

Sozialpolitische Entscheidungen in der Gesundheitspolitik – Reflexionen zu Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie

Michael Opielka

Im Jahr 1883 wurde in Deutschland die Gesetzliche Krankenversicherung begründet. Man kopierte das „Bismarcksche“ Modell schon früh (z.B. in der Türkei und in Japan), zahlreiche „Entwicklungsländer“ übernahmen wesentliche Elemente und seit dem Fall des „Eisernen Vorhangs“ genießt das deutsche Modell auch in den Transformationsgesellschaften hohen Kredit. 120 Jahre später wird sie in ihrem Ursprungsland infrage gestellt. Gegenüber den von allen Bundestagsparteien diskutierten neuen Modellen „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitsprämie“ erscheint sie vielen als ein marodes System. Als überlebt gelten ihre wesentlichen Elemente: die Lohnbezogenheit der Beiträge, die Teilung in Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge und die darauf fußende Selbstverwaltung der Krankenkassen, die Koexistenz von gesetzlichen und privaten Versicherungen sowie einem Sondersystem für Beamte. Angesichts der weit reichenden Entscheidungen ist eine grundlegende Reflexion angebracht. Mit dem Systemwechsel würde nämlich ein wesentlicher Bestandteil des in der internationalen Sozialpolitikdiskussion als „konservativ“ bezeichneten deutschen „Wohlfahrtsregimes“ geändert. Im Beitrag geht es vor allem um die Folgen für die soziale Gerechtigkeit und die Konzeption „öffentlicher Güter“.

1

Wohlfahrtsregime und soziale Gerechtigkeit

Die von *Gösta Esping-Andersen* 1990 vorgelegte Typologie der „Three Worlds of Welfare Capitalism“ verortete Deutschland bei den „konservativen“ kontinentalen Wohlfahrtsstaaten. Von den „liberalen“ angelsächsischen und den „sozialdemokratischen“ skandinavischen Wohlfahrtsregimes unterscheidet sich der deutsche Typus demnach in der besonderen Gewichtung auf Familie und Haushalt (und nicht auf Markt und Staat), in Bezug auf die „De-kommodifizierung“ durch eine eher begrenzte Gewährung arbeitsmarkunabhängiger sozialer Rechte und schließlich durch eine eher gruppen- bzw. statusbezogene Verteilungslogik. *Esping-Andersens* Typologie hat die Forschung angeregt (Lesenich/Ostner 1998). Bemerkenswert ist allerdings, dass sie sich vor allem auf die Arbeitsmarkt- und die Alterssicherungspolitik konzentrierte. Dies mag auch daran liegen, dass sich die Gesundheitssicherung in zwei wesentlichen Punkten von den anderen Sozialpolitikfeldern unterscheidet: Ihre Leistungen sind vor allem Dienstleistungen und ihr Leistungsprinzip ist praktisch überall bedarfsbezogen, dabei weitgehend unabhängig von der wirtschaftlichen Situation der Empfänger. „Konservative“ oder „liberale“ Wohlfahrtsstaaten können

folglich in der Gesundheitspolitik durchaus „sozialdemokratisch“ oder gar „sozialistisch“ sein. Ein besonders markantes Beispiel ist Großbritannien, das trotz seiner „liberalen“ Ausrichtung über ein staatlich finanziertes Gesundheitswesen verfügt („National Health Service“). In diesem Beitrag werden wir mit den Beispielen Schweiz („Gesundheitsprämie“) und Österreich („Bürgerversicherung“) zwei üblicherweise als „konservativ“ geltende kontinentale Wohlfahrtsstaaten beleuchten und feststellen, dass sie in der Gesundheitspolitik eher dem „liberalen“ (Schweiz) bzw. dem „sozialdemokratischen“ (Österreich) Typus zuzurechnen sind.¹

Die Wohlfahrtsregimes lassen sich nicht nur wie bei *Esping-Andersen* politik-ökonomisch rekonstruieren. Ein wesentliches Kennzeichen sind unterschiedliche Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit. Diese haben wiederum soziologische Grundlagen. Das älteste abendländische Gerechtigkeitskonzept kennen wir von *Aristoteles*. Er unterscheidet die proportionale oder austeilende von der ausgleichenden Gerechtigkeit. *Karl Marx* steht in dieser Tradition, wenn er in der „Kritik des Gothaer Programms“ für möglich hält, dass „in einer höheren Phase der kommunistischen Gesellschaft“ gelte: „Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen“.² In der heutigen Diskussion tauchen beide Konzepte als „Leistungsgerechtigkeit“ und als „Bedarfsgerechtigkeit“ auf. Für die erste gilt in modernen Gesellschaften das Steuerungssystem Markt als zu-

ständig, für die zweite die Gemeinschaft, die Familie oder eine größere Kommune. Im Sozialstaat tritt ein drittes Konzept dazu, die staatlich vermittelte „Verteilungsgerechtigkeit“. Die soziologische Trias von Markt, Staat und Gemeinschaft ist keineswegs akademisch. Die politischen Ideologien gruppieren sich um sie: Liberale lieben den Markt, Sozialdemokraten (und vor allem Sozialisten) den Staat, Konservative die Gemeinschaft (Familie, Nation, Volk). Nun lässt sich noch ein viertes Konzept sozialer Gerechtigkeit identifizieren: die „Teilhabegerechtigkeit“. Ihre Referenz ist das Legitimationssystem der Gesellschaft, darin vor

¹ Manow kritisierte überzeugend vor allem *Esping-Andersens* klassentheoretische Begründung der „konservativen“ Wohlfahrtsstaaten, indem er auf die konfessionellen Wurzeln verwies, insbesondere auf die unterschiedlichen Entwicklungslinien protestantischer Einflüsse (Manow 2002).

² MEW 19, S. 21.

Michael Opielka, Prof. Dr., lehrt Sozialpolitik an der Fachhochschule Jena und ist Geschäftsführer des Instituts für Sozialökologie in Königswinter; Arbeitsschwerpunkte: Sozialpolitikforschung, Soziologische Theorie, Kultur-, Religions- und Familiensoziologie. e-mail: michael.opielka@isoe.org

allem Menschenrechte und universalistische Religionen; ihr politisches Projekt wäre – um einen Begriff von *Claus Offe* aufzugreifen – der „Garantismus“, der bei den „Grünen“ gefunden werden konnte (Opielka 2003a, 2003c).³

Wir können diese Unterscheidung regulativer Leitideen sozialer Gerechtigkeit mit einem Vorschlag von *Wolfgang Merkel* verknüpfen. Er geht von zwei Kriterien aus, nach denen sich politikphilosophische Gerechtigkeitstheorien sortieren lassen. Das erste Kriterium bezieht sich auf das „Ausgangsassiom“ und erstreckt sich auf ein Kontinuum vom absolut gesetzten Individuum bis zur absolut gesetzten Gemeinschaft. Das zweite Kriterium bezieht sich auf die distributive Konsequenz der Gerechtigkeitstheorien und bewegt sich von umverteilungsavers bis umverteilungssensitiv (Merkel 2001, S. 136 ff.). Beide Kriterien lassen sich zu einem Vierfelder-Schema gruppieren und unschwer mit den vier Regimetypen kombinieren (*Übersicht 1*).

