

ANDREAS GERBER/MARKUS LÜNGEN/GABRIELE KLEVER-
DEICHERT/BJÖRN STOLLENWERK/KARL LAUTERBACH

Die Finanzierung des Gesundheitssystems auf dem Weg einer Bürgerversicherung.

Ethische und ökonomische Grundüberlegungen

Zusammenfassung

Als Weg der Reform zur Finanzierung der Krankenversicherung wird die Bürgerversicherung vorgestellt. Ihre Grundelemente sind die Erweiterung des Personenkreises auf die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland, die Verbreiterung der Beitragserhebung auf alle Einkunftsarten und die Stärkung des Wettbewerbs zwischen allen den Tarif Bürgerversicherung anbietenden Krankenkassen und zwischen den Leistungsanbietern mit dem Ziel der besseren Qualität in der Versorgung. Die unterschiedlichen Ausgestaltungen der Bürgerversicherung werden systematisiert und auf ihre Vor- und Nachteile in ethischer wie ökonomischer Hinsicht untersucht. Das Modell Bürgerversicherung wird dann in einer ethischen Argumentation von den Grundbegriffen Solidarität und finanzieller Leistungsgerechtigkeit sowie Zugang und Bedarfsgerechtigkeit her begründet. Für die Argumentation wird sowohl auf die Theorien Emmanuel Lévinas' und John Rawls' als auch auf theologische Grundpositionen des 20. Jahrhunderts zurückgegriffen. Schließlich wird untersucht, ob die Grundlagen der vorherrschenden ökonomischen Theorie, mit der die Kopfpauschalen begründet werden, haltbar sind. Dazu werden auch Überlegungen von Amartya Sen und John Rice herangezogen. Außerdem werden empirische Befunde zur gegenwärtigen Analyse der Arbeitgeberbelastung sowie zur Entwicklung in der Schweiz berücksichtigt.

Schlüsselwörter

Gesundheitsökonomik – Bürgerversicherung – Allokation/Distribution – Solidarität – Alteritätsethik

1. EINLEITUNG

Ob und wie weit Gesundheits- bzw. Krankheitsausgaben solidarisch finanziert werden sollen, kann aus wirtschaftswissenschaftlicher Perspektive untersucht werden, bleibt aber ebenso Gegenstand moralischer Überlegungen und schließlich politischer Entscheidungen.¹ Daher werden wir nach einer Darstellung der Grundelemente der Bürgerversiche-

¹ Vgl. Gert G. Wagner, Eine Bürgerversicherung für die Gesundheitsversorgung – Pauschalprämie hat gegenüber einem Beitragssatz-System mehrere Vorteile, in: Wolfgang Strengmann-Kuhn (Hg.), Das Prinzip Bürgerversicherung. Die Zukunft im Sozialstaat, Wiesbaden 2005, 83–98, 83 f.

rung und einzelner Ausprägungsmodelle die Bürgerversicherung auf die zuvor ethisch begründeten Prinzipien der Solidarität wie der Leistungs-, Teilhabe- und Bedarfsgerechtigkeit rekurren. Daran schließt sich eine wirtschaftswissenschaftliche Betrachtung an, mit der sowohl die Richtigkeit der gegenwärtigen Analysen, beispielsweise der Arbeitgeberbelastung, als auch die Angemessenheit des zu Grunde liegenden Paradigmas überprüft werden sollen, mit dem die Kopfpauschalen auf Grund ökonomischer Überlegungen als der Bürgerversicherung überlegen angesehen werden.

Auch wir sind uns bewusst, dass weder eine isolierte Reform der Ausgaben- oder der Einnahmeseite noch eine rein strukturelle Reform des deutschen Gesundheitssystems ausreichen, um das Problem der Finanzierung und der Finanzierbarkeit zu lösen. In diesem Zusammenhang werden wir aber erläutern, dass das Finanzierungsmodell Bürgerversicherung vielfältige Veränderungen der Strukturen des Gesundheitswesens – wie unter anderem Wettbewerb der Leistungsanbieter um Qualität in der Versorgung – erlaubt, wenn nicht gar fordert, da es sich um gemeinschaftlich eingezahlte Beiträge handelt.

2. DIE BÜRGERVERSICHERUNG

2.1 Die drei Grundelemente

Die Konsolidierung der Einnahmebasis durch die Bürgerversicherung ruht auf den beiden Säulen Erweiterung des Versichertenkreises und Verbreiterung der personenbezogenen Beitragsgrundlage. Mittlerweile liegt das Kernmodell der Bürgerversicherung, wie es im Bericht der Rürup-Kommission² dargestellt wurde, in unterschiedlichen Varianten vor. Charakteristisch sind aber die beiden folgenden Vorgaben des Kernmodells.

2.1.1 Erweiterung des Versichertenkreises

Alle Gruppen der Bevölkerung werden in die Bürgerversicherung einbezogen. Sonderregelungen für Beamte, Bezieher von Einkommen oberhalb der *Versicherungspflichtgrenze* (VerspflG; 2005: 3 900 Euro monatliches Bruttolohneinkommen) und Selbstständige entfallen. Bisher durften bzw.

² *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme* („Rürup-Kommission“), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*. Bericht der Kommission, Berlin 2003, 149–161.

mussten sich diese Personengruppen nicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichern. Ein Bestandsschutz für bestehende Vollversicherungen in der Privaten Krankenversicherung (PKV), der bereits privat Versicherten den Verbleib bei der PKV erlaubt, wird garantiert. Die „Versicherungspflichtgrenze [wird] – möglicherweise in Zwischenschritten – aufgehoben“.³ Zum Beispiel wäre es möglich, in einem ersten Schritt die VerspflG an die *Beitragsbemessungsgrenze* (BBG) in der Rentenversicherung (West 2005: 5 200 Euro monatliches Bruttolohneinkommen) anzuheben. In einem Zeitraum von fünf bis zehn Jahren könnte sie abgeschafft werden.⁴ Der Wechsel in die PKV auf Grund eines Überschreitens der VerspflG ist dann nicht mehr möglich.⁵ Langfristig werden alle Bürger in der Bürgerversicherung versichert sein.

2.1.2 Verbreitung der personenbezogenen Beitragsgrundlage

Bisher liegen den Beiträgen in der GKV die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung zu Grunde. In der Bürgerversicherung werden alle Einkunftsarten herangezogen, also auch Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, selbstständiger Tätigkeit, Landwirtschaft und Kapitaleinkünfte. Damit wird die gesamte ökonomische Leistungsfähigkeit einer Person erfasst.⁶ Die Verbeitragung erfolgt durch das Finanzamt im Rahmen der Steuererklärung.

2.1.3 Wettbewerb

Als drittes Element, das zugleich auch Teil einer Strukturreform des deutschen gesetzlichen Krankenversicherungswesens ist, soll der Wettbewerb zwischen den einzelnen Krankenkassen auf der einen Seite und zwischen den verschiedenen Leistungsanbietern auf der anderen Seite um die beste Qualität der Versorgung der Versicherten initiiert werden. Das bedeutet, dass der Tarif Bürgerversicherung von allen gesetzlichen und auch

³ Ebd. 151.

⁴ Karl W. Lauterbach/Andreas Gerber/Markus Lungen/Björn Stollenwerk/Gabriele Klever-Deichert, Bürgerversicherung und Gesundheit, in: Wolfgang Strengmann-Kuhn, Bürgerversicherung (Anm. 1), 67–82, 72.

⁵ Es gibt sowohl unter den Vertretern der Bürgerversicherung als auch unter den Vertretern der Kopfpauschalen unterschiedliche Vorstellungen zur Zuordnung von GKV und Vollversicherung in der PKV; vgl. die Übersicht in Stefan Greß/Anita B. Pfaff/Gert G. Wagner (Hg.), Zwischen Kopfpauschale und Bürgerprämie. Expertisen zur Finanzierungsform der gesetzlichen Krankenversicherung, Düsseldorf 2005.

⁶ Das deutsche Steuerrecht kennt sieben Einkunftsarten: Einkünfte aus (1) Land- und Forstwirtschaft, (2) Gewerbebetrieb, (3) selbstständiger Arbeit, (4) nichtselbstständiger Arbeit, (5) Vermietung und Verpachtung, (6) Kapitalvermögen und (7) sonstige Einkünfte (z. B. Renten); vgl. Dieter Birk, Steuerrecht, 7. Aufl., Heidelberg 2004.

privaten Krankenversicherungen angeboten werden kann. Für die unterschiedliche Morbidität (Krankheitslast) der Versicherten wird mittels eines *Risikostrukturausgleichs* (RSA)⁷ ein Ausgleich auf der Ausgabenseite geschaffen, so dass nicht die Finanzkraft der Versicherten das Budget einer Krankenkasse bestimmt, sondern die durchschnittliche Morbidität ihrer Versicherten. Die einzelne Krankenkasse kann sich nun gegenüber ihren Versicherten als attraktiv erweisen, indem sie ‚gute Versorgung‘ anbietet, die auf lange Sicht zum Beispiel im Rahmen eines *Disease Management*-Programms zu Kosteneinsparungen führt. Diese können dann als niedrigere Beitragssätze innerhalb des Tarifs Bürgerversicherung an die Versicherten weitergegeben werden.⁸

2.2 Ausgestaltung unterschiedlicher Modelle

Auf der Basis des eben dargestellten Grundmodells wurden und werden unterschiedliche Ausgestaltungen der Bürgerversicherung diskutiert und bezüglich ihrer Auswirkung auf den Beitragssatz und auf ihre Verteilungseffekte quantifiziert.⁹ Die unterschiedlichen Ausgestaltungen können anhand der folgenden Kriterien systematisiert werden:

⁷ Unter Risikostrukturausgleich (RSA) versteht man die Festlegung von Ausgabenstandards für die einzelnen Krankenkassen, die sich nach Alter, Geschlecht, Familien- und Einkommenssituation der Versicherten richten. Er wurde im Zuge des mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1992) eingeführten Kassenwahlrechts geschaffen, um zu verhindern, dass Krankenkassen mit einem überproportional hohen Anteil einkommensschwacher, älterer und kinderreicher Versicherter benachteiligt werden; vgl. online unter <<http://www.gbe-bund.de/glossar/glossar.html?glossar/Risikostrukturausgleich.html&l>>, abgerufen 15.09.2005.

