umlagesystem vorgenommen werden kann, wurde bereits an anderer Stelle ausgeführt. Ferner ist eine Vereinfachung des Risikostrukturausgleichs möglich. Dieser hat zwar seit seiner Einführung die Strukturen in der GKV wesentlich gerechter gemacht. Je mehr Komponenten er aber zu erfassen hat, desto tendenziell schwieriger gestaltet sich die Balance zwischen gerechter Formel und (noch) handhabbarer Komplexität. Die Verlagerung des Leistungsausgleichs aus der GKV würde den Risikostrukturausgleich wesentlich verschlanken, schätzungsweise um zwei Drittel seines jetzigen Umfangs.²²⁹

Trotzdem gibt es schwerwiegende Bedenken gegen die vorgeschlagene Art des ‚sozialen Ausgleichs‘. So wird unter anderem eingewandt, daß das höhere Maß an zielgenauem Ausgleich durch die „Lücken und Schlupflöcher“ im steuerrechtlichen Dschungel der Bundesrepublik „konterkariert“ werde.²³⁰ Dieser Einwand ist prinzipiell gerechtfertigt, richtet sich aber (und das verkennen die Kritiker der Prämie zumeist) in gleicher Weise gegen die Bürgerversicherung, bei der sich die Beitrags- proportional zur Steuerschuld verhält und daher sinnvollerweise von den Finanzämtern einzuheben ist.²³¹ Insofern ist eine vereinfachende Neugestaltung des deutschen Steuersystems nicht nur ein Gebot der Chancengleichheit, sondern grundlegende Gerechtigkeitsbasis für die Umsetzung beider Modelle.

Ein anderer Vorbehalt bezieht sich auf die kurzfristigen „unerträglich[en] Liquiditätsbelastungen“²³² Einkommensschwächerer, die ihnen aus dem Modus der Ausgleichsabwicklung erwachsen: weil die Pauschalprämie jeden Monat unmittelbar fällig wird, steuerfinanzierte Ausgleichsleistungen aber erst mit dem Steuerbescheid genehmigt werden, müssen die Ausgleichsbezieher de facto ihre Prämien aus eigener Tasche vorstrecken. Diese Wirkung läuft der eigentlichen Intention des Ausgleichs zuwider und ist daher ungerecht.

Noch ein dritter Nachteil wird in der Verlagerung des Leistungsfähigkeitsausgleichs auf das Steuersystem gesehen: Der Leistungsfähigkeitsausgleich verliere dadurch an Sicherheit, soziale Gerechtigkeit gerate potentiell in die Gefahr, ‚nach Haushaltslage‘ definiert zu werden.²³³ Dieser warnende Hinweis hat seine Berechtigung, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß

²²⁸ Vgl. Bericht Rürup-Kommission (2003, S. 172), wo exemplarisch zwei Varianten berechnet werden. Der Bericht weist überdies darauf hin, daß der Leistungsfähigkeitsausgleich auch nach Äquivalenzeinkommen bemessen könnte, wodurch Haushaltsgrößenunterschiede berücksichtigt würden (ebenda).

²²⁹ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 166; Osterkamp 2003, S. 12.

²³⁰ Langer/Pfaff/Pfaff 2003, S. 28.

²³¹ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 150.

²³² Reiners 2003, S. 43.

das CDU-Pauschalprämienmodell grundsätzlich ein beitragsfinanziertes ist, dessen Steuerfinanzierung auf den Leistungsfähigkeitsausgleich begrenzt bleibt.²³⁴ Die Frage, wie die beträchtliche Finanzierungslücke für den ‚sozialen Ausgleich‘ im christdemokratischen Modell geschlossen werden kann, ist an dieser Stelle nicht zu diskutieren²³⁵. Es bleibt aber festzuhalten, daß die CDU entgegen den übrigen, recht detaillierten Konzeptionsausführungen hier sinngemäß lediglich angibt, die Finanzierung sei bis zur Umsetzung des Modells auf die eine oder andere Art und Weise sicherzustellen. Das ist insofern bemerkenswert, als die Christdemokraten damit der böswilligen Interpretation Vorschub leisten, den Ausgleich zwischen Einkommensschwachen und –starken ohnehin nicht ganz ernst zu nehmen.

