

THOMAS BOHRMANN

Das solidarische Ethos der Krankenversicherung. Sozialethische Überlegungen zur versicherungsförmigen Organisation der Finanzierung des Gesundheitssystems

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitssystem und seine Finanzierung beruhen auf einer in das 19. Jahrhundert zurückreichenden Tradition, in deren Mittelpunkt die Institution der *Sozialversicherung* steht. Im vorliegenden Beitrag werden die Struktur, die historischen Wurzeln und die Entwicklungen der Finanzierung des Gesundheitssystems im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung skizziert. Diese Organisationsform wird einer sozialethischen Betrachtung unterzogen. Versicherungssystem und Solidarausgleich als Gestaltungselemente im Gesundheitssystem werden mit dem Begriff der Solidarität verknüpft; so können die Grundzüge eines *solidarischen Ethos' der Sozial- und Krankenversicherung* gezeichnet werden. Überlegungen, wie das gegenwärtig kontrovers diskutierte Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung vor dem Hintergrund eines solchen solidarischen Ethos' der Krankenversicherung austariert werden kann, schließen den Beitrag ab.

Schlüsselwörter

Gesundheitswesen – Krankenversicherung – Solidarität – Eigenverantwortung – Gesundheitsethik

Das Gesundheitswesen umfasst die Gesamtheit aller Institutionen, Normen, Handlungen, Sachmittel, Personen und Berufe, die das Ziel haben, Gesundheit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen sowie Krankheiten zu verhüten oder zu heilen.¹ Um diese vielfachen Ziele zu erreichen, werden unterschiedliche Akteure benötigt, die man drei Funktionsbereichen zuordnen kann: (1) *Gesundheitsversorgung*, (2) *Gesundheitssicherung* und (3) *Gesundheitspolitik*.² Die Aufgabe der Akteure der *Gesundheitsversorgung* besteht darin, Gesundheitsgüter zu produzieren und Gesundheitsleistungen zu erbringen, die zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendig sind. Damit sind die Bereiche der ambulanten (ärztlichen und zahnärztlichen) und der stationären Versorgung (Krankenhausversorgung) sowie der pharmazeutischen Industrie angesprochen.

¹ Vgl. Edwin H. Buchholz, Unser Gesundheitswesen im Überblick, in: Ders. (Hg.), Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin u. a. 1988, 7–71, 8.

² Vgl. Ralph Brennecke, Steuerungsprinzipien im Gesundheitssystem, in: Alexander Schuller/Nikolaus Heim/Günter Halusa (Hg.), Medizinische Soziologie, Stuttgart 1992, 81–95, 82 f.

Die Akteure der *Gesundheitssicherung* haben die Aufgabe, Gesundheitsgüter und Gesundheitsleistungen zu finanzieren; dies umfasst den Bereich der Krankenversicherung. In das Aufgabenspektrum der Akteure der *Gesundheitspolitik* fällt die strukturelle Ordnung sowohl der Gesundheitssicherung als auch der Gesundheitsversorgung. Mit den aufgezählten Akteuren sind zugleich auch die Verantwortungsträger für das Gesundheitswesen benannt, die mit ihren Entscheidungen oder Nicht-Entscheidungen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bestimmen. Die genannten drei Bereiche sind eng miteinander verbunden und bilden in ihrer systemischen Verzahnung ein Kreislaufmodell: Die Versicherten (und die Arbeitgeber im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung) zahlen an die Institutionen der Gesundheitssicherung Beiträge. Die Gesundheitssicherung wiederum finanziert aus diesen Beträgen die Kosten für die Gesundheitsversorgung, die ihrerseits versorgungstechnische Dienstleistungen erbringt und Gesundheitsgüter wie etwa Medikamente für die Versicherten liefert. Schließlich setzt die Gesundheitspolitik den Ordnungsrahmen für die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen. Anhand der aufgeführten Bereiche lassen sich die zentralen ethischen Problemfelder für die normative Reflexion des Gesundheitswesens herausstellen: Eine *Ethik der Gesundheitsversorgung* befasst sich mit dem Arzt-Patienten-Verhältnis und den strukturellen Abläufen innerhalb der ambulanten und stationären Versorgung. Sie beschäftigt sich darüber hinaus mit den unterschiedlichen Akteuren der Produktion und Distribution, das heißt mit deren spezifischer Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Eine *Ethik der Gesundheitssicherung* beschäftigt sich in erster Linie mit der Struktur und Funktionslogik des Versicherungsmodells und den damit verbundenen komplexen Abläufen der Finanzierung der für die Gesundheit erforderlichen Güter und Leistungen. Eine *Ethik der Gesundheitspolitik* reflektiert mit Hilfe sozialetischer Prinzipien die Rahmenordnung des Gesundheitswesens und hat somit direkten Einfluss auf die Gestaltung von Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung.

Die Reformnotwendigkeit des gesamten Gesundheitswesens wird in den letzten Jahren von unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteuren immer wieder diskutiert. In besonderer Weise steht dabei das System der Gesundheitssicherung im Vordergrund. Thematisiert wird in diesem Kontext insbesondere seine Finanzierung unter veränderten demographischen Entwicklungen, der Ausweitung des medizinisch-technischen Fortschritts und den veränderten gesellschaftlichen Bewertungsmaßstäben von Gesundheit und Krankheit. Der folgende Beitrag befasst sich mit der Funktionslogik des deutschen Krankenversicherungssystems und seiner sozial-

ethischen Bedeutung. Neben sozialgeschichtlichen und terminologischen Zugängen soll vor allem das solidarische Ethos einer Pflichtversicherung herausgearbeitet und das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung im Rahmen der Gesundheitssicherung bestimmt werden.

1. DIE ANFÄNGE DER STAATLICH ORGANISIERTEN GESUNDHEITSSICHERUNG

In der traditionellen, vormodernen Gesellschaft Europas war die Daseinsvorsorge eine Aufgabe der primären Lebensgemeinschaft (Familie, Verwandtschaft, Bruderschaften, Zünfte). Die Sorge für diejenigen, die sich selbst nicht versorgen können und die durch kein soziales Netz aufgefangen werden, lag im Aufgabenbereich von religiösen Gemeinschaften. In einer so verfassten Gesellschaftsstruktur fand die Daseinsversorgung auf der Ebene der Mikrosolidarität, ergänzt um Elemente der Mesosolidarität, statt. Eine gesamtgesellschaftlich organisierte Absicherung des Lebens im Sinne der Makrosolidarität beginnt erst mit den gewaltigen Umwälzungen, die durch die industrielle Revolution verursacht worden sind.³ Die Industrialisierung im 19. Jahrhundert löste in Europa einen fundamentalen Wandel aus, der die gesamte Sozialstruktur der Bevölkerung erfasste. Das vormoderne, vorindustrielle Wirtschafts- und Sozialsystem änderte sich derart, dass sich die Menschen ‚schlagartig‘ in neuen sozialen Strukturen wiederfanden, die vor allem durch gewandelte Produktionsverhältnisse und veränderte familiäre Lebensformen gekennzeichnet waren. Für die Entstehung der Industrialisierung können eine Reihe von Gründen angeführt werden:⁴ An erster Stelle stehen die zahlreichen technischen Erfindungen, die die Voraussetzungen dafür geschaffen haben, dass sich eine überwiegend agrarische Gesellschaft allmählich in eine industrielle verwandeln konnte. Dieser Wandel wurde wesentlich durch die Liberalisierung beispielsweise im wirtschaftlichen oder landwirtschaftlichen Bereich (Gewerbefreiheit, Bauernbefreiung) begünstigt. Weiterhin war die Industrialisierung von einem ausgeprägten Bevölkerungswachstum begleitet, das vor allem durch einen Rückgang der Sterbehäufigkeit auf Grund des medizinischen Fortschritts und der verbes-

³ Vgl. *Hans Braun*, Und wer ist mein Nächster? Solidarität als Praxis und Programm, Tübingen 2003, 76f.