Es ist hier nicht der Raum, diese Unterscheidungen tiefer zu diskutieren. So behauptet *Merkel*, im Feld „Gemeinschaft/umverteilungsavers“ „lassen sich keine nennenswerten Positionen verorten“, (Merkel 2001, S. 136) und unterscheidet nur die „libertäre“ (am Beispiel *Friedrich August von Hayek*), die „sozialliberale“ (*John Rawls*) und die „kommunitaristische“ Position (*Michael Walzer*). Damit wird man freilich der Realität nicht gerecht, denn auch im konservativen Lager gibt es Ideen sozialer (Bedarfs-)Gerechtigkeit. Auch kann man infrage stellen, ob man im Feld „Individuum/umverteilungssensitiv“ wirklich die „sozialdemokratische“ Gerechtigkeitkonzeption findet. Vielleicht wäre – mit *Merkel* – die Bezeichnung „Sozialliberalismus“ hier adäquater. Ein Argument für die hier getroffene Unterscheidung bietet *Merkel* selbst: Er plädiert nämlich dafür, dass sich das sozialdemokratische Wohlfahrtsstaatskonzept künftig eher auf *Rawls*’ „Differenzprinzip“ gründen, insoweit „sozialliberal“ werden solle (Merkel 2003). Der Mainstream sozialdemokratischer Politik hat diese Richtung seit *Tony Blairs* „New Labour“ und *Gerhard Schröders* „Agenda 2010“ eingeschlagen.

Die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland lässt sich mit diesen Leitideen sozialer Gerechtigkeit dechiffrieren. Dabei wird sich zeigen, dass das „konservative“ deutsche Wohlfahrtsregime auf dem Prüfstand steht.

Übersicht 1: Regulative Leitideen sozialer Gerechtigkeit und Wohlfahrtsregimes

Ausgangsassiom	Individuum	Gemeinschaft
Umverteilung		
avers	Liberalismus (Leistungsgerechtigkeit)	Konservatismus (Bedarfsgerechtigkeit)
sensitiv	Sozialdemokratie (Verteilungsgerechtigkeit)	Garantismus (Teilhabegerechtigkeit)

Quelle: Eigene Darstellung

WSI Hans Böckler Stiftung

2 Bürgerversicherung und Gesundheitsprämien

Der Leitgedanke einer Volks- oder Bürgerversicherung ist die Anknüpfung von Beitragspflichten und Leistungsrechten am Bürgerstatus (bzw. präziser: am Einwohnerstatus, Eichenhofer 2003), im Unterschied zum deutschen Modell der Sozialversicherung, die an den Arbeitnehmerstatus gebunden ist. Der Unterschied ist folgenreich. In einer dem deutschen Modell der Sozialversicherung folgenden Sozialpolitik bleiben vertikale – einkommensklassenbezogene – und horizontale – lebenslaufbezogene – Umverteilung innerhalb der Arbeitnehmerschaft und darin noch innerhalb eines Korridors von Beitragsbemessungsgrenzen beschränkt. Weitergehende Umverteilungsaufgaben werden auf das Einkommenssteuersystem verschoben, das seinem Grundverständnis nach die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Steuerpflichtigen berücksichtigen soll.

Diese eher wissenschaftlichen Unterscheidungen erreichten erst in jüngster Zeit die sozialpolitische Arena in Deutschland. Zunächst war es die Partei „Bündnis 90/Die Grünen“, die in ihrem 2002 neu formulierten Grundsatzprogramm die Idee einer „Bürgerversicherung“ propagierte und zwar für alle Bereiche der Sozialversicherung. Kurz darauf übernahm die von der rot-grünen Bundesregierung eingesetzte so genannte „Rürup-Kommission“ den Auftrag, die Realisierungsmöglichkeiten einer Bürgerversicherung für den Bereich der Krankenversicherung zu prüfen. Die Kommission konnte sich zu einem eindeutigen Votum nicht durchringen und überließ der Politik die Entscheidung zwischen einer Bürgerversicherung und einer pauschalen Gesundheitsprämie, die sowohl an private wie an öffentlich-rechtliche, gesetzliche Krankenversicherungen zur Abdeckung des Krankheitsrisikos gezahlt werden solle.

Unmittelbar nach dem Abschlussbericht der „Rürup-Kommission“ legte die von der oppositionellen CDU beauftragte „Herzog-Kommission“ gleichfalls einen Bericht über die Zukunft des deutschen Sozialstaats vor, in dem die Bürgerversicherung abgelehnt und ein „Prämienmodell“ favorisiert wird. Wie im zweiten Modell der „Rürup-Kommission“ wird für die als unverzichtbar gehaltene Umverteilung zur Finanzierbarkeit der Kopfpauschale das Steuersystem durch bedürftigkeitsgeprüfte Zuschüsse in die Pflicht genommen.

Zur Untersuchung kommen im Folgenden drei Modelle: das Modell der Bürgerversicherung, das Modell der Gesundheitsprämie und das – bislang noch kaum beachtete – Modell einer „Sozialen Gesundheitsprämie“ (vgl. zum Folgenden auch Opielka 2003b).

2.1 BÜRGERVERSICHERUNG

Als drei Kernelemente einer Bürgerversicherung hat die „Rürup-Kommission“ identifiziert: Erstens die Erweiterung des Versichertenkreises durch eine Einbeziehung aller Gruppen der Bevölkerung, also auch von Selbstständigen und Beamten, dabei soll die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben werden. Zweitens die Erweiterung der Beitragsgrundlage durch eine Einbeziehung weiterer Einkunftsarten, insbesondere Einkünfte aus Vermietung, Zinseinkünfte und Kapitaleinkünfte, zugleich soll die Beitragsbemessungsgrenze

³ Dass der Marx'sche „Kommunismus“ nur mit zwei Gerechtigkeitsideen auskam, dürfte sein Problem (gewesen) sein: er beschreibt die (utopische) Gesellschaft nach dem Modell von Markt und Gemeinschaft, letzteres dominiert zunehmend als Reich der Bedürfnisse und behindert im (nicht unwahrscheinlichen) Fall ihrer autoritären Ausformung die Freiheit des Bürgers, die aus der Differenzierung aller Subsysteme resultiert. Spiegelbildliches gilt für eine Kapitalismus-Apologie, die sich der Leistungsgerechtigkeit verschreibt und die anderen Gerechtigkeitsprinzipien mehr oder weniger privatisiert.

an diejenige der gesetzlichen Rentenversicherung (2003: 5.100 Euro p.M.) angeglichen werden. Drittens sollen private Krankenversicherungen auf Zusatzversicherungen beschränkt werden, wobei „geprüft“ werden soll, inwieweit jene auch Vollversicherungen im Rahmen der Bürgerversicherung anbieten können. Praktische Vorschläge dazu werden allerdings nicht gemacht (BMGS 2003, S. 149, 160).

