

APuZ

Aus Politik und Zeitgeschichte

8–9/2006 · 20. Februar 2006



Reformen des Sozialstaates

Irene Dingeldey

Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung

Bernd-Peter Lange

Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung

Ulrich Bauer

Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit

Werner Sesselmeier

Die demographische Herausforderung der Alterssicherung

Michael Opielka

Gerechtigkeit durch Sozialpolitik?

Editorial

Seit Jahren werden in Deutschland Reformen des Sozialstaates diskutiert, angekündigt und auch auf den Weg gebracht. In der Politik herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Systeme der sozialen Sicherung neu justiert werden müssen. Die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen, wozu unter anderem die demographische Entwicklung, die prekäre Situation auf dem Arbeitsmarkt sowie die ökonomische und politische Globalisierung zählen, haben sich grundlegend verändert. Gestritten wird darüber, wie die Reformen im Einzelnen aussehen müssen. Je nach politischem Standort werden die Reformvorhaben als zu weitgehend oder als zu zögerlich bewertet. Die einen befürchten den Abbau sozialer Leistungen und die Spaltung der Gesellschaft, den anderen gehen die ergriffenen Maßnahmen nicht weit genug.

Reformpolitik ist ein risikoreiches Unterfangen für alle Akteure; Einschnitte in die Sozialsysteme werden von den Wählerinnen und Wählern eher bestraft als belohnt. Gerechtigkeitsvorstellungen, Zukunftsängste und ein ausgeprägtes Sicherheitsbedürfnis lassen das erforderliche Vertrauen für geplante bzw. eingeleitete Maßnahmen nur schwer aufkommen. Hinzu kommt, dass sich mit der Lösung von Problemen in der Regel neue auftun, die weitere Schritte erforderlich machen. „Hartz IV“ oder der ebenfalls bereits unter der rot-grünen Bundesregierung begonnene Umbau des Renten- und des Gesundheitssystems sind Beispiele dafür.

Es steht außer Zweifel, dass die bevorstehenden Reformschritte ungleich größer sein werden als bei früheren Sozialreformen. Ob die begonnene Reformpolitik durch die große Koalition konsequent und unter Wahrung der sozialen Symmetrie fortgesetzt werden wird, bleibt abzuwarten.

Katharina Belwe

Irene Dingeldey

Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpoliti- sche Steuerung

Diskussionen zur Reform des Wohlfahrtsstaates sind so alt wie der Wohlfahrtsstaat selbst. Je nach politischer Konjunktur dominieren zumeist Vorschläge zum Aus- oder Abbau sozialstaatlicher Leistungen bzw. zum Nutzen oder den Kosten sozialpolitischer Maßnahmen. In den jüngsten

Irene Dingeldey

Dr. rer. soc., geb. 1963; Wissenschaftliche Assistentin an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Parkallee 39, 28209 Bremen.
i.dingeldey@zes.uni-bremen.de;
<http://www.zes.uni-bremen.de/~dingelde/>

Reformdiskussionen wird im Gegensatz dazu jedoch ein grundsätzlicher Wandel des Sozialstaates und seiner normativen Prämissen thematisiert. Mit Titeln wie „Social Investment State“ oder „Aktivierender Staat“ (Letzterer wird im Folgenden als Oberbegriff genutzt) werden in den hier exemplarisch behandelten Diskursen in Großbritannien und Deutschland neue wohlfahrtsstaatliche Leitbilder bezeichnet. Diese haben bislang vor allem in der Arbeitsmarktpolitik ihren Niederschlag gefunden – und damit bereits erhebliche praktische Bedeutung erlangt.

Im Beitrag wird zunächst der normative Diskurs des Wandels vom „fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat“ anhand der sich verändernden Ziele und Leitbilder dargestellt. Im Anschluss daran werden die unter dem Begriff des „Workfare State“ formulierte Kritik rezipiert sowie spezifische steuerungspolitische Prämissen des aktivierenden Wohlfahrtsstaates diskutiert. Dabei wird die These vertreten, dass dieser Formen reflexiver bzw. ganzheitlicher Steuerung und Koordination voraussetzt, sofern er umfassend als Gewährleistungsstaat verstanden wird. Die Umsetzung dieser äußerst komple-

xen Steuerungsanforderungen, die eher einen Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Intervention denn einen Abbau beinhalten, erscheint gleichwohl tendenziell vom Scheitern bedroht.

Vom fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat

Die Wohlfahrtsstaaten der westeuropäischen Länder haben sich seit ihrer Entstehung Mitte bzw. Ende des 19. Jahrhunderts sehr unterschiedlich entwickelt. Als wohl prominentester Vertreter der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung hat Gøsta Esping-Andersen drei Typen unterschieden. Andere haben weitere spezifische Varianten entdeckt.¹ Dabei wurden wesentliche Unterschiede zwischen dem universalistischen (Skandinavien), dem konservativ-korporatistischen (Bundeszustand) und dem liberalen Wohlfahrtsstaatstypus (Großbritannien und USA) offen gelegt. Diese beziehen sich auf die Organisation sozialer Sicherungssysteme, das Niveau der De-Kommodifizierung, also der Freistellung vom Arbeitszwang durch Gewährung von Transferzahlungen, sowie die De-Familialisierung, das heißt auf den Umfang von Dienstleistungsangeboten zur Entlastung vor allem der Frauen von Familienaufgaben. Gleichwohl können die verschiedenen nationalen Varianten wohlfahrtsstaatlicher Politik bis in die achtziger Jahre unter dem Paradigma eines „Fürsorgenden“ oder „Versorgenden“ Wohlfahrtsstaates subsumiert werden (im Folgenden nur „fürsorgend“).² Trotz unterschiedlicher Varianten und Erfolge bei der Umsetzung liegt den verschiedenen Wohlfahrtsstaatspolitiken ein grundsätzlich ähnliches Verständnis von Frei-

¹ Vgl. Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990; Ders., *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford 1999; Wil Arts/John Gelissen, *Three Worlds of Welfare Capitalism or more? A state-of-the art report*, in: *Journal of European Social Policy*, 12 (2002) 2, S. 137–158.

² Vgl. Günther Schmid, *Reform der Arbeitsmarktpolitik. Vom fürsorgenden Wohlfahrtsstaat zum kooperativen Sozialstaat*, in: *WSI-Mitteilungen*, 49 (1996) 10, S. 629–641; Hubert Heinelt, *Arbeitsmarktpolitik – von „versorgenden“ wohlfahrtsstaatlichen Interventionen zur „aktivierenden“ Beschäftigungsförderung*, in: Antonia Gohr/Martin Seeleib-Kaiser (Hrsg.), *Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün*, Wiesbaden 2003, S. 125–146.

heit und Gleichheit sowie in Bezug auf die Gewährung sozialer Rechte zu Grunde. Ferner teilen sie Staats- und Steuerungsvorstellung zur Umsetzung damit verbundener sozialpolitischer Ziele.

Der fürsorgende Wohlfahrtsstaat

Mit dem Ziel, die strukturellen Folgen marktwirtschaftlicher Prozesse sozial abzufedern, entstand der fürsorgende Wohlfahrtsstaat. Zur Risikobegrenzung bzw. -sicherung wurde primär auf den Ausbau von Schutzrechten bzw. die Abschwächung des Arbeitszwangs durch die Gewährung von Lohnersatzleistungen gesetzt. Dies wurde – in der Bundesrepublik noch stärker als in anderen Ländern – mit umfassenden Regulierungen und Schutzbestimmungen des individuellen Arbeitsverhältnisses bzw. Arbeitnehmers (Normalarbeitsverhältnis, Kündigungsschutz, Berufsschutz) verbunden. Insgesamt entwickelte sich eine primär reaktive bzw. kompensatorische Sozialpolitik mit dem Ziel der Versorgung der Sozialbürger. Entsprechend waren Geld und Recht bzw. finanzielle Leistungen und Anreize zentrale Interventionsformen. Kontrolle spielte eine eher untergeordnete Rolle.

Bei der Verfolgung sozialpolitischer Ziele wurde *Freiheit* weitgehend als „Freiheit von materieller Not“ interpretiert. Diese fand – in der Terminologie von Esping-Andersen – ihre höchste Ausprägung in der De-Kommodifizierung. *Gleichheit* wurde weitgehend als Angleichung materieller Lebens- und Einkommensverhältnisse angestrebt und am so genannten Outcome gemessen; damit ist die durch den Staat erreichte Umverteilung des (ungleichen) Markteinkommens gemeint. Den Individuen wurden qua Status (Mitgliedschaft, Bedürftigkeit) Rechtsansprüche auf materielle Leistungen zur Sicherung sozialer Risiken gewährt. Damit verbunden war eine weitgehende Universalisierung und Standardisierung dieser Leistungen. Die Teilhabe an den sozialen Sicherungssystemen wurde quasi in den Bürgerstatus integriert und der Sozialbürger geschaffen.¹³

¹³ Vgl. Thomas H. Marshall, Staatsbürgerrechte und soziale Klassen, in: ders. (Hrsg.), Bürgerrechte und soziale Klassen. Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates, hrsg. v. Elmar Rieger, Frankfurt/M. – New York 1992 (1949), S. 33–94.

Das Staats- und Steuerungsverständnis im fürsorgenden Wohlfahrtsstaat ging von der uneingeschränkten Steuerungsfähigkeit der Gesellschaft durch den Staat aus. So entwickelte sich beispielsweise in den siebziger Jahren in der Bundesrepublik die Vorstellung eines planenden Staates, der die Gesellschaft durch aktive Politik direktiv gestalten könne. Die hierarchische Organisation staatlicher Organisationen galt ebenso als selbstverständlich wie deren funktionale Ausdifferenzierung. Soziale Leistungen wurden primär über die Erhebung von Steuern oder Zwangsbeiträgen finanziert und idealtypisch im Rahmen staatlicher Organisationen erbracht. Der konservativ-korporatistische Wohlfahrtsstaat in Deutschland rekurrierte hier allerdings traditionell auf die Beteiligung korporatistischer Akteure (Sozialpartner, Verbände). Ferner wurde weitgehend unhinterfragt auf die Familie für das Erbringen wohlfahrtsstaatlicher Leistungen, also faktisch auf die nicht marktformige Arbeit der Frauen vertraut.

Das keynesianische Nachfragemanagement auf Makroebene galt nach diesen Staats- und Steuerungsvorstellungen in allen europäischen Ländern vor allem in der Nachkriegsphase als kongeniales Instrument, um den Wirtschaftszyklus zu stabilisieren und Vollbeschäftigung zu sichern. Komplementär ist – vor allem in Deutschland – die aktive Arbeitsmarktpolitik zum Ausgleich des Mismatch (Ungleichgewicht) von Angebot und Nachfrage auf Mikroebene ausgebaut worden. Dabei wurde das Vollbeschäftigungsziel jenseits skandinavischer Länder wie Dänemark und Schweden durchaus selektiv interpretiert, da es primär auf den männlichen Familienernährer bezogen war, während die Integration der Frauen in den Arbeitsmarkt in liberalen wie auch in konservativen Wohlfahrtsstaaten nur sehr bedingte Unterstützung fand.