⁴ Vgl. *Jens Alber*, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt 1982, 29–38; *Gerhard A. Ritter*, Sozialversicherung in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München 1983, 9–11.

serten hygienischen Verhältnisse ausgelöst wurde. Mit der Industrialisierung, die neue Produktionsstätten (Fabriken) entstehen ließ, wanderten immer mehr Menschen in die Städte ab (Urbanisierung) und suchten hier nach Arbeit. Die Industrielle Revolution war eine Revolution der Arbeitsverhältnisse, die einen neuen Stand hervorbrachte, nämlich den der besitzlosen Arbeiter bzw. das Proletariat. Das Proletariat ist jene Bevölkerungsschicht, „die im Zeitalter der weitgehenden Trennung von Produktionsmitteln und Arbeitskraft auf Grund ihrer Vermögenslosigkeit dauernd gezwungen ist, ihre Arbeitskraft wie eine Ware zum wechselnden Marktpreis anzubieten und daher in erblich gewordener Existenzunsicherheit lebt.“⁵ Auf Grund der schlechten Arbeitsbedingungen in den modernen maschinellen Produktionsstätten (zum Beispiel niedriger Stundenlohn, hohe Arbeitszeit, Frauen- und Kinderarbeit, miserable Arbeitsbedingungen, keine Schutzvorrichtungen gegen Arbeitsunfälle, keine Kündigungsfristen, schlechte Wohnverhältnisse in den wachsenden Städten) sowie des grundsätzlichen Konfliktes zwischen den Besitzenden und den Besitzlosen wurde die *soziale Frage* im Laufe der Zeit immer lauter.

Die hier kurz beschriebenen sozioökonomischen Umwälzungen und das Aufkommen der sozialen Frage bilden den Hintergrund für die Sozialreform und die Einführung der sozialen Sicherungssysteme, die unter Otto von Bismarck im Deutschen Reich etabliert worden sind. Trotz der historischen Bedeutung der Industrialisierung für den Aufbau staatlicher Sozialpolitik war der gesamtgesellschaftliche Veränderungsprozess nicht der ausschlaggebende Grund für Bismarcks Reform, wie aus Kreisen der Sozial- und Wirtschaftsgeschichte betont wird: „So notwendig aber diese wirtschaftlichen und sozialen Wandlungsprozesse als Voraussetzung für die Einführung der Sozialversicherung waren, so reichen sie doch nicht aus, deren Entstehung zu erklären. Offensichtlich ist staatliche Sozialversicherung nicht einfach die Antwort auf einen bestimmten Grad der Industrialisierung und Urbanisierung und der dadurch ausgelösten sozialen Probleme. Sonst hätten nicht Deutschland, sondern die in der industriellen Entwicklung zunächst führenden Nationen – Großbritannien, Belgien, die Schweiz, Frankreich und die Niederlande – in Europa die ersten Sozialversicherungen schaffen müssen.“⁶ Die Entstehung des deutschen Sozialstaates muss im Wesentlichen als politische Antwort auf die Arbei-

⁵ *Nikolaus Monzel*, Die katholische Kirche in der Sozialgeschichte. Von den Anfängen bis zur Gegenwart, herausgegeben von *Trude Herweg/Karl Heinz Grenner*, München/Wien 1980, 232.

⁶ *Gerhard A. Ritter*, Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, München 1989, 64.

terfrage und die sich organisierende Arbeiterbewegung verstanden werden. Bismarck wollte den Staat vor revolutionären Bestrebungen der Arbeiterbewegung schützen und gleichzeitig die Arbeiterschaft durch soziale Reformen an den Staat binden.⁷ Seine Sozialpolitik galt als „konservative Vorwärtsverteidigung“, um so die „revolutionäre Sozialdemokratie“⁸ zu bekämpfen. Man kann deshalb schlussfolgern, dass die „Sozialpolitik [...] in der Tat nicht aus Liebe, sondern aus Furcht geboren [ist]“⁹. Den Gedanken, die Arbeiterschaft enger an den Staat zu binden, hat Bismarck – so darf vermutet werden – bei seinen Besuchen in Frankreich kennen gelernt, wo der Staat unter Napoleon III. unter anderem Staatsrenten an die Arbeiterschaft und Landbevölkerung zahlte.¹⁰ Über die Vergabe einer vom Staat entrichteten Rente urteilte Bismarck mit folgenden Worten: „Wer eine Pension hat für sein Alter, der ist viel zufriedener und viel leichter zu behandeln als wer darauf keine Aussicht hat.“¹¹

Das sozialpolitische Engagement des Deutschen Reiches wurde am 17.11.1881 mit der Kaiserlichen Botschaft eingeläutet und mündete schließlich in die erste Sozialgesetzgebung, die drei unterschiedliche Formen der Sozialversicherung umfasste: Krankenversicherung (1883), Unfallversicherung (1884) und Invaliden- und Altersversicherung (1889).¹² Dass gerade Krankheit, Unfälle und Invalidität/Alter abgesichert wurden, lässt sich mit der industriellen Arbeitsweise und der bereits beschriebenen sozialhistorischen Situation begründen. Die sozialpolitischen Bemühungen waren in erster Linie Schutzmaßnahmen gegen die Standardrisiken der Industriearbeiter und boten primär Schutz gegen das Risiko des Einkommensausfalls.¹³ Bismarck konnte bei der Ausgestaltung seiner Sozialreform bereits auf eine vorgeseztliche Krankenversicherungstradition zurückgreifen, wie sie sich ca. ab der Mitte des 19. Jahrhunderts in

⁷ Vgl. *Detlev Zöllner*, Landesbericht Deutschland, in: *Peter A. Köhler/Hans F. Zacher* (Hg.), Ein Jahrhundert Sozialversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Österreich und der Schweiz, Berlin 1981, 45–179, 68–70.

⁸ *Hans Günter Hockerts*, Die historische Perspektive – Entwicklung und Gestalt des modernen Sozialstaats in Europa, in: *Ders. u. a.*, Sozialstaat – Idee und Entwicklung, Reformzwänge und Reformziele (Veröffentlichungen der Walter-Raymond-Stiftung Bd. 35), Köln 1996, 27–48, 31.

⁹ *Volker Hentschel*, Deutsche Wirtschafts- und Sozialpolitik (1815–1945), Düsseldorf 1980, 47.

¹⁰ Vgl. *Detlev Zöllner*, Landesbericht Deutschland (Anm. 7), 70.

¹¹ *Otto von Bismarck*, zitiert nach: *Gerhard A. Ritter*, Sozialversicherung in Deutschland und England (Anm. 4), 28.

¹² Vgl. *Joachim Müller/Franz R. Nick/Hans-Jörg Ehreiser*, Sozialstaat und soziale Sicherung, Regensburg 1979, 7.

¹³ Vgl. *Manfred G. Schmidt*, Sozialpolitik in Deutschland. Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen 1998, 24.

Deutschland herausgebildet hatte. Zahlreiche Hilfs-, Betriebs-, Fabrik- und Innungskrankenkassen, welche entweder die Arbeiterschaft auf dem Wege der Selbsthilfe – nach dem Vorbild der Zunft- oder Gesellenvereinigungen – oder die Unternehmer – im Sinne einer betrieblichen Sozialpolitik – eingerichtet hatten, sorgten für die Belange der erkrankten Arbeiter und Arbeiterinnen. Die Mitgliedschaft in diesen Kassen war entweder freiwillig oder beruhte, was vor allem für die Betriebskrankenkassen zutraf, auf Zwang.¹⁴ Allerdings – und das ist der gravierende Unterschied zu dem ab 1883 geschaffenen Krankenversicherungssystem – erstreckten sich die vorhandenen verschiedenen Krankenkassen nur auf bestimmte Regionen, Betriebe oder Berufe, während die Sozialversicherung seit Bismarck überregional konzipiert war und vor allem auf einem staatlichen *Versicherungszwang* – als wesentliches Strukturprinzip – gründete.¹⁵ Mit der neuen gesetzlichen Regelung konnten jetzt auch Arbeiter, die ihren Wohn- und Arbeitsplatz wechselten, ihr bisheriges Versicherungsverhältnis beibehalten.