Langfristig rechnet die Kommission – bzw. diejenigen ihrer Mitglieder, die dieses Modell vertreten – bei einer Bürgerversicherung mit der Absenkung des Beitragsatzes von derzeit durchschnittlich 14,4 % auf 12,4 %, da die Beitragsgrundlage verbreitert würde. Die Annahme ist volkswirtschaftlich berechtigt. Sie findet ihre Bestätigung im Gutachten 2003 des „Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“. Er sieht eine strukturelle „Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis“ der gesetzlichen Krankenversicherung. Für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) blieben zwischen 1980 und 2000 die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied um 31 % hinter dem Bruttoinlandsprodukt (BIP) je Erwerbstätigen zurück, ähnliches gilt seitdem für die neuen Länder und auch für die Rentenversicherung. Strukturell heißt dies, dass die Sozialversicherungsabgaben auf einen immer kleineren Teil des verfügbaren Einkommens der privaten (Arbeitnehmer-) Haushalte erhoben werden. Praktisch heißt das allein für die GKV, dass sie bei einer vergleichbaren Beitragsbasis wie im Jahr 1980 im Jahr 2000 fiktive Mehreinnahmen von fast 43 Mrd. DM bzw. heute gut 22 Mrd. Euro erzielt hätte, und dies ohne wesentliche Mehrausgaben. Damit läge der heutige durchschnittliche Beitragssatz zur GKV bei knapp 11,6 % – und nicht bei etwa 14,4 % (Sachverständigenrat 2003, S. 17 f.). Insoweit argumentieren die Vertreter der Bürgerversicherung vor allem verteilungspolitisch: Sie wollen eine Belastung der Versicherten nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht nach ihrem „zufälligen“ Erwerbsstatus.

Die Gegner einer Bürgerversicherung haben sich unterdessen insbesondere um die Lobby der privaten Krankenversicherung formiert. Ihre Haupteinwände entstammen dem Kernbestand des „konservativen“ Wohlfahrtsstaatsmodells: Eine Bürgerversicherung würde die Freiheit des Einzelnen einschränken, worunter jedoch kein konsequent „liberales“ Modell verstanden

wird, sondern die Freiheit historisch privilegierter Statusgruppen, die sich außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen privat versichern können (so Zipperer 2003). Ein bemerkenswertes Beispiel für die Manipulation der öffentlichen Meinung bietet der auf der Homepage des Verbandes der privaten Krankenversicherungen vorgehaltene „Kostenvergleich Beihilfe-GKV“. Demnach würde (allein in NRW) die Abkehr von Beihilfe (der Beamten und Pensionäre) und Freier Heilfürsorge (der Polizei) mit Kosten von 1.142 Mrd. Euro (2002) hin zu einer Bürgerversicherung zu „Mehrkosten“ von 543,3 Mio. Euro jährlich führen (Finanzministerium NRW 2003, S. 2). In diesem „Kostenvergleich“ werden jedoch weder die erheblichen Verwaltungskosten der Beihilfe noch die Zahlungen der Beamten für ihre privaten Krankenversicherungen bzw. den Eigenanteil (50%, Kinder: 20 %) berücksichtigt, die trotz zunehmend an die Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung angepassten Leistungen deutlich teurer und aufwendiger (Kostenvorlage, doppelte Belegeinreichung) sind.

Ein Blick in eine real existierende Bürgerversicherung ist deshalb hilfreich. In Österreich wurde bereits seit 1920 mit der Krankenpflichtversicherung für Staatsbeamte die Richtung einer „Volksversicherung“ eingeschlagen, die ihren Abschluss im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) von 1956 fand (Wendt 2003, S. 112 f.). Heute sind in Österreich 99 % der Bevölkerung über die staatliche Krankenversicherung geschützt. Die Beitragssätze liegen zwischen 6,9 % (Angestellte), 7,1 bzw. 7,5 % (Beamte) und 7,6 % (Arbeiter) (Stand 2003), der Beitrag wird von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gemeinsam getragen (Arbeiter: 3,65/3,95 %; Beamte: 3,55/3,95 %; Angestellte: 3,5/3,4 %). Pensionisten zahlen einen Beitrag in Höhe von 3,75 %. Beamte müssen zusätzlich einen Eigenanteil („Behandlungsbeitrag“) von pauschal 20 % tragen, für die anderen Berufsgruppen ist der Selbstbehalt deutlich geringer und überwiegend auf Heilmittel und Krankenhausaufenthalte beschränkt, wenngleich teilweise höher als in Deutschland.⁴ Zur Deckung des Eigenanteils sowie ggf. für Wahlleistungen sind 15 % der Österreicher Mitglied einer privaten Krankenversicherung, darunter fast alle Beamten.

Da keine Indikatoren anzeigen, dass das österreichische Gesundheitswesen schlechtere Leistungen bietet als das deutsche, verwundert der deutlich geringere Kranken-

versicherungsbeitrag. Zum einen scheint das System der Volks- bzw. Bürgerversicherung tatsächlich eine weitaus breitere Beitragsbasis und insoweit eine solidarischere Verteilung der Kosten zu sichern. Auch in Österreich wird über einen Anstieg der Ausgaben der Krankenversicherung geklagt. Dieser wirkte sich in den vergangenen Jahrzehnten jedoch nur geringfügig auf die Beiträge aus, sondern wurde – ergänzend zur breiten Beitragsbasis – durch mehrere Maßnahmen ausgeglichen: zum einen durch eine Anhebung der Höchstbeitragsgrundlagen (1997: 2.825, 2003: 3.360 Euro monatlich), zum Zweiten durch die im „Budgetbegleitgesetz 2001“ beschlossene Erhebung eines „Zusatzbeitrages“ in Höhe von 3,4 % für die Mitversicherung von Angehörigen (Ehegatten, Lebensfährten), sofern diese Kinder unter 18 Jahren versorgen (die Haushaltsgemeinschaft genügt als Nachweis). Drittens wurden zur Stabilisierung der Beiträge zunehmend Steuermittel vor allem für die stationäre Versorgung aufgewandt. Würden letztere vollständig einbezogen, so erhöhen sich freilich, wie eine jüngere Studie berichtet, die im OECD-Maßstab relativ niedrigen Gesundheitsausgaben Österreichs (2001: 7,7 % des BIP lt. Statistik - Austria; zum Vergleich: Deutschland 10,7 %, USA 13,9 %) auf 10,9 %.⁵ Unklar

4 Stand 1.1.2003, nach Angaben des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Angaben zum KV-Betrag der Pensionisten (Rentner und Pensionsbezieher) wurden aus Tomandl (2002, S. 64) entnommen, da die Angaben des Hauptverbandes hier unklar sind.

5 Vgl. Pichler/Walter (2002); die Berechnungsgrundlage ist hier 1999. Die Daten für Deutschland und die USA lt. Hoffritz (2003) habe der österreichische Bundesrechnungshof die Zahlen von Pichler/Walter bestätigt. Ihr zufolge belege auch ein Vergleich der Finanzierungsquellen von Gesundheitskosten Österreich/Schweiz/Deutschland den hohen Staatsanteil in Österreich (Sozialversicherung/Staatshaushalt/Private KV/Selbstbeteiligung/Sonstige (in %, für 2000) – A: 42,5/27,2/7,0/18,6/4,7; CH: 40,4/15,2/10,5/32,9/1,0; D: 68,8/6,2/12,5/10,6/1,9). Als Quelle werden das Österreichische Bundesinstitut für das Gesundheitswesen (OBIg) und die OECD angegeben. Der hohe Anteil des Staatshaushalts an den Gesundheitsausgaben in Österreich – demnach 27,2 % – lässt sich aber aus den veröffentlichten OECD-Daten nicht ablesen (OECD 2003). Vermutlich schlägt hier zumindest teilweise eine Begriffsunklarheit in den Medien durch, die die Ausgaben der Sozialversicherung und der Haushalte der Gebietskörperschaften unter „Staatsanteil“ subsumiert (z.B. Neue Zürcher Zeitung v. 17.10.2003).

ist, ob eine vergleichbare Berechnung auch in Deutschland zu einer erhöhten Gesundheitsquote führen würde, so dass man davon ausgehen kann, dass das österreichische System effizienter arbeitet. Der Effizienzvorteil verdankt sich zum einen geringeren Verwaltungskosten der – vergleichsweise wenigen – Kassen, sie liegen in Österreich mit knapp über 3 % nur etwas mehr als halb so hoch wie in Deutschland (Mappes-Niediek 2003). Zum anderen dürften die gegenüber Deutschland bessere Koordination ambulanter und stationärer Dienste und die zahlreichen Ambulatorien, vor allem Zahnkliniken, zur Kostensenkung beitragen (Wendt 2003, S. 117). Vermutlich spielt aber auch ein weiterer Faktor eine Rolle, der durch die neuere Public Health Forschung belegt werden kann: Ein Volks- bzw. Bürgerversicherungssystem scheint eine zielgenauere Präventionspolitik zu erlauben als ein marktwirtschaftlich zergliedertes Gesundheitswesen (Kickbusch 2000).