Krise des fürsorgenden Wohlfahrtsstaates

In der Bundesrepublik wie auch in anderen europäischen Ländern führte nicht zuletzt das Scheitern der keynesianischen Wirtschaftssteuerung in Folge des Ölpreisschocks 1973 zum Wandel der Wirtschaftspolitik wie auch zu einem veränderten Staats- und Steuerungsverständnis. Der mangelnde Steuerungserfolg vieler Regierungen, Krisenerscheinungen wie Inflation und Arbeitslosigkeit

keit zu bekämpfen, sowie die dabei offenkundig gewordene Beschränkung staatlicher Steuerungssouveränität durch die Internationalisierung bzw. Globalisierung der Wirtschaft einerseits und die Abhängigkeit von internen Veto-Spielern, wie zum Beispiel Gewerkschaften oder föderalen Akteuren, andererseits sind der Hintergrund für Thesen vom Staats- und Steuerungsversagen.¹⁴

Sowohl die faktischen Struktur- und Steuerungsprobleme des fürsorgenden Wohlfahrtsstaates als auch der Krisendiskurs verhalfen letztlich den vom Neoliberalismus inspirierten wirtschaftspolitischen Steuerungsvorstellungen zum Durchbruch. Seit Anfang der achtziger Jahre wird in allen westlichen Industrieländern eine angebotsorientierte Wirtschaftspolitik mehr oder weniger restriktiv verfolgt.¹⁵ Gegenmodelle zum überbordenden Wohlfahrtsstaat werden vor allem in der Begrenzung und Reduzierung der Staatsaufgaben gesehen.¹⁶ Unter dem Label *schlanker Staat* oder *New Public Management* (NPM) wird seit den späten siebziger und den achtziger Jahren im Zusammenhang mit der Verwaltungsmodernisierung die Rückführung der Staatstätigkeit auf Kernaufgaben diskutiert und auch umgesetzt.¹⁷ Bislang voll vom Staat erbrachte Leistungen werden nunmehr im Hinblick auf Gewährleistung, Finanzierung oder aber die Durchführung von Maßnahmen differenziert. Als Ziel gilt die Verringerung der Leistungstiefe öffentlicher Verwaltungen durch die Ausgliederung von Aufgaben, etwa durch unabhängige Verwaltungsorganisationen innerhalb der Verwaltung (Profit Center), die Vergabe der Durch-

führung von Maßnahmen an Dritte im Rahmen von Ausschreibungsverfahren oder auch durch die volle Privatisierung.

Insbesondere in den angelsächsischen Ländern entstanden jedoch in Folge der Verbindung von Arbeitsmarktkrise und reduziertem (Sozial-)Staatskonzept neue soziale Probleme wie zunehmende Verarmung und Einkommensdifferenzierung. Zudem führte vor allem in Großbritannien die Privatisierung bislang öffentlicher Dienstleistungen und die Einführung neuer Managementkonzepte im öffentlichen Sektor vielfach zu einer spürbaren Reduzierung sozialer Dienstleistungsangebote oder zu Qualitätsverschlechterungen, besonders schmerzlich beispielsweise im Gesundheitssektor oder beim öffentlichen Nahverkehr. Das doppelte Versagen des „alten“ Sozialstaates im Zeitalter der Globalisierung, aber auch der angebotsorientierten Reformen sind der Hintergrund der in den achtziger Jahren einsetzenden Diskurse zum *Social Investment State*.

Der britische Diskurs zum Social Investment State

In Großbritannien prägte vor allem der Soziologe Anthony Giddens¹⁸ die Vorstellung eines „Dritten Weges“ als normative Grundlage für die Regierungsstrategie von *New Labour*. Der darin skizzierte *Social Investment State* soll eine Alternative sowohl zu dem in Großbritannien durch *Margaret Thatcher* geprägten Neoliberalismus als auch zu dem mit der „alten“ Sozialdemokratie verbundenen keynesianischen Wohlfahrtsstaat darstellen.

Dabei stand die normative Fundierung veränderter Vorstellungen von Freiheit, Gleichheit und Gerechtigkeit bzw. deren Umsetzung über sozialstaatliche Intervention an zentraler Stelle. Das Motto *No Rights without Responsibilities* bezeichnet die Ablehnung der „bedingungslosen“ Gewährung sozialer Rechte im keynesianischen Wohlfahrtsstaat und tritt dafür ein, die Vergabe sozialer Leistungen unter anderem von der Kooperationsbereitschaft der Kliniken abhängig zu ma-

¹⁴ Vgl. Renate Mayntz, Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme, in: dies., Soziale Dynamik und politische Steuerung: theoretische und methodologische Überlegungen, Frankfurt/M.–New York 1997, S. 186–208; für einen Überblick zur Diskussion siehe Dirk Messner, Die Netzwerkgesellschaft. Wirtschaftliche Entwicklung und internationale Wettbewerbsfähigkeit als Problem gesellschaftlicher Steuerung, Köln 1995.

¹⁵ Vgl. Fritz Scharpf, Sozialdemokratische Krisenpolitik in Europa. Das „Modell Deutschland“ im Vergleich, Frankfurt/M.–New York 1987.

¹⁶ Vgl. Robert Nozick, Anarchy, State and Utopia, New York 1974. kritisch: vgl. D. Messner (Anm. 4).

¹⁷ Vgl. Eckhard Schröter/Hellmut Wollmann, New Public Management, in: Bernhard Blanke/Stephan v. Bandemer/Frank Nullmeier/Göttrik Wewer (Hrsg.), Handbuch zur Verwaltungsreform, Opladen 2001, S. 71–82.

¹⁸ Vgl. Anthony Giddens, Jenseits von Links und Rechts, Frankfurt/M. 1997 (1994); ders., Equality and the Social Investment State, in: Ian Hargreaves/Ian Christie (Hrsg.), Tomorrow's Politics. The Third Way and Beyond, London 1998, S. 25–40.

chen. Gleichheit wird nicht mehr als materielle Gleichheit verstanden, die durch sozialpolitische Transfers angestrebt wird, sondern als Chancengleichheit, die durch die Umverteilung von Möglichkeiten (Possibilities) erreicht wird. Freiheit wird als Handlungsautonomie definiert und im Rahmen einer Politik der Lebenschancen quasi mit (Chancen-) Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit veröhnt.

Im Vergleich zu den neoliberalen Vorstellungen eines Minimalstaats ist der Katalog der Staatsaufgaben jedoch deutlich umfangreicher. Ein von Neoliberalen propagiertes, nur minimalistisches soziales Sicherheitsnetz wird als nicht ausreichend erachtet, um die Menschen so abzusichern, dass sie den Herausforderungen moderner Gesellschaften gewachsen sind. Als zentrale Aufgaben eines *Social Investment State* gelten Maßnahmen zur Arbeitsmarktaktivierung sowie die Förderung und Sicherung des Eingehens von Risiken am Arbeitsmarkt. Dabei haben die Bildung von Humankapital oder die Förderung lebenslangen Lernens einen zentralen Stellenwert.

Zur Steuerung sozialpolitischer Aufgaben wird dabei auf einen Mix von Steuerungsformen gesetzt. Sozialstaatliche Programme werden demnach nicht ausschließlich von staatlichen, sondern in Kooperation mit anderen Akteuren – auch Unternehmen – durchgeführt. Besonders hervorgehoben wird die Rolle des Dritten Sektors bei der Produktion sozialer Dienste. Netzwerke, Selbsthilfe und die Kultivierung von Sozialkapital sollen zur ökonomischen Erneuerung beitragen.

Diese weitgehend allgemeinen steuerungspolitischen Vorstellungen wurden in Bezug auf die Gestaltung und Umsetzung sozialpolitischer Reformen unter *New Labour* durch das von verschiedenen britischen Sozialwissenschaftlern entwickelte Konzept der *Holistic Governance* ergänzt.¹⁹ Die Prämissen dieses Ansatzes gehen von der Komplexität sozialer Probleme aus. Als Charakteristikum so genannter *Wicked Problems* gilt, dass sie sich Problemlösungen entziehen, die durch ein-

zelne Verwaltungseinheiten „gesteuert“ werden können. Das Leitbild der *Holistic Governance* skizziert daher einen Wandel der politischen Interventionsstrategien hin zu ganzheitlichen, präventiven, Outcome-orientierten sowie auf Kultur- und Einstellungsveränderungen abzielende Interventionsformen. Insbesondere die ganzheitlichen Interventionsstrategien, aber auch die Outcome-Orientierung bedingen dabei die Notwendigkeit, die funktionale Verwaltungsdifferenzierung partiell aufzuheben bzw. Koordination über traditionelle Ressortgrenze hinweg zu etablieren. Voraussetzungen für *Holistic Governance* sind demnach das Verständnis für die sich gegenseitig beeinflussenden politischen Ziele und Maßnahmen sowie das Erkennen möglicher Konflikte zwischen den Zielen unterschiedlicher Ressorts.

Insgesamt gehen damit die „neuen“ sozialpolitischen Ziele der Aktivierung und Befähigung nicht nur mit einem partiellen Rückzug des Staates etwa bei der Leistungserbringung einher, sondern auch mit einer Ausweitung staatlicher Steuerungsanforderungen im Sinne der Entwicklung von Formen reflexiver Steuerung und politischen Lernens.

Der deutsche Diskurs zum aktivierenden Sozialstaat

In Deutschland wurde die Diskussion zum aktivierenden Staat zunächst unter dem Stichwort „Neue Mitte“ im Wahlkampf der SPD von 1998 geführt. Die sozial- und steuerungs-politischen Ziele eines aktivierenden Sozialstaates im Sinne eines Gewährleistungsstaates wurden nach dem Regierungswechsel unter anderem vom damaligen Kanzleramtsminister Bodo Hombach ausführlich skizziert: „Der Staat muss nicht nur die negativen Auswirkungen eines Subsystems (Wirtschaft, Gesellschaft, Politik) auf das andere ausgleichen bzw. regulativ verhindern, sondern gewährleisten und organisieren, dass Subsysteme optimal aufeinander bezogen sind. Beispielsweise muss das Sozialsystem so konzipiert sein, dass es die Wiederaufnahme von Erwerbsarbeit und die Eigeninitiative optimal vorbereitet und unterstützt. Eine neue Balance von individuellen Rechten und Pflichten, die Forderung, der verwaltende, Recht setzende und Daseinsvorsorge betreibende Staat müsse seinen Bürgern wieder mehr zutrauen und zutrauen – das alles bedeutet nicht den kalt-

¹⁹ Vgl. Perry 6, *Holistic Government*, London 1997; Perry 6/Diana Leat/Kimberly Seltzer/Gerry Stoker, *Towards Holistic Governance. The new Reform Agenda*, Houndmills–New York 2002.

schnäuzigen Rückzug des Staates aus der Verantwortung. Im Gegenteil: Es geht um ein neues Steuerungsmodell, das sehr viel mehr Kreativität braucht, Innovationsbereitschaft und den langen Atem vorausschauender, aktivierender Politik.“¹⁰

Verbreitung fanden die unter anderem auf den britischen Diskurs rekurrierenden Ideen hierzulande vor allem im Rahmen des so genannten *Schröder-Blair Papers*.¹¹ Da dieses jedoch heftigen Widerstand von Seiten der Gewerkschaften sowie in der politischen Öffentlichkeit hervorrief, wurden Reformen in Richtung einer aktivierenden Sozialpolitik im Anschluss daran eher verhalten propagiert. Der Slogan „Fordern und Fördern“ wurde gleichwohl zur Legitimation der schließlich realisierten Reformen in der Arbeitsmarktpolitik genutzt, die ihren vorläufigen Höhepunkt in den Hartz-Gesetzen fanden.¹²