Auch die Unfallversicherung konnte an eine frühere Tradition anknüpfen, nämlich an die der persönlichen Haftung des Unternehmers nach dem Haftpflichtgesetz.¹⁶ Lediglich die Invaliden- und Altersversicherung konnte auf keine Form der institutionalisierten Hilfe zurückgreifen, sie musste neu geschaffen werden.¹⁷ Mit der Etablierung des Sozialversicherungssystems ist das Deutsche Reich unter seinem Kanzler Bismarck zum „Pionierland“¹⁸ staatlicher Sozialversicherungen geworden.¹⁹ Andere Länder Europas folgten bald darauf dem Vorbild des Deutschen Reichs, so dass in den meisten westeuropäischen Staaten bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine sozialstaatliche Absicherung eingeführt worden war. Mit dem Anfang der Sozialgesetzgebung in Deutschland wird zweifellos die „zentrale Führungsgestalt Bismarcks“²⁰ assoziiert; allerdings darf nicht

¹⁴ Vgl. *Günther Schulz*, Betriebliche Sozialpolitik in Deutschland seit 1850, in: *Hans Pohl* (Hg.), Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Referate der 13. Arbeitstagung der Gesellschaft für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte vom 28. März bis 1. April 1989 in Heidelberg, Stuttgart 1991, 137–176.

¹⁵ Vgl. *Philipp Herder-Dorneich*, Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens. Problemgeschichte, Problembereiche, Theoretische Grundlagen, Baden-Baden 1994, 84.

¹⁶ Vgl. *Horst Peters*, Die Geschichte der sozialen Versicherung, 3. Aufl., Sankt Augustin 1978, 52.

¹⁷ Vgl. ebd. 52.

¹⁸ So das Urteil von *Gerhard A. Ritter*, Der deutsche Sozialstaat. Anfänge, historische Weichenstellungen und Entwicklungstendenzen, in: *Anton Rauscher* (Hg.), Grundlagen des Sozialstaates, Köln 1998, 11–44, 13.

¹⁹ Vgl. *Jens Alber*, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat (Anm. 4), 19.

²⁰ *Hans Günter Hockerts*, Die historische Perspektive (Anm. 8), 31.

vergessen werden, dass auch verschiedene geistige Traditionen – etwa der deutsche Sozialkatholizismus – mit sozialreformerischen Ambitionen an diesem groß angelegten Reformwerk beteiligt waren. Unbestritten ist, dass sich an der Ausgestaltung des Sozialstaates zentrale Persönlichkeiten des deutschen Sozialkatholizismus, wie etwa Franz Xaver von Bader, Joseph Ritter von Buß, Adolf Kolping, Bischof Freiherr von Ketteler, beteiligten.²¹

Das im Zuge der Bismarckschen Sozialreform geschaffene Gesetz zur Krankenversicherung hieß „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ und wurde am 31.05.1883 im Reichstag angenommen, am 15.06.1883 im Reichsgesetzblatt veröffentlicht und am 01.12.1884 in Kraft gesetzt.²² Es wurde in den folgenden Jahren mehrmals verändert. Die Gesetzesveränderungen betrafen hauptsächlich Ausdehnungen im Hinblick auf die zu versichernden Personen und Leistungen im Krankheitsfall.²³ Ursprünglich war das Krankenversicherungsgesetz nur für die abhängigen Industriearbeiter gedacht, also für jene, die in besonderer Weise von Armut bedroht und zudem dem Einfluss der Sozialisten ausgesetzt waren. Die meisten Angestellten blieben von einem Versicherungsschutz ausgeschlossen.²⁴ Weiterhin war die Krankenversicherung zunächst eine sozialpolitische Leistung, die lediglich auf das Individuum bezogen war. Die Familie wurde in dieses System noch nicht einbezogen.²⁵ Mit der Einführung der dreiteiligen Sozialversicherung ab dem Jahre 1883 wurde zweifellos ein großer sozialer Fortschritt erzielt, wenn man die Unsicherheiten der früheren Zeiten bedenkt. Dennoch muss das sozialpolitische Ergebnis auch nüchtern betrachtet werden: „Mißt man das Erreichte dagegen aus heutiger Sicht am Leitbild einer ausreichenden Sicherung für alle Staatsbürger, so entsteht ein bescheidenes Bild voller Lücken und Mängel. Wichtige Tatbestände waren nicht abgesichert, wie insbesondere der Schutz bei Arbeitslosigkeit, der Krankheitsschutz für

²¹ Vgl. *Gerhard A. Ritter*, *Der deutsche Sozialstaat* (Anm. 18), 13f. Vgl. hierzu auch *Winfried Becker*, *Sozialpolitische Vorstellungen der Kirchen und ihre Realisierung im 19. Jahrhundert (bis *Rerum novarum*)*, in: *Hans Pohl* (Hg.), *Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Referate der 13. Arbeitstagung der Gesellschaft für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte vom 28. März bis 1. April 1989 in Heidelberg*, Stuttgart 1991, 177–193; *Ulrich Sellier*, *Die Arbeiterschutzgesetzgebung im 19. Jahrhundert. Das Ringen zwischen christlich-sozialer Ursprungsidee, politischen Widerständen und kaiserlicher Gesetzgebung*, Paderborn u. a. 1998.

²² Vgl. *Friedrich Kleis*, *Die Geschichte der sozialen Versicherung in Deutschland*, Nachdruck der 1928 erschienenen Ausgabe, herausgegeben von *Dieter Dowe*, mit einer Einleitung von *Florian Tenstedt*, Berlin/Bonn 1981, 106f.

²³ Vgl. *Horst Peters*, *Geschichte der sozialen Versicherung* (Anm. 16), 55f.

²⁴ Vgl. *Jens Alber*, *Der Sozialstaat in der Bundesrepublik 1950–1983*, Frankfurt 1989, 46.

²⁵ Vgl. *Volker Hentschel*, *Wirtschafts- und Sozialpolitik* (Anm. 9), 47.

die Angehörigen der Versicherten und der Schutz bei Ausfall des Ernäh- rers durch den Tod [...]. Die Anzahl der Versicherten (1885 4,3 Mill. in der KV) entsprach ca. 40 % aller Arbeitnehmer und knapp 10 % der Be- völkerung.“²⁶ Weiterhin waren die geschaffenen Krankenkassen zum Teil zu klein, so dass sie nicht in ausreichender Weise auch große Risiken in den Versicherungsschutz einbeziehen konnten. In den darauf folgenden Jahrzehnten wurde die Sozialversicherung immer weiter optimiert und den gesellschaftlichen Veränderungsprozessen und gewandelten Bedürf- nissen der Versicherten angepasst. Die gegenwärtige Organisation der sozialen Sicherung basiert im Wesentlichen nach wie vor auf den Struk- turelementen, die am Ende des 19. Jahrhunderts das System konstituiert haben: An erster Stelle steht das *Versicherungsprinzip*, nach dem Beiträ- ge von Arbeitnehmern eingefordert und Anspruchsrechte auf bestimmte Leistungen gewährt werden. Konstitutiv ist zudem die Beteiligung der Arbeitgeber, indem sie Zuschüsse für ihre Beschäftigten an die jeweilige Versicherungsgesellschaft abzugeben haben (Arbeitnehmerversicherung mit *Arbeitgeberanteil*). Bei der Krankenversicherung herrscht ein staat- lich ausgesprochener *Versicherungszwang*. Die Rolle des Staates im Hin- blick auf die Sozialgesetzgebung erstreckt sich auch auf die Überwachung der Versicherungsträger sowie grundsätzlich auf die Rechtsprechung, die bei Streitfällen wirksam wird. Die Organisation des Versicherungswesens ist schließlich dezentral, plural und unterliegt der Selbstverwaltung (*De- zentralität, Pluralität und Selbstverwaltung* der Sozialversicherung).

2. SOLIDARITÄT: EIN STRUKTURETHISCHER SCHLÜSSELBEGRIFF

In der Tradition der katholischen Gesellschaftslehre bzw. christlichen So- zialethik nimmt die Solidaritätsidee einen zentralen Platz ein. Unter Soli- darität wird eine „bewußte Erfahrung von Zusammengehörigkeit und das daraus resultierende Verhalten einer Vielheit als Einheit“²⁷ verstanden. In diesem Sinne knüpft das Solidaritätsprinzip an ein Gefühl der Verbun- denheit von Menschen in einer Gruppe an. Auf Grund einer gleichen Lebenslage, beispielsweise einer gemeinsamen Bedrohung, resultiert die Forderung, sich mit anderen zusammenzuschließen, um so in der Ge- meinsamkeit die bedrohende Situation abzuwehren. Die normative Be-

²⁶ Detlev Zöllner, Landesbericht Deutschland (Anm. 7), 97. KV steht hier für Krankenver- sicherung.