6. Fazit

„Kopfpauschale oder Bürgerversicherung? Das ist die Entscheidung darüber, ob das Solidarprinzip endgültig abgeschafft wird. Solidarisch ist eine Bürgerversicherung [...]. Kopfpauschalen bedeuten, dass Reiche genauso viel bezahlen wie Ärmere.“²³⁶

Diese Bewertung der Journalistin Heidrun Graupner (in einem Kommentar der Süddeutschen Zeitung) verdeutlicht auf exemplarische Weise die Symptomatik der gegenwärtigen GKV-Reformdebatte: Proponenten beider Seiten vertreten mit apodiktischer Entschlossenheit den jeweils eigenen Vorschlag, um im gleichen Atemzug den anderen abzuwerten. Sachliche Argumente werden kaum ausgetauscht, die Debatte bleibt im Oberflächlichen verhaftet: Sowohl auf parteipolitischer Ebene – was wenig überraschen mag – wie auch in der (medialen) Öffentlichkeit. Dabei kann eine Auseinandersetzung mit den beiden Vorschlägen *sine ira et studio* durchaus zu einem differenzierten Ergebnis gelangen – auch im Hinblick auf die Beurteilungskriterien sozialer Gerechtigkeit. Das SPD-Modell weiß dabei in seiner grundlegenden Konstruktion als Gesamtbürgerversicherung zu überzeugen und das Gerechtigkeitspostulat zumutbarer Hilfeleistungen aller Gesellschaftsmitglieder für unverschuldet in Not Geratene zu erfüllen. Wie in der Auseinandersetzung mit dem CDU- Pauschalprämienmodell deutlich wurde, ist eine Einbeziehung aller Deutschen in einen gemeinsamen Risikoausgleich nur in der Form der Bürgerversicherung möglich, weil die einzige Alternative – das Instrument eines systemübergreifenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – an den unterschiedlichen Beitragsatzkonzeptionen von GKV und PKV scheitern muß.

²³³ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 176; Kifmann 2003, S. 4; Jacobs 2003b, S. 13; Süddeutsche Zeitung/Graupner 2004, S. 4.

²³⁴ Gelegentlich wird in der Debatte ein anderer Eindruck erweckt (ganz deutlich bei Langer/Pfaff/Pfaff 2003, S. 29; außerdem bei Verdi-Vorschläge 2002, S. 10).

²³⁵ Diese Problematik sollte in die Debatte um eine gerechte Reform des Steuersystems eingebunden werden. Berechnungen des Volkswirtschaftlers Pfaff ergeben eine Deckungslücke von mindestens 27 Milliarden Euro (vgl. Nakielski/Pfaff 2003, S. 406; Langer/Pfaff/Pfaff 2003, S. 25 und 29).

²³⁶ Süddeutsche Zeitung/Graupner 2004, S. 4.

Die Beibehaltung der beitragsfreien Mitversicherung Familienangehöriger erweist sich hingegen in der von der SPD geforderten Form als mindestens ebenso ungerecht wie die bestehende Regelung. Wenn ein wirklich gezielter Ausgleich angestrebt wird, ist die Abwicklung über das Steuersystem jeder Lösung innerhalb des Umlageverfahrens vorzuziehen.

Der maßgebliche Schwachpunkt in der SPD-Bürgerversicherung ist aus Gerechtigkeitsicht allerdings das Festhalten am bestehenden Umlagesystem. Zwar bringt die Ausdehnung der Beitragsbemessung auf Miet- und Vermögenseinkünfte kurzfristig Mehreinnahmen. Diese würden, bedingt durch Freibetrags- und Beitragsbemessungsgrenze, in summa jedoch recht gering ausfallen und bereits mittelfristig durch steigende Ausgaben aufgezehrt werden. Damit läge erneut die aktuelle Problematik steigender Beiträge vor, die sich erhöhend vor allem auf die Lohnnebenkosten (als nach wie vor eindeutig wichtigster Finanzierungsquelle) auswirken würde – mit den bekannten Folgen für Wachstum und Beschäftigung. Bereits heute wird der gerechtigkeits-theoretische Maßstab der Nachhaltigkeit (und damit die Generationengerechtigkeit) in Deutschland eklatant verletzt, die konsumptiven „Gegenwartsausgaben“²³⁷ übersteigen bei weitem die investiven „Zukunftsausgaben“²³⁸: Sozialausgaben und Schuldendienst machen „rund 62% des Bundeshaushalts aus.“²³⁹