Der Blick nach Österreich bestätigt somit die Annahmen der Befürworter einer Bürgerversicherung. Die hohe Akzeptanz durch alle politischen Gruppen hindurch spricht für einen Gewöhnungseffekt an solidarische Umverteilung, zumindest solange sie auf ein überschaubares Maß beschränkt bleibt. Auf dem Hintergrund der Typologie von Wohlfahrtsregimes und Gerechtigkeitskonzepten gehört die Bürgerversicherung historisch zwar zum „sozialdemokratischen“ Modell („sozialistisch“ wäre eher ein rein staatlich-steuerfinanziertes System zu nennen); angesichts der derzeitigen Umbrüche in diesem Lager – wofür auch die Unentschiedenheit der „Rürup-Kommission“ steht – wäre sie in Deutschland wohl präziser dem „garantistischen“ Modell zuzuordnen.

2.2 GESUNDHEITSPRÄMIE

Das Modell der „Gesundheitsprämie“ ist nicht neu, es gelangte aber erst durch die beiden Kommissionsberichte auf die reformpolitische Agenda. In der „Rürup-Kommission“ war es der Kommissionsvorsitzende *Bert Rürup*, der damit zum Gegenspieler seines Kollegen *Karl Lauterbach* avancierte. Die „Herzog-Kommission“ scheint – bis auf ihr Mitglied *Horst Seehofer* – das Prämienmodell zu vertreten. Die Vorschläge beider Kommissionen ähneln sich weitgehend. Die Grundidee besteht in der Einführung einer pauschalen Gesundheits-

prämie, die für alle Versicherten zunächst gleich hoch ist. Anders als einige in der vorgängigen akademischen Diskussion erörterte Prämienmodelle (Wasem u.a. 2003) – und anders als in der Schweiz, wo auch für Kinder (reduzierte) Prämien gezahlt werden müssen – beschränken beide Kommissionen die Prämienpflicht auf Erwachsene (ab 18 Jahren). Die Prämienhöhe bemisst sich aus einer Verteilung des geschätzten Einnahmebedarfs von 140 Mrd. Euro (2003) im Rürup-Konzept auf 210 Euro (im Herzog-Bericht, allerdings für das Einführungsjahr 2013, auf prognostizierte 264 Euro). Dafür soll der bisherige Arbeitgeberanteil an die Versicherten ausgezahlt und steuerlich veranlagt werden. Ein „höheres Maß an Beitragsgerechtigkeit“ (BMGS 2003, S. 162) werde dadurch erreicht, dass die erforderliche Prämienzuschussung für Haushalte mit niedrigen Einkommen durch das Steuersystem erfolgen soll. Im Rürup-Modell wird der Zuschuss so kalkuliert, dass der zumutbare Eigenanteil etwa 14 % des Bruttoeinkommens nicht übersteigt, im Herzog-Modell wird keine Grenze benannt. Der Zuschussbedarf ist erheblich. Die „Rürup-Kommission“ errechnet bei einem Eigenanteil von 13,3 % ein Volumen von 28,4 Mrd., bei einem Eigenanteil zwischen 13,3 und 16 % (und 210 Euro Freibetrag) 22,6 Mrd. Euro. Nach Abzug des zusätzlichen Steueraufkommens durch den ausgezahlten Arbeitgeberanteil beträgt der zusätzliche steuerliche Finanzierungsbedarf 10,2 Mrd. bzw. 4,4 Mrd. Euro. Die „Herzog-Kommission“ errechnet (vermutlich für 2013) einen Zuschussbedarf von 27,3 Mrd. Euro (CDU-Bundesvorstand 2003, S. 23).

In beiden Modellen sollen die Gesundheitsprämien risikoäquivalent kalkuliert werden können.⁶ Damit ergeben sich erhebliche Belastungen für Personen mit überdurchschnittlichem Krankheitsverlauf und vor allem für Ältere. Die „Herzog-Kommission“ möchte deshalb in einer 10-jährigen Vorlaufphase Altersrückstellungen in der GKV zugunsten über 45-Jähriger bilden, was die Beiträge bereits jetzt deutlich erhöhen würde. Die „Rürup-Kommission“ scheint für dieses Problem auf die Belastungsbegrenzung durch die steuerlichen Zuschüsse zu bauen.

Als wesentlichen Vorteil betrachten die Befürworter die Demographiefestigkeit aufgrund der Altersrückstellungen einer privatisierten Versicherungslösung. Hier zeigt sich der Einfluss des Mitglieds der

„Rürup-Kommission“, *Bernd Raffelhüsch*, der mit dem Modell der „Generationenbilanzen“ für eine Privatisierung aller Sozialversicherungen argumentiert. Nur so ließe sich die „Nachhaltigkeitslücke“ zuungunsten der Jüngeren und schließlich die „Kündigung der Generationenverträge“ vermeiden (Fetzer u.a. 2003, S. 23 f.). *Raffelhüsch* plädiert darüber hinaus für eine Abschaffung der Pflegeversicherung. Freilich schränkt die „Rürup-Kommission“ ein: „Es ist aber sehr unwahrscheinlich, dass durch den Aufbau von Alterungsrückstellungen über die Inflation hinausgehende Beitragssteigerungen während der gesamten Versicherungsdauer vollständig vermieden werden können.“ (BMGS 2003, S. 168)

Als zweiter Vorteil wird der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen genannt. Dieser ist dann tatsächlich gegeben. Aber welcher Effizienzvorteil folgt daraus? Hier lohnt nun ein Blick in das einzige Gesundheitsprämienland der Welt, die Schweiz. In der Krankenversicherung hat die Schweiz auf eine „Kopfprämie“ umgestellt, die von allen Bürgern gezahlt werden muss („Wer