²⁷ Alois Baumgartner/Wilhelm Korff, Das Prinzip Solidarität. Strukturgesetz einer verant- worteten Welt, in: Stimmen der Zeit 208 (1990) 237–250, 237.

deutung des Solidaritätsbegriffs lässt sich in zwei Perspektiven fassen: in einer *individualethisch-tugendethischen* und einer *sozialethisch-struktur-ethischen* Perspektive.²⁸ Bei der individualethisch-tugendethischen Ausrichtung von Solidarität steht eine moralische Grundhaltung im Vordergrund, welche die Solidaritätsakteure befähigt, sich in den Dienst anderer oder einer Gruppe zu stellen. Ein so verstandener tugendethischer Ansatz enthält zum Teil den Grundgedanken der neutestamentlichen Nächstenliebe, wie er programmatisch in der Erzählung vom barmherzigen Samariter (Lk 10,29–37) zur Sprache kommt. In der sozialethisch-struktur-ethischen Perspektive des Solidaritätsbegriffs wird ein wechselseitiger Identifikationsprozess und eine Beistandspflicht zwischen Individuum und Gruppe ausgedrückt. Wechselbezogenheit bedeutet, dass der Mensch Teil der Gesellschaft ist und er diese für seine humane Entfaltung benötigt. Ebenso ist aber auch die Gesellschaft auf den Einzelnen, auf das Individuum angewiesen.²⁹ Diese Art der Solidarisierung – man spricht hier auch von Solidargemeinschaften – ist institutionalisiert und wird als Sozial- und Rechtsprinzip gedeutet.³⁰ Die Verortung von Solidarität geschieht folglich in den Institutionen und Ordnungen des modernen Rechts- und Sozialstaates, die die Solidaritätsansprüche und -pflichten in rechtlich kodifizierten Normen für alle Gesellschaftsmitglieder in gleichem Maße verbindlich regeln. Aus dieser Perspektive wird Solidarität als ein fundamentales, gesellschaftliches *Rechtsprinzip* verstanden, das institutionalisierbar ist und in die staatliche Rechtsordnung eingehen soll.³¹ Zwar gibt es nach wie vor zahlreiche Formen der freiwilligen, spontanen und nicht institutionalisierten – und auch nicht institutionalisierbaren – Solidarität (zum Beispiel das Ehrenamt),³² doch die besondere Qualität des modernen Sozial- und Rechtsstaates zeichnet sich gerade dadurch aus, dass die solidarische Haltung erzwungen wird. Der normative Gehalt des Prinzips Solidarität steckt also im rechtlich-formellen Regelsystem und in der Rahmenordnung. Innerhalb der Rechts- und Sozialordnung sind solidarische Strukturen im Steuerrecht, bei sozialstaatlichen

²⁸ Vgl. *Alois Baumgartner*, Solidarität: III. Theologisch-ethisch, in: *Lexikon für Theologie und Kirche*, Bd. IX, 3. Aufl., Freiburg u. a. 2000, 709 f., 709.

²⁹ Vgl. *Walter Kerber*, Solidaritätsprinzip, in: *Joachim Ritter/Karlfried Gründer* (Hg.), *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. IX, Darmstadt 1996, 1015 f., 1015.

³⁰ Vgl. *Alois Baumgartner*, Solidarität: III. Theologisch-ethisch (Anm. 28), 709.

³¹ Vgl. *Alois Baumgartner/Wilhelm Korff*, Sozialprinzipien, in: *Wilhelm Korff/Lutwin Beck/Paul Mikat* (Hg.), *Lexikon der Bioethik*, Bd. III, Gütersloh 1998, 405–411, 409 f. Vgl. dazu auch *Oswald von Nell-Brenning*, *Baugesetze der Gesellschaft. Solidarität und Subsidiarität*, Freiburg/Basel/Wien 1990, 48 f.

³² Vgl. allgemein zum Ehrenamt *Peter Nitschke* (Hg.), *Die freiwillige Gesellschaft. Über das Ehrenamt in Deutschland*, Frankfurt u. a. 2005.

Transfers und schließlich im System der Sozialversicherung anzutreffen. Hier finden solidarische Umverteilungsprozesse finanzieller Ressourcen statt, bei denen die Leistungsfähigeren und Starken die Last der Bedürftigen und Schwachen tragen. Besonders an dieser Stelle, wo Solidarität als strukturethischer Begriff interpretiert wird, rückt die Wechselseitigkeit solidarischer Aktionen in den Mittelpunkt. Solidarität bedeutet nämlich in der Regel eine *wechselseitige Verpflichtung*. Sowohl der Einzelne als auch die Gruppe tragen Verantwortung für die Realisierung solidarischer Strukturen. Auf dem Gebiet der sozialstaatlichen Transfers heißt diese wechselseitige Verpflichtung, dass nicht nur die jeweilige Solidargruppe für den Einzelnen einzutreten hat, sondern dass gleichzeitig auch das Individuum Pflichten und Verantwortung übernimmt. In diesem Sinne bedeutet eine solidarische Ausrichtung „immer auch eine Anforderung an die Leistungsbereitschaft und Eigenverantwortung des einzelnen, im Rahmen seiner Leistungsfähigkeit zum allgemeinen Wohl beizutragen beziehungsweise Hilfen der Gemeinschaft nicht in Anspruch zu nehmen für Ziele, die er aus eigener Kraft zu erreichen vermag.“³³

In einer der ersten ausführlichen Monographien zur Geschichte der deutschen Sozialversicherung wird das Versicherungsprinzip mit Hilfe der im Solidargedanken verankerten wechselseitigen Verpflichtung im Kontext eines organisierten Kollektivs ausgedrückt: Der Versicherungsgedanke bringt zunächst „eine gemeinsame Deckung eines möglichen Bedarfs durch eine organisierte Vielheit“³⁴ zur Sprache. Bei einer Versicherungsorganisation handelt es sich um einen organisatorischen Zusammenschluss, bei dem Gefahren bzw. Schäden des Einzelnen kollektiv durch die aufgebrauchten Mittel überwunden werden sollen.³⁵ „Ein wesentliches Merkmal der Versicherung ist daher die Gegenseitigkeit. Durch sie kommt zum Ausdruck, daß die Vielheit der Versicherten verpflichtet ist, den Einzelnen zu helfen. Es ist der Gedanke des Eintretens aller für einen und eines für alle, der im Versicherungswesen im beschränkten Rahmen zum Ausdruck kommt.“³⁶ Eine ähnliche Formulierung ist bei Heinrich Pesch, einem der zentralen Sozialethiker zu Beginn des 20. Jahrhunderts, zu finden, der im Rahmen seines solidaristischen Systems So-

³³ Alois Baumgartner, Freiheit und Solidarität. Anmerkungen zur Zuordnungsproblematik sozialethischer Grundbegriffe, in: Hans-Günter Gruber/Benedikta Hintersberger (Hg.), Das Wagnis der Freiheit. Theologische Ethik im interdisziplinären Gespräch, Würzburg 1999, 159–169, 162.

³⁴ Friedrich Kleeis, Geschichte der sozialen Versicherung (Anm. 22), 14.

³⁵ Vgl. ebd.

³⁶ Ebd.

lidarität mit der Formel „Einer für alle und alle für einen“ umschreibt.³⁷ Der Kern einer (sozialen) Versicherung besteht in einem reziproken Verhältnis, dem eine solidarische Verpflichtung – das heißt für die anderen einzutreten – zugrunde liegt.