Grundsätzlich erweist sich hier das Modell der Pauschalprämie als ernstzunehmende Alternative. Die Beschlußfassung der Christdemokraten besticht gegenüber dem SPD-Papier auf den ersten Blick durch detailliertere Ausführungen. Unglücklicherweise bleibt dies das einzige Positivum. Das Konzept fällt im folgenden vor allem durch Verschleierung negativer Konsequenzen und verfälschender Darstellungsweise wesentlicher Modellbestandteile auf. So werden die – im Zusammenhang mit dem genannten Prämienbetrag notwendigen – Leistungskürzungen mit keinem Wort erwähnt; stattdessen ist nebulös von „Standard-“ und „Zusatzleistungen“ die Rede, die den Verdacht aufkommen lassen, daß der Leistungsumfang durch die zuvor fixierte Prämienhöhe bestimmt wird. Überdies wird das Potential kapitalgedeckter Altersrückstellungen derart verzerrt dargestellt, daß nur noch von absichtlicher Irreführung gesprochen werden kann.

Schließlich stellt sich das CDU-Papier auch in bezug auf soziale Gerechtigkeit klar ins Abseits: Die vorgeschlagene Prämien-gestaltung mit der bewußten Mehrbelastung einkommensschwacher Haushalte bei gleichzeitig ausdrücklicher Entlastung höherer Einkommensbezieher ist aus Gerechtigkeitsperspektive nicht zu rechtfertigen, da das Prinzip der zumutbaren Belastung im derzeitigen GKV-System für Besserverdiener eindeutig nicht überschritten wird. Vielmehr stellen die Christdemokraten auf diese Weise das grundlegende Gerechtigkeitskriterium der wirtschaftlichen Verteilungsgerechtigkeit auf den Kopf.

²³⁷ Höffe 2001, S. 90.

²³⁸ Ebenda.

Es ist bedauerlich, daß sich die CDU offenbar nicht in der Lage gesehen hat, ein Reformmodell zu präsentieren, das sie ob seiner Konzeption und Auswirkungen offen und ehrlich vertreten hätte können und das unter dem Aspekt der sozialen Gerechtigkeit zumindest im Ansatz durchdacht erschienen wäre. Durch den Beschluß dieses unglaublichen Modells haben die Christdemokraten der Idee der Pauschalprämie völlig unnötigerweise beträchtlichen Schaden zugefügt.

Bei entsprechender Gestaltung könnte ein Prämienmodell gegenüber dem sozialdemokratischen Vorschlag eines ausgebauten Umlagesystems erhebliche Vorteile haben – auch unter den Aspekten einer Gerechtigkeitsbeurteilung.

Die Kritik der ungerechten Mehrbelastung Einkommensschwächerer trifft spezifisch auf das CDU-Modell zu. Es wurde bereits angedeutet, daß durch eine andere Prämiengestaltung – etwa die Etablierung einer Freigrenze und/oder eines Stufentarifs – Geringverdiener gegenüber dem Status quo finanziell gleichgestellt sein können. Der Vorwurf einer ungerechtfertigten Entlastung von Beziehern höherer Einkommen würde dann – abhängig von der konkreten Ausgestaltung – relativiert. Außerdem ist anzumerken, daß höhere Einkommen auch im SPD-Modell ab der Beitragsbemessungsgrenze regressiv belastet werden.

Durch die Komponente der Altersrückstellungen wäre die Pauschalprämie zudem in der Lage, einen Teil des – aus demographischem Trend und medizinischem Fortschritt – erwachsenden Kostenanstiegs abzufedern. Eine Garantie für nur geringfügige Prämienanstiege oder gar Prämienstabilität vermag freilich auch das Instrument der Kapitaldeckung nicht sicherzustellen.

Schließlich spricht für die Pauschalprämie, daß im Zuge eines überfälligen, gesellschaftlich breit angelegten Diskurses über den Begriff der ‚medizinischen Notwendigkeit‘ und gerechte medizinische Grundversorgung der Preis für diese unmittelbar an der zu entrichtenden Prämienhöhe ablesbar wäre²⁴⁰ – im Gegensatz zum Umlagesystem, das die Kosten der Gesundheitsversorgung gegenüber dem Versicherten jedenfalls teilweise zu verbergen vermag. Dadurch könnte die Diskussion um diese Grundsatzfrage an Ehrlichkeit gewinnen.