6 Hier unterscheiden sich die Konzepte der „Rürup“- und der „Herzog-Kommission“. Erstere möchte eine Gesundheitsprämie, „die für alle Versicherten einer Krankenkasse gleich hoch ist“ (BMGS 2003, S. 162), Prämienunterschiede wären damit allein in der Effizienz der Kassen bedingt, zumal ein konsequent ausgabensteigernder Risikostrukturausgleich eingeführt werden soll (BMGS 2003, S. 166). Irritierend ist allerdings, dass zugleich eine „stärker am Äquivalenzprinzip orientierte Prämiengestaltung“ (BMGS 2003, S. 162) behauptet wird. Es sei nun möglich „unterschiedliche Versicherungstarife adäquat zu kalkulieren“ (BMGS 2003, S. 165). Vielleicht möchte die „Rürup-Kommission“ trotz dieses Liebügels mit Äquivalenz-Tarifen das Schweizer Pauschal-Modell, man kann es vermuten, doch sicher ist es nicht. Die Vorstellungen der „Herzog-Kommission“ sind noch verwirrender: In ihrem Prämienmodell „fallen je nach Eintrittsalter des Versicherten unterschiedlich hohe Prämien an“ (CDU-Bundesvorstand 2003, S. 22). Damit wird vermutlich an die Tarifgestaltung der Privaten Krankenversicherungen gedacht. Weitere versicherungsmathematische Risikozuschläge werden nicht thematisiert. Da die PKVen weitere Zuschläge kalkulieren, vor allem für Vorerkrankungen, aber zunehmend auch für Risikoverhalten (Sportler, Raucher usw.), wäre eine klare Stellungnahme höchst angebracht. Im Übrigen zeigen neuere Forschungen zumindest für die Allgemeinen Ortskrankenkassen, dass eine höhere Ausgabenquote für ältere Patienten vor allem aufgrund einer Kombination aus impliziter Rationierung und zurückhaltender Leistungsnachfrage keineswegs gilt (Brockmann 2000), auf dem Alter basierende Risikozuschläge insoweit fraglich sind.

sich der Versicherungspflicht entzieht, macht sich strafbar!“ heißt es auf einem Merkblatt). Die Beiträge liegen (2003) durchschnittlich bei 269 sFr., je nach Kanton zwischen 159 und 389 sFr. im Monat, auch nichterwerbstätige Ehegatten müssen zahlen, Kinder dabei einen ermäßigten Beitrag und wer den Beitrag nicht aufbringen kann – mittlerweile gut 30 % der Schweizer⁷ – erhält einen Zuschuss aus Steuermitteln („Prämienverbilligung“). Damit ist die Wahlfreiheit zwischen öffentlichen und privaten Krankenkassen verbunden, es besteht Kontrahierungszwang. In Sachen Kostendämpfung war das Schweizer Krankenversicherungsmodell allerdings wenig erfolgreich, die Kopfprämie betrug bei ihrer Einführung 1996 durchschnittlich 166 sFr. (Pfaff u.a. 2003, S. 43 ff.). Die Verwaltungskosten des Prämienverbilligungssystems sind hoch. Anita Pfaff u.a. rechnen aus den Schweizer Erfahrungen hochgerechnet für Deutschland mit Kosten von rund 434 Mio. Euro. Zudem ist die sozialpolitische Wirksamkeit der Prämienverbilligung in der Schweiz umstritten, angestrebt wird eine Höchstbelastung von 12 % des versteuerbaren Einkommens. Da anders als in den Vorschlägen der Kommissionen um Rürup und Herzog in der Schweiz die Kopfprämie risikounabhängig einheitlich von den Kantonen festgelegt wird – und sich wesentlich über den jeweiligen Anteil der Übernahme der Kosten der Krankenhausfinanzierung aus Steuermitteln bemisst – ergibt sich nur eine begrenzte Wettbewerbsmöglichkeit der Krankenkassen. Hingegen dürfte das Auslaufen des Risikostrukturausgleichs mit dem Jahr 2006 zu noch höheren Selektionsanreizen führen als bisher. Damit verdünnen sich die Wettbewerbsvorteile in der Schweiz auf eine para-staatliche Krankenkassenkonkurrenz. Der Vorschlag der „Herzog-Kommissionen“ würde durch seine explizite Betonung der vollen Risikoäquivalenz zwar wettbewerblischer ausgehen – allerdings um den Preis, dass Risikogruppen sehr hohe Beiträge zahlen müssen. Ein wesentliches Element eines solidarischen Gesundheitssystems würde ausgelöscht.

Bleibt schließlich noch der behauptete Vorteil einer Entkopplung von Gesundheitsfinanzierung und Arbeitskosten. Der Vorteil hat in der öffentlichen, derzeit vor allem von neoklassischen Ökonomen dominierten Debatte freilich mehr den Charakter eines suggestiven Mantra als empirische Evidenz (so Scharpf 2001). Denn eine

Subventionierung von Niedrigeinkommen ließe sich weitaus zielgenauer herstellen. Die Gesundheitsfinanzierung ist nämlich nicht der einzige Block an Kosten, die bei Arbeitsaufnahme getragen werden müssen. Hinzu kommen weitere Sozialumlagen, vor allem die Rentenversicherung, die hier nicht diskutiert werden kann, und natürlich der Lebenshaltungsbedarf selbst. Wenn man Niedrigeinkommensbezieher nicht aus der gesellschaftlichen Solidarität eliminieren möchte, dann bietet sich zielgenauer und umfassender das Modell einer „Negativen Einkommenssteuer“ („Bürgergeld“) an, für das Joachim Mitschke jüngst einen hochdifferenzierten Vorschlag samt Einkommenssteuerreformkonzept vorgelegt hat (Mitschke 2003; Opielka 2003a). Es gibt allerdings ein – bislang selten vortragenes – Argument für die Entkopplung vom Arbeitslohn: die Erfassung auch der Personen in der Schattenwirtschaft. Denn unabhängig von ihrem steuerlich veranlagten Einkommen müssten sie die volle Prämie aufbringen – solange sie sich nicht auch noch den Prämienzuschuss erschleichen.

Insgesamt wirkt das Konzept der Gesundheitsprämie somit wenig überzeugend. Volkswirtschaftliche Effizienzgewinne sind nicht zu erwarten. Die Kostensteigerung im Gesundheitswesen wird durch die Konkurrenz der Krankenkassen eher befördert, wie die Schweiz nahe legt. Schließlich lässt sich fragen, wer eigentlich die Nettozahler sind. Anita Pfaff u.a. haben die Verteilungswirkungen von Kopf- bzw. Gesundheitsprämien und einkommensbezogenen Beiträgen verglichen (Pfaff u.a. 2003, S. 23 ff.). Sie kommen zum Ergebnis, dass – abhängig vom Familienstand – vor allem die unteren bis mittleren Einkommensgruppen belastet werden und natürlich die Rentnerhaushalte. Zwar hätten 13 Mio. der insgesamt 16,5 Mio. Mitglieder der Krankenversicherung der Rentner Anspruch auf Prämiensubvention, Rentner mit höheren Haushaltseinkommen würden zu Nettozahlern. Anstelle der Radikalreform via Gesundheitsprämie wäre eine Anhebung der Rentenversicherungsbeiträge auf einen den Ausgaben für ältere Versicherte näher kommenden vollen oder höheren Beitrag – wie in Österreich – nahe liegender.

Regime- und gerechtigkeits-theoretisch entspricht die Gesundheitsprämie einem „liberalen“ Modell, jedenfalls in den deutschen Vorschlägen – während das Schwei-

zer Modell mit nicht-risikoäquivalenten Prämiensätzen eher einen Mix aus „liberal“ und „sozialdemokratisch“ bildet. Die Realisierung jener Vorschläge würde den deutschen Wohlfahrtsstaat in eine „liberale“ – oder „neoliberale“? – Richtung entwickeln.