3. VERSICHERUNGSPRINZIP UND SOLIDARAUSGLEICH ALS GESTALTUNGSELEMENTE IM SYSTEM DER KRANKENVERSICHERUNG

Man kann das Versicherungsprinzip als eine auf Leistung und Gegenleistung basierende Beziehung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer charakterisieren. Im Hinblick auf die Absicherung im Krankheitsfall sind drei Versicherungsformen zu unterscheiden: (1) Individual- bzw. Privatversicherung, (2) soziale (gesetzliche) Krankenversicherung, (3) Staatsbürgerversorgung. Bei der privaten Krankenversicherung werden die Prämien nach dem Grad der bestehenden oder wahrscheinlichen Risiken berechnet. Das bedeutet, dass die zu erwartenden Risiken der privaten Versicherungsnehmer mit in die Prämienkalkulation einfließen. Die Leistung des Unternehmens wird in Beziehung gesetzt zu den Gegenleistungen (Prämien), so dass ein Ausgleich zwischen beiden Größen stattfindet.³⁸ Bei Abschluss einer Privatversicherung kommt es zu einer risikoäquivalenten Finanzierung im Schadens- bzw. Krankheitsfall entsprechend des eingegangenen Versicherungsvertrags. Bei der sozialen (gesetzlichen) Krankenversicherung steht – im Gegensatz zur privaten Absicherung – der soziale Aspekt im Vordergrund, der darin zum Ausdruck kommt, dass sich alle Mitglieder der Versicherung im Krankheitsfall nicht nur einfach formale Unterstützung zusichern, sondern dass der Ausgleich gesamtgesellschaftlich erfolgt und dass die Versicherung auf einer gesetzlichen Verpflichtung für einen weiten Bevölkerungskreis beruht. Man kann sagen, dass die Sozialversicherung (Pflichtversicherung) demnach „eine gesetzlich erzwungene Selbsthilfe“³⁹ ist, um bestimmte Risiken abzudecken. Bei der staatlich organisierten Daseinsvorsorge (Staatsbürgerversorgung) ist allein der Staat für die Verteilung der Gesundheitsgüter und -leistungen verantwortlich. Die Finanzierung erfolgt im Krankheitsfall aus dem allgemeinen Steueraufkommen.

³⁷ Vgl. *Heinrich Pesch*, Lehrbuch der Nationalökonomie. Bd. 1: Grundlegung, Freiburg 1905, 382.

³⁸ Vgl. *Arthur Kulbe*, Die gesetzliche und private Krankenversicherung, Freiburg 1993, 26.

³⁹ *Hans Achinger*, Soziale Sicherheit. Eine historisch-soziologische Untersuchung neuer Hilfsmethoden, Stuttgart 1953, 39.

Das deutsche (duale) System der Gesundheitssicherung besteht aus der *privaten* und der *gesetzlichen* Krankenversicherung. Die Funktionsweise beider Versicherungsformen kann anhand einer zweifachen Unterscheidung näher beschrieben werden, bei der einerseits die Art des *Risikoausgleichs* und andererseits die Art der *Leistungserbringung* im Mittelpunkt stehen.⁴⁰

Der Risikoausgleich erfolgt entweder über das *Solidarprinzip* oder über das *Äquivalenzprinzip*. Das Äquivalenzprinzip betont die Entsprechung von Leistung und Gegenleistung. Das bedeutet im Hinblick auf ein Versicherungsmodell, dass zwischen Versicherungsinstitution und Versicherungsmitglied ein individueller Vertrag abgeschlossen wird, bei dem die Höhe der Versicherungsprämie von der Schadenswahrscheinlichkeit abhängt. Die Versicherungsprämie orientiert sich an bestimmten Versicherungsgruppen, die sich hinsichtlich des Alters, des Geschlechts und der individuellen Vorerkrankungen unterscheiden. Das zu erwartende Risiko wird vom privaten Versicherungsunternehmen folglich vor Vertragsabschluss kalkuliert. Das organisatorische Motto des Äquivalenzprinzips kann mit folgenden Worten umschrieben werden: „Jeder gibt nach seiner *wahrscheinlichen Bedürftigkeit* und empfängt nach seiner *tatsächlichen*.“⁴¹ Beim Solidarprinzip werden die Versicherten hingegen weder in Risikogruppen eingeteilt, noch wird die Beitragshöhe nach der individuellen Schadenswahrscheinlichkeit berechnet, sondern die Höhe des zu entrichtenden Versicherungsbeitrags hängt allein von der persönlichen Zahlungs- bzw. Leistungsfähigkeit ab. Innerhalb eines solidarischen Krankenversicherungsmodells erfolgt der Risikoausgleich kollektiv durch alle Versicherungsmitglieder. Die Programmatik des Solidarprinzips lautet wie folgt: „Jeder gibt somit nach seiner *Leistungskraft* und empfängt nach seiner *Bedürftigkeit*.“⁴²

Die zweite Differenzierung, nach der man Krankenversicherungssysteme zu unterscheiden pflegt, betrifft die Art der Leistungserbringung im konkreten Krankheitsfall. Einerseits werden die Gesundheitsleistungen nach dem *Kostenerstattungsprinzip* abgerechnet. Darunter versteht man, dass das einzelne Versicherungsmitglied zunächst die Kosten der Leistungserbringer selbst aufbringt, diese aber später nach Einreichung der Rechnungen – je nach abgeschlossenem Versicherungsvertrag – von der Versicherung ganz oder teilweise zurückbekommt. Andererseits können die

⁴⁰ Vgl. Peter O. Oberender/Ansgar Hebborn/Jürgen Zerth, Wachstumsmarkt Gesundheit, Stuttgart 2002, 33 f.

⁴¹ Ebd. 33. Hervorhebungen im Original.

⁴² Ebd. 34 f. Hervorhebungen im Original.

Gesundheitsleistungen nach dem *Sachleistungsprinzip* abgerechnet werden. Innerhalb eines solchen Modells ist der Versicherte lediglich Konsument bzw. Nachfrager, aber nicht Zahler von Gesundheitsleistungen. Demzufolge begleicht der Versicherte nach diesem Modell auch keine Rechnungen. Angefallene Kosten werden den Ärzten/Ärztinnen direkt von den Versicherungen erstattet. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist nach dem Solidarprinzip und dem Sachleistungsprinzip organisiert, die private Krankenversicherung (PKV) nach dem Äquivalenzprinzip und Kostenerstattungsprinzip. In der gesetzlichen Krankenversicherung, der kraft Gesetz bestimmte Personenkreise als Versicherungspflichtige angehören, sind 88,5 % der Bevölkerung (72,5 Millionen) und in der privaten Krankenversicherung 8,9 % (7,2 Millionen) versichert.⁴³

Als Sozialversicherung strebt die GKV einen *sozialen Ausgleich* zwischen unterschiedlichen Bevölkerungs- und Risikogruppen an. Der soziale Ausgleich ist das zentrale Unterscheidungskriterium zwischen der GKV und der PKV und kann – ganz allgemein – „als Einkommensumverteilung zugunsten sozial Schwacher durch die Sozialversicherung“⁴⁴ interpretiert werden. Erst dieser soziale Aspekt macht die GKV zu einer *sozialen Krankenversicherung*. Eine rein private Versicherung im Sinne der Individualversicherung schafft nur einen Risikoausgleich, aber keinen grundlegenden sozialen Ausgleich. Solidarität kommt bei der PKV nur im Sinne von versicherungstechnischen Ausgleichsprozessen vor. Neben der grundsätzlichen Solidarität mit Bedürftigen und der Solidarität zwischen Gesunden und Kranken – die GKV kennt keine Risikozuschläge für Personen mit einem hohen Krankheitsrisiko – lassen sich in der GKV folgende typische solidarische Ausgleichsprozesse feststellen: (1) Generationenausgleich (zwischen Berufstätigen und nicht mehr Berufstätigen bzw. noch nicht Berufstätigen), (2) Einkommensumverteilung (zwischen Einkommensstarken und Einkommenschwachen), (3) Geschlechterumverteilung (zwischen Männern und Frauen) und (4) Familienlastenausgleich (zwischen Ledigen und Verheirateten und Kinderlosen und Kinderreichen).⁴⁵

Gesetzliche Krankenversicherungen streben danach, möglichst ‚gute‘ Risiken zu versichern. Das heißt, sie möchten in erster Linie Personen mit

⁴³ Vgl. *Bundesministerium für Gesundheit* (Hg.), Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002, Bonn 2002, 9.2.

⁴⁴ *Rainer Altendorf*, Der soziale Ausgleich im System der Sozialversicherung, Köln 1971, 46.