Es spricht also einiges, auch aus sozialen Gerechtigkeitserwägungen, bei der Wahl einer neuen GKV-Finanzierungsgrundlage für die Pauschalprämie. All diese Vorteile sind freilich den geschilderten Negativa gegenüberzustellen, insbesondere dem von Steuereinnahmen abhängig gemachten Leistungsfähigkeitsausgleich.

Immerhin kann die vorgelegte Untersuchung nachweisen, daß die beschriebenen Kriterien sozialer Gerechtigkeit den Umbau der Gesetzlichen Krankenversicherung in eine Pflichtversicherung für alle verlangen. Das Modell der SPD ist in diesem Sinne, das heißt bezogen auf die

²³⁹ SPD 2003a, S. 11.

²⁴⁰ Vgl. Bericht Rürup-Kommission 2003, S. 166.

Gestaltung des Versichertenkreises, gerechter als die auf dem Status quo beharrende CDU-Alternative.

Ob in puncto Finanzierungsbasis letztendlich Pauschalprämien oder Umlagefinanzierung der Vorzug zu geben ist, kann auf Basis der Beschlüsse von SPD und CDU nicht endgültig entschieden werden. Zu unkonkret verhalten sich dafür einerseits die sozialdemokratischen Ausführungen, zu unsolide und ungerecht andererseits jene der Christdemokraten.

7. Literaturverzeichnis^{241, 242}

Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ [= „Bericht Herzog-Kommission“] zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin 2003, online unter <<www.cdu.de/tagesthema/30_09_03_soziale_sicherheit.pdf>> (1. 12. 2003).

Bericht Herzog-Kommission: siehe Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“

Bericht Rürup-Kommission: siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.), 2003.

Bieback, Karl-Jürgen: Verfassungsrechtliche Aspekte einer Bürgerversicherung: Der Bund hat die Kompetenz zur Einführung einer umfassenden Versicherung, in: Soziale Sicherheit Nr. 12 (2003), S. 416-425.

BMGS: siehe Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, o.J.

Boetius, Jan: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV). Modell eines zukunftssicheren Systems, Karlsruhe 1999.

Breyer, Friedrich / Schultheiss, Carlo: „Alter“ als Kriterium bei der Rationierung von Gesundheitsleistungen. Eine ethisch-ökonomische Analyse, in: Gutmann, Thomas / Schmidt, Volker H. (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 121-153.

Brümmerhoff, Dieter: Äquivalenzprinzip versus Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Hansmeyer, Karl-Heinrich (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung II, Berlin 1991, S. 177-211.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission [= „Bericht Rürup-Kommission“], Berlin 2003, online unter <<www.dstgb.de/index_inhalt/homepage/artikel/brennpunkte/endbericht_der_ruerup_kommission/ruerup_kommission_endbericht.pdf>> (1. 12. 2003).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung [=BMGS]: Soziale Sicherung, o.O., o.J., online unter <<<http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/sicherheit>>> (21.2.2004).

Burkhardt, Wolfram: Gesundheitspolitik unter Rot-Grün II: Zwischen Solidarität und Markt, in: Gewerkschaftliche Monatshefte 10-11/1998, S. 578-585.

CDU: Deutschland fair ändern. Ein neuer Generationenvertrag für unser Land. Programm der CDU zur Zukunft der sozialen Sicherungssysteme. Sammlung der Materialien zum Antrag des Bundesvorstandes der CDU Deutschlands, o.O. 2003a, online unter

²⁴¹ Alle aus dem Internet bezogenen Literaturhinweise waren zum Zeitpunkt des letzten Abrufs (in Klammern angegeben) online. Der Verfasser verfügt in jedem Fall über ein gespeichertes und/oder ausgedrucktes Exemplar, das auf Wunsch eingesehen werden kann.

²⁴² Der dieser Tage erschienene Sammelband „Reformoption Bürgerversicherung. Wie das Gesundheitssystem solidarisch finanziert werden kann“ (herausgegeben von Ursula Engelen-Kefer, Hamburg 2004) und die in ihm enthaltenen Beiträge konnten sowohl aufgrund des Erscheinungsdatums als auch aus Kapazitätsgründen keinen Eingang (mehr) in die Arbeit finden. Es sei allerdings darauf verwiesen, daß einige Autoren dieses Bandes mit themengleichen Beiträgen in der Ausgabe Soziale Sicherheit 12/2003 in der vorliegenden Arbeit berücksichtigt wurden (eine Liste der Autoren des Sammelbandes kann samt Beitragstiteln unter www.vsa-verlag.de/vsa eingesehen werden).