Allerdings findet jetzt eine Umstellung zu einem morbiditätsorientierten RSA statt, der ab 2007 den bisherigen RSA ablösen wird. Dieser ‚Morbi-RSA‘ berücksichtigt den Gesundheitszustand der Versicherten direkt, z. B. anhand der Krankenhausdiagnosen und Arzneimittelverordnungen. Das für den ‚Morbi-RSA‘ geplante Verfahren teilt die Versicherten nicht wie bisher nach demographischen Merkmalen in Gruppen ein. Der Gesundheitszustand wird direkt berücksichtigt. Dazu müssen die Erkrankungen der Versicherten anhand von Diagnosen und Arzneimittelverordnungen klassifiziert werden. Das sorgt für einen fairen Wettbewerb, der sich an einer besseren Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung orientiert; vgl. online unter <http://www.aok-bv.de/politik/agenda/rsa/index_03182.html>, abgerufen 17.09.2005.

⁸ *Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes*, Modell einer solidarischen Bürgerversicherung, Berlin 2004 (mit Modellberechnungen des IGKE, Köln, und des INIFES, Augsburg), 49–51, online unter <<http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/buergerversicherungsmodell.pdf>>, abgerufen 27.10.2005.

⁹ *Stephanie Sehlen/Wilhelm F. Schröder/Guido Schiffhorst* (für das IGES), Bürgerversicherung Gesundheit – Grünes Modell – Simulationsrechnungen zu Ausgestaltungsmöglichkeiten, IGES-Papier Nr. 04-06, Berlin 2004, 36–42, online unter <<http://www.gruene-partei.de>>, abgerufen 15.09.2005; *Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes*, Modell einer solidarischen Bürgerversicherung (Anm. 8), 29–34.

2.2.1 Gemeinsame versus getrennte Beitragserhebung verschiedener Einkunftsarten

Das Ein-Säulen-Modell sieht vor, dass alle Einkünfte in einer Säule verarbeitet werden. Im Zwei-Säulen-Modell hingegen wird in einer ersten Säule das Arbeitseinkommen (auch der Selbstständigen) angerechnet; in einer zweiten Säule werden die anderen Einkünfte zusammengeführt, für die es dem Grunde nach keinen Arbeitgeberbeitrag geben kann. Als drittes Modell wurde ein Kapitalabgeltungssteuermodell entwickelt. Wie eine Art Quellensteuer wird ein Beitrag auf die Kapital- und Zinseinkünfte erhoben.

2.2.2 Unterschiede in der Beitragsbemessungsgrenze

Das Spektrum der Varianten reicht von der Beibehaltung der bestehenden BBG bis zu deren sofortiger oder über fünf bis zehn Jahre kontinuierlich gestaffelter Anhebung. Andere fordern die Aufhebung einer BBG. Denkbar wären auch unterschiedliche BBG im Rahmen eines Zwei-Säulen-Modells. Die konkreten Ausgestaltungen weisen bisher eine gleich hohe BBG für beide Säulen aus.

2.2.3 Unterschiede in der Funktion der Freibeträge

Die Wahl von Modellen mit oder ohne BBG wirkt sich auf die Funktion von Freibetragsregelungen aus. Bei Modellen, die im Wesentlichen eine BBG beibehalten, macht die Festsetzung von Freibeträgen für Kapital- und Zinseinkünfte in Anlehnung an das Steuerrecht Sinn. Für Modelle, die eine Abschaffung der BBG vorsehen, hat ein Freibetrag die Funktion, ein Existenzminimum zu garantieren. Im Einzelnen werden eine Vielzahl von Modellen mit unterschiedlich hohen Freibeträgen sowohl für Erwerbseinkommen als auch für andere Einkunftsarten sowie Freibeträgen für Kinder unterschieden.¹⁰

2.2.4 Unterschiede in der Heranziehung der Einkunftsarten

In einigen Modellen werden ausnahmslos alle Einkunftsarten zur Beitragserhebung herangezogen, in anderen werden zum Beispiel Vermietung und Verpachtung vernachlässigt, da diese Einkünfte auf Grund des ihnen gegenüberstehenden Kapitaldienstes sehr gering ausfallen dürften.

¹⁰ Zur Quantifizierung dieser Modelle siehe *Stephanie Sehlen/Wilhelm F. Schröder/Guido Schiffhorst*, Bürgerversicherung Gesundheit (Anm. 9), 74 f.

2.2.5 Mitversicherung

Vor dem Hintergrund sich verändernder Erwerbsbiographien und diskontinuierlicher Lebensverläufe wird die Frage der beitragsfreien Mitversicherung von erwachsenen Angehörigen, insbesondere der Ehefrauen, kontrovers diskutiert. Teile der Grünen favorisieren Modelle, bei denen die eigene Absicherung derzeit mitversicherter Erwachsener auch im Hinblick auf eine vergleichbare Konstruktion im Bereich der Rentenversicherung entwickelt wird, da das derzeitige Modell der beitragsfreien Mitversicherung „zu ökonomischen Anreizen zu traditioneller geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung“ führt.¹¹

2.2.6 Unterschiede im Verhältnis zur bestehenden PKV

Eine Abschaffung der PKV als Vollversicherung unter Berücksichtigung des Bestandschutzes bestehender Verträge ist genauso denkbar wie die Einführung eines Tarifs Bürgerversicherung in der PKV. Jeder kann sich dann entweder bei einem gesetzlichen oder bei einem privaten Anbieter des Tarifs Bürgerversicherung versichern. Eine risikoabhängige Prämie könnte auch die PKV nicht mehr fordern, sondern die Beiträge würden nach finanzieller Leistungsfähigkeit der Versicherten erhoben werden. Außerdem hätte sich die PKV den Konditionen der GKV mit Kontrahierungszwang – also kein Abweisen von Antragstellern auf Grund deren individuellen Risikos –, Wettbewerb mit vollem Recht auf Wechsel des Versicherers unter Mitnahme angesparter Rückstellungen und einem RSA anzuschließen.¹²

2.3 *Ökonomische und ethische Implikationen der unterschiedlichen Ausgestaltung*

Im Einzelnen werden wir nicht auf die Probleme von Durchführungsbestimmungen der unterschiedlichen Modelle eingehen, sondern einige der

¹¹ Wolfgang Strengmann-Kuhn, Das Modell Bürgerversicherung zur Reform der sozialen Sicherung in Deutschland, in: *Ders.* (Hg.), Bürgerversicherung (Anm. 1), 7–27, 14 ff. Die Begründung für eine eigene Beitragszahlung ist damit eine völlig andere als die vieler Vertreter der Kopfpauschalen, die eine Ausgliederung distributiver Elemente aus der Finanzierung der GKV anstreben.

¹² Projektgruppe Bürgerversicherung des SPD-Parteivorstandes, Modell einer solidarischen Bürgerversicherung (Anm. 8), 50–52. Zur aktuellen Diskussion um die Überführung der privat Versicherten in die Bürgerversicherung oder deren Einbezug in einen RSA: Stephanie Sehlen/Jürgen Hofmann/Peter Reschke, Private Krankenversicherung und Bürgerversicherung: zwei Verfahren zur Berücksichtigung von PKV-Versicherten für die Finanzierungsgrundlage einer Bürgerversicherung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 59, 5 (2005) 52–61.

dargestellten Unterschiede auf ihre ökonomischen und ethischen Aspekte hin diskutieren. Auch die Frage, ob die Bürgerversicherung als eine Art „zweiter Steuer“¹³ aufzufassen oder ob sie verfassungskonform sei¹⁴, werden wir hier nicht diskutieren.

Ein im Anschluss an die Beratungen der Rürup-Kommission lange Zeit diskutiertes Modell sieht zunächst keine Anhebung der BBG vor, um hohe Grenzbelastungen zu vermeiden. Ab dem Jahr 2010 soll sie um 2 % jährlich angehoben werden, was in etwa der Lohnsteigerung entspricht. Im Jahr 2030, der kritischen Phase des demographischen Übergangs, wäre eine BBG von 5 100 Euro erreicht, was der BBG zur Rentenversicherung im Rechtskreis West für das Jahr 2003 entsprach.

Unter der Vorstellung, die Leistungsfähigkeit möglichst ‚gerecht‘ abzubilden und bis zu einem gewissen Grad einen über weite Einkommensdifferenzen gleich hohen Beitragsfuß zu garantieren, wird die Gewichtung zwischen den Einkunftsarten in verschiedenen Modellen unterschiedlich berücksichtigt. Im eben genannten Modell mit der langsam fortschreitenden Anhebung der BBG wird das durch Erwerbsarbeit erwirtschaftete Einkommen durch andere Einkommensarten bis zur BBG aufgefüllt. In diesem Ein-Säulen-Modell sind insbesondere Bezieher von Erwerbseinkommen unterhalb der BBG benachteiligt, da sie auf die anderweitig erwirtschafteten Einkünfte weitere Beiträge entrichten, andere Versicherte mit wesentlich höheren Einkünften jedoch nicht. Ein alternatives Zwei-Säulen-Modell sieht daher vor, Erwerbsarbeit und alle anderen Einkunftsarten getrennten BBG zu unterwerfen, wobei der steuerliche Freibetrag von derzeit 1 370 Euro pro Jahr für Zinseinkünfte auch hier berücksichtigt werden soll. Alternativ wäre auch ein Abschlag von 5 % auf die anderen Einkünfte bis zu einer gewissen Höhe (zum Beispiel 4 000 Euro) unter Beibehaltung der Freibeträge möglich. Mit einem vergleichsweise geringen Pauschalsatz von beispielsweise 5 % wird dem Umstand Rechnung getragen, dass es für diesen Anteil kein Pendant zum Arbeitgeberanteil auf die Krankenversicherung gibt. Bei den beiden letztgenannten Modellen wäre eine gegenüber dem Status quo nahezu umgekehrte Situation erreicht: Bezieher von Einkommen aus verschiedenen Quellen zahlen auf Einkünfte, die nicht aus Erwerbsarbeit stammen, den vollen Beitragsatz, wohingegen jemand, der nur Einkommen aus abhängiger

¹³ *Carl Friedrich Getzmann/Wolfgang Gerok/Hanfried Helmchen/Klaus-Dirk Henke/Jürgen Mittelstraß/Eberhard Schmidt-Aßmann/Günter Stock/Jochen Taupitz/Felix Thiele*, *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Berlin 2004, 208.