2.3 SOZIALE GESUNDHEITSPRÄMIE

Auch wenn das Modell der Gesundheitsprämie bis hier nicht besonders gut beurteilt wurde, kann man ihm doch – zumindest abstrakt – einiges abgewinnen. Nehmen wir also abschließend an, dass die genannten Vorteile – Demographiefestigkeit, Kassenwettbewerb, Entlastung der Lohnnebenkosten – mit einer solidarischen und verwaltungsarmen Finanzierung kombinierbar wären. Zwei Varianten einer „Sozialen Gesundheitsprämie“ könnten die Vorteile der Bürgerversicherung und der Gesundheitsprämie vereinen.

In der ersten Variante wird die Gesundheitsprämie faktisch in das Steuersystem integriert, indem sie in eine Basisprämie und einen Zuschlag zur Einkommenssteuer gesplittet wird. Für die Berechnung der Basisprämie wird der Grundfreibetrag im Einkommenssteuerrecht herangezogen (2004: 7.664 Euro), der zugleich etwa dem Sozialhilfe- bzw. Grundsicherungsniveau entspricht, also von keinem Bürger unterschritten wird. Wenn man hier einen Krankenversicherungsanteil von 15 % annimmt, kommt man zu einer Basisprämie von 96 Euro monatlich, die von jedem Bürger (ab 18 Jahre) an eine Krankenversicherung seiner Wahl – öffentlich oder privat – gezahlt werden kann. Zur Vereinfachung unterstellen wir das Schweizer Modell fehlender Risikoäquivalenz und nehmen weiterhin den von Anita Pfaff u.a. errechneten Gesundheitsprämiensatz von 201 Euro (statt 210 Euro bei Rürup) an. Damit ergibt sich bei 67 Mio. Einwohnern über 18 Jahren und einer Differenz zur Basisprämie in Höhe von 105 Euro ein Finanzierungsbedarf in Höhe von 84 Mrd. Euro p.a., der analog dem geltenden „Solidaritätszuschlag“ durch einen „Gesundheitszuschlag“ zur Einkommenssteuer aufgebracht werden müsste (nicht einkommenssteuerpflicht-

⁷ In einzelnen Kantonen unterdessen bis zu 50 % der Versicherten (NZZ v. 1.11.2003); zu einer Kritik der Verteilungs- und Steuerungsprobleme der Schweizer Regelungen vgl. Gerlinger (2003).

tige Einwohner werden in dieser Schätzung außer Acht gelassen, genauso wie unterhaltsberechtigter „Kinder“ über 18 Jahre, die von einer Gesundheitsprämie eventuell befreit wären). Nach Angaben des Bundesfinanzministeriums betrugen die gesamten Einnahmen der Einkommenssteuer (einschließlich Zinsabschlag) im Jahr 2002 148 Mrd. Euro. Der „Gesundheitszuschlag“ beträgt damit etwa 57 % – deutlich mehr als der bisherige und periodisch umstrittene „Solidaritätszuschlag“ (5,5 %), der allerdings nach 2004 entfallen soll.

Offensichtlich ist eine derart dramatische Einkommenssteuererhöhung um mehr als 50 % politisch nicht gerade leicht vermittelbar. Dennoch macht diese kleine Modellrechnung ein Grundproblem sowohl der Bürgerversicherung wie der Gesundheitsprämie deutlich: Eine vom Einkommenssteuerrecht zumindest behauptete Belastung nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit würde eine völlig andere Verteilung der Gesundheitskosten bedeuten, wenn auch diese – solidarisch – nur nach Leistungsfähigkeit aufgebracht werden. Allerdings weist diese dramatisch hohe „Sonderabgabe“⁸ für Gesundheit auf die vermutlich zu knappe Einkommenssteuer hin, die durch allfällige „Steuerreformen“ die höheren Einkommen kaum noch greift.⁹ Insoweit trägt auch, wenn die Befürworter der Gesundheitsprämie behaupten, eine aus Steuermitteln finanzierte Beitragsbezuschussung sei sozial „gerecht“. Belastet werden heute auch im Einkommenssteuerrecht vor allem die mittleren Einkommen.

In seinen „Visionen eines modernen Gesundheitswesens“ schlägt J.-Mathias Graf v.d. Schulenburg eine alternative Finanzierung des Solidarausgleichs innerhalb eines Gesundheitsprämiensystems vor, die als zweite Variante von Interesse erscheint (Schulenburg 2003). Hier werden die Zuschüsse für Haushalte unterhalb eines gesetzlich festgelegten Pro-Kopf-Familieneinkommens durch eine Umlage aller Krankenversicherer finanziert, die wiederum aus fixen Zahlungen pro Versicherten aufgebracht werden. Allerdings berechnet er den Finanzierungsbedarf nicht. Vor dem Hintergrund der Berechnungen von Rürup und Pfaff u.a. dürfte die für diesen Umverteilungsvorgang erforderliche Erhöhung der Gesundheitsprämie mit ca. 10 % moderat ausfallen – ein Betrag, den die Schweizer Kopfprämie (und erst recht derzeit die privaten Krankenversicherungen)

schon als jährliche Erhöhung „gewohnt“ ist. Da Schulenburgs Ziel eine umfassende Freisetzung von Wettbewerbspotenzialen ist, erscheint eine solche systemimmanente Lösung durchaus nahe liegend. Ob sie verteilungsgerecht wäre, ist allerdings eine andere Frage. Denn da dieses Modell von einem der Sozialhilfe entlehnten „fill-up“-Konzept ausgeht, wird die – zumindest bei Rürup berücksichtigte – nach oben gedeckelte effektive Gesamtbelastung vor allem unterer und mittlerer Einkommen nicht berücksichtigt. Hinzu kommt, dass Schulenburg zur Förderung effizienten Nutzungsverhaltens eine Selbstbeteiligung von 15 % an allen Gesundheitsausgaben vorschlägt, die erst bei $\frac{1}{13}$ des Jahreseinkommens gedeckelt werden soll. Ungeachtet dieser einer allein makroökonomischen Perspektive geschuldeten Unsensibilität für niedrigere Einkommensgruppen wäre denkbar, das System der systemimmanenten Umverteilung nicht als „fill-up“, sondern – wie bei Rürup – mit einer Begrenzung der Gesamtbelastung zu kombinieren, was die Umlage weiter erhöhen würde. Damit würde der Begriff „Soziale Gesundheitsprämie“ tatsächlich gefüllt und das Steuersystem für andere Umverteilungsaufgaben frei – denn neben der Gesundheitsreform bestehen auch in anderen Bereichen des Sozialstaats erhebliche Reformbedarfe (Opielka 2003a).

So elegant sich die Modelle einer Gesundheitsprämie auch ausnehmen, die mit ihnen verbundenen Hoffnungen gehen mit nicht unerheblichen Mehrbelastungen unterer und mittlerer Einkommen einher. Allerdings können sie durch geeignete Formen einer Prämienbezuschussung weitgehend gemindert werden. Zu bevorzugen wären dabei wohl die hier als „Soziale Gesundheitsprämie“ diskutierten Varianten, wobei die leistungsgerechte Finanzierung über einen an das Steuersystem angelehnten Modus die größeren Akzeptanzprobleme birgt, während die systemimmanente Umverteilung politisch leichter vermittelbar erscheint. Eine Finanzierung der Prämienbezuschussung aus dem allgemeinen Steueraufkommen, wie in den Kommissionen von Rürup und Herzog vorgeschlagen, erscheint nicht nur verteilungspolitisch fragwürdig, weil das Steuersystem keineswegs ausreichend nach wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit belastet, sondern auch deshalb, weil dann die aktuelle Haushaltspolitik unmittelbar auch in diesen Bereich eingreift.