Eine Weiterentwicklung erfuhr das Konzept des aktivierenden Staates in Deutschland jedoch vor allem im Zusammenhang mit der Verwaltungsmodernisierung. Dafür erforderliche Konzepte wurden von verschiedenen wissenschaftlichen Instituten entwickelt.¹³ Dabei wird insbesondere die Verbindung des *aktivierenden Staates* und des *New Public Management* betont. Als Ergänzung zur hoheitlichen Aufgabenerfüllung und zu vertragsrechtlichen Vereinbarungen, die auf der Basis von Verhandlungen entstehen, werden partnerschaftliche Lösungsmodelle ange-

strebt. Die Einführung von betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumenten sollte dabei – so die idealtypische Forderung – immer wieder über den Dialog mit den Bürgern und Leistungsempfängern rückgekoppelt werden, wobei Fragen der Gegenleistungen und Verantwortungsteilung geklärt werden sollten. In Bezug auf die Aufgabenteilung zwischen Staat und Bürger wird das Konzept des *New Public Management*, das die Bürgerinnen und Bürger primär als Kunden sieht, insofern relativiert, als im Rahmen der Bürgeraktivierung vor allem auch die Koproduktion von gemeinsam als „öffentlich“ verstandenen Leistungen betont wird.¹⁴

Alles in allem können damit der deutsche und britische Diskurs zum aktivierenden Staat als sich gegenseitig ergänzend verstanden werden. Dabei skizzieren insbesondere die Schriften von Giddens den aktivierenden Wohlfahrtsstaat als neues Sozialstaatsparadigma. Der fürsorgende und der aktivierende Wohlfahrtsstaat unterscheiden sich demnach nicht nur hinsichtlich des Verständnisses zentraler sozialpolitischer Ziele, sondern auch hinsichtlich der Staats- und Steuerungsvorstellungen. Dies schlägt sich insbesondere in einer veränderten Auffassung von der Beschäftigungs- und Arbeitsmarktpolitik nieder (siehe die *Übersicht*).

Das Konzept des aktivierenden Staates in der Kritik

Sowohl im Hinblick auf das normative Konzept des aktivierenden Wohlfahrtsstaates als auch vor dem Hintergrund der bisherigen Umsetzung einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik sind verschiedene Aspekte des neuen wohlfahrtsstaatlichen Paradigmas zu problematisieren.

Vor dem Hintergrund anhaltender Massenarbeitslosigkeit in Deutschland wird betont, dass im Konzept des aktivierenden Staates nicht geklärt wird, wie eine ausreichende Arbeitskräftenachfrage geschaffen werden kann. Es bleibt offen, wozu und wofür Arbeitslose aktiviert werden sollen, falls ein Defizit der

¹⁴ Vgl. Bernhard Blanke/Stephan V. Bandemer, Der „aktivierende Staat“, in: Gewerkschaftliche Monatshefte, (1999) 6, S. 321–330.

¹⁰ Bodo Hombach, Die Balance von Rechten und Pflichten sichern. Der aktivierende Sozialstaat – das neue Leitbild, in: Soziale Sicherheit, 48 (1999) 2, S. 41–45.

¹¹ Vgl. Gerhard Schröder/Tony Blair, Der Weg nach vorne für Europas Sozialdemokraten, in: Blätter für Deutsche und Internationale Politik, (1999) 7, S. 888–896.

¹² Vgl. Aufsätze in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), (2005) 16.

¹³ Institut Arbeit und Technik in Gelsenkirchen: Stephan V. Bandemer, Aktivierender Staat, New Governance und Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik, in: Thomas Olk/Adalbert Evers/Rolf G. Heinze (Hrsg.), Baustelle Sozialstaat. Umbauten und veränderte Grundrisse, Wiesbaden 2001, S. 37–51. Universität Hannover: Prof. Dr. Bernhard Blanke leitet ein Internetprojekt „www.aktivierender-staat.de“. Im Wissenschaftszentrum Berlin, Abteilung Arbeitsmarktpolitik und Beschäftigung wurden Konzepte entworfen, die in ihrer Steuerungsdimension dem „aktivierenden Staat“ nahe stehen. Vgl. G. Schmid (Anm. 2).

Übersicht: Vom fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat – Veränderung von Zielen und Leitbildern

Sozialpolitische Ziele und Leitbilder	Der fürsorgende Wohlfahrtsstaat	Der aktivierende Wohlfahrtsstaat
Sozialpolitik allgemein	Versorgung bzw. Fürsorge – reaktiv, kompensatorisch	– Aktivierung, Eigenverantwortung – präventiv, befähigend
Freiheit	... von materieller Not, ... vom Erwerbszwang <input type="checkbox"/> Dekommodifizierung	... von Wohlfahrtsbürokratie ... zu Selbstmanagement (Mindest-) Sicherung <input type="checkbox"/> (Re-)Kommodifizierung
Gleichheit	... der materiellen Lebensverhältnisse <input type="checkbox"/> Einkommensumverteilung	... der sozialen Teilhabemöglichkeiten (Arbeitsmarkt und Bildung)
Soziale Rechte	Universalisierte Rechtsansprüche auf standardisierte materielle Leistungen <input type="checkbox"/> Leistungen qua Status	Teilhaberechte; Konditionalisierte und individualisierte Leistungen (Bedingung: Ko-Produktion) <input type="checkbox"/> Leistungen qua Vertrag
Staats- und Steuerungsverständnis	Planender Staat <input type="checkbox"/> Erfüllungsverantwortung <input type="checkbox"/> Direktiv, hierarchisch	Kooperativer Staat; Vermittler u. Initiator <input type="checkbox"/> Gewährleistungsverantwortung <input type="checkbox"/> diskursiv, kooperativ
Beschäftigungs-/Arbeitsmarktpolitik		
Ziele	Vollbeschäftigung (für Ernährer) – Normalarbeitsverhältnis und Berufsschutz	Beschäftigungsfähigkeit für „alle“ – flexible Anpassung der Arbeitnehmer am Arbeitsmarkt
Umsetzung	Nachfragesteuerung – Passive AMP zur Kompensation des Einkommensausfalls – Aktive AMP zum Ausgleich strukturellen Mismatches <input type="checkbox"/> Arbeitsmarktstrukturen	Angebotssteuerung – Reduktion von Transferleistungen (Arbeitsanreiz) – Qualifizierung u. Dienstleistungen <input type="checkbox"/> Aktivierung der Individuen
Implizite Prämissen für Familienpolitik	Männliches Ernährermodell Famialisierung (Hausfrauenehe)	Egalitäres Zweierdienermodell Defamialisierung (öffentliche Betreuungs- u. Pflegedienstleistungen)

Quelle: Irene Dingeldey, Politikfeldübergreifende Koordination als neue Steuerungsform im aktivierenden Staat, in: Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft, (2003) 1, S. 97–101.

Arbeitskräftenachfrage besteht. In diesem Zusammenhang wird unterstellt, dass im politischen Diskurs – bewusst oder unbewusst – ein „Blame-the-Victim-Spiel“ betrieben werde, das heißt, die Opfer der Entwicklung werden zu Tätern umdefiniert, die entweder umzuerziehen oder aus der Solidargemeinschaft auszuschließen sind, ohne dass das eigentliche Problem der defizitären Arbeitskräftenachfrage gelöst werden könne.¹⁵

Die konsequente Verfolgung der neuen sozialstaatlichen Ziele der Aktivierung und Befähigung bzw. die damit implizit verbundene Förderung einer Universalisierung der Arbeitsmarktteilhabe erfordert, dass sich der aktivierende Staat als Gewährleistungsstaat konstituiert. Dies ist jedoch nicht nur sozial-, sondern auch steuerungspolitisch äußerst voraussetzungsvoll. Allein in der Arbeitsmarktpolitik erfordert die Gewährleistung der Arbeitsmarktteilhabe für *alle* Bürger neben der direkten arbeitsmarktpolitischen Förderung durch Beratung, Vermittlung, Aus- und Weiterbildung weitere aufeinander abgestimmte infrastrukturelle Dienstleistungsangebote wie beispielsweise die Kinderbetreuung. Die Liste der bereitzustellenden Dienstleistungen lässt sich dabei, je nach Zielgruppe, vielfach verlängern, beispielsweise durch Gesundheits- und psychosoziale Dienste, Schuldnerberatung und Wohnungsvermittlung.

Darüber hinaus muss der aktivierende Sozialstaat bei einer konsequenten Umsetzung seiner Ziele als „employer of last resort“ agieren, das heißt faktisch ein Recht auf Arbeit durch staatliche Beschäftigungsangebote gewähren. Diese im Rahmen der Etablierung eines aktivierenden Staates anzubietenden „Förderangebote“ sind jedoch nur eine Seite der Medaille, da sie unweigerlich mit „Forderungen“ gegenüber den Sozialstaatsbürgern verbunden sind.

Um die Universalisierung der Arbeitsmarktteilhabe als sozialpolitische Norm zu etablieren, muss der Sozialstaat zwangsläufig arbeitsmarktkonformes Verhalten der Er-

¹⁵ Vgl. Achim Trube, Vom Wohlfahrtsstaat zum Workfarestate – Sozialpolitik zwischen Neujustierung und Umstrukturierung, in: Heinz-Jürgen Dahme/Hans-Uwe Otto/Achim Trube/Norbert Wohlfahrt (Hrsg.), Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat, Opladen 2003, S. 177–203.

werbstätigen zum Beispiel über Arbeitsanreize sowie über Sanktionen und pädagogisierende Elemente steuern.¹⁶ Entsprechende Maßnahmen sind in den verschiedenen nationalen Kontexten mit der negativ konnotierten Interpretation des aktivierenden Staates als „Workfare State“ verbunden. Dabei werden insbesondere die Kürzung und Konditionalisierung sozialer Leistungen (Transfers) in Verbindung mit der Ausweitung von Arbeitszwang (Arbeitsverpflichtung von Arbeitslosen, Abschaffung von Berufs- und Statusschutz, usw.), als Einschränkung sozialer Rechte kritisiert.¹⁷ Mittelfristig – so kann angenommen werden – bleiben entsprechende restriktive Regulierungen jedoch nicht nur auf Arbeitslose und Sozialhilfeempfänger beschränkt, sondern werden auch auf andere Personengruppen bezogen werden. Zu denken ist an jene, die sich in Übergängen zwischen Beschäftigung und sozialstaatlich abgesicherter Nicht-Erwerbstätigkeit, zum Beispiel in Übergängen von Bildung und Ausbildung, in Übergängen in Rente oder in der Phase der Erwerbsfreistellung für Geburt und Kindererziehung befinden. Im Zuge der Verwirklichung eines aktivierenden Sozialstaates ist folglich eine deutliche Zunahme der Intervention in Bereichen der bislang privaten Lebensführung zu erwarten.