¹⁴ *Karl-Jürgen Bieback*, *Sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte der Bürgerversicherung* (Schriften der Hans-Böckler-Stiftung Bd. 61), Baden-Baden 2005.

Erwerbsarbeit erzielt, bei gleichem Bruttoeinkommen weniger Beitrag entrichtet.

3. DIE ETHISCHE VERORTUNG DER BÜRGERVERSICHERUNG

Obwohl eine letztgültige ethische Begründung der Bürgerversicherung in einer werteppluralen Gesellschaft kaum möglich ist, soll doch auf Basis einer ‚humanistischen‘ Anthropologie entwickelt werden, wie sich Solidarität und Leistungsgerechtigkeit in der Finanzierung einer Krankenversicherung nachvollziehbar entfalten lassen. Zunächst kann von daher begründet werden, weshalb das gegenwärtige System der Trennung in gesetzlich und privat Versicherte nicht haltbar ist. Für die Bürgerversicherung lässt sich anschließend zeigen, dass sie die Werte der Solidarität und der leistungsgerechten Beteiligung an der Finanzierung sowie eines Versicherungsprinzips, das auf Bedarfs-, aber nicht auf Äquivalenzgerechtigkeit beruht, besser erfüllt als das Modell der Kopfpauschalen. Angesichts des Umfangs des vorliegenden Beitrags kann keine umfassende ethische Diskussion über Umfang und Inhalt solidarisch zu finanzierender Grund- bzw. Elementarbedürfnisse angestellt werden.¹⁵ Einigkeit herrscht darüber, dass die umfassende Absicherung im Krankheitsfall und damit auch die Vorbeugung zu diesen Gütern gehört¹⁶, auch wenn die Befürworter völlig unterschiedliche philosophische Grundansätze haben. Dass die Abgrenzung eines Leistungskatalogs im Einzelnen dadurch nicht leichter wird, zeigt exemplarisch der Sammelband von *Mazouz*¹⁷ unter anderem zum ‚Krankheitsbegriff‘.

3.1 *Solidarität als Zuspruch und Anspruch: Der Andere bei Lévinas*

Zur Begründung von Solidarität als genuiner Ausdrucksform des menschlichen Daseins berufen wir uns auf den französischen Philosophen *Em-*

¹⁵ Siehe dazu *Amartya Sen*, *Choice, Welfare, and Measurement*, Oxford 1982; *ders.*, *On Ethics and Economics*, Oxford 1982; *ders.*, *Inequality Reexamined*, Cambridge 1992.

¹⁶ Gesundheit als Elementargut (*basic good*), das physische und psychische Unversehrtheit einschließt, siehe *Alan Gewirth*, *Reason and Morality*, Chicago 1978; vgl. auch *Martha C. Nussbaum/Amartya Sen* (Hg.), *The Quality of Life*, Oxford 1993; *Martha C. Nussbaum*, *Menschliches Tun und soziale Gerechtigkeit. Zur Verteidigung des aristotelischen Essentialismus*, in: *Micha Brumlik/Hauke Brunkhorst* (Hg.), *Gemeinschaft und Gerechtigkeit*, Frankfurt 1993, 323–361.

¹⁷ *Nadia Mazouz/Micha H. Werner/Urban Wiesing* (Hg.), *Krankheitsbegriff und Mittelverteilung* (Beiträge zum Gesundheitsmanagement Bd. 8), Baden-Baden 2004.

manuel Lévinas (1905–1995).¹⁸ Er entwickelte eine Anthropologie, die nicht vom Menschen als einem autonomen Subjekt (im Sinne Kants) ausgeht, sondern die die Erfahrung des Ichs durch die Vorgängigkeit des Anderen bestimmt sieht und damit eine immer schon bestehende Verpflichtung gegenüber dem Anderen durch die Begegnung mit dem Anderen annimmt. Zunächst wird, ausgehend von der Phänomenologie in seinem Hauptwerk *Totalité et infini*, definiert: „Die Weise des Anderen sich darzustellen, indem er die Idee des Anderen in mir überschreitet, nennen wir nun Antlitz.“¹⁹ In *Die Spur des Anderen* wird dann argumentiert: „[...] nötigt sich das Antlitz mir auf, ohne dass ich gegen seinen Anruf taub sein oder ihn vergessen könnte, d. h. ohne dass ich aufhören könnte, für sein Elend verantwortlich zu sein. [...] So bedeutet die Anwesenheit des Antlitzes eine nicht abzulehnende Anordnung [frz.: ordre], ein Gebot“: „Die Epiphanie des absolut Anderen ist Antlitz, in dem der Andere mich anruft und mir durch seine Nacktheit, durch seine Not, eine Anordnung zu verstehen gibt. Seine Gegenwart ist Aufforderung zu Antwort. Das Ich wird sich nicht nur der Notwendigkeit zu antworten bewusst [...] In seiner Stellung selbst ist es durch und durch Verantwortlichkeit oder Diakonie [...]. Von daher bedeutet Ichsein, sich der Verantwortung nicht entziehen zu können.“²⁰ Erst die Sorge um den Tod des anderen Menschen macht folglich die Menschlichkeit des Menschen aus.²¹ Der Andere fordert mich zum Wahrnehmen und zur Beantwortung seiner Leidenssituation auf und macht mich dadurch erst zu seinem Mitmenschen. So heißt es auch in *Autrement qu’être ou au-delà de l’essence*, dass das Subjekt im wörtlichen Sinne für den Anderen *ver-antwortlich* sei.²²

Dieses scheinbar im Ansatz auf eine individuelle Begegnung ausgerichtete Grundmodell wird durch den Dritten erweitert. „Der Dritte ist der Nächste des Nächsten, die dritte Person, die im Feld des Ethischen die Dimension des Urteils und seiner Universalität eröffnet.“²³ Nur der Grad

¹⁸ Weiterführend: *Stephan Strasser*, *Jenseits von Sein und Zeit. Eine Einführung in Emmanuel Lévinas’ Philosophie* (Phaenomenologica 78), Den Haag 1978; *Bernhard Waldenfels*, *Phänomenologie in Frankreich*, 2. Aufl., Frankfurt 1987; *Salomon Malka*, *Emmanuel Levinas. Eine Biografie*, München 2004.

¹⁹ *Emmanuel Lévinas*, *Totalität und Unendlichkeit. Versuch über die Exteriorität* (1961), Freiburg/München 1987, 63.

²⁰ *Emmanuel Lévinas*, *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie*, 4. Aufl., Freiburg/München 1999, 223 f.

²¹ *Stéphane Mosès*, *Gerechtigkeit und Gemeinschaft bei Emmanuel Lévinas*, in: *Micha Brumlik/Hauke Brunkhorst* (Hg.), *Gemeinschaft und Gerechtigkeit*, Frankfurt 1993, 364–384, 365.

²² *Emmanuel Lévinas*, *Autrement qu’être ou au-delà de l’essence*, La Haye 1978, 172 ff.; *ders.*, *Humanismus des anderen Menschen* (1972), Hamburg 1989, 15.

²³ *Stéphane Mosès*, *Gerechtigkeit* (Anm. 21), 375.

der Nähe unterscheidet den Anderen und den Dritten im Bezug auf das Ich, verpflichtet das Ich aber ebenso. Laut Lévinas ist es nicht die Gleichheit der Menschen, die die Moralität der Individuen erzeugt, sondern „die Sorge für den Anderen“. Lévinas begründet die Vorstellung einer Gesellschaft, die sich auf Basis der elementaren Fürsorge für den Anderen definiert.

Nichts anderes besagt auch die Geschichte um den barmherzigen Samariter. In diesem Zusammenhang ist zwar der überfallene Reisende der Solidarität des Samariters bedürftig, aber der Samariter kann sich als Mensch nur in seiner Solidarität mit dem Bedürftigen zeigen. Darauf zielt die Frage Jesu ab: „Wer von den dreien ist dem Überfallenen ein Bruder gewesen?“ (Lk 10,25–37, hier: 10,36).²⁴ In diesem Sinne ist Solidarität nicht ein Attribut, was einem irgendwie definierten Menschsein auch (noch) anhaftet, sondern Konstitutivum des Menschseins.²⁵ Allerdings ist dies nicht im Sinne eines natürlichen Wesenszuges gemeint, der zu einer ethischen Begründung herangezogen wird. Das ‚Gesicht‘ des Anderen offenbart sich mir, und durch seine schutzlose Ausgesetztheit ist die Verantwortung dem Anderen gegenüber unbedingt. Damit sind das Ethische und eben auch die Solidarität nicht ein von der theoretischen Reflexion getrennter Sonderbereich, sondern „das Verhältnis zum anderen Menschen bildet den ersten Horizont jeder spekulativen Philosophie“.²⁶

Solidarität ist laut Lévinas nicht Solidarität zu denen, die mir als dieselben wie ich entgegentreten. Ausgangspunkt bzw. Grundlage des Lévinasschen Denkens ist die ‚Inadäquation‘, nicht die Anpassung an das Objekt; damit wird das Andere nicht aufgelöst und angeglichen in einem gemeinsamen Wir; der Andere wird nicht auf das Selbe zurück geführt. Das philosophische und ethische Denken im Zustand der Heteronomie, wie es Lévinas nennt, lässt den Anderen als den Freien bestehen und unterwirft sich dessen Andersartigkeit im bewussten Verzicht auf die eigene Souveränität.