⁴⁵ Vgl. *Fritz Beske/Johannes F. Hallauer*, Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur – Leistung – Weiterentwicklung, 3. Aufl., Köln 1999, 60; *Jürgen Wallner*, Ethik im Gesundheitssystem. Eine Einführung, Wien 2004, 155–157.

einem guten Gesundheitszustand und einem hohen Einkommen als Versicherungsnehmer gewinnen. Eine günstige Risikoverteilung wirkt sich auf die Leistungsfähigkeit der Kasse und die Höhe der Beitragssätze aus.⁴⁶ Obwohl die Krankenkassen am liebsten ‚nur‘ junge und gesunde Personen mit einem hohen Einkommen in den Kreis der Versicherten aufnehmen, müssen sie grundsätzlich alle gesetzlich aufgeführten Bevölkerungskreise in die Sozialversicherung eingliedern. Denn jede gesetzliche Krankenkasse steht generell allen Pflichtversicherten offen. Aus diesem Grund ist es den GKV-Krankenkassen untersagt, eine bewusste Risiko-selektion zu betreiben. In diesem Zusammenhang spricht man vom *Kontrahierungszwang*. Das bedeutet, dass Krankenkassen allen beitragswilligen Personen eine Mitgliedschaft gewähren müssen. Versicherte mit erheblichen Vorerkrankungen dürfen nicht abgewiesen werden. Darüber hinaus – als zweite normative Vorgabe – ist es den gesetzlichen Krankenkassen verboten, unterschiedliche Beitragssätze mit Risikozuschlägen für ihre Versicherten zu erheben, wie das bei der PKV üblich ist. Nach dem *Diskriminierungsverbot* werden alle Personen, die der gesetzlichen Versicherung beitreten wollen, gleich behandelt. Nicht der persönliche Gesundheitszustand, sondern allein die Höhe des Einkommens entscheidet über den Versicherungsbeitrag.⁴⁷ Kontrahierungszwang und Diskriminierungsverbot belegen, dass hinter der Systemlogik der GKV der *normative Grundsatz der Gleichheit* steht. Kranke und Gesunde werden völlig gleich behandelt und unter denselben Umständen als Mitglieder in die GKV aufgenommen.

4. DAS SOLIDARISCHE ETHOS DER SOZIAL- UND KRANKENVERSICHERUNG

Das System der Sozialversicherung ist dem (sozialpolitischen) Ziel der *sozialen Sicherheit* und dem Ziel des *sozialen Ausgleichs* verpflichtet. Institutionen der sozialen Sicherung gewähren ein menschenwürdiges Dasein bei Lebensrisiken, denen der Mensch in der modernen Industriegesellschaft ausgesetzt ist. Somit schaffen sie Lebensmöglichkeiten und mildern die sozialen Risiken der Versicherten.⁴⁸ Gleichzeitig werden innerhalb

⁴⁶ Vgl. Gerhard Bäcker u. a., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. 2. Bd.: Gesundheit und Gesundheitssystem, Familie, Alter, Soziale Dienste, 3. Aufl., Wiesbaden 2000, 138.

⁴⁷ Vgl. Peter O. Oberender/Ansgar Hebborn/Jürgen Zerth, Wachstumsmarkt Gesundheit (Anm. 40), 87.

⁴⁸ Vgl. Hans Braun, Soziale Sicherung. System und Funktion, Stuttgart u. a. 1972, 38.

der Sozialversicherung die individuellen Unterschiede sowie Belastungen zwischen Bevölkerungsgruppen, zwischen Starken und Schwachen, zwischen Bessergestellten und Ärmeren, über den verteilungspolitischen Mechanismus ausgeglichen. Beide Ziele, soziale Sicherheit und sozialer Ausgleich, werden also über institutionelle Gebilde organisiert – der Soziologe Hans Braun spricht in diesem Zusammenhang von einer *organisierten Sicherheit*⁴⁹ – und basieren auf der Solidaritätsidee. Die in der Versichertengemeinschaft Zusammengeschlossenen verfolgen allesamt gleiche Interessen und suchen im individuell eintretenden Schadensfall eine Kompensation ihrer Risiken.

Hinter dem Organisationsmodell der Sozialversicherung steht das *Ethos der Solidarität*. Es handelt sich genauer um eine so genannte Con-Solidarität, im Unterschied zur Pro-Solidarität.⁵⁰ Die Con-Solidarität stellt eine spezifische Art der Solidarisierung dar, die auf gleichen Interessen beruht und die darauf abzielt, sich gegenseitig Hilfe – innerhalb einer Gefahrengemeinschaft – zu leisten. Weiterhin entspricht das im Sozialstaat eingebundene System der Sozialversicherung einem speziellen Verteilungsmechanismus, der durch eine „verstaatlichte Solidarität“ bzw. eine „zwangsorganisierte Hilfsbereitschaft und Mitmenschlichkeit“⁵¹ charakterisiert werden kann. Das heißt, dass für bestimmte Bevölkerungsgruppen im Rahmen des Sozialstaates der Versicherungszwang (die Versicherungspflicht) konstitutiv ist und der Rechtsstaat soziale Sicherheit im Krisenfall garantiert. Entscheidend ist dabei, dass sich die Versicherten den Rechtsanspruch auf con-solidarische Unterstützung dadurch erworben haben, dass sie vorher Beiträge an die jeweiligen Sozialversicherungsinstitutionen entrichtet haben. Institutionalisierte Hilfe im Krisenfall beruht also streng genommen nicht auf Mildtätigkeit des Staates, sondern auf Eigenleistung der Versicherten. Darüber hinaus hat der Sozialversicherungsbeitrag nicht nur eine rechtliche Funktion, sondern auch eine psychologische Bedeutung. Die Beitragszahler wissen, dass sie selbst es sind, die für ihre Sicherheit vorsorgen, die in diesem Sinne Vorsorge für ihre individuelle Zukunft betreiben und sich aktiv an ihrer Existenzsicherung beteiligen.⁵² Ein Versicherungsbeitrag, der sichtbar erbracht wird,

⁴⁹ Vgl. ebd.

⁵⁰ Vgl. Gunter M. Prüller-Jagenteufel, Eine Option für die Opfer. Versuch einer ethischen Kriteriologie zur ‚christlichen Tugend‘ der Solidarität, in: Theologie und Glaube 91 (2001) 262–276, 266 f.

⁵¹ Wolfgang Kersting, Sozialstaat und Gerechtigkeit, in: Hans Günter Hockerts u. a., Sozialstaat (Anm. 8), 243–265, 243.

⁵² Vgl. Hans Braun, Soziologische Untersuchung, in: Hans F. Zacher (Hg.), Die Rolle des Beitrags in der sozialen Sicherung. Colloquium der Projektgruppe für Internationa-

wird bei den Versicherungsnehmern „subjektiv sicherer empfunden, als wenn die im Umfang gleiche Vorsorge über das allgemeine Steueraufkommen finanziert wird.“⁵³ Diese Zweckgebundenheit der geleisteten Beiträge und das Bewusstsein der eigenen Vorsorge unterstreichen die individuelle Verantwortung der Versicherungsnehmer, die kollektiv organisiert ist und einem sozialpolitischen Zwang unterliegt.

Im Mittelpunkt der Sozialversicherung sowie des gesamten Systems der sozialen Sicherung steht der *Mensch als Person*, der in bestimmten Krisensituationen auf solidarische Hilfe angewiesen ist. Nach dem Grundsatz der christlichen Sozialethik müssen alle Formen der Institutionalisierung dem Menschen als Person gerecht werden und menschliches Personsein sichern sowie fördern, da soziale Gebilde um der Menschen willen da sind und nicht umgekehrt.⁵⁴ Soziale Strukturen haben sich am Wohl des einzelnen Menschen zu orientieren⁵⁵ und sollen folglich seiner Entfaltung dienen. Das gesamte System der sozialen Sicherung erhält dadurch seine ethische Dignität, dass es menschenwürdige Lebensverhältnisse auch in Krisensituationen, zum Beispiel Krankheit, Unfall oder Pflege, schafft und allen Bedürftigen eine Existenzsicherung ermöglicht.