Das Konzept des aktivierenden Staates kann daher als durchaus ambivalent bewertet werden, da es eine Ausweitung befähigender Politiken mit der Ausweitung von Zwang und sozialer Kontrolle unauflösbar miteinander verbindet. Beide Elemente setzen letztlich einen Wandel von Steuerungsstrategien im Sinne des oben zitierten Konzeptes der *Holistic Governance* voraus, das heißt die Fähigkeit des Staates zu Formen reflexiver Steuerung und des politischen Lernens. Die dafür erforderlichen Prozesse der Problemanalyse, Strategieentwicklung, Abstimmungs- und Kompromissfindung bzw. Koordination und

Kontrolle verschiedener Akteure auf verschiedenen politischen Ebenen und über verschiedene Politikbereiche hinweg bis hin zur Evaluation von Politikergebnissen und der Rückvermittlung in den politischen Prozess hinein sind jedoch äußerst voraussetzungs-voll. Eine umfassende und erfolgreiche Verwirklichung aller Ziele des aktivierenden Staates erscheint daher eher als Ausweitung sozialstaatlicher Intervention, die einen grundsätzlichen Wandel staatlicher Steuerung voraussetzt. Die hyperkomplexen Steuerungsanforderungen lassen die Umsetzung des neuen wohlfahrtsstaatlichen Paradigmas jedoch tendenziell vom Scheitern bedroht erscheinen.

Vor diesem Hintergrund liegt die Vermutung nahe, dass in einigen Ländern – und nicht zuletzt in Deutschland¹⁸ – das Label der Aktivierung genutzt wird, um einseitige Leistungskürzungen und die Erhöhung des Arbeitszwangs zu kaschieren, ohne dass ein umfassender Wandel in Richtung aktivierender Wohlfahrtsstaat bzw. der damit verbundenen Erhöhung von Eigenverantwortung *und* sozialstaatlicher Gewährleistungsverantwortung stattfindet.

¹⁶ Vgl. Heinz-Jürgen Dahme/Norbert Wohlfahrt, Aktivierungspolitik und der Umbau des Sozialstaates. Gesellschaftliche Modernisierung durch angebotsorientierte Sozialpolitik, in: dies. (Hrsg.), Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat, Opladen 2003, S. 75–102.

¹⁷ Vgl. Bob Jessop, Towards a Schumpeterian Workfare Regime in Britain? Reflections on Regulation, Governance, and Welfare State, in: Environment and Planning, 27 (1995) 10, S. 1613–1626; vgl. A. Trube (Anm. 15); H.-J. Dahme/N. Wohlfahrt (Anm. 16).

¹⁸ Vgl. Wolfgang Ludwig-Mayerhofer, Activating Germany, in: Thomas Bredgaard/Flemming Larsen (Hrsg.), Employment Policy from Different Angles, Copenhagen 2005, S. 95–114.

Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung

Zu den Hauptaufgaben der Großen Koalition gehört neben der Sanierung der öffentlichen Haushalte die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen ist in Deutschland zwar im Vergleich zu manchen anderen Ländern hervorragend, aber die GKV ist – besonders in der Koppelung ihrer Beiträge an die Löhne und Gehälter – sehr teuer. Daher ist eine grundsätzliche Neuorientierung der Organisation und Finanzierung der GKV als Fortentwicklung

des bisherigen Systems erforderlich. Sowohl das Konzept der SPD einer „Bürgerversicherung“, nach dem alle Bürgerinnen und Bürger zwangsversichert werden sollen, als auch die Vorstellungen von CDU/CSU von einer modifizierten „Kopfpauschale“ für die GKV-Versicherten sowie eventuelle Kombinationen aus beiden Modellen bedürfen der Evaluierung. Hierbei können die ordnungspolitischen Leitlinien des Konzepts der Sozialen Marktwirtschaft und die grundgesetzlich garantierte Selbstbestimmung und -verantwortung des Einzelnen auch für die Gesundheitsvorsorge eine nachhaltige, zukunftsfähige Perspektive eröffnen.

Grundlagen des derzeitigen gegliederten Gesundheitssystems

Für den Bereich der gesetzlich Pflichtversicherten sind die öffentlich-rechtlichen GKV-

Kassen (GKK) zuständig, für den der privat Versicherten die Privaten Krankenversicherungsunternehmen (PKV).

GKV – Grundlagen

– Die GKV ist eine Pflichtversicherung: Wer als abhängig Beschäftigter mit seinem Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze von gegenwärtig 3 937,50 Euro monatlich liegt, muss sich in einer der GKK versichern. Diese Pflicht war ursprünglich gemäß dem Subsidiaritätsprinzip für sozial Schutzbedürftige als Maßnahme staatlicher Fürsorge eingeführt worden; 60 Prozent der Bevölkerung sind inzwischen davon betroffen. Die Versicherten können zwischen verschiedenen Krankenkassen und damit unterschiedlichen Beiträgen – zwischen 12 und 14 Prozent des Bruttolohnes – wählen; die Leistungskataloge sind aber im Wesentlichen identisch.

– Die Finanzierung der GKV ist lohnbezogen: Die Beiträge – als prozentualer Abzug vom Bruttolohn – wurden bis zum 30. Juni 2005 von Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte aufgebracht. Seit dem 1. Juli 2005 müssen die Arbeitnehmer die Leistungen für Zahnersatz und für das Krankentagegeld mit 0,4 bzw. 0,5 Beitragssatzpunkten allein finanzieren. Für die Arbeitgeber stellen sich die Sozialversicherungsbeiträge als Lohnzusatzkosten dar.

– Diejenigen, die – bis zur Beitragsbemessungsgrenze von gegenwärtig 3 525 Euro – mehr verdienen als andere, zahlen einen höheren Beitrag, ohne dafür entsprechend mehr Leistungen zu erhalten.

– Die globale Finanzierung der GKV erfolgt nach dem Umlageprinzip, das heißt die jeweils hereinkommenden Beiträge werden zur Bezahlung der laufenden Gesundheitskosten verwandt. Es gibt keine Rückstellungen der GKK für höhere Gesundheitskosten im Alter. Nach dem hier zugrunde liegenden Generationenvertrag müssen alle Beitragszahler für die zwischen den Generationen unterschiedlichen Gesundheitskosten aufkommen: 2004 entfielen auf die über 80-Jährigen pro Kopf 12 430 Euro Gesundheitskosten, während die Durchschnittsausgaben pro Kopf der Bevölkerung lediglich 2 710 Euro betru-

gen.¹ Diese Art der Finanzierung basiert auf dem „überkommenen“ Normalarbeitsverhältnis nach dem Vorbild früherer Industriearbeit, auf Vollbeschäftigung und auf einer kontinuierlichen Reproduktion der Bevölkerung.

– In der GKV sind nicht berufstätige Ehefrauen und Kinder beitragsfrei mitversichert. Das bislang prägende Familienbild geht dabei von der Ehefrau als Hausfrau und damit vom Modell des Ein-Verdiener-Haushaltes aus.

– Die Abrechnung von Gesundheitsdienstleistungen erfolgt von den behandelnden Ärzten bzw. Krankenhäusern über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den GKK. Der Versicherte erfährt die Kosten seiner Behandlung nicht. Sein Beitrag wird vom Arbeitgeber einbehalten. Jeder Arztbesuch – sieht man von der jüngst eingeführten Praxisgebühr ab – stellt sich für die Versicherten quasi als „kostenlos“ dar; es besteht kein Anreiz, Gesundheitsdienstleistungen selbstverantwortlich und kostenbewusst in Anspruch zu nehmen.

– Es gibt zwischen den GKK einen Risikostrukturausgleich. Das bedeutet, dass jene Kassen, die relativ niedrige Einnahmen haben, von den anderen mitgetragen werden. Folglich kann von einem wirklichen Leistungswettbewerb zwischen den Kassen nicht gesprochen werden. Bei den Kassen sind daher erhebliche Einsparpotenziale vorhanden.

Bisherige Reformbemühungen

Aufgrund des medizinischen Fortschrittes und der steigenden Lebenserwartung bei gleichzeitiger Zunahme des Anteils der älteren Menschen an der Bevölkerung sind die Gesundheitskosten in den letzten Jahren explodiert. Hier liegt der Grund dafür, dass die Politik – allerdings mit relativ geringem Erfolg – Anstrengungen zur Kostendämpfung unternommen hat. Außerdem wurden die Praxisgebühr und die Zuzahlungspflicht für Arzneimittel eingeführt, um im Sinne einer individuellen Selbstbeteiligung für ein höheres Kostenbewusstsein bei den Versicherten zu sorgen. Diese Maßnahmen waren jedoch

¹ Vgl. PKV-Reformkonzept Krankenversicherung, PKV-Verband 15. Juni 2005, S. 5 f.

nicht geeignet, die vorhandenen Probleme auch nur annähernd zu lösen. Es mangelt auch an notwendigen Strukturreformen bei den GKK und ihrer so genannten „Selbstverwaltung“ in Richtung auf Leistungswettbewerb und Kostenkontrolle.

PKV – Grundlagen

Zehn Prozent aller Bürgerinnen und Bürger – jene, deren Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt und die nicht freiwillig in der GKV versichert sind, Beamte und Selbständige – sind in der PKV versichert. Die Beiträge sind – unabhängig vom jeweiligen Einkommen – risikoadäquat kalkuliert. Es findet das Kapitaldeckungsprinzip Anwendung, das heißt, es werden Rücklagen für das Alter gebildet, damit die Tarife nicht aufgrund der altersbedingt steigenden Gesundheitskosten angepasst werden müssen. Um die allgemeinen Preissteigerungen im Gesundheitswesen abzufedern, wird seit dem 1. Januar 2000 zusätzlich ein gesetzlicher Zuschlag auf den Beitrag von zehn Prozent erhoben. Außerdem sind die Tarife nach Leistungsumfang wählbar.

Dadurch, dass die Ärzte und Krankenhäuser bei den in PKV Versicherten höhere Entgelte für ihre Leistungen abrechnen können, trägt die PKV mit ca. 8,5 Milliarden Euro jährlich zur Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens bei.² Viele Arztpraxen und Krankenhäuser wären ohne diese Möglichkeiten kaum überlebensfähig.

Innerhalb der PKV herrscht Leistungswettbewerb: Jeder potenziell Versicherte kann Beiträge und Leistungen, Höhe der Verwaltungskosten und erzielte Verzinsung des Kapitals, Bedingungen für Beitragsrückgewähr bei Nichtinanspruchnahme der Versicherungsleistungen usw. miteinander vergleichen. Außerdem sind die privaten Unternehmen unterschiedlich organisiert: Es gibt einerseits Aktiengesellschaften und andererseits Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die in ihrem Geschäftsgebaren ausschließlich die Interessen der Versicherten vertreten.

² Vgl. Frank Niehaus/Christian Weber, Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Gutachten des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln 2005.

Herausforderungen an die GKV

Die bisherigen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung erweisen sich mehr und mehr als brüchig.