3

Gesundheit als öffentliches Gut

Unter Abwägung zumindest der hier vorgetragenen Argumente spricht deshalb viel für das Modell einer Bürgerversicherung. Ob die sozialpolitischen Entscheidungen in diese Richtung verlaufen, ist freilich offen. Der Mainstream der Ökonomen macht sich vor allem für das „liberale“ Modell der Gesundheitsprämie stark (RWI 2003; Pimpertz 2003).¹⁰ Für die Beibehaltung des bisherigen, gegliederten „konservativen“ Modells spricht wenig. Die hohe Unterstützung der Bevölkerung für die Gesetzliche Krankenversicherung bezieht sich auf zwei Gerechtigkeitsprinzipien: die einkommensproportionale und dadurch umverteilende Beitragsbemessung und das Bedarfsprinzip der Leistungsgewährung (Ullrich 2002). Ersteres wird auch bei der Bürgerversicherung und zumindest im Grundzug bei einer Sozialen Gesundheitsprämie gewahrt, das Zweite bei allen hier erörterten Vorschlägen. Zu befürchten wäre aller-

8 Vermutlich sind Roland Koch diese Kosten nicht deutlich, wenn er vage von einer „Sonderabgabe“ spricht, mit der der Sozialausgleich einer Gesundheitsprämie finanziert werden soll (Frankfurter Rundschau v. 20.10.2003).

9 So zeigt ein Gutachten des RWI Essen, dass die Belastung des oberen Zehntels der Einkommensgruppen durch die Einkommenssteuer mit 14,6 % nur wenig über der durchschnittlichen Belastung (11,8 %) aller Einkommenssteuerpflichtigen liegt (Bundesministerium der Finanzen, Monatsbericht 10/2002, S. 39); angesichts dessen verwundert eine „rot-grüne“ Reduzierung des Spitzensteuersatzes von 51 % (2002) auf 42 % (2004).

10 Auch in einer Studie von Bertelsmann- und Ludwig-Erhard-Stiftung wird – mit der Signatur „allgemeine Versicherungspflicht mit Grundbeiträgen“ – für eine Gesundheitsprämie plädiert, die freilich nur Ansprüche auf „Grundleistungen“ decken soll (Breyer u.a. 2004). Unter dem Gesichtspunkt „Verteilungsgerechtigkeit“ wurde von Koautor Eberhard Wille, dem Vorsitzenden des Sachverständigenrates SVR, auf der Fachtagung zur Präsentation der „Orientierungspunkte einer grundlegenden Sozialstaatsreform“ postuliert: „Kein Grund für Vermischung einer Umverteilung von gesund und krank mit reich zu arm“. Doch warum soll man das – wie in der „Bürgerversicherung“ – nicht vermischen? Wissenschaftlich spricht nichts dagegen – politisch freilich dann, wenn man die „Reichen“ von Umverteilung frei halten möchte.

dings bei einer stärker „liberalen“ Ausrichtung des Gesundheitssystems, dass das Bedarfsprinzip durch eine weitere Ausdünnung des Leistungskataloges in Richtung „Grundversorgung“ erodiert. In einer „liberalen“ Gerechtigkeitskonzeption wird dies bewusst angestrebt (so z.B. Kersting 2002). Ohnehin wird vor dem Hintergrund der medizintechnischen Fortschritte zunehmend über eine „Rationierung“ von Gesundheitsleistungen reflektiert. Zwar ist „Rationierung“ im Prinzip unvermeidlich (Schmidt 2001). Alles Mögliche kann nie allen bezahlt werden. Politisch entscheidend ist jedoch der Diskurshorizont, die Frage nach den im Gesundheitssystem und seiner Finanzierung eingelassenen Gerechtigkeitsprinzipien. Soll jedem Bürger durch die Gemeinschaft aller Bürger die bestmögliche Gesundheitsdienstleistung garantiert werden, auch wenn dazu erhebliche Umverteilungen zwischen Einkommens-, Alters- und Risikogruppen nötig werden? Ein „garantistischer“ Wohlfahrtsstaat wird dies bejahen. Die anderen Regimemodelle werden mehr oder weniger starke Abstriche zulassen.

Konsens scheint heute in allen Wohlfahrtsstaaten, dass es sich bei dem Gut Gesundheit nicht nur um ein privates, sondern um ein „öffentliches Gut“ handelt. Ohne Gesundheit sind auch andere soziale Bürgerrechte nichts wert. Erstaunlicherweise liegt eine Theorie öffentlicher Güter für den Sozialstaat bislang nur in Umrissen vor (Spahn/Kaiser 1988). „Liberalen“ Vorschläge argumentieren eher negativ, machen allerdings auf die strukturelle Benachteiligung der Unorganisierten aufmerksam (Olson 1985, S. 164). Die Verfassungsdogmatik beschränkt sich auf ein „Übermaßverbot“, zurecht stellt *Christoph Engel* zur „Sozialstaatlichkeit“ fest: „Ohne die normative Grundentscheidung zwischen Markt- und Planwirtschaft kann man dazu im Grunde keine sinnvolle Aussage machen. (...) Man braucht also eine Verteilungstheorie.“ (Engel 2002, S. 110) Was aber als „öffentliche Güter“ aus „privaten“ Einkommen umverteilt werden soll, ist strittig. Nur eine Leitplanke ist gewonnen, wenn über das von *Avishai Margalit* postulierte Recht auf „Würde“ Einigkeit besteht. Den kranken und behinderten

Menschen in einer wohlhabenden Gesellschaft nicht durch Leistungsbeschränkungen zu „demütigen“, geht über eine „liberale“ Minimalumverteilung sicher hinaus (Margalit 1999). Ein anderer Begriff für „öffentliche Güter“ ist „Gemeinwohl“. Seine Grenzen werden politisch bestimmt (Offe 2002; Schuppert 2002). Hier entsteht die zweite Leitplanke. Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene ist ein beträchtliches Momentum an „Gemeinschaft“ erforderlich, um „garantistische“ Wohlfahrtsmodelle zu verwirklichen. Der Appell an „Solidarität“ genügt nicht mehr, sie ist vielleicht ein „zum Aussterben verurteiltes Phänomen“ (Kaufmann 2002, S. 46). Doch *Franz-Xaver Kaufmann* rechnet damit, dass „individuelle Bedürfnisse nach Anerkennung und identitätsförderliche Selbstwertgefühle eine neuartige motivationale Voraussetzung solidarischen Handelns bilden“ (Kaufmann 2002, S. 46). „Teilhabe-gerechtigkeit“ und ein „garantistisches“ Wohlfahrtsmodell haben deshalb durchaus Chancen, wenn sozialpolitische Entscheidungen die entsprechenden Strukturen ermöglichen.