Die vorausgegangenen Überlegungen haben deutlich gemacht, dass das deutsche Gesundheitswesen einem solidarischen Ethos folgt und dass es in diesem Sinne bereits eine implementierte Ethik enthält. Das Organisationsprinzip der sozialen Krankenversicherung entspricht dem Umlageverfahren: Die benötigten finanziellen Ressourcen zur Deckung von Gesundheitskosten werden kollektiv von den Sozialversicherungsmitgliedern (und deren Arbeitgebern) aufgebracht, die auf diese Weise *solidarisch* miteinander verbunden sind, und nach einem bestimmten Verteilungskriterium umgelegt. Als grundlegendes verteilungspolitisches Kriterium dient die individuelle Bedürftigkeit, die sich an der konkreten gesundheitlichen Notlage orientiert. Gleiche Bedürftigkeit führt auch zur *Egalität* bzw. medizinischen Gleichbehandlung, unabhängig von der individuellen Leistungsfähigkeit, gemessen beispielsweise an eingezahlten Versicherungsbeiträgen. Somit ist das Moment der Gleichheit als kons-

les und Vergleichendes Sozialrecht der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin 1980, 351–364, 353.

⁵³ Ebd.

⁵⁴ Vgl. die Konzilskonstitution *Gaudium et spes*, Art. 25 (deutsche Übersetzung in: *Bundesverband der Katholischen Arbeitnehmerbewegung* [Hg.], Texte zur katholischen Soziallehre. Die sozialen Rundschreiben der Päpste und andere kirchliche Dokumente, Bornheim/Kevelaer 1992, 291–395). Vgl. auch *Arno Anzenbacher*, Rechtlich-ethische Voraussetzungen des modernen Sozialstaates, in: *Anton Rauscher* (Hg.), Grundlagen des Sozialstaates, Köln 1998, 13–35, 24.

⁵⁵ Vgl. *Gaudium et spes* (Anm. 54), Art. 26.

titutives normatives Prinzip im System der Gesetzlichen Krankenversicherung implementiert. Denn obwohl unterschiedliche Beiträge erhoben werden – bei der Beitragserhebung also Ungleichheit herrscht –, gilt in der Leistungsgewährung Gleichheit auf Grund gleicher Bedürftigkeit.

5. SOLIDARITÄT UND/ODER EIGENVERANTWORTUNG?

Die Leitidee, die hinter dem System der gesetzlichen Krankenversicherung steht, lautet: *Solidarität*. Alle Mitglieder dieser ganz spezifischen Gefahrengemeinschaft, die einem potenziellen Risiko – nämlich Krankheit – ausgesetzt sind, nehmen sich gegenseitig in die Pflicht gemäß der klassischen Formulierung ‚Einer für alle und alle für einen‘ und sichern sich gegenseitig con-solidarische Hilfe zu. Bei dieser Unterstützung handelt es sich „um eine Form der Hilfe der sozial stärkeren Mitglieder einer Gruppe für die sozial schwächeren.“⁵⁶ Die con-solidarisch organisierte Krankenversicherung stellt an ihre Mitglieder gleichwohl höhere moralische Anforderungen als eine private Krankenversicherung im Sinne der Individualversicherung. Vom Einzelnen wird nämlich erwartet, dass er einerseits für sich selbst sorgt und damit zugleich zum Nutzen aller beiträgt und dass er andererseits bei höherem Einkommen auf einen Teil seiner Einkünfte zugunsten anderer verzichtet.⁵⁷

In der gegenwärtigen Debatte um die Zukunft des Sozialstaates und der sozialen Sicherungssysteme sind vermehrt Stimmen zu hören, die die gesellschaftliche Solidarität zugunsten der Eigenverantwortung der Bürger und Bürgerinnen reduzieren und somit dem Solidargedanken eine neue Gewichtung verleihen wollen. Hinter dieser Diskussion steht eine grundlegende Auseinandersetzung um den Stellenwert der ethischen Kategorien *Eigenverantwortung* und *Solidarität*. Eigenverantwortung wird häufig als Ausprägung von Subsidiarität verstanden. Bei einer solchen Interpretation wird Subsidiarität allerdings missverstanden, denn es ist kein reines liberales Prinzip im Sinne einer Eigenhaftung individueller Lebensrisiken (etwa Arbeitslosigkeit, Krankheit, Alter). Eine Privatisierung persönlicher Risiken bedeutet eine liberalistische Engführung des Subsidiaritätsgedankens und wird den zwei Ausprägungen des Prinzips (Kompetenzanmaßungsverbot *und* Hilfestellungsgebot) nicht gerecht. Gerade im Sozialstaat ist Subsidiarität als zentrales Hilfsprinzip fest ver-

⁵⁶ Walter Bogs, Grundfragen des Rechts der sozialen Sicherheit und seiner Reform, Berlin 1955, 31.

⁵⁷ Vgl. ebd.

ankert. Staatliche Institutionen sollen zwar die Eigenverantwortung der Einzelnen und der kleineren Gemeinschaften ermöglichen und fördern, gleichzeitig aber auch strukturelle Hilfe gewähren, die zu einem eigenständigen Handeln befähigt. Schon das Gemeinsame Wort der Kirchen aus dem Jahre 1997 ruft die doppelte und ursprüngliche Bedeutung von Subsidiarität in Erinnerung: „Das Prinzip der Subsidiarität ernstzunehmen bedeutet, Abschied zu nehmen von dem Wunsch nach einem Wohlfahrtsstaat, der in paternalistischer Weise allen Bürgerinnen und Bürgern die Lebensvorsorge abnimmt. Demgegenüber gilt es, Eigenverantwortung und Eigeninitiative zu fördern. [...] Andererseits entspricht es nicht dem Sinn des Subsidiaritätsprinzips, wenn man es einseitig als Beschränkung staatlicher Zuständigkeit versteht. Geschieht dies, dann werden den einzelnen und den kleineren Gemeinschaften, insbesondere den Familien, Lasten aufgebürdet, die ihre Lebensmöglichkeiten im Vergleich zu anderen Gliedern der Gesellschaft erheblich beschränken. Gerade die Schwächeren brauchen Hilfe zur Selbsthilfe. Solidarität [zu verstehen als Vergesellschaftung der Lebensrisiken, T.B.] und Subsidiarität gehören also zusammen und bilden gemeinsam ein Kriterienpaar zur Gestaltung der Gesellschaft im Sinne der sozialen Gerechtigkeit.“⁵⁸ Bereits vor dem Gemeinsamen Wort, insbesondere aber danach, haben sich die Kirchen wiederholt in ihrer Sozialverkündigung zu sozialpolitischen Fragestellungen geäußert und dabei das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität diskutiert.⁵⁹ 1994 veröffentlicht der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland die Studie ‚Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen‘.⁶⁰ Mit dem Positionspapier ‚Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen‘ aus dem Jahre 2002 werden die Überlegungen der evangelischen Kirche fortgeführt und aktualisiert.⁶¹ 2003 legen schließlich die deutschen Bischöfe eine Stellung-

⁵⁸ *Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland/Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz* (Hg.), *Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit. Wort des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland*, Hannover/Bonn 1997, Nr. 121.

⁵⁹ Vgl. den Überblick bei *Karl Gabriel/Hermann-Josef Große Kracht*, Abschied vom deutschen Sozialmodell? Zum Stellenwert von Solidarität und Eigenverantwortung in aktuellen Texten kirchlicher Soziallehre, in: *Stimmen der Zeit* 222 (2004) 227–243.

⁶⁰ Vgl. *Mündigkeit und Solidarität. Sozialethische Kriterien für Umstrukturierungen im Gesundheitswesen. Eine Studie der Kammer der Evangelischen Kirche in Deutschland für Soziale Ordnung*, 2. Aufl., Gütersloh 1995.