Erstens: Das „Normalarbeitsverhältnis“ – die kontinuierliche Beschäftigung oft über Jahrzehnte bei ein- und demselben Arbeitgeber – ist immer weniger die Regel: Zeiten der Beschäftigung – in Voll- oder auch in Teilzeit – wechseln einander ab mit Zeiten der Arbeitslosigkeit, der Umschulung, der Pausen für Elternzeit. Der faktische Eintritt in die Rente liegt oft weit vor dem 65. Lebensjahr. Gleichzeitig steigt die Quote der Frauenerwerbstätigkeit, wobei häufig eine Halbtagsbeschäftigung die Regel ist.¹³

Zweitens: Wir haben es in der Bundesrepublik bereits über viele Jahre mit struktureller Arbeitslosigkeit zu tun: Nach offiziellen Angaben liegt diese im Jahresdurchschnitt bei ca. fünf Millionen Arbeitslosen. Hinzu kommt die verdeckte Arbeitslosigkeit – etwa derjenigen, die sich in Umschulung befinden oder derjenigen, die resigniert haben und sich nicht mehr arbeitslos melden: Nach den Zahlen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) sind dies 1,6 Millionen Personen.¹⁴ Die hohe, andauernde Arbeitslosigkeit ist einer der Gründe dafür, dass die GKK mit ihren Einnahmen nicht mehr auskommen.

Drittens: Durch die demographische Entwicklung in Deutschland hat sich die frühere Bevölkerungspyramide dramatisch verändert und verändert sich immer noch: Aufgrund der abnehmenden Reproduktionsrate auf heute 1,3 Kinder – zur Stabilisierung der Bevölkerung auf ihrem jetzigen Niveau wären im Durchschnitt 2,1 Kinder pro Frau erforderlich – verschieben sich die zahlenmäßig stärksten Altersgruppen immer mehr in Richtung der älteren Generationen. Es wird prognostiziert, dass 2050 die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und die Zahl der geborenen Kinder halb so hoch sein wird wie die der 60-Jährigen. Heute kommen 226 Er-

werbspersonen auf 100 Rentner, 2030 werden es 78 und 2050 nur noch 71 sein.¹⁵ Gleichzeitig steigt die Lebenserwartung kontinuierlich, und die Gesamtbevölkerung beginnt zu schrumpfen. Der Generationenvertrag kann unter diesen Bedingungen nicht mehr eingehalten werden.

Viertens: Die Staatsverschuldung von Bund, Ländern und Gemeinden hat die astronomische Höhe von über 1,4 Billionen Euro erreicht, 2004 mussten dafür insgesamt mehr als 68 Milliarden Euro Zinsen gezahlt werden. Der europäische Stabilitätspakt, einst von Deutschland gefordert und gefördert, wird 2006 zum wiederholten Mal von Bund und Ländern verletzt. Eisernes Sparen der öffentlichen Hand ist erforderlich; es gibt keinerlei Spielräume für staatliche Zuschüsse zum Gesundheitswesen.

Fünftens: Auch für das Jahr 2006 ist kein wesentliches Wirtschaftswachstum zu erwarten. Es kann nicht damit gerechnet werden, dass neue Arbeitsplätze in nennenswertem Umfang geschaffen werden; vielmehr wird es zu einem weiteren Abbau von Arbeitsplätzen kommen. Im internationalen Vergleich ist es nicht die Steuerbelastung, welche die internationale Wettbewerbsfähigkeit deutscher Unternehmen schwächt, sondern es sind die zu hohen Lohnzusatzkosten – 42 Prozent Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil vom Bruttolohn –, also die Sozialabgaben insbesondere für Renten und Gesundheit.

Sechstens: Bei einer Reform der GKK muss es auch um Bürokratieabbau und um mehr Leistungswettbewerb gehen. Eine „Reform vor der Reform“ ist gefragt: So wie die Föderalismusreform die Voraussetzungen schaffen muss für eine bessere Funktionsfähigkeit unseres politischen Systems, muss die Reform der GKK und des gesamten Abrechnungssystems die Voraussetzungen für eine bessere Funktionsfähigkeit des gegliederten Gesundheitssystems schaffen.

Die Schwierigkeiten einer Reform ergeben sich daraus, dass alle skizzierten Probleme miteinander zusammenhängen: Mangelndes Wirtschaftswachstum und hohe Arbeitslosigkeit schwächen die Einnahmen der GKK.

¹³ Vgl. Gesprächskreis Arbeit und Soziales: Experimentierfeld Deutschland?, Reformstrategien in der Sozialpolitik auf dem Prüfstand, Friedrich-Ebert-Stiftung, Juni 2005.

¹⁴ Vgl. SVR Jahresgutachten 2004/05, Randnr. 244 f.

¹⁵ Vgl. ebd., Tabelle 50, S. 257; vgl. auch Datenreport 2004.

Die notwendige Flexibilisierung des Arbeitsmarktes und die Schaffung eines Niedriglohnssektors – etwa gefördert durch eine negative Einkommenssteuer – als Antwort auf die gesamtwirtschaftliche Wachstumsschwäche setzen die GKV-Einnahmen weiter unter Druck. Die demographische Entwicklung mag zwar mittelfristig zu einer Entlastung bei der Arbeitslosigkeit führen; durch die drohende „Überalterung“ werden aber die Gesundheitskosten steigen, ohne dass die Rentner entsprechende Beiträge aufbringen (können).

Orientierungen am Konzept der Sozialen Marktwirtschaft und am Grundgesetz

Angesichts der geschilderten Herausforderungen ist zunächst eine Rückbesinnung auf das *Subsidiaritätsprinzip* in seinen beiden Ausprägungen vonnöten: Danach sind *erstens* staatliche Eingriffe und Betätigungen nur dann gerechtfertigt, wenn die notwendige Leistungserbringung im privatwirtschaftlichen Wettbewerb nicht optimal bzw. nicht für alle funktioniert. *Zweitens* ist der Einzelne zu selbstverantwortlicher Eigenständigkeit aufgerufen.¹⁶ Nur wenn dieser unverschuldet nicht selbst für sich sorgen kann, ist die nächstgrößere Einheit – zuerst die Familie, dann die Gemeinde, das Land, der Bund – in die Verantwortung zu ziehen. Das Subsidiaritätsprinzip ermöglicht die Entfaltung der persönlichen Kräfte und fordert Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des Menschen in den ihn umgebenden Sozialgebilden.

Aus dem Subsidiaritätsprinzip folgt, dass eine Versicherungspflicht für mehr als 60 Prozent der Bevölkerung nicht zu rechtfertigen ist. Staatliche Fürsorge hat sich ungerechtfertigterweise weit von ihren Ursprüngen der temporären Nothilfe entfernt. Eine Zwangsversicherung für alle Bürgerinnen und Bürger ist erst recht nicht legitimierbar. Das Konzept der Sozialen Marktwirtschaft, das unter anderem aus Art. 2 GG: freie Entfaltung der Persönlichkeit, Art. 14 GG: Eigentumsgarantie und Art. 20 GG: demokratischer und sozialer Bundesstaat ableitbar ist und das sich nach dem Zweiten Weltkrieg großartig als Vorbedingung für Aufschwung, Wachstum und weit verbreiteten Wohlstand

bewährt hat, räumt privatwirtschaftlichem Unternehmertum Vorrang ein vor staatlicher Betätigung. Privatwirtschaftlicher Leistungswettbewerb als Grundlage jeder wirtschaftlichen Betätigung mit dem Ziel der Förderung von Innovationen, Produktivitätssteigerungen und möglichst günstigen Preisen für die Verbraucher entfaltet sich nach diesem Konzept am besten im Rahmen staatlicher Regulierung, zum Beispiel der Konzentrationskontrolle.

Hieraus folgt ein Vorrang für die PKV gegenüber der GKV. Die Beschränkung des unternehmerischen Betätigungsfeldes der PKV bei Vollversicherungen auf rund zehn Prozent der Bevölkerung ist ordnungspolitisch nicht zu rechtfertigen.

Das *Sozialstaatsprinzip* lässt sich mit unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen unterlegen: Da ist zum einen die Vorstellung eines konsumtiven Sozialstaates (distributive Gerechtigkeit), für den die Verteilungsgerechtigkeit im Vordergrund steht; hierauf könnte die unterschiedliche Beitragshöhe in der GKV bei gleicher Leistung für alle Versicherten gestützt werden. Zum anderen gibt es die Vorstellung des investiven Sozialstaates (produktivistische oder aktivierende Gerechtigkeit), für den Chancengleichheit und Leistungsgerechtigkeit im Vordergrund stehen¹⁷; hierauf könnte sich eine Rückführung der Versicherungspflicht auf die wirklich sozial Schwachen – etwa 20 Prozent der Bevölkerung – beziehen. Der Schwerpunkt staatlicher Aktivitäten würde sich auf das Fördern und Fordern im Bildungs- und beruflichen Qualifizierungsbereich verlagern; es würde auf dringend erforderliche neue wirtschaftliche Dynamik gesetzt. Das vorrangige Abstellen auf Chancengleichheit und Leistungsgerechtigkeit steht im Einklang mit dem Subsidiaritätsprinzip, fördert Selbständigkeit und Eigenvorsorge. Außerdem entlastet es den Staat von „überholten“ Aufgaben und wuchernder Bürokratie. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass Umverteilung die Aufgabe des Steuersystems – etwa durch die Steuerprogression – und nicht der GKV ist: Im Gesundheitssystem

¹⁶ Vgl. insbes. Art. 1 und 2 des Grundgesetzes.

¹⁷ Zu unterschiedlichen, ja konkurrierenden Gerechtigkeitsvorstellungen vgl. z.B. Lutz Leisering, Eine Frage der Gerechtigkeit, Armut und Reichtum in Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, (1999) 18, S. 10 ff.

tem sollte wie in vielen anderen Bereichen von Wirtschaft und Gesellschaft das Äquivalenzprinzip Geltung haben: gleicher Beitrag für gleiche Leistung, mehr Beitrag für mehr Leistung.

Prüfparameter

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem, das einerseits die geschilderten Herausforderungen meistert und andererseits den grundsätzlichen ordnungspolitischen Anforderungen gerecht wird, hat den folgenden Prüfparametern zu entsprechen:

– Individuelle Vorsorge muss Priorität vor staatlicher Fürsorge haben. Jedem Bürger sind nach den Kriterien des Leistungswettbewerbs Auswahlmöglichkeiten entsprechend seinen individuellen Bedürfnissen hinsichtlich Basissicherung und eventuellen Zusatzversicherungen zu gewähren.

– Privatwirtschaftlichem unternehmerischem Wettbewerb ist im Rahmen staatlicher Wettbewerbsregulierung Vorrang einzuräumen.

– Mit Blick auf die Generationengerechtigkeit und die absehbare demographische Entwicklung ist – im Sinne der Nachhaltigkeit – die Kapitaldeckung einzuführen: Jede Generation trägt ihre Gesundheitskosten selbst und sorgt durch die Bildung von Rücklagen für ihr Alter vor. Staatliche Fürsorge ist nur bei wirklicher Schutzbedürftigkeit und dann als Grundversorgung gerechtfertigt.

– Mit dem Ziel, den Faktor Arbeit von den zu hohen Lohnzusatzkosten zu entlasten und so die Schaffung neuer Arbeitsplätze anzuregen, sind die Beiträge von den Löhnen zu entkoppeln.

– Um den Abbau nicht zu rechtfertigender Staatsverschuldung nicht zu verzögern, sind keinerlei staatliche Zuschüsse für das Gesundheitssystem vorzusehen. Außerdem ist die Bürokratie im Bereich der GKK abzubauen.

– Reformen müssen innerhalb des vorhandenen dualen Gesundheitssystems erfolgen und dieses fortentwickeln. Jede radikale Reform ist angesichts der unkalulierbaren Folgewirkungen zu risikoreich. Außerdem bedarf es angesichts der gewachsenen Strukturen langer Übergangsfristen, um soziale Härten weitgehend zu vermeiden.