LITERATUR

- Breyer, F. u.a.** (2004): Reform der sozialen Sicherung, Heidelberg u.a.
- Brockmann, H.** (2000): Why is health treatment for the elderly less expensive than for the rest of the population? Health care rationing in Germany. MPIDR Working Paper WP 2000-001, Rostock: Max-Planck-Institut für demografische Forschung
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)** (2003): Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Berlin
- CDU-Bundesvorstand** (2003): Bericht der Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme, Berlin

- Eichenhofer, E.** (2003): Reform des Sozialstaats – von der Arbeitnehmerversicherung zur Einwohnerversicherung?; in: Recht der Arbeit 5, S. 264–269
- Engel, Ch.** (2002): Das legitime Ziel als Element des Übermaßverbots. Gemeinwohl als Frage der Verfassungsdogmatik, in: Brugger, W./Kirste, St./Anderheiden, M. (Hrsg.), Gemeinwohl in Deutschland, Europa und der Welt, Baden-Baden, S. 103–172
- Fetzer, St./Moog, St./Raffelhüsch, B.** (2003): Die Nachhaltigkeit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung: Diagnose und Therapie, Diskussionsbeiträge 106, Freiburg

- Finanzministerium des Landes Nordrhein-Westfalen** (2003): Kostenvergleich Beihilfe-GKV, Ms., in: www.pkv.de/buergerversicherung
- Gerlinger, Th.** (2003): Das Schweizer Modell der Krankenversicherung. Zu den Auswirkungen der Reform von 1996. SP I 2003-301, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin
- Hoffritz, J.** (2003): Pest, Cholera und Schwindsucht. Kann eine Bürgerversicherung das deutsche Gesundheitssystem retten?; in: *Die Zeit*, 13.11., S. 26
- Kaufmann, F.-X.** (2002): Sozialpolitik zwischen Gemeinwohl und Solidarität, in: Münkler, H./Fischer, K. (Hrsg.), *Gemeinwohl und Gemeinsinn. Rhetoriken und Perspektiven sozial-moralischer Orientierung*, Berlin, S. 19–54
- Kersting, W.** (2002): Egalitäre Grundversorgung und Rationierungsethik. Überlegungen zu den Problemen und Prinzipien einer gerechten Gesundheitsversorgung, in: ders., *Kritik der Gleichheit. Über die Grenzen der Gerechtigkeit und der Moral*, Weilerswist, S. 143–189
- Kickbusch, I.** (2000): Das Soziale ist die beste Medizin. Vortrag Kongress Armut und Gesundheit, Ms., Berlin
- Lessenich, St./Ostner, I.** (Hrsg.) (1998): *Welten des Wohlfahrtskapitalismus. Der Sozialstaat in vergleichender Perspektive*, Frankfurt/New York
- Manow, Ph.** (2002): 'The Good, the Bad, and the Ugly'. Esping-Andersens Sozialstaats-Typologie und die konfessionellen Wurzeln des westlichen Wohlfahrtsstaates; in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2, S. 203–225
- Mappes-Niediek, N.** (2003): Ein Volk von Versicherten, in: *Süddeutsche Zeitung* v. 4.8.
- Margalit, A.** (1999): *Politik der Würde. Über Achtung und Verachtung*, Frankfurt
- Merkel, W.** (2001): Soziale Gerechtigkeit und die drei Welten des Wohlfahrtskapitalismus; in: *Berliner Journal für Soziologie* 2, S. 135–157
- Merkel, W.** (2003): Die unverzichtbare Verantwortung des Einzelnen; in: *Frankfurter Rundschau* vom 4.6.2003
- MEW** (Marx Engels Werke), Berlin 1963
- Mitschke, J.** (2003): Erneuerung des deutschen Einkommenssteuerrechts. Ms., Saarbrücken
- OECD** (2003): *Health at a Glance. OECD Indicators 2003*, Paris
- Offe, C.** (2002): Wessen Wohl ist das Gemeinwohl?, in: Münkler, H./Fischer, K. (Hrsg.), *Gemeinwohl und Gemeinsinn. Rhetoriken und Perspektiven sozial-moralischer Orientierung*, Berlin, S. 55–76
- Olson, M.** (1985): *Die Logik des kollektiven Handelns. Kollektivgüter und die Theorie der Gruppen*, 2. Aufl., Tübingen
- Opielka, M.** (2003a): Agenda 2006. Optionen der Sozialreform; in: *Sozialer Fortschritt* 9, S. 215–220
- Opielka, M.** (2003b): Die Bürgerversicherung. Internationale Erfahrungen und deutsche Perspektiven; in: *Die Krankenversicherung* 12, S. 344–349
- Opielka, M.** (2003c): Religiöse Werte im Wohlfahrtsstaat, in: Allmendinger, J. (Hrsg.), *Entstaatlichung und soziale Sicherheit. Verhandlungen des 31. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Leipzig 2002*, Opladen (i.E.)
- Pfaff, A. u. a.** (2003): Kopfpauschalen zur Finanzierung der Krankenversicherungsleistungen in Deutschland, *Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe*, Beitrag Nr. 246, Augsburg
- Pichler, E./Walter, E.** (2002): Finanzierung des österreichischen Gesundheitswesens, *IWI-Studien* Bd. 99, Wien
- Pimpertz, J.** (2003): Solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Vom lohnbezogenen Beitrag zur risikounabhängigen Versicherungsprämie, *IW-Positionen* 2, Köln
- RWI Essen** (Hrsg.) (2003): Bürgerversicherung und Pauschalprämie. Stellungnahme zu den gesundheitspolitischen Empfehlungen der „Rürup-Kommission“, *RWI-Materialien* 5, Essen
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen** (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003, Kurzfassung, Berlin
- Scharpf, F. W.** (2001): Auswirkungen unterschiedlicher Finanzierungsstrukturen von Sozialstaaten auf die Beschäftigung. Deutschland im internationalen Vergleich. Enquete-Kommission „Globalisierung der Weltwirtschaft“, *AU Stud.* 14/22, Köln o.J.
- Schmidt, V. H.** (2001): Gerechtigkeit im Gesundheitswesen angesichts neuartiger Problemlagen, in: Koller, P. (Hrsg.), *Gerechtigkeit im politischen Diskurs der Gegenwart*, Wien, S. 287–302
- Schulenburg, J.-M. Graf v. d.** (2003): Visionen eines modernen Gesundheitswesens, in: *Forum für Gesundheitspolitik*, April, S. 125–132
- Schuppert, G. F.** (2002): Gemeinwohl, das. Oder: Über die Schwierigkeiten, dem Gemeinwohlbegriff Konturen zu verleihen, in: Schuppert, G.F./Neidhardt, F. (Hrsg.), *Gemeinwohl – Auf der Suche nach Substanz*, Berlin, S. 19–64
- Spahn, P.B./Kaiser, H.** (1988): Soziale Sicherheit als öffentliches Gut? Zur Problematik der Steuerfinanzierung sozialer Sicherung, in: Wolf, G./Spahn, P.B./Wagner, G. (Hrsg.), *Sozialvertrag und Sicherung. Zur ökonomischen Theorie staatlicher Versicherungs- und Umverteilungssysteme*, Frankfurt/New York, S. 195–218
- Tomandl, Th.** (2002): *Grundriss des österreichischen Sozialrechts*. 5. Aufl., Wien
- Ullrich, C.G.** (2002): Sozialpolitische Verteilungskonflikte und ihre Wahrnehmung durch wohlfahrtsstaatliche Adressaten. Das Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung; in: *Arbeit und Sozialpolitik*, 3–4, S. 16–21
- Wasem, J./Groß, St./Rothgang, H.** (2003): Kopfprämien in der gesetzlichen Krankenversicherung: Eine Perspektive für die Zukunft? *ZeS-Arbeitspapiere* 7, Bremen
- Wendt, C.** (2003): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich, Wiesbaden
- Zipperer, M.** (2003): Gutachten (im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.), in: www.pkv.de/buergerversicherung