Ebenso heißt es bei dem dialektischen Theologen *Karl Barth* (1886–1968): „Nicht indem [der Mensch] für sich, sondern indem er mit den anderen Menschen zusammen ist, nicht in der Einsamkeit, sondern in der

²⁴ Entfaltet z. B. bei *Walter Schulz/Ruth-Eva Schulz*, *Der Nächste*, in: *Walter Jens* (Hg.), *Vom Nächsten. Das Gleichnis vom barmherzigen Samariter heute gesehen*, München 1984, 75–82.

²⁵ Siehe auch *Samuel Laeuchli*, *Die Mimesis vom barmherzigen Samariter*, in: *Dieter Zille* (Hg.), *Religion, Politik, Kultur. Diskussionen im religionspädagogischen Kontext* (Profane Religionspädagogik Bd. 2), Münster 2001, 133–144.

²⁶ *Stéphane Mosès*, *Gerechtigkeit* (Anm. 21), 367; vgl. auch *Emmanuel Lévinas*, *Totalität und Unendlichkeit* (Anm. 19).

Zweismamkeit ist er konkret menschlich, [...] entspricht er seiner Bestimmung“.²⁷

Solche Überlegungen stehen denen diametral entgegen, mit denen in *Gesundheit nach Maß* auf der Basis der Kontingenzerfahrung des Ichs, das sich als Ich nur auf Grund seiner eigenen Kontingenzerfahrungen erlebt, begründet wird: „Unbeschadet dessen, dass jeder sich erhoffen darf, was er mag, kann er nicht erwarten, dass alle seine Ansprüche als Erfüllungsaufgabe für die Solidargemeinschaft anerkannt werden.“²⁸ Dort wird Solidarität immer als die begrenzte gedacht, die die Bedürfnisse eines ‚egoistischen‘ Ichs einschränkt, wohingegen im Ansatz von Lévinas, Barth und Luther radikal vom Anderen her gedacht wird.

3.2 Leistungs-, Teilhabe- und Bedarfsgerechtigkeit: *Das Differenzprinzip von Rawls*

Auch wenn sich Emmanuel Lévinas und John Rawls in ihrer Auffassung des Subjekts und damit des Anderen unterscheiden, kann dennoch innerhalb der Begründung der Vorgängigkeit (als einer Art Fundamentalbegründung) von Solidarität in der Ethik Lévinas' das Rawlssche Differenzprinzip als eine Art Ausführungsbestimmung daran angeschlossen werden. In dem Werk *A Theory of Justice*²⁹ von 1971 hat der US-amerikanische Philosoph *John Rawls* (1921–2002) unter Rückgriff auf so genannte vertragstheoretische Vorstellungen ein Modell des gerechten Zusammenlebens vorgelegt. Er bestreitet, dass der Freiheitsverlust einiger durch ein größeres Wohl aller gerechtfertigt werden könnte. Mit der Formel ‚Gerechtigkeit als Fairness‘ konstruiert er einen hypothetischen Urzustand der Gesellschaft, in dem gilt, dass jeder unter dem so genannten ‚Schleier der Unwissenheit‘ die Wahl von Gerechtigkeitsvorstellungen zu treffen hat. Keiner weiß zu diesem Zeitpunkt, wie er von der ‚Natur‘ ausgestattet werden wird. Partikularinteressen auf der Basis der willkürlichen Verteilung von Fähigkeiten finden so keinen Eingang in die Entscheidung. Und da die Wahl der Gerechtigkeitsvorstellungen in einer fairen Ausgangssituation stattgefunden hat, dem Urzustand, erheischt sie unmittelbar allgemeine Akzeptanz. Begründet wird so ein grundlegendes Gerechtigkeitsprinzip, das sich vorgängig an den Kriterien des Bedarfs und der Teilhabe ausrichtet und nicht auf die Prinzipien der Leistungs- wie der Äquivalenz-

²⁷ *Karl Barth*, Die Lehre von der Schöpfung. Kirchliche Dogmatik III/2, Zollikon/Zürich 1948, 290.

²⁸ Siehe *Carl Friedrich Gethmann u. a.*, *Gesundheit nach Maß?* (Anm. 1), 14.

²⁹ *John Rawls*, *A Theory of Justice*, Cambridge 1971.

gerechtigkeit abhebt.³⁰ Rawls entwickelt im Anschluss an diese Überlegungen die Forderung, dass zunächst die Lage der am schlechtesten Gestellten verbessert werden sollte (so genanntes Differenzprinzip).

Insbesondere der Allokationsethiker und Liberale *Norman Daniels* hat sich im Anschluss an Rawls bemüht, diese Gerechtigkeitsvorstellungen für die Ausgestaltung des Gesundheitssystems fruchtbar zu machen. Daniels geht es dabei nicht um die Begründung eines letztgültigen fairen Gesundheitssystems, sondern vielmehr darum, Kriterien für die Diskussion der Ausgestaltung eines Gesundheitssystems zu entwickeln. So werden in *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*³¹ zwei Kriterien innerhalb einer Art ‚Zehn Gebote‘ entfaltet: die Berechnung der Versicherungsprämie auf Grund von Gruppen, nicht von einzelnen Risiken („Kriterium 4“), und die Berechnung der Versicherungsprämie nach finanzieller Leistungsfähigkeit („Kriterium 5“).

Auf der Basis dieser Überlegungen lässt sich auch die sich auf einen moralischer Pluralismus berufende Position *H. Tristram Engelhardts*, widerlegen, der sich im Jahr 2004 zu vier Illusionen in der US-amerikanischen Gesundheitspolitik insbesondere der Clinton-Ära geäußert hat.³² Er entwickelt auf Grundlage seiner früher entfalteten Theorie, dass eine Einigung auf Werte angesichts eines moralischen Pluralismus und des Fehlens einer moralischen Autorität in einer säkularen Gesellschaft nicht möglich ist, folgende Ansicht: „Different persons [...] will likely to wish to come to terms in different ways with the unavoidable morbidity and mortality risks we all confront.“ Damit kann es allenfalls ein minimales Grundleistungspaket geben (cheapcare), das bei anhaltender Bezahlbarkeit angeblich bessere Ergebnisse als das in dem Buch herangezogene britische NHS aufweisen soll. An Engelhardt kann kritisiert werden, dass er vom Feld der

³⁰ Eine kurze Darstellung der vier Grundprinzipien der Gerechtigkeit, die sich auch innerhalb des deutschen Sozialversicherungssystems vermischen, findet sich u. a. bei *Andreas Gerber*, Gerechtigkeitsüberlegungen in der Gesundheitsökonomie, in: *Karl W. Lauterbach/Helmuth Brunner/Stephanie Stock* (Hg.), *Gesundheitsökonomie. Ein Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe*, Bern 2006 (im Druck). Dabei ist die Krankenversicherung bisher anders als z. B. die Rentenversicherung auf der Einnahmeseite von der finanziellen Leistungsgerechtigkeit, auf der Ausgabenseite von der Bedarfsgerechtigkeit geprägt.

³¹ *Norman Daniels/Donald Light/Ronald Caplan*, *Benchmarks of Fairness for Health Care Reform*, Oxford/New York 1996, 44–53; *Norman Daniels*, *Just Health Care*, Cambridge 1985; *Norman Daniels/James E. Sabin*, *Setting Limits Fairly. Can we Learn to Share Medical Resources?*, Oxford 2002.

³² Die Ausführungen folgen *H. Tristram Engelhardt*, *Toward Multiple Standards of Health Delivery*, in: *Stephen Wear* (Hg.), *Ethical Issues in Health Care on the Frontiers of the Twenty-First Century* (Philosophy and Medicine Vol. 65), Dordrecht/Boston/London 2004, 25–33, 29–32.

klassisch individuelle ethischen Fragen in der Argumentation auf die Lösung sozialetischer Fragen schließt, denn auch bei der Entscheidung um Krieg und Frieden beispielsweise ist das Nebeneinander von Positionen keine Lösung, da nach der Entscheidung alle davon betroffen sind.³³

Die Herstellung von gleichen Zugangsbedingungen zu Gesundheitsleistungen lässt sich auf der Basis der Teilhabegerechtigkeit begründen. Zugang ist definiert als die Möglichkeit, etwas in Anspruch zu nehmen. Die Leistung muss jedoch nicht tatsächlich in Anspruch genommen werden.³⁴ Daher kann die Gleichheit des Zugangs nicht durch Nachfrage oder gemessene Inanspruchnahme abgeschätzt werden. Mit dem Zugang zu Gesundheitsleistungen werden mehrere Aspekte verbunden. Zugang meint nicht nur die Möglichkeit des Patienten, in regionaler oder fachlicher Hinsicht einen geeigneten Arzt aufzusuchen, sondern umfasst auch Hemmnisse in Form von mangelhaftem Versicherungsschutz, prohibitiver Zuzahlung oder ethnischer Diskriminierung.³⁵ Die Dimensionen sind international von unterschiedlicher Bedeutsamkeit. So wird ein mangelnder Versicherungsschutz in Deutschland (bisher) kaum als relevantes Thema angesehen.

3.3 Horizontale und vertikale Ausgestaltung von Distribution

Schließlich lässt sich finanzieller Ausgleich in horizontalen wie in vertikalen Strukturen entfalten. Auch wenn sich diese oft verschränken, so lassen sie sich in Reinform als genossenschaftliche versus herrschaftliche Typologie der Sozialpolitik beschreiben.³⁶ Beide Formen kommen auch im

³³ Zu den nahezu satirischen Vorschlägen der Gründung einer weltumspannenden römisch-katholischen Versicherung *Vaticare*, die z. B. Abtreibung nicht gestattet, nehmen wir nicht Stellung (vgl. *H. Tristram Engelhardt*, *Health Delivery* [Anm. 32], 31).

³⁴ *Jeremiah Hurley*, *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*, in: *Anthony J. Culyer/Joseph P. Newhouse* (Hg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam/London 2000, 55–118, 89 ff. Eine Diskussion unter wohlfahrtsökonomischen Gesichtspunkten findet sich bei *Gavin Mooney/Jane Hall/Cam Donaldson/Karen Gerard*, *Utilisation as a Measure of Equity: Weighing Heat?*, in: *Journal of Health Economics* 10 (1991) 475–480.