<<www.cdu.de/tagesthema/07_10_03_materialsammlung_herzog_kommission.pdf>> (1. 12. 2003).

CDU: Beschluss des 17. Parteitages der CDU Deutschlands 2003. „Deutschland fair ändern“, o.O. 2003b, online unter <<www.cdu.de/politik-a-z/deutschlandfairaendern.pdf>> (10. 12. 2003).

Dornheim, Andreas u.a.: Zur Plurivalenz von Gerechtigkeitsdiskursen – Ein Problemaufriß, in: dies. (Hrsg.): *Gerechtigkeit. Interdisziplinäre Grundlagen*, Opladen / Wiesbaden 1999, S. 7-45.

Elsässer, Antonellus / Knoepffler, Nikolaus: Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Christliche Perspektiven, in: Gutmann, Thomas / Schmidt, Volker H. (Hrsg.): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist 2002, S. 221-234.

Engelen-Kefer, Ursula u.a.: Erwerbstätigenversicherung als gewerkschaftliche Reformoption, in: *Soziale Sicherheit* Nr. 8-9 (2003), S. 271-278.

Frankfurter Allgemeine Zeitung: Fragen an die stellvertretende SPD-Bundesvorsitzende Ute Vogt: „Einen Geldregen wird es nicht geben“, 16.3.2004, S. 6.

Fuchs, Christoph: Allokationsprobleme bei knappen Ressourcen, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, Berlin u.a. 1993, S. 6-20.

Grömling, Michael: Lohnquote, in: ‚Chancen für alle‘-Lexikon, Köln o.J., online unter <<www.chancenfueralle.de/Service___Termine/Lexikon/L/Lohnquote.html>> (20.3.2004)

Grupp, R.: Einführung, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, Berlin u.a. 1993, S. 3-5.

Gutmann, Thomas: Gleichheit vor der Rationierung. Rechtsphilosophische Überlegungen, in: ders. / Schmidt, Volker H. (Hrsg.): *Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen*, Weilerswist 2002, S. 179-210.

Haacke, Eva: Gesucht: Solidarsystem mit Eigenverantwortung, in: *Gegenwartskunde* 50 (2001), S. 409-417.

Henke, Klaus-Dirk: Beitragssatzstabilität und Allokationswirklichkeit, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, Berlin u.a. 1993, S. 51-77.

Hof, Bernd: Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Gutachten im Auftrag des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und des Verbandes der privaten Krankenkassen e.V., Köln 2001.

Höffe, Otfried: *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*, München 2001.

Jacobs, Klaus: Bürgerversicherung oder Kopfprämie? Neues Denken statt alter Dogmen, in: *Gesundheit und Gesellschaft* Nr. 9 (2003a), S. 42-48.

Jacobs, Klaus: Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer Bürgerversicherung, in: Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Bürgerversicherung versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn 2003b, S. 7-20.

Junge, Matthias: Zur Möglichkeit einer empirischen Kritik von Michael Walzers ‚Sphären der Gerechtigkeit‘, in: Müller, Hans-Peter / Wegener, Bernd (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit, Opladen 1995, S. 295-311.

Kersting, Wolfgang: Gleich gleich und Ungleiche ungleich. Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, in: Dornheim, Andreas u.a. (Hrsg.): Gerechtigkeit. Interdisziplinäre Grundlagen, Opladen / Wiesbaden 1999, S. 46-77.

Kersting, Wolfgang: Gerechtigkeitsprobleme sozialstaatlicher Gesundheitsversorgung, in: ders. (Hrsg.): Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000, S. 467-507.

Kersting, Wolfgang: Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: Gutmann, Thomas / Schmidt, Volker H. (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 41-89.

Kifmann, Mathias: Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien?, in: ifo schnelldienst 10 (2003), S. 3-6.

Klammer, Ute: Gerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung – von der Verfehlung des Ziels zur Auflösung der Zielvorstellung?, in: Blasche, Siegfried / Döring, Diether (Hrsg.): Sozialpolitik und Gerechtigkeit, Frankfurt a.M. / New York 1998, S. 258-313.