Reformmodelle und Prüfparameter

Bürgerversicherung

Die Bürgerversicherung von SPD und Bündnis 90/Die Grünen entspricht einer Zwangsversicherung in den GKK für alle, also auch die bisher privat versicherten Bürgerinnen und Bürger. Es sollen neben dem Arbeitseinkommen auch beispielsweise Zins- und Mieteinnahmen zur Beitragsbemessung herangezogen werden. Zwar ist daran gedacht, dass auch die bisherigen privaten Krankenversicherungen einen „Bürgerversicherungstarif“ anbieten können, aber von einem Leistungswettbewerb auf einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt wird dann keine Rede sein können: Risikoprüfungen und -berücksichtigungen werden ausgeschlossen und Kontrahierungszwang wird verordnet sein; darüber hinaus soll ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen den Versicherungen vorgesehen werden.

Diese Vorschläge widersprechen allen aufgestellten und begründeten Prüfparametern: Das Selbstbestimmungs- und Wahlrecht der Bürgerinnen und Bürger würde in verfassungswidriger Weise beschränkt. Noch mehr Bürokratie und Überwachung, insbesondere durch die Erfassung der einzelnen Einkommensarten, wären die Folge. Die private Krankenversicherungswirtschaft würde in Bezug auf ihr angestammtes Betätigungsfeld, nämlich die Vollversicherung für Krankheitsfälle, in verfassungswidriger Weise enteignet. Die Vorschläge halten am überholten Umlageverfahren fest.

Schon allein deshalb ist das Modell nicht zukunftsfähig: Was bei 90 Prozent der Bevölkerung nicht mehr richtig funktioniert, wird bei 100 Prozent nicht besser funktionieren. Die Begründung – umfassende Solidarität aller Bürger und notwendige Umverteilung von oben nach unten – kann schon deshalb nicht überzeugen, weil mit der Einbeziehung weiterer Beitragszahler auch neue Leistungsberechtigte hinzukommen. Diese Reformvorschläge – geprägt von überholten Ideologien umfassender staatlicher Fürsorge – halten einem Realitätstest nicht stand. Hinzu kommt, dass wieder nur bei der Einnahmeseite der GKV angesetzt wird und die Reformnotwendigkeiten für das gesamte Gesund-

heitssystem nach klaren ordnungspolitischen Vorstellungen nicht berücksichtigt werden.

Hybridmodell

Die Reformvorschläge von CDU/CSU stellen als Formelkompromiss eine Kombination aus Pauschalprämiensystem („Kopfpauschale“) und einkommensabhängigen Beiträgen dar. Der Arbeitgeberbeitrag zu den GKK soll auf 6,5 Prozent des Bruttolohnes eingefroren werden. Die Pauschalprämien sollen für beide Ehepartner entrichtet, die Beitragszahlungen für Kinder und Zuschüsse für Einkommensschwache dagegen durch staatliche Mittel – Zuschlag auf die Einkommenssteuer – finanziert werden. Vorgesehen ist, dass Arbeitgeber und Rentenversicherungsträger ihre Beiträge an eine Clearingstelle überweisen, die wiederum die individuell gezahlten Prämien aufstocken soll.

Dieses Modell hat zwar im Gegensatz zur Bürgerversicherung den Vorteil, dass es sich „nur“ auf den bisherigen Versichertenkreis der GKV bezieht, also darüber hinaus Wahlmöglichkeiten der privaten Vorsorge offen lässt. Es ist aber vor dem Hintergrund der Prüfparameter zu kritisieren, weil es – gemessen am vorhandenen System der GKV – nicht mehr Wahlmöglichkeiten für die Bürgerinnen und Bürger und nicht mehr Leistungswettbewerb eröffnet, weil es zu mehr statt weniger Bürokratie führen wird (Einführung einer neuen Clearingstelle), weil erhöhte staatliche Zuschüsse notwendig werden, weil es die Transparenz des Gesundheitssystems eher einschränkt und wieder nur an der Finanzierungsseite der GKV ansetzt.

Das Hybridmodell, basierend auf zwei miteinander unvereinbaren Denkschulen – zum einen der Schule, die mit Kopfpauschalen die Finanzierung der GKV von der Lohnbezogenheit radikal lösen will (eher die Position der CDU), zum anderen der Schule, die vorsichtig die GKV weiterentwickeln will durch Einführung staatlicher Zuschüsse aus sozialen Gründen (eher das Modell der CSU) –, wird folglich den Prüfparametern ebenfalls nicht gerecht.

In den Koalitionsverhandlungen von SPD und CDU/CSU ist die Frage der Reform des Gesundheitssystems offen gelassen worden, weil die jeweiligen Konzepte zu weit ausei-

inander liegen. Sie soll im Laufe dieses Jahres beantwortet werden, möglicherweise in der Form einer Kompromissfindung aus Bürgerversicherung und Hybridmodell. Dabei könnten die folgenden Überlegungen eine Rolle spielen.

Das SVR-Modell

In seinem Jahresgutachten 2004/2005 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung (SVR) lange vor der Bundestagswahl und vor Bekanntwerden des Wahlergebnisses ein Modell vorgelegt, das „eine Synthese aus ‚Bürgerversicherung‘ und ‚Kopfpauschale‘ darstellen soll“¹⁸. Es umfasst folgende Elemente:

– Die Wohnbevölkerung der Bundesrepublik soll verpflichtet werden, die so genannte „Bürgerpauschale“ zu zahlen. Der gesamte PKV-Markt soll in dem neuen einheitlichen Versicherungsmarkt aufgehen.

– Der Leistungskatalog beschränkt sich auf die medizinisch notwendigen Leistungen nach dem Vorbild der GKV.

– Die Beiträge werden als einkommensunabhängige Pauschalbeiträge erhoben. Ihre Höhe differiert in Abhängigkeit von der jeweiligen Kasse. Eine Beitragsdifferenzierung nach individuellem Krankheitsrisiko, nach Alter oder Geschlecht darf nicht stattfinden. Das System ist nach dem Umlageprinzip organisiert. Es kann durch Elemente der Kapitaldeckung ergänzt werden.

– Die beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen Ehegatten entfällt. Bei beitragsfreier Mitversicherung von Kindern bis zum Alter von 20 Jahren soll die „Bürgerpauschale“ im Durchschnitt 198 Euro betragen.

– Für die Krankenversicherungen, die diese Basissicherung anbieten, besteht Kontrahierungszwang.

– Ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich zwischen allen diese Basissicherung anbietenden Versicherungen – die alten GKK und die in eine neue Unternehmensform überführten privaten Krankenversicherungen

¹⁸ Vgl. SVR (Anm. 4), Randnr. 510 ff.

– soll den Wettbewerb zwischen den Versicherungen sichern (wie dies funktionieren soll, bleibt das Geheimnis des SVR).

– Für Personen mit geringem Einkommen soll ein sozialer Ausgleich stattfinden – der SVR geht davon aus, dass 38 Prozent der Bevölkerung zuschussberechtigt sein werden und dieser staatliche Zuschuss 30 Milliarden jährlich umfassen wird.

– Die derzeitigen Arbeitgeberbestandteile der Krankenversicherungsbeiträge sollen als Bestandteil der Bruttolöhne ausbezahlt werden.

Der SVR versäumt es, die einzelnen Elemente des Modells zu begründen. So wird zum Beispiel nicht gesagt, warum er es in verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigender Weise für geboten hält, die PKV von ihrem angestammten unternehmerischen Betätigungsfeld abzuschneiden, warum eine Beitragsdifferenzierung nach individuellem Gesundheitsrisiko, Alter und Geschlecht nicht vorgenommen werden darf und was mit einer „neuen Unternehmensform“ gemeint ist.

Positiv ist anzumerken, dass es dem SVR um eine Abkoppelung der Gesundheitsbeiträge von den Arbeitskosten geht und dass er prinzipiell für mehr Wettbewerb zwischen den Versicherern eintritt. Kritisch bleibt festzuhalten, dass der SVR – offenbar auf Grund politischer Opportunität – eine Synthese von zwei völlig unvereinbaren Vorstellungswelten anstrebt.

Die Vorschläge des SVR sind – wie jene von SPD und Bündnis 90/Die Grünen und von CDU/CSU – mit den Prüfparametern unvereinbar: Staatliche Zuschüsse zum Gesundheitswesen in der Höhe, wie sie der SVR kalkuliert hat, lassen sich angesichts der vorhandenen Staatsverschuldung in keiner Weise rechtfertigen, geschweige denn aufbringen. In diesem System werden vorhandener privatwirtschaftlicher Wettbewerb im Bereich der PKV aufgehoben und die Vergleichsmöglichkeiten im dualen Versicherungssystem eingeebnet. Die SVR-Vorschläge sind zudem nicht mit dem Prinzip der Nachhaltigkeit vereinbar: Sie enthalten nur erste Ansätze für die Einführung von Kapitaldeckungselementen, und es besteht die Gefahr, dass zukünftige Ausgabensteigerungen durch weitere staatli-

che Zuschüsse aufgefangen werden sollen. Im Übrigen: Ein sozialer Ausgleich für 38 Prozent der Bevölkerung ist – weil viel zu hoch angesetzt – mit dem Subsidiaritätsprinzip nicht vereinbar.

Insgesamt ist also festzuhalten, dass es den Vorschlägen des SVR an ordnungspolitischer Stringenz mangelt, und es bleibt zu hoffen, dass die Große Koalition sich nicht an diesen Vorschlägen orientiert.

Eine zukunftsfähige Reformperspektive

Das deutsche Gesundheitssystem, das sich in seiner Dualität prinzipiell bewährt hat, sollte nicht radikal verändert, sondern evolutorisch weiterentwickelt werden. Nur ein sorgfältiges, an ordnungspolitischen Leitvorstellungen orientiertes Gesamtkonzept, das alle möglichen Rückwirkungen in Wirtschaft, Gesundheitssystem und bei den Bürgerinnen und Bürgern mit bedacht hat, wird auf Dauer die heutigen Probleme lösen und damit zukunftsfähig sein. Deshalb kann auch die vollständige Privatisierung der Krankenversicherung, wie sie von der FDP vorgeschlagen wird, nicht überzeugen. In Übereinstimmung mit den genannten und begründeten Prüfparametern macht die Weiterentwicklung des dualen Versicherungssystems folgende Maßnahmen erforderlich:

– Schrittweiser Übergang zu mehr privater Vorsorge dadurch, dass die Versicherungspflichtgrenze auf keinen Fall weiter erhöht, sondern wieder auf das Niveau von 3 375 Euro gesenkt wird, das vor dem 1. Januar 2003 herrschte. Es gilt, die Möglichkeit zur freiwilligen Versicherung bei den GKK für diejenigen zu überdenken, deren Verdienst oberhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Es gibt für sie keinen Grund, ein System staatlicher Fürsorge in Anspruch zu nehmen. Gleichzeitig sind versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld aus dem Katalog der GKK-Leistungen herauszunehmen.