³⁵ *Mark R. Chassin*, *Public Policy. The Health Care Juggling Act: Balancing Universal Access, Cost Containment, and Quality Improvement*, in: *Mount Sinai Journal of Medicine* 64 (1997) 101–104; *Joseph P. Newhouse*, *Consumer-Directed Health Plans and the RAND Health Insurance Experiment*, in: *Health Affairs (Milwood)* 23 (2004) 107–13.

³⁶ Vgl. *Frank Schulz-Nieswandt*, *Zu einer archetypischen Morphologie der Sozialpolitik. Genossenschaft und sakrales Königtum*, Weiden/Regensburg 2000; *ders.*, *Studien zur strukturalen Anthropologie sozialer Hilfsformen und sozialer Risikogemeinschaften (Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik Bd. 38)*, Regensburg 2000, Darstellung auf Seite 35.

biblischen Kontext vor. Auf der Grundlage des Christusereignisses³⁷ und der sich darin abzeichnenden Umkehrung gängiger Herrschaftsstrukturen lässt sich ein Ausgleich denken, der nicht in den hierarchischen Strukturen von Stärke und Schwäche, von oben und unten denkt. Damit wird auch die klassische Form der Wohltätigkeit (*charity*) hinterfragt, die sich innerhalb des bestehenden Oben und Unten etabliert, und auch dem Modell der Kopfpauschalen zu Grunde liegt. Denn im Modell der Kopfpauschalen muss man sich ein ‚Armutszeugnis‘ ausstellen lassen, um den Solidaritätsausgleich zu erhalten. Im Modell der Bürgerversicherung bleibt die Finanzierung in nichthierarchischer Solidarität organisiert, da alle ihre finanzielle Leistungsfähigkeit offen legen müssen.

In diesem Sinne hat schon *Adam Smith* gesagt, dass „die Freiheit, sich ohne Scham in der Öffentlichkeit zu zeigen“³⁸ und nicht nur das Realeinkommen oder das verfügbare Güterbündel als „lebenswichtig“ in einer Gesellschaft gelten sollten. Weiterhin heißt es: „Unter lebenswichtigen Gütern verstehe ich nicht nur solche, die unerlässlich zum Erhalt des Lebens sind, sondern auch Dinge, ohne die achtbaren Leuten, selbst aus der untersten Schicht, ein Auskommen nach den Gewohnheiten des Landes nicht zugemutet werden sollte. [...] Selbst die ärmste Person, ob Mann oder Frau, würde sich aus Selbstachtung scheuen, sich in der Öffentlichkeit ohne Schuhe zu zeigen.“ Es geht also um die „soziale[n] Fundamente der Selbstachtung“³⁹, die zu einem Leben dazugehören. Man muss also fragen, warum es gerechtfertigt sein soll, dass ca. 20 Millionen Menschen in Deutschland in die Lage gebracht werden sollen, dass sie zunächst ihre ‚Bedürftigkeit‘ in Anträgen auf finanzielle Hilfe bei der Krankenversicherung nachweisen müssen. Dies ist insbesondere auch als Anfrage an das politische Handeln zu verstehen, das sich ansonsten von der *Maxime* leiten lässt, Transferzahlungen nur als letztes Mittel einzusetzen. So argumentiert auch Christoph Butterwegge, dass „die Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen erheblich weniger diskriminierend als die Abhängigkeit von staatlicher Hilfe“ ist, die „noch mehr Missbrauchsvorwürfe eintragen würde.“⁴⁰

³⁷ *Dorothee Sölle*, Stellvertretung. Ein Kapitel Theologie nach dem ‚Tode Gottes‘, um ein Nachwort erweiterte Neuauflage, Stuttgart 1982, dort insbesondere 103–109, 171 ff. (in Auseinandersetzung mit Dietrich Bonhoeffer).

³⁸ *Adam Smith*, Der Wohlstand der Nationen. Eine Untersuchung seiner Natur und seiner Ursachen, aus dem Englischen von *Horst Claus Recktenwald*, München 1999, 5. Buch, Kapitel 2.

³⁹ *John Rawls*, A Theory of Justice (Anm. 29), 60–65; *Amartya Sen*, Ökonomie für den Menschen. Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft, München 2003, 92.

⁴⁰ *Christoph Butterwegge*, Bürgerversicherung – Alternative zum neoliberalen Umbau des Sozialstaates?, in: *Wolfgang Strengmann-Kuhn*, Bürgerversicherung (Anm. 1), 29–50,

Weiterhin wird für die Kopfpauschalen angeführt, es werde (endlich) die Versicherungsleistung gemäß dem Versicherungsprinzip auf der Basis des Äquivalenzprinzips, sprich gleicher Beitrag bei gleichem Risiko, als wahre/Ware Versicherungsleistung begriffen.⁴¹ So entsprechen die Beiträge für die Kopfpauschalen dem „durchschnittlichen Ausgabenrisiko eines Versicherten einer Kasse in einer Periode.“⁴² Es drängen sich mehrere Fragen auf:

(1) Ist das Äquivalenzprinzip in dem Sinne, dass alle dasselbe zahlen für das durchschnittliche Versicherungsrisiko, im Fall der Absicherung von Notfällen ‚gerecht‘? Alle neueren Untersuchungen belegen, dass Menschen mit geringerer Bildung und insbesondere – damit zumeist korreliert – geringerem Einkommen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen. Somit wären diese Menschen im Äquivalenzprinzip doppelt benachteiligt, da sie bei schlechterer Gesundheit und geringerem Einkommen denselben Beitrag wie die besser Gestellten entrichten müssten.⁴³

(2) Wieso soll das Äquivalenzprinzip dann nicht konsequent angewendet werden, wenn man es beschwört? Es verbleiben bei einer nichtrisikoadjustierten Prämie distributive Elemente im System Krankenversicherung.⁴⁴

Ist also die Trennung von Allokation und Distribution wirklich konsequent durchführbar? Je nachdem wie die Steuern erhoben werden, werden sie zu einem wesentlich höheren Teil von den Bedürftigen selbst aufgebracht, zum Beispiel in der Mehrwertsteuer.

36; vgl. auch *Amartya Sen*, *Equality of What?*, in: *Sterling M. McMurrin* (Hg.), *Tanner Lectures on Human Values*, Cambridge 1982.

⁴¹ *Sachverständigenrat Wirtschaft zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung*, *Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland*. Jahresgutachten 2004/2005, Wiesbaden 2004, 390, online unter <<http://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/gutacht/ga-content.php?gaid=%09%0940%09%09%20&node=a>>, abgerufen 15.09.2005.

⁴² Ebd.

⁴³ Der Zusammenhang von Gesundheit bzw. Krankheit und Bildung und Einkommen ist durch viele Untersuchungen bestätigt. Wir verweisen auf *Andreas Mielck*, *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze und Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000 (mit vielen Zahlen zu Deutschland).

⁴⁴ Siehe dazu *Andreas Gerber*, *Vom Systemfehler zum Systemwandel: Notwendigkeit und Anforderung an eine Finanzreform der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Aktualisierte und überarbeitete Version des Vortrags „Bürgerversicherung. Solidarische Alternative der Sozialpolitik?“ in der Reihe „Das soziale Denken. Die menschliche Gesellschaft fördern und fordern“, Initiative ‚Engagierte Wissenschaft‘ und Herbert-Wehner Bildungswerk, Universität Leipzig 18.11.2003 (im Druck).

3.4 Generationengerechtigkeit und Nachhaltigkeit

Eine neuerdings diskutierte Dimension der Gerechtigkeit schließt die Betrachtung über die Generationengrenzen hinweg ein. Bei aller Strittigkeit des Begriffes wird mit dem Konzept darauf hingewiesen, dass eine Begrenzung der Belastung nachkommender Generationen für eine Beteiligung an Ausgaben der jetzt lebenden Generationen und damit überhaupt die Bestandssicherung der Krankenversicherung bei Reformüberlegungen einbezogen werden müssen.⁴⁵ Wie allgemein bekannt, wird der Anteil der Erwerbstätigen gegenüber dem Anteil der Rentner an der Gesamtbevölkerung zurückgehen. Rentner verfügen durchschnittlich über ein geringeres beitragspflichtiges Einkommen als Erwerbstätige, so dass die Finanzierungsbasis der GKV damit noch weiter geschwächt wird. Da die Bürgerversicherung die Finanzierung auf eine breitere Basis stellt, greift sie dort ein, wo das eigentliche Problem besteht. Die Leistungsfähigkeit der Rentner wird neu bemessen, indem auch sonstige Einkünfte neben den Renten herangezogen werden. Die Ansparung von Kapital in der Rentenversicherung ist zudem langfristig ein geeigneter Weg, um auch die Einnahmen der Krankenversicherung zu stabilisieren. Die Rentenversicherung hat ihr Ziel in einer finanziellen Absicherung im Alter. Kennzeichen ist somit eine genau festgelegte Ansparzeit, an welche sich konstante Auszahlungen anschließen. Individualisierte Rückstellungen auf einer unsicheren Grundlage sind schwerer durchführbar, wie die PKV im Rahmen der Diskussion um die Überführung der Rückstellungen bei Kassenwechsel selbst einräumt.

In der Bürgerversicherung lässt sich somit eine indirekte kapitaldeckende Komponente erkennen, da der Ertragsanteil des Kapitals verbeitragt wird. Die Wirkungen des demographischen Übergangs können also dadurch abgeschwächt werden, dass Rentner einerseits ihre aktuelle Leistungsfähigkeit auch für die eigene soziale Sicherung zur Verfügung stellen und andererseits langfristig die Leistungsfähigkeit des gesamten Systems stärken.

⁴⁵ Auch diese Debatte kann hier nicht umfassend geführt werden. Kritisch zur Umsetzung innerhalb der Bürgerversicherung: *Frank Nullmeier*, Leistungsfähigkeitsprinzip und Generationengerechtigkeit als Legitimation der Bürgerversicherung, in: *Wolfgang Strengmann-Kuhn* (Hg.), *Bürgerversicherung* (Anm. 1), 51–66, 58: „Eine Bürgerversicherung ist daher in ihrer [korrigiert, A. G. u. a.] normativen Grundlogik der Konzeption Generationeneigenverantwortung entgegengesetzt“, da es sonst zur Vielfachaufspaltung in Generationen kommen müsste.