Kliemt, Hartmut: „Gerechtigkeitskriterien“ in der Transplantationsmedizin – Eine ordoliberalen Perspektive, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u.a. 1993, S. 262-283.

Knappe, Eckhard / Arnold, Robert: Pauschalprämie in der Krankenversicherung – Ein Weg zu mehr Effizienz und mehr Gerechtigkeit (Gutachten für die Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e.V.), München 2002.

Knieps, Franz: Strukturreformen erforderlich. Plädoyer für eine umfassende Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens, in: Soziale Sicherheit Nr. 3 (2003), S. 83-85.

Koller, Peter: Soziale Gleichheit und Gerechtigkeit, in: Müller, Hans-Peter / Wegener, Bernd (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit, Opladen 1995, S. 53-79.

Krämer, Ralf: Bürgerversicherung: Möglichkeiten zur Senkung des Beitragssatzes bei verschiedenen Gestaltungsvarianten, in: Soziale Sicherheit Nr. 12 (2003), S. 408-416.

Kreuger, Kerstin: Systemwechsel beabsichtigt: Wie die Herzog-Kommission die gesetzliche Krankenversicherung reformieren will, in: Soziale Sicherheit Nr. 7 (2003), S. 233-238.

Langer, Bernhard / Pfaff, Martin / Pfaff, Anita B.: Kopfprämien zur Finanzierung der GKV? Eine gesundheitspolitische Bewertung, in: Wirtschafts- und sozialpolitisches Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Bürgerversicherung

versus Kopfpauschale. Alternative Finanzierungsgrundlagen für die Gesetzliche Krankenversicherung, Bonn 2003, S. 21-31.

Leist, Anton: Gleichheit in Grenzen statt Altersrationierung, in: Gutmann, Thomas / Schmidt, Volker H. (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 155-177.

Lohmann, Karl Reinhard: Sozial versichert?! Das Modell der Sozialversicherung zwischen Effizienz, Legitimität und Gerechtigkeit, in: Kersting, Wolfgang (Hrsg.): Politische Philosophie des Sozialstaats, Weilerswist 2000, S. 404-427.

Massenberg, Hans-Joachim / Hofmann, Volker: Die Bürgerversicherung – ein Weg in die falsche Richtung, in: Die Bank Nr. 10 (2003), S. 703-705.

Möhle, Marion: Vom Wert der Wohlfahrt. Normative Grundlagen des deutschen Sozialstaats, Wiesbaden 2001.

Müller, Hans-Peter: Soziale Differenzierung und soziale Gerechtigkeit. Ein Vergleich von Max Weber und Michael Walzer, in: Müller, Hans-Peter / Wegener, Bernd (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit, Opladen 1995, S. 145-155.

Nagel, Eckhard: Vorwort, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u.a. 1993, S. VII-IX.

Nakielski, Hans / Pfaff, Martin: Interview mit Prof. Dr. Martin Pfaff zu Gesundheitsprämien: CDU-Modell kostet 41 Milliarden Steuern, in: Soziale Sicherheit Nr. 12 (2003), S. 405-407.

Nida-Rümelin, Julian: Verteilungsgerechtigkeit aus philosophischer Sicht, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u.a. 1993, S. 250-261.

Nullmeier, Frank / Vobruda, Georg: Gerechtigkeit im sozialpolitischen Diskurs, in: Döring, Diether u.a. (Hrsg.): Gerechtigkeit im Wohlfahrtsstaat, Marburg 1995.

Osterkamp, Rigmar: Reform des deutschen Gesundheitswesens: Bürgerversicherung oder Pauschalbeiträge?, in: ifo schnelldienst Nr. 10 (2003), S. 11-14.

Pedroni, Gabriella / Zweifel, Peter: Alter, Gesundheit, Gesundheitskosten, Basel 1989.

Reiners, Hartmut: Kopfpauschale und Versicherungspflicht für alle Bürger. Sinnvolle Alternative zur GKV?, in: Soziale Sicherheit Nr. 2 (2003), S. 42-45.

Rüb, Friedbert W.: Versicherungsprinzip und soziale Gerechtigkeit, in: Blasche, Siegfried / Döring, Diether (Hrsg.): Sozialpolitik und Gerechtigkeit, Frankfurt a.M. / New York 1998, S. 314-355.