– Die Leistungen der GKK sind auf eine Grundsicherung zu begrenzen. So sollten private Unfälle, das Krankengeld und der gesamte Zahnersatz aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden und jedermann die Möglichkeit eröffnet werden, sich in diesen Bereichen privat mit einer Zusatzversicherung abzuschern. Dies allein könnte die GKK um den jährlichen Betrag von 28 Milliarden Euro entlasten, und der Beitrag könnte um bis zu drei Prozentpunkte gesenkt

Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit

werden.¹⁹ Gerade im Bereich der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes sollte die Gesundheitsprophylaxe weiter dadurch angeregt werden, dass die Versicherten erstens die von ihnen verursachten Kosten über die Abrechnungen zur Kenntnis nehmen müssen und zweitens durch ein gesundheitsbewusstes Verhalten die Gelegenheit bekommen, etwa über Beitragsrückgewähr zu sparen.

– Auch im Bereich der GKK sind schrittweise Anteile der Beiträge für Kapitaldeckung vorzusehen. Dies wären geeignete Maßnahmen im Sinne von Nachhaltigkeit und Generationengerechtigkeit.

– Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehefrauen ist überholt und sollte abgeschafft werden. Dies würde zu mehr Einnahmen bei den GKK führen.

– Um die Beiträge langfristig von der Lohnentwicklung abzukoppeln, sollte der Arbeitgeberanteil auf 6,5 Prozent festgeschrieben werden.

– Zwischen GKV und PKV sollten ordnungspolitische Voraussetzungen für einen echten Leistungswettbewerb geschaffen werden. Dies gilt insbesondere für die Erleichterung des Wechsels bisher GKV-Versicherter zur PKV. Ein echter Systemwettbewerb im gegliederten dualen Krankenversicherungssystem der Bundesrepublik hätte etwa auch zu berücksichtigen, dass die GKK im Gegensatz zu den PKV-Unternehmen keiner Steuerzahlungspflicht unterliegen, kein Eigenkapital bilden müssen und die Solvabilitätsbestimmungen auf sie nicht angewandt werden.

– Die evolutorische Weiterentwicklung des GKV-Systems darf sich nicht nur auf die Einnahmeseite beziehen, sondern muss auch – bei aller Bejahung des medizinischen Fortschrittes – mit Reformen auf der Ausgabenseite einhergehen: So sind die Wiedereinführung der so genannten Positivlisten, die ordnungspolitisch gebotene Förderung des Leistungswettbewerbs in der Pharmaindustrie und die Intensivierung der Krankheitsprävention durch mehr Gesundheitserziehung und die Schaffung von weiteren Anreizen, sich gesundheitsbewusst zu ernähren und zu verhalten, erneut zu überdenken.

Das deutsche Gesundheitswesen durchlebt einen aufwändigen Wandlungsprozess. Wandel bedeutet im Gesundheitsbereich immer die Anpassung an technische und wissenschaftliche Neuerungen. Möglichst wirkungsvoll soll danach Krankheit vorgebeugt, Gesundheit erhalten oder wiederhergestellt werden. Dieser durch neue Technologien oder durch neues praxisrelevantes Wissen bedingte Wandlungsprozess ist immer mit dem Versuch verknüpft, die Qualität des Systems gesundheitlicher Sicherung stetig weiter zu steigern. Eine zweite Wandlungsbewegung lässt sich hiervon sehr genau unterscheiden. Sie besteht in der zunehmenden Orientierung an Kosteneinsparungen und Leistungsreduzierungen. Bezeichnenderweise wird zunächst an diese zweite Wandlungsbewegung gedacht, wenn über Gesundheit im Kontext der Diskussion über die Sicherung der Sozialsysteme gesprochen wird. Gesundheit wird damit zu einem Kostenfaktor. Die Aufrechterhaltung einer gleich bleibend hohen Versorgungsqualität, die dem deutschen Gesundheitswesen immer wieder bescheinigt wird,¹ ist damit nicht mehr nur von der Qualität möglicher technischer Neuerungen und wissenschaftlicher Erkenntnisse abhängig. Zur

Ulrich Bauer

Dr. PH, geb. 1971; Juniorprofessor an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld. ullrich.bauer@uni-bielefeld.de

Besonderer Dank für wichtige Anregungen gilt Maren Koletzko, Kathrin Lottmann und Lukas Slotala.

¹ Vgl. Cathy Schoen et al., Taking The Puls Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries, in: Health Affairs (Millwood), (2005) 5, S. 509–525.

¹⁹ Vgl. PKV-Reformkonzept (Anm. 1), S. 8.

Disposition steht auch, ob eine Gesundheits-sicherung auf hohem Niveau, die allen Bevölkerungsgruppen frei zugänglich ist, zukünftig noch für bezahlbar und damit für machbar befunden wird.

Was wird heute als Ökonomisierung diskutiert?

Augenblicklich steht gerade das deutsche Gesundheitswesen unter einem immensen Einsparungsdruck. Es geht dabei auch darum, wie viele seiner Aufgaben weiterhin von öffentlicher und wie viele in Zukunft von privater Seite getragen werden sollen. Das deutsche Gesundheitswesen steht damit vor einer grundlegenden Veränderung, die nicht anders als in den übrigen Feldern sozialstaatlicher Sicherung erlebt wird: Einsparungen bedeuten Einschränkungen. Wenn heute also immer wieder Reformen im Gesundheitswesen gefordert werden, ist damit zumeist der Prozess der Ökonomisierung gemeint. Was aber beinhaltet dieser? Bei der Beantwortung dieser Frage müssen zwei Arten des Begriffsverständnisses von Ökonomisierung unterschieden werden.

Erstens: Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist kein neues Phänomen. Im Hintergrund stand stets der Versuch, die Kosten für Gesundheitsausgaben niedrig zu halten. Der Beginn der Ökonomisierung im Gesundheitswesen fällt daher mit der Institutionalisierung eines Systems gesundheitlicher Sicherung zusammen. Die Orientierung des Versorgungssystems (Medizin, Pflege, Pharmazie etc.) an den Kriterien der Effektivität inklusive der Kosteneffektivität war dabei von Beginn an eingeschlossen. Diese Form der Ökonomisierung ist mit der Gewährleistung egalitärer Teilhabechancen im Gesundheitswesen jedoch lange Zeit vereinbar gewesen. Sie war und ist angesichts der weitgehenden Finanzierung aus solidarisch kalkulierten Zwangsbeiträgen eine gesundheitspolitische Notwendigkeit.

Zweitens: In der zweiten, heute immer gebräuchlicheren Variante dient Ökonomisierung als Chiffre, die analoge Begrifflichkeiten wie Liberalisierung und marktwirtschaftliche De-Regulierung umfasst. Diese Begriffe erfüllen eine Leitfunktion. Im Gesundheitswesen ist damit vor allem die Orientierung des

gesundheitsbezogenen professionellen Handelns an seiner betriebswirtschaftlichen Nutzenoptimierung bzw. Gewinnmaximierung verbunden. Ökonomisierung in diesem Sinne wird insbesondere dann deutlich, wenn die aus der gewinnmaximierenden Logik resultierenden Motive stärker sind als professionelle Qualitätsstandards (zu denen auch die aus der medizinischen Ethik und dem Grundgesetzauftrag resultierende Orientierung an *equity* = *Gleichheit* gehört). Diese zweite Form der Ökonomisierung scheint gegenwärtig einem sich selbst verstärkenden Prozess gleichzukommen. Dessen absehbare Folgen bedrohen die soziale Substanz der Gesundheitspolitik und führen zu einer nach Kaufkraft gestaffelten Verteilung von Leistungen.¹²

Ökonomisierung als Mittel und Zweck

Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist also nicht neu. Neu ist die Intensität und Radikalität, mit der sich ein ökonomisches Gewinninteresse durchsetzt. Der Public-Health-Wissenschaftler Hagen Kühn spricht diesbezüglich von einer Verkehrung der Zweck-Mittel-Relation in der Organisation des deutschen Gesundheitswesens: „Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.“¹³ Ökonomisierung zielt hiernach vor allem auf das private Erwirtschaften von Gewinnen aus gesundheitlichen Dienstleistungen. Insofern stellt der Begriff der Privatisierung eine wichtige ergänzende Bezeichnung dar: Privatisierung ist einerseits Ausdruck einer Intensivierung von Ökonomisierungstendenzen, die privatwirtschaftliche Gewinninteressen im Gesundheitsbereich immer deutlicher hervortreten lassen. Diese Entwicklung verweist auf Veränderungen der Versorgungsorganisation. Privatisierung steht andererseits für eine Entwicklung, durch die jedem Versicherten, Patienten oder Nutzer

¹² Vgl. Ullrich Bauer/Rolf Rosenbrock/Doris Schaefer, Stärkung der Nutzerposition im Gesundheitswesen – gesundheitspolitische Herausforderung und Notwendigkeit, in: Bernhard Badura/Olaf Iseringhausen (Hrsg.), Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Bern 2005, S. 187–201.

¹³ Hagen Kühn, Die Ökonomisierungstendenz in der medizinischen Versorgung, in: Gine Elsner/Thomas Gerlinger/Klaus Stegmüller (Hrsg.), Markt versus Solidarität. Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg 2004, S. 25–41.

„Es ist heute nicht vermittelbar, dass der Zugang zur privaten Krankenversicherung nur bestimmten Bevölkerungsgruppen offen steht, denen es offensichtlich gesundheitlich und finanziell besser geht als der Mehrheit der Bevölkerung. Wie das neue System im Detail aussieht, wird ausführlich beraten.“

*Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt
(11. 11. 2005)*

des Gesundheitswesens ein höheres Maß an Eigenverantwortung übertragen wird. Gesundheit wird damit immer mehr zu einer Privatangelegenheit. Beide Aspekte der Privatisierung sollen im Folgenden differenziert betrachtet werden.

Privatisierung der Versorgungsstrukturen

Privatisierung im Bereich der Versorgungsstrukturen bedeutet, dass Einrichtungen der medizinischen Versorgung von der öffentlichen in private Trägerschaften übergehen. Diese Entwicklung betrifft das Gesundheitswesen sektorenübergreifend (also auch Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen), wirkt sich im Moment jedoch im Krankenhausbereich besonders auffällig aus. Über die Trägerschaften bzw. Eigentumsverteilungen der einzelnen Krankenhäuser geben die verfügbaren Statistiken zuverlässig Auskunft, und damit kann ein allgemeiner Trend zur Privatisierung durchaus belegt werden (vgl. *Tabelle 1*). Unklarheit besteht dagegen noch immer über zahlreiche Details der Krankenhausprivatisierung. Die tatsächlichen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in privatisierten Einrichtungen lassen sich somit nur schwer abschätzen.

Eine Empirie der Krankenhausprivatisierung kann daher bisher nur fallstudienartig orientiert sein (was einen weiteren Forschungsbedarf deutlich anzeigt). Dafür dienen die bisherigen Beispiele privatisierter Einrichtungen, die zumeist sehr schnell zum Widerstand der Beschäftigten und damit zu einer öffentlichen Thematisierung führten. Die Privatisierung der *Hamburger Landesbetriebs Krankenhäuser* ist hier beispielgebend.

Tabelle 1: Krankenhäuser (KH) und Trägerschaft im Zeitvergleich. Entwicklung zwischen 1990 und 2003

Jahr	Öffentliche Krankenhäuser		Freigemeinnützige Krankenhäuser		Private Krankenhäuser	
	Insgesamt	Betten	Insgesamt	Betten	Insgesamt	Betten
1990	1 043	387 207	843	206 936	321	22 779
2003	689	265 520	737	187 271	442	46 994
Trend (in Prozent)	-34	-31	-13	-10	38	106
Anteil (KH) (in Prozent)	36		39		25	

Quelle: Vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft. Zahlen, Daten, Fakten 2004/05, Düsseldorf 2005, S. 16. Hier eigene Berechnungen und Darstellung.