4. DIE ÖKONOMISCHE BEGRÜNDUNG EINER BÜRGERVERSICHERUNG BZW. DIE KRITISCHE HINTERFRAGUNG ÖKONOMISCHER ARGUMENTE FÜR DIE KOPFPAUSCHALE

Im Folgenden wird untersucht, ob sich die Trennung in GKV und PKV volkswirtschaftlich (noch) begründen lässt. Desweiteren wird geprüft, auf Basis welcher wirtschaftswissenschaftlichen Paradigmen sich welche Lösung anbietet. Schließlich wird nach einer empirischen Stützung des Argumentes gesucht, dass sich mit einer Umstellung auf die Kopfpauschale Arbeitsplätze schaffen ließen. Wirtschaftswissenschaftlich stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, welches übergeordnete bzw. dahinter liegende Modell für die Kopfpauschalen herangezogen wird. So unterscheiden sich zum Beispiel das wohlfahrtsökonomische Konzept der Präferenzen, das auch auf Gesundheitsleistungen angewandt wird, zum Beispiel bei Henke und Mühlbacher⁴⁶, und der Ansatz bei den Bedürfnissen (needs) von Sen, der bewusst *Extra-welfarism* genannt wird. Diese kritische Revision wohlfahrtsökonomischer Prinzipien ist zum Beispiel auch Grundanliegen des Buches des US-amerikanischen Gesundheitsökonom John Rice, der einige gemeinhin akzeptierte Überzeugungen im Bereich der Gesundheit überprüft und hinterfragt.⁴⁷

4.1 Sinn der Trennung in GKV und PKV

Nicht alle Befürworter einer Kopfpauschale halten die derzeitige Trennung in GKV und PKV für sinnvoll. Eine Trennung ist zum Beispiel in dem Modell der Bundesvereinigung der Arbeitgeberverbände⁴⁸ sowie im Modell der so genannten Herzog-Kommission⁴⁹ vorgesehen. Dazu äußert sich das Gutachten des Sachverständigenrates Wirtschaft⁵⁰ Ende 2004: Weder in allokativer noch in distributiver Hinsicht ist die Trennung aufrechtzuerhalten, sondern man spricht sich für eine Mindestver-

⁴⁶ Klaus-Dirk Henke/Axel Mühlbacher, Gesundheit, ein Privileg der Reichen?, in: Volker Schumpelick/Bernhard Vogel (Hg.), Grenzen der Gesundheit, Freiburg/Basel/Wien 2004, 405–428.

⁴⁷ Thomas Rice, The Economics of Health Reconsidered, Chicago 2003.

⁴⁸ Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, BDA-Finanzierungskonzept zum Gesundheitsprämienmodell, Berlin 2004.

⁴⁹ Bericht der Kommission ‚Soziale Sicherheit‘ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme (‚Herzog-Kommission‘), Berlin 2003, online unter <[http://www.uvb-
bln-brbg.de/aufgaben/arbeitsmarkt/positionen/Herzog-Bericht.pdf](http://www.uvb-bln-brbg.de/aufgaben/arbeitsmarkt/positionen/Herzog-Bericht.pdf)>, abgerufen 20.12.2004.

⁵⁰ Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/2005 (Anm. 41), 390.

sicherungspflicht aus, wobei aber zugleich angefügt wird: „Dies sagt aber noch nichts über die weitere Ausgestaltung eines Krankenversicherungssystems, also über die Art der Beitragsbemessung und über die Existenz und Organisation der Kapitaldeckung aus.“

4.2 *Der Arbeitsmarkt und die Ausgaben für Gesundheit*

4.2.1 Gibt es empirische Belege dafür, dass eine geringere Belastung der Arbeitgeber im Bereich Krankheitskosten zu einer höheren Beschäftigung führen?

Schon 1998 hat Hans J. Bontrup in seinem kurzen Beitrag Sind die Lohnnebenkosten wirklich zu hoch?⁵¹ beklagt, dass es keine empirischen Belege dafür gebe, dass allein die Senkung der Personalzusatzkosten einen Beschäftigungsboom auslösen könnte. Die empirische Überprüfung des weithin als Dogma akzeptierten Zusammenhangs hatte ein Gutachten aus dem Jahr 2004 zum Gegenstand: Besteht der von der ökonomischen Theorie postulierte inverse Zusammenhang zwischen gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung und der Arbeitsnachfrage, wenn *ceteris paribus* alle anderen Einflussfaktoren stabil gehalten werden?⁵²

Zunächst wird das Potenzial berechnet, um das die deutsche Wirtschaft bzw. die Arbeitgeber im Bereich Gesundheit entlastet werden können. In Bezug auf den Produktionswert aller in Deutschland hergestellten Waren und Dienstleistungen des Jahres 2000 (3 650 Milliarden Euro) machen die Ausgaben der Arbeitgeber für GKV und Lohnfortzahlung im Krankheitsfall 2 % des Produktionswertes aus. In Bezug auf die gesamten Arbeitskosten von 1 100 Milliarden Euro beträgt der Anteil 6,8 %. Dies wäre der potenziell durch eine sofortige Entlastung der Arbeitgeber zu erzielende Anteil an den Arbeitskosten. Damit wäre Deutschland nach wie vor in Produktionsbereichen, die auch in Indien oder China angesiedelt werden können, nicht konkurrenzfähig. Und ob die Produkte wiederum, die nur in Deutschland hergestellt werden können, besser abgesetzt werden, wenn sie um durchschnittlich 2 % billiger werden, sei dahingestellt. Im Vergleich der Belastung zu den im Gutachten einbezogenen Ländern Frankreich, Niederlande, USA, Großbritannien, Schweiz und Polen ran-

⁵¹ Hans J. Bontrup, Sind die Lohnkosten zu hoch?, in: Blätter für deutsche und internationale Politik 9 (1998) 1126–1129.

⁵² Thomas Ecker/Bertram Häussler/Markus Schneider, Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, Berlin/Augsburg 2004.

giert Deutschland deutlich hinter Frankreich und den Niederlanden und knapp hinter den USA. Für Polen gilt, dass es bei sowieso schon unter Gesichtspunkten der Konkurrenz gegenüber Deutschland geringen Arbeitskosten auch deutlich niedrigere Belastungen der Arbeitgeber für Gesundheitsausgaben hat.

Anhand einer Auswahl von fünf Branchen, nämlich Chemischer Industrie, Fahrzeugbau, Textil- und Bekleidungsindustrie, Finanzdienstleistungen und Gesundheit, die nach unterschiedlicher volkswirtschaftlicher Bedeutung im Hinblick auf die Kriterien Produktionszweig, Exportabhängigkeit, volkswirtschaftliche Relevanz und Wachstum herangezogen wurden, wurde für den Zeitraum von 1995 bis 2000 untersucht, wie sich die Beschäftigung im Verhältnis zur Arbeitgeberbelastung entwickelt hat. Für die genannten Branchen konnte für den Zeitraum der Betrachtung kein Zusammenhang zwischen der Entwicklung der Beschäftigung und der gesundheitssystembedingten Arbeitgeberbelastung nachgewiesen werden, da die Variationsbreite zwischen starker Abnahme und starker Zunahme der Beschäftigung in Industriezweigen mit nahezu gleicher durchschnittlicher gesundheitssystembedingter Arbeitgeberbelastung zu beobachten war.

Selbst wenn man sich der Schlussfolgerung der Autoren nicht anschließen möchte, die zu prüfende Hypothese sei mit den empirischen Daten falsifiziert, so ist der beschworene Zusammenhang von Beschäftigung und gesundheitsbedingten Arbeitgeberbelastungen als Glaubenssatz in Frage gestellt. Insbesondere zeigen die Niederlande sogar, dass bei höherer Arbeitgeberbelastung eine Zunahme der Beschäftigung erzielt werden kann. Es ist also wahrscheinlich, dass andere Faktoren einen entscheidenderen Einfluss auf die Beschäftigung haben.

4.2.2 Erhöhen Kopfpauschalen die Nachfrage, weil Arbeit billiger wird?

Eine Umstellung auf Kopfpauschalen senkt zunächst nicht die gesamten Lohnkosten eines Betriebes, wenn – wie in fast allen Modellen vorgesehen – die Bruttolöhne inklusiv Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung nicht verändert werden. Auch auf lange Sicht bleibt offen, ob Erhöhungen der Kopfpauschalen nicht zu höheren Lohnforderungen führen könnten.⁵³

4.2.3 Belegt das Beispiel Schweiz als einziges Land weltweit, in dem Kopfpauschalen erhoben werden, einen Beschäftigungsboom?

In der Schweiz hat es nach der Einführung der Kopfpauschalen noch einen Anstieg der Arbeitslosen bis auf 140 000 im Jahr 1998 gegeben, dann

⁵³ Vgl. *Andreas Gerber*, Vom Systemfehler zum Systemwandel (Anm. 44).

aber fiel die Arbeitslosenzahl auf 67 000 im Jahr 2001. Danach jedoch stieg sie wieder deutlich und nahm die 150 000-Marke im Jahr 2004⁵⁴, das heißt ohne Berücksichtigung der Abwanderung und der so genannten Aussteuerung etc. hat in den letzten drei Jahren eine Verdoppelung der Arbeitslosenzahl stattgefunden. Die Arbeitgeber waren völlig unbeteiligt an der Finanzierung der Gesundheitsausgaben. Abgesehen davon, ob die Entwicklung eines recht kleinen Landes mit gerade 4 Millionen Erwerbspersonen und 7,4 Millionen Einwohnern (Stand Ende 2003) und völlig anderen Strukturen (Industrialisierung, Produktion etc.) mit Deutschland vergleichbar und damit übertragbar ist, legt dieser Trend nicht nahe, dass die Kopfpauschalen zu einem Mehr an Beschäftigung führen.⁵⁵

Wie erwähnt, ist die Entlastung der Lohnkosten wesentliches Ziel aller Reformbemühungen. Die Bürgerversicherung senkt durch unmittelbare Absenkung der Krankenkassenbeiträge auch die Lohnkosten. In dem Modell der Bürgerversicherung, welches zwei Säulen der Beitragsbemessungsgrenze vorsieht, ist eine Entlastung aller Unternehmen, unabhängig von der Lohnhöhe, gegeben. Besonders entlastet werden Bezieher niedriger Einkommen und entsprechende Wirtschaftsbereiche, die personalintensiv sind. Damit werden also der Gesundheitsbereich (Pflegepersonal), das Handwerk, die Bauindustrie und personenbezogene Dienstleistungen entlastet.