⁶¹ Vgl. *Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)* (Hg.), *Solidarität und Wettbewerb. Für mehr Verantwortung, Selbstbestimmung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Eine Stellungnahme des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland*, Hannover 2002.

nahme mit dem Titel ‚Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem‘ vor.⁶² In allen drei Dokumenten kommt Solidarität bereits im Titel zur Sprache, allerdings wird sie an andere Begriffe, die stärker die Eigen- oder Mitverantwortung akzentuieren, gebunden. Die Studie ‚Mündigkeit und Solidarität‘ plädiert einerseits für eine starke Solidargemeinschaft im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und befürwortet andererseits eine Stärkung der Versicherten- und Patientenposition, ohne sich allerdings für eine reine Marktorientierung, die die Solidarität gefährdet, auszusprechen: „Das System der sozialen Sicherung für den Krankheitsfall, die Gesetzliche Krankenversicherung, ist unter den Systemen der sozialen Sicherung dasjenige, in dem das Solidarprinzip am konsequentesten gilt und am stärksten verwirklicht ist. Krankheit ist ein allgemeines Lebensrisiko. Die Sicherung gegen dieses Risiko muß deshalb Arbeitnehmer und Angehörige einbeziehen.“⁶³ Gleichzeitig kommt aber auch zum Ausdruck, dass jeder im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten Eigenverantwortung für die Gesundheitsversorgung übernehmen soll: „Patientensouveränität in einem Solidarsystem bedeutet vor allem Eigenverantwortung. Denn solidarische Sicherungssysteme, die diejenigen unterstützen und mittragen, die auf diese Hilfe angewiesen sind, müssen ihrerseits durch einen verantwortungsvollen Umgang mit den Möglichkeiten getragen werden. Andernfalls kommen sie rasch an ihre Grenzen. Die Solidarität bedarf der Subsidiarität als steuerndes und zügelndes Strukturprinzip. Was der verantwortungsvolle einzelne als ‚kleinste Einheit‘ selbst oder mit Hilfe anderer leisten kann, braucht und soll die Solidargemeinschaft nicht übernehmen.“⁶⁴ Acht Jahre nach Erscheinen von ‚Mündigkeit und Solidarität‘ veröffentlicht der Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland sein zweites gesundheitspolitisches Positionspapier, das bewusst an die frühere Stellungnahme aus dem Jahre 1994 anknüpft und zentrale Reformüberlegungen vorstellt. Die Stellungnahme mit dem programmatischen Titel ‚Solidarität und Wettbewerb‘ orientiert sich am Leitbild einer *solidarischen Wettbewerbsordnung*: „Unter Beibehaltung des Solidargedankens, der im deutschen gegliederten Sozialversicherungssystem fest verankert ist und in der Bevölkerung nach wie vor eine hohe Akzeptanz hat, sollen die konstituierenden und regulierenden Elemente so gesetzt werden, dass die dem Wettbewerb innewohnenden Such- und

⁶² Vgl. *Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz* (Hg.), *Solidarität braucht Eigenverantwortung. Orientierungen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem*, Bonn 2003.

⁶³ *Mündigkeit und Solidarität* (Anm. 60), Art. 76.

⁶⁴ *Ebd.* Art. 32.

Optimierungsprozesse zu einer möglichst effektiven und effizienten Verwendung knapper Mittel führen.“⁶⁵

Die erste gesundheitspolitische Stellungnahme der Deutschen Bischöfe wird 2003 der Öffentlichkeit präsentiert. In diesem Dokument erhält Solidarität durch die Kategorie Eigenverantwortung auf den ersten Blick eine neue Akzentuierung, denn Solidarität wird hier als eine abhängige Variable der Eigenverantwortung interpretiert.⁶⁶ Die Leitfrage der gesamten Verlautbarung wird im Vorwort von Karl Kardinal Lehmann formuliert: „Was kann und muss die Solidarität aller tragen und was können und müssen die Menschen selbst tragen?“⁶⁷ Nach wie vor soll – wie die Stellungnahme ausdrücklich betont – im System der sozialen Sicherung der Solidargedanke eine zentrale Rolle spielen: „Die Stärke unseres Gesundheitssystems ist die solidarische Absicherung der Krankheit einzelner durch alle Versicherten.“⁶⁸ Ein Gesundheitswesen zielt auf die gesellschaftliche Partizipation der Bedürftigen und den Schutz vor Verarmung durch die finanziellen Folgen einer Behandlung. Dies ist aber nur möglich, wenn „das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft ein festes Fundament im Gedanken der Solidarität“⁶⁹ hat. Das Dokument macht zudem auch deutlich, dass Eigenverantwortung für eine solidarische Gesundheitssicherung unverzichtbar ist. Hierfür hat es die Formel von der „Eigenverantwortung in der Solidarität“⁷⁰ geprägt. Konkret heißt das, dass die Versicherten bereit sein müssen, je nach Möglichkeiten für sich selbst zu sorgen und die Solidargemeinschaft zu unterstützen, indem sie für ihre Funktionskraft notwendige Mittel zur Verfügung stellen. „Solidarität bildet in keiner Weise einen Gegensatz zum Gedanken der Eigenverantwortung, zeichnet sich der Mensch als Person doch gerade dadurch aus, dass er zugleich im Mit-Sein auf den anderen bezogen und als Einzelwesen eigenständig ist.“⁷¹ In diesem Zusammenhang bringt die Stellungnahme der Deutschen Bischöfe das Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung im Gesundheitswesen mit Hilfe des Subsidiaritätsprinzips und seiner beiden Ausprägungen (Eigeninitiative und Unterstützung) auf den Punkt.⁷²

⁶⁵ Ebd. Art. 24.

⁶⁶ Vgl. *Karl Gabriel/Hermann-Josef Große Kracht*, Abschied vom deutschen Sozialmodell? (Anm. 59), 235.

⁶⁷ Solidarität braucht Eigenverantwortung (Anm. 62), 3.

⁶⁸ Ebd. 8.

⁶⁹ Ebd.

⁷⁰ Ebd. 9.

⁷¹ Ebd.

⁷² Vgl. ebd. 9f.

Legt man den Gedanken von der „Eigenverantwortung in der Solidarität“ zugrunde, so bedeutet das, dass sich Solidarität und Eigenverantwortung als moralische Prinzipien keineswegs ausschließen. Solidarische Hilfe und Eigeninitiative gehören zusammen und sind aufeinander bezogen. Eigenverantwortung im Gesundheitswesen heißt etwa, dass der Einzelne sorgsam mit seiner eigenen Gesundheit umzugehen hat, er vorbeugende Maßnahmen im Hinblick auf Erkrankungen und gesundheitliche Risiken trifft. Eigenverantwortung wird auch – um konkrete Felder der Gesundheitsversorgung anzusprechen – im Rahmen der Selbstbeteiligung für bestimmte Leistungen und Gesundheitsgüter (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) gefragt. Im Rahmen der individuellen Leistungsfähigkeit erscheint es sogar als eine moralische Verpflichtung der Versicherungsmitglieder, dass sie sich an den Kosten bestimmter Gesundheitsleistungen und -güter beteiligen. Mit einer solchen Kostenbeteiligung tragen sie zur Entlastung der Solidarkassen bei und stärken folglich die Solidargemeinschaft. Dort aber, wo der Einzelne aus eigener Kraft Eigenleistungen nicht erbringen kann, muss die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten eingreifen und den finanziellen Ausgleich schaffen. Solidarität und Eigenverantwortung im Sinne der finanziellen Eigenbeteiligung dürfen in diesem Zusammenhang also nicht als unversöhnliche Gegensätze verstanden werden, da selbstverantwortliches Handeln immer die konkrete solidarische Gemeinschaft entlastet und sie somit stärkt. Die als Grundprinzip des Gesundheitswesens geltende *Solidarität* muss auch weiterhin gesichert werden, wenn die Rede von der „solidarischen Gesellschaft“ auch in Zukunft Bedeutung haben soll. Denn das Kennzeichen einer solidarischen Gesellschaft ist die soziale Umverteilung, das heißt der durch sozialpolitische Institutionen geschaffene Ausgleich zwischen Leistungsstarken und Bedürftigen. Die Leistungsstarken tragen aber nicht nur einfach die Last und das Risiko der Schwachen und Bedürftigen, sondern sie selbst verdanken ihre Stärke und Leistungsfähigkeit sowohl dem vorausgegangenen Handeln vieler Einzelner als auch der Funktionskraft gesellschaftlicher Institutionen. Wechselbezogenheit und die Abhängigkeit von anderen sind Kennzeichen einer auf Solidarität gründenden Gesellschaft und bilden die Grundlage des Sozialstaates mit seinen sozialen Sicherungssystemen.