Rürup, Bert: Die Empfehlungen der „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“: Nun ist die Politik gefordert, in: Soziale Sicherheit Nr. 8-9 (2003), S. 256-267.

Schmid, Michael: Soziale Ordnung und distributive Gerechtigkeit. Bemerkungen zu Friedrich Hayeks Sozialtheorie, in: Müller, Hans-Peter / Wegener, Bernd (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit, Opladen 1995, S. 81-106.

Schmidt, Manfred G.: Warum die Gesundheitskosten wachsen. Befunde des Vergleichs demokratisch verfasster Länder, in: Politische Vierteljahresschrift 40 (1999), S. 229-245.

Schmidt, Volker H. / Gutmann, Thomas: Einleitung, in: dies. (Hrsg.): Rationierung und Allokation im Gesundheitswesen, Weilerswist 2002, S. 7-40.

Schröder, Wilhelm F. / Sehlen, Stephanie / Hofmann, Jürgen: Übergang zur Bürgerversicherung: Integration von privat Krankenversicherten. Mögliche Beitragseffekte und Regelungen zu Alterungsrückstellungen, in: Soziale Sicherheit Nr. 1 (2004), S. 6-12.

Schwartz, Friedrich Wilhelm: Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen, in: Nagel, Eckhard / Fuchs, Christoph (Hrsg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin, Berlin u.a. 1993, S. 21-50.

Schwarz, Walter: GKV krankt an schwachen Einnahmen, in: Soziale Sicherheit Nr. 2 (2002), S. 49-57.

Smigielski, Edwin: Organisationsreform und Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Oberender, Peter (Hrsg.): Institutionelle Erneuerung des Gesundheitswesens in Deutschland, Baden-Baden 1993, S. 85-109.

SPD: Vorstand der SPD (Hrsg.): Außerordentlicher Parteitag SPD in Berlin, 1. Juni 2003. Beschlüsse, Bonn / Berlin 2003a, online unter <<www.juni2003.spd-parteitag.de/servlet/PB/show/1364743/Leitantrag_Beschluss_BPT_01_06_03_neu.pdf>> (23. 1.2003).

SPD: Vorstand der SPD (Hrsg.): Parteitag der SPD in Bochum, 17. bis 19. November 2003. Beschlüsse, Bonn / Berlin 2003b, online unter <<www.spd.de/servlet/PB/show/1031670/2004-01-16-SPD-Beschluesse-Bochum03.pdf>> (23.1.2003).

SPD: Olaf Scholz (Hrsg.): Unser Land gerecht erneuern. Weimarer Leitlinien „Innovation“, Berlin 2004, online unter <<www.spd.de/servlet/PB/show/1031420/2004-01-09-SPD-Weimarer-Leitlinien-01-.pdf>> (23.1.2004).

Der Spiegel: „Schwesterliche Konkurrenz“. Interview mit Ministerpräsident Georg Milbradt, Nr. 10 (2004), S. 36-38.

Steinvorth, Ulrich: Gleiche Freiheit. Politische Philosophie und Verteilungsgerechtigkeit, Berlin 1999.

Süddeutsche Zeitung / Beise, Marc: Die Mühsal der Reformer, 3./4.4.2004, S. 4.

Süddeutsche Zeitung / Fried, Nico: Grüne warnen: Reformen nicht verschleppen, 10.2.2004, S.1.

Süddeutsche Zeitung / Graupner, Heidrun: Eine Brille für Ulla Schmidt, 10./11.1.2004, S.4.

Süddeutsche Zeitung / Seibt, Gustav: Die große Furcht. Können Reformen überhaupt „vermittelt“ werden?, 24.2.2004, S. 13.

Ver.di-Vorschläge zur Reform des Gesundheitswesens [= Verdi-Vorschläge]: Gesundheit solidarisch finanziert, in: Soziale Sicherheit Nr. 1 (2002), S. 6-13.

Wambach, Achim/Wigger, Berthold U.: Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien?, in: ifo schnelldienst Nr. 10 (2003), S. 7-10.

[ohne Autor] Zukunft der Krankenversicherung: Bürgerversicherung oder Kopfpauschale? Nach den Parteitagebeschlüssen von SPD und CDU, in: Soziale Sicherheit Nr. 12 (2003), S. 402-405.