Zudem wird der Konsum dadurch gefördert, dass die Familien mit niedrigen Einkommen eine höhere Konsumquote aufweisen.⁵⁶ Diese Familien geben von zusätzlichem Einkommen einen höheren Anteil aus als Bezieher hoher Einkommen, so dass damit auch die Binnennachfrage indirekt gestärkt werden kann.⁵⁷

Ein im Hinblick auf die Arbeitgeber weiterer wichtiger Vorteil der Bürgerversicherung ist die Beibehaltung der paritätischen Entrichtung der Beiträge auf das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung. Dadurch behalten die Arbeitgeber Einfluss auf die Selbstverwaltung der Krankenkassen. Sie werden Interesse haben, die Ausgaben nicht zu hoch werden zu

⁵⁴ Online unter <http://ams.jobarea.ch/Archiv/d_Talmerk1.asp>, abgerufen 09.08.2005.

⁵⁵ Zumal es auch in Deutschland zwischen 1997 und 2001 eine Zunahme allein der abhängig Beschäftigten um 1,5 Mio. gab, siehe Daten des Statistischen Bundesamtes 2005.

⁵⁶ In diesem Zusammenhang ist auch der Streit um die Analyse der aktuellen Situation zu sehen, in der sich Vertreter, die einen Mangel an Arbeitsangebot sehen, denen gegenüber stehen, die das Problem in der geringen Nachfrage sehen.

⁵⁷ Auf die volkswirtschaftliche Debatte sei hier nur hingewiesen, auf Seiten der Nachfrage-theoretiker z. B. *Peter Bofinger*, Wir leben unter unseren Verhältnissen. Interview in *Wirtschaft und Markt*, 26.8.2004, online unter <<http://www.wifak.uni-wuerzburg.de/vwl1/downloads/wirtschaftundmarkt26082004.pdf>>, abgerufen 07.11.2005.

lassen und die Qualität der Versorgung zu steigern. Beispielsweise ist der Einfluss und das Interesse der Arbeitgeber in einem kompetitiven System wie dem der USA weitaus höher. So konnte sich eine Gruppe wie die US-amerikanische *Leapfrog Group* herausbilden, die durch Maßnahmen zur Steigerung der Qualität in der Versorgung auch steuernd auf das Gesundheitssystem und dessen Kosten eingreift.⁵⁸ Zu einem ähnlichen Urteil kommen Stephan Schilling und andere in einem Gutachten für die Grünen: „Dagegen werden Fortschritte bei der Verbesserung der Gesundheit im Betrieb und dem Rückgang der Unfälle gemacht. Die ArbeitgeberInnen zahlen dort alleine. Dies zeigt, dass der finanzielle Druck auf die ArbeitgeberInnen dazu beiträgt, Qualität in der Gesundheitsversorgung zu fördern und Effizienzreserven zu heben.“⁵⁹

4.3 Allokation durch Steuern: Die Frage der Zielgenauigkeit

4.3.1 Werden die zielgenauen Verteilungswirkungen über das derzeitige Steuerrecht in Deutschland erreicht?

Derzeit zeigt sich, dass die Finanzierung der Kopfpauschalen einen deutlichen Finanzierungsbedarf durch Steuermittel aufweist. Somit kann die Umsetzung (angesichts der Haushaltssituation insbesondere des Bundes) nur mit einer gleichzeitigen Veränderung des Steuerrechts erfolgen. Schien zunächst die Steuerfinanzierung des Solidarausgleichs der Kopfpauschalen durch eine veränderte Merzische Steuerreform gewährleistet zu werden, indem die Absenkung des Spitzensteuersatzes mit progressiver Wir-

⁵⁸ Zur *Leapfrog Group* siehe online unter <<http://www.leapfroggroup.org>>, abgerufen 22.07.2004.

⁵⁹ *Stephan Schilling/Felix Tintelnot/Markus Kurth/Frühjof Schmid/Sybill Klotz/Malte Spitz*, Solidarisch – Gerecht – Leistungsfähig – Nachhaltig. 10 Punkte für eine Grüne Bürgerversicherung, Berlin 2004, online unter <<http://www.gruene-buergerversicherung.de>>, abgerufen 15.9.2005, Kurzfassung in: Frankfurter Rundschau vom 25.6.2004; wobei in diesem Kontext kritisch gefragt werden muss, ob es den Arbeitgebern angesichts der Globalisierung überhaupt noch darum geht, durch eine paritätische Finanzierung an der Steuerung im Gesundheitswesen beteiligt zu sein, wenn die Verlagerung von Produktion günstiger ist. Zu weiteren Überlegungen zur Beteiligung der Arbeitgeber über eine Bruttowertschöpfung (*Christoph Butterwegge*, Bürgerversicherung [Anm. 40], 39) im Zusammenhang mit der Frage, wie zwischen personal- und kapitalintensiven Branchen/Unternehmen (siehe *Herbert Ehrenberg/Anke Fuchs*, Sozialstaat und Freiheit. Von der Zukunft des Sozialstaats, Frankfurt 1980) ein Ausgleich gefunden werden kann vgl. auch *Bert Rürup*, Wertschöpfungsbeiträge: eine Antwort auf die langfristigen Risiken der Gesetzlichen Rentenversicherung, in: *Rolf G. Heinze/Bodo Hombach/Henning Scherf* (Hg.), Sozialstaat 2000. Auf dem Weg zu neuen Grundlagen der sozialen Sicherung, Bonn 1987, 225–235.

kung nicht auf 36 %, sondern ‚nur‘ auf 39 % erfolgen sollte, ist nunmehr offen, wie die Kopfpauschalen steuerlich finanziert werden sollen.

In diesem Zusammenhang stellt Butterwegge im Rekurs auf Horst Afheldt dar, dass die letzten Jahre davon gekennzeichnet waren, dass die Arbeitnehmer, obwohl ihre Einkommen in der Summe sanken, steigende Steueranteile leisteten, wohingegen die Unternehmen bei in der Summe steigenden Einkommen sinkende Steuerquoten aufwiesen.⁶⁰ Ob also eine Verlagerung in der Distribution in das Steuersystem angesichts dieser Entwicklung Sinn macht, wo dann die Solidarität wieder auf die gleichen Belasteten verteilt wird, ist damit fragwürdig. Dass die Verlagerung der distributiven Anteile bei der Finanzierung der Krankenversicherung ins Steuersystem weder ein einfacher Ausweg noch die Erfüllung der Verteilungsgerechtigkeit auf der ganzen Linie ist, muss auch dann besonders hinterfragt werden, wenn die Aufbringung durch indirekte Steuern⁶¹ erfolgt oder wenn bei direkten Steuern nur eine geringe oder gar keine Steuerprogression erfolgt.⁶²

4.3.2 Sichert eine Steuerfinanzierung dauerhaft den sozialen Ausgleich?

Steuerfinanzierte Systeme unterliegen noch mehr Sparzwängen⁶³, insbesondere angesichts der Haushaltslage und der Herausforderung, Bildung stärker zu fördern. Daher heißt es für ein parafiskalisches System der Finanzierung: „... auf der anderen Seite können diese Leistungen aber auch nicht vom Finanzminister schnell gekürzt werden.“⁶⁴

4.4 Wie unterscheiden sich die wirtschaftswissenschaftlichen Denkansätze von Kopfpauschale und Bürgerversicherung? Der Extra-welfarism-Ansatz

Abgesehen davon, dass viele Argumente, die die Kopfpauschale angeblich der Bürgerversicherung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht als überlegen erscheinen lassen, auf Hypothesen der mikroökonomischen

⁶⁰ Christoph Butterwegge, Bürgerversicherung (Anm. 40), 29–50, Steuerrdiskussion auf Seite 34 f.; Horst Afheldt, *Wirtschaft, die arm macht. Vom Sozialstaat zur gespaltenen Gesellschaft*, München 2003.

⁶¹ Gert G. Wagner, Perspektiven der sozialen Sicherung, in: Karl-Hans Hartwig (Hg.), *Alternativen der sozialen Sicherung – Umbau des Sozialstaates*, Baden-Baden/Hamburg 1997, 42–65, 51, Fn. 31.

⁶² Christoph Butterwegge, Bürgerversicherung (Anm. 40), 37.

⁶³ Christoph Butterwegge, Bürgerversicherung (Anm. 40), 36.

⁶⁴ Gert G. Wagner, Perspektiven der sozialen Sicherung (Anm. 61), 51.

Theorie basieren (Nachfrageverhalten der Arbeitgeber, Angebotsverhalten der Arbeitnehmer etc.), kann auf einer dahinter liegenden Ebene untersucht werden, welche Wertentscheidungen schon den ökonomischen Theorien zu Grunde liegen.

Eine der klassischen Positionen wirtschaftswissenschaftlichen Denkens und Handelns ist⁶⁵, dass die Wohlfahrt der Gesellschaft ihr Maximum durch das Streben aller ihrer Mitglieder nach Maximierung ihres individuellen Nutzens erreicht. Auch wenn dies eine Aussage ist, die nicht als wahr oder falsch dargestellt werden kann, so kann sie argumentativ in Frage gestellt werden. Mit Sen⁶⁶ lässt sich argumentieren, dass diese Engführung auf den Nutzen in Form von Gütern andere Aspekte wie Freiheit außer Acht lässt, die für ein ‚gutes Leben‘ genau so wichtig sind.

Die ökonomische Theorie basiert ihre Analysen in der Regel auf die Annahme einer Maximierung des Nutzens für die Nachfrager.⁶⁷ Im Bereich des Gesundheitswesens ist nicht unmittelbar ableitbar, woraus der Patient, Versicherte oder Bürger den Nutzen zieht. Ist es die Inanspruchnahme der Leistung (der Prozess), ist es die Beseitigung oder Linderung seines Leidens (das Ergebnis) oder ist es das Wissen um eine Vorhaltung medizinischer Kapazitäten für den Fall, dass er selbst erkrankt (die Struktur)? In der neoklassischen Theorie wird auf die konsumierten Leistungen, also wesentlich auf Prozesse, abgestellt. Dies bedeutet, dass mit einem zusätzlichen Konsum an Versorgungsleistungen auch der Nutzen steigt, wenn auch mit abnehmendem Grenznutzen. Die medizinische Sinnhaftigkeit der zusätzlichen Leistung kann innerhalb des Systems ebenso wenig hinterfragt werden wie die Distribution auf Versicherte.

Aus diesen Überlegungen hat der mit dem Namen von Sen verbundene Ansatz des *Extra-welfarism* postuliert, dass ‚Gesundheit‘ in der Gesellschaft maximiert werden soll.⁶⁸ Dies hat für die abgeleiteten Forderungen gravierende Auswirkungen. Nach Sen kann der Patient nicht nur das Gut

⁶⁵ Thomas Rice, *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago 2003, 76 f., 96.

⁶⁶ Amartya Sen, *Ökonomie für den Menschen* (Anm. 39), 71–109.

⁶⁷ Die folgenden Abschnitte finden sich ähnlich in Markus Lünzen/Andreas Gerber/Björn Stollenwerk/Gabriele Klever-Deichert/Karl W. Lauterbach, *Die Bürgerversicherung in der Krankenversicherung*. *Wirtschaftspolitische Blätter* (2005) 453–64 (im Druck).

⁶⁸ Jeremiah Hurley, *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*, in: Anthony J. Culyer/Joseph P. Newhouse (Hg.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam/London 2000, 55–118. Andere Konzepte stellen darauf ab, das ‚Glück‘ im Sinne von ‚happiness‘ in der Gesellschaft zu maximieren. Siehe hierzu Bruno S. Frey/Matthias Benz, *Ökonomie und Psychologie: eine Übersicht* (Institute for Empirical Research in Economics/University of Zürich Working Paper No. 92), Zürich 2001, online unter <<http://www.iew.unizh.ch/wp/iewwp092.pdf>>, abgerufen 10.01.2005.

⁶⁹ Jeremiah Hurley, *An Overview* (Anm. 68), 68 ff.

selbst als Nutzen sehen (also die Inanspruchnahme), sondern vielmehr die Ergebnisse der Inanspruchnahme (also die Gesundheit selbst). Abbildung 1 zeigt, dass die Beziehung A die neoklassische Funktion darstellt, wonach der Nutzen von den in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen abhängt. Der *Extra-welfarism* ergänzt diese Sichtweise um die Funktionen, dass zunächst Gesundheitsleistungen in Studien nachprüfbar den Gesundheitszustand verändern (Pfad B) und aus dieser Änderung des Gesundheitszustandes erst der Nutzen für den Konsumenten entsteht (Pfad C).

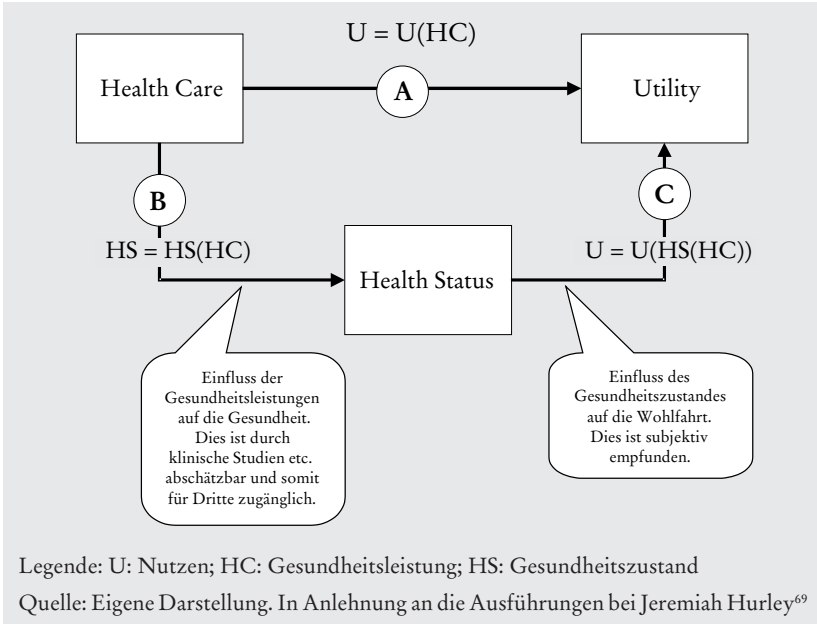


Abbildung 1: Schematischer Zusammenhang zwischen Gesundheitsleistungen, Gesundheit und Wohlfahrt

Der Ansatz von Sen kann nochmals erweitert werden.⁷⁰ Würde der Nachfrager nicht nur die Gesundheit maximieren wollen, sondern würde er auch aus der Ausgestaltung der Rahmenbedingungen Nutzen ziehen, wäre eine Aussage über die Ausgestaltung des Gesundheitswesens möglich. Beispielsweise könnten Bürger eine Befriedigung aus der Tatsache ziehen, dass in ihrer Gesellschaft alle Menschen im Krankheitsfall eine Grundversorgung zu vertretbaren eigenen Kosten erhalten. Dies könnte dazu führen, dass Infektionsgefahren im öffentlichen Leben abnehmen, ver-

⁷⁰ Amartya Sen, *Ökonomie für den Menschen* (Anm. 39), 20 ff.

meidbare oder heilbare Erkrankungszustände nicht mehr im Straßenbild auftauchen usw. Diese Argumentation benötigt nicht den Rückgriff auf eine Moral der Solidarität oder Nächstenliebe, wenn der Gedanke der Fairness international auch grundlegend für Entwürfe von Gesundheitssystemen ist.⁷¹ Vielmehr könnte der Bürger diesen Rahmenbedingungen zustimmen, ohne dass die Annahme der Eigennutzmaximierung aufgegeben werden muss. Eine wesentliche Erweiterung besteht jedoch darin, dass der Nutzen nicht aus einem Konsum entsteht, sondern aus den Rahmenbedingungen des Konsums. Aus dieser Argumentation kann nicht zwingend auf eine ausschließliche Befürwortung einer Bürgerversicherung geschlossen werden. Auch andere Ansätze, wie eine Mindestversorgung oder ein staatlich zentralisiertes System, wären damit begründbar, da auch sie in der Regel eine starke Betonung sozialer Komponenten aufweisen. Die Argumentation des *Extra-welfarism* soll jedoch zeigen, dass die Präferenz der Bürger für die Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung auch in Nutzenüberlegungen im ökonomischen Sinne einbezogen werden kann. Gerade im Gesundheitswesen mit seinen vergleichsweise ausgeprägten externen Effekten sollte diese Sichtweise unserer Meinung nach beachtet werden.

5. ABSCHLIESSENDE ÜBERLEGUNG

Das Modell der Bürgerversicherung garantiert durch die Erweiterung des Versichertenkreises und die Verbreiterung der Einkommensbasis eine größere Unabhängigkeit der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung von konjunkturellen Schwankungen. Damit gibt sie insbesondere eine Antwort auf die Herausforderungen des Wandels der Zusammensetzung unserer Bevölkerung und die Probleme am Arbeitsmarkt. Zum einen würden alle – unter der Einschränkung des Bestandsschutzes der schon privat Versicherten –, die bisher auf Grund der Höhe ihres Einkommens die solidarische Krankenversicherung verlassen konnten, höhere Einzahlungen leisten. Deren Ausgaben wären im Verhältnis geringer, da sie allgemein einen besseren durchschnittlichen Gesundheitszustand auf Grund ihrer sozialen Besserstellung aufweisen. Zum anderen wird nicht mehr nur aus abhängiger Arbeit erwirtschaftetes Einkommen verarbeitet. Mit diesen Maßnahmen wird der Beitragssatz für 2030 für den entsprechenden Altersaufbau der deutschen Bevölkerung bei etwas über 16 % liegen.

⁷¹ *Thomas Rice*, *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago 2003, 60f.

Ebenso wie Bildung muss auch Gesundheit sich der Frage stellen, ob sie der Teilhabegerechtigkeit und Chancengleichheit in einer Gesellschaft dient. Wird schließlich diese Messlatte angelegt, weist die Bürgerversicherung eindeutig in die Richtung, dass angesichts der Alterung der Gesellschaft Wachstum und Produktivität in Deutschland nur erhalten werden können, wenn alle Bürger lernfähig und gesund bleiben können.⁷² Für die Kopfpauschalen muss kritisch angemerkt werden, ob dieser Weg nicht in Richtung einer Individualisierung des Risikos führt, wobei aber das individualisierte Risiko seine Wurzeln auch in der Verteilung von Chancen auf Grund der gesellschaftlichen Verhältnisse hat.

⁷² In diesem Zusammenhang sei auf die Umfragen verwiesen, die durchgehend eine hohe Bereitschaft zur solidarischen Finanzierung im Bereich der Krankenversicherung nachgewiesen haben, siehe dazu mehr bei *Gerd Marstedt*, Solidarität und Eigenverantwortung, online unter <http://www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/solidaritaet_eigenverantwortung.pdf>, abgerufen 25.10.2005, Seite 2.6 und dortige Fußnoten 4–6. Damit ist nicht eine ethische Begründung für ein bestimmtes Modell gegeben, denn das wäre zugegebenermaßen ein Fehlschluss vom Sein (Erhebung in der Umfrage) zum Sollen.