Das zurzeit größte deutsche Klinikunternehmen Asklepios hält 49,9 Prozent des Landesbetriebes und wird ab 2007 74,9 Prozent der Anteile übernommen haben. Der Hamburger Landesbetrieb hat bereits die bestehende Tarifbindung aufgelöst. Wie bei der geplanten Privatisierung der Universitätsklinik Gießen/Marburg wird eine Reduzierung der Gehälter, der Abbau von Stellen, eine Erhöhung der Wochenarbeitszeit, die Streichung von Schicht- und Überstundenzulagen, eine grundsätzliche Befristung von Arbeitsverträgen sowie die Verkürzung von Kündigungsfristen angestrebt. Die Loslösung aus einer tarifrechtlichen Bindung ist indes – wie man vorschnell annehmen würde – kein alleiniges Merkmal privatisierter Einrichtungen. Das landeseigene Gesundheitsunternehmen der Berliner Charité-Kliniken (mit 15 000 Beschäftigten das größte Universitätsklinikum Europas und Berlins größter Einzelbetrieb) erlebt eine vom SPD-PDS-Senat und Unternehmensvorstand gemeinsam getragene Forderung nach Ausweitung der Arbeitszeiten und Einkommenskürzungen. Die arbeitsrechtliche Tarifbindung wird damit auch in Berlin ausgesetzt.

Folgen prospektiver Finanzierung

Die Zunahme der Arbeitsbelastungen beim medizinischen Personal muss also nicht zwangsläufig das Ergebnis von Privatisierungen sein. Auch die Einrichtungen in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft orientieren sich an betriebswirtschaftlichen

Rentabilitätskalkülen. Dies wird durch Neuregelungen der Kostenabrechnung im Bereich der stationären Versorgung besonders forciert. Bei der Reform der Kostenfinanzierung im Krankenhaus steht die Einführung der so genannten prospektiven Finanzierung im Mittelpunkt. Als prospektive, „leistungsbezogene“ Finanzierungsformen werden Budgetregelungen zusammengefasst, durch welche die Krankenhäuser zur Kostenreduzierung gedrängt werden. Im Gegensatz zur früheren retrospektiven Finanzierung, bei der höhere Liegezeiten und ein hoher Personalaufwand den Krankenkassen „in Rechnung gestellt“ werden konnten, verlagert das System der prospektiven Finanzierung nun den Kostendruck auf die Krankenhäuser.¹⁴ Mit dem im Jahr 2000 verabschiedeten Gesundheitsreformgesetz (GMG) wurde so ein vereinheitlichendes Entgeltsystem eingeführt, durch das die Verrechnung von Liegezeiten und Behandlungskosten durch Fallpauschalen geregelt wird. Mit der sukzessiven Einführung von Fallpauschalen hat sich der Wettbewerbsdruck in der Krankenhausversorgung nun dadurch erhöht, dass Gewinne nicht mehr durch aufwendigere Behandlungsverfahren erwirtschaftet werden können. Der Verrechnungssatz für eine Behandlung bleibt nach der diagnostischen Einstufung stabil (darum Pauschale). Allein die Kosten für die Behandlung (technischer und personeller Aufwand) können noch durch die Krankenhäuser reguliert werden. Entsprechend hoch ist der Rationalisierungsdruck in den Kliniken selbst.

Rationalisierung und Rationierung

Patientenbezogene Entscheidungen werden als Folge prospektiver Finanzierungsformen zunehmend durch die einzelwirtschaftlichen Ziele der Krankenhäuser bestimmt. Die strenge Budgetorientierung führt in der Behandlungspraxis dazu, dass wichtige medizinische Leistungen sozial selektiv erbracht werden, das heißt, wichtige Versorgungsleistungen werden durch den Versuch zu Kostenverringerungen rationiert. In der internationalen Diskussion sind die Probleme krankenhäuswirtschaftlicher Rationalisierung und

¹⁴ Vgl. Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Anpassungsprozesse der Krankenhäuser an die prospektive Finanzierung, Berlin 2001.

Rationierung – als Personalverknappung und als Verknappung medizinischer Leistungen aus ökonomischen Gründen – bereits erkannt.¹⁵ Weniger und schlechter ausgebildetes Klinikpersonal (quantitativer und qualitativer Stellenabbau) führt zu höheren Komplikationsraten während der Behandlung sowie insgesamt zu einer höheren Mortalitätsquote unter den Patienten. Auf Seiten des Personals steigt die Fluktuation, Arbeitsunfälle passieren häufiger, die Arbeitszeitverdichtung und psychische Belastung aufgrund der Unsicherheit des Arbeitsplatzes sowie die Burn-out-Rate nehmen zu. Solche Negativentwicklungen für das Klinikpersonal galten bisher als US-amerikanisches Phänomen, sie stellen mittlerweile aber auch in Deutschland eine gut sichtbare Folge voranschreitender Ökonomisierungs- und Privatisierungstendenzen dar.¹⁶

Gesundheit in Eigenverantwortung

Prozesse der Ökonomisierung und Privatisierung stehen bisher für die Entwicklung einer kontinuierlichen Mittelverknappung im Gesundheitswesen. Knappe Güter werden mehr und mehr nach der Zahlungsfähigkeit ihrer Empfänger vergeben. Wer mehr als das durch die Pauschalsätze der Krankenkassen Gewährleistete erwartet, muss dafür selbst zahlen. Die qualitativ hochwertige Versorgung ist damit kaum noch in ein solidarisches Vergabeprinzip eingebettet. Hochwertige Versorgung muss bezahlt werden, private Beiträge und Zusatzaufwendungen sind hier längst die Regel, nicht mehr die Ausnahme. Der Aspekt der Privatisierung berührt in der Debatte um gesundheitliche Sicherung jedoch noch einen weiteren Punkt. Die Privatisierung von Gesundheit muss heute wörtlich verstanden werden. Sie stellt einen Prozess dar, durch den die einzelnen Akteure für ihre Gesundheitssicherung mehr und mehr selbst verant-

¹⁵ Vgl. Friedrich Breyer/Hartmut Kliemt/Felix Thiele (Hrsg.), *Rationing in Medicine. Ethical, Legal and Practical Aspects*, Berlin u. a. 2002.

¹⁶ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), *Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten*, Berlin 2005, S. 321 (Ziffer 410); Maria Schubert/Bianca Schaffert-Witvliet/Sabina De Geest, Auswirkungen von Kosteneinsparungsstrategien und Stellenbesetzung auf die Ergebnisse von Patienten und Pflegefachpersonen. Eine Literaturübersicht, in: *Zeitschrift Pflege*, 18 (2005), S. 320–328.

wortlich gemacht und damit in die Pflicht genommen werden. Die Idee der Eigenverantwortung hat sich – in den Reformprozessen seit den neunziger Jahren – als durchaus kompatibel erwiesen, um eine Synthese mit neoliberalen Positionen einzugehen. Diese Verbindung entfaltet eine enorme Bindungskraft unter allen politischen Akteuren, gerade weil sie vorzugeben vermag, progressive Leitbilder (seit den siebziger Jahren die Versuche zu einem gesundheitlichen *Empowerment*) und konservative Strömungen („fördern und fordern“) zu integrieren. Kaum kritisch reflektiert wird dabei, ob gerade die alten, eher progressiv ausgerichteten Leitbilder durch den Prozess der politischen Instrumentalisierung hindurch ihren emanzipativen Gehalt bewahrt haben.

Die aktuelle Entwicklung lässt viele Zweifel aufkommen. Tatsächlich wird der Versorgungssektor nicht emanzipatorischen, sondern Gewinninteressen untergeordnet. Für die Akteursebene bedeutet dies die Privatisierung von Gesundheit. Nicht die Einbeziehung des aktiven Subjekts (im Sinne einer Steigerung des Selbst-Managements, des *Empowerments* usw.) ist hierbei problematisch, sondern die Annahme, dass jeder Nutzer des Gesundheitswesens über die individuellen und sozialen Ressourcen verfügt, um die erwarteten Selbst-Leistungen auch tatsächlich erbringen zu können. Umso problematischer ist heute, den immer wieder postulierten Wandel von der gesundheitlichen Fremd- zur Selbstverantwortung als universellen, alle gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen einbeziehenden Wandel zu verstehen. Übergangen wird damit, dass es sich hierbei primär um einen Wandel der Patientenrolle handelt. Die für diesen „Rollenwandel“ notwendigen Kompetenzen und Ressourcen sind in den mittleren und oberen Sozialmilieus durchaus voraussetzbar, nicht aber in den unterprivilegierten, ressourcenarmen Milieus. Vor allem hier sind Probleme des eigenverantwortlichen Gesundheitshandelns zu verorten. Gerade die Vernachlässigung der Bevölkerungsgruppen, die einen erhöhten Bedarf an begleitender Information und Beratung, Vorbeugung und Therapie haben, zeigt den Prozess der Erosion solidarischer Sicherungsprinzipien im Gesundheitswesen an.¹⁷

¹⁷ Vgl. Ullrich Bauer/Uwe H. Bittlingmayer, Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung, in: Klaus

Inzwischen wird immer deutlicher, dass die Produktion und Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten unmittelbar an die Nutzung des Versorgungssystems gekoppelt ist. Eine unzureichende gesundheitliche Versorgung betrifft dabei vor allem sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Die Benachteiligungsproblematik wird dabei in doppelter Hinsicht zu einer Grundproblematik des Gesundheitswesens:

Erstens: Zum einen muss das Risiko der Gesundheitsschädigung sozial ungleich getragen werden. Analysen zur Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen verweisen immer wieder darauf, dass die Erkrankungswahrscheinlichkeit (einschließlich des Schweregrads einer Erkrankung) von Faktoren gesellschaftlicher Ungleichverteilung direkt abhängig ist.¹⁸ Ressourcenarmut und Ressourcenreichtum besitzen hiernach manifesten Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und damit auf den Grad der Angewiesenheit auf Versorgungsleistungen.

Zweitens: Zum anderen besteht die Bedeutung benachteiligender Lebensbedingungen in einer Verringerung des Selbsthilfepotenzials der Betroffenen. Hierin liegt eine in der bisherigen Debatte viel zu oft vernachlässigte Spezifik sozialer Benachteiligung. Sowohl die Verteilung von Gesundheitsrisiken als auch die Fähigkeit, Erkrankungen vorzubeugen, sie frühzeitig zu therapieren und zu bewältigen, ist sozial ungleich verteilt. Dieselben Gruppen, die das größte Risiko tragen, zu erkranken, behindert zu sein oder frühzeitig zu sterben, verfügen zugleich über nur eingeschränkte Möglichkeiten zur Kontrolle ihrer Lebensumstände. Sie haben die geringsten Einkommen und den niedrigsten Bildungsgrad. Sie verfügen kaum über Gestaltungsmöglichkeiten und erfahren am wenigsten Unterstützung durch soziale Netze („social support“) der gegenseitigen Hilfe und Kooperation.¹⁹

Hurrelmann/Ulrich Laaser/Oliver Razum (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. vollst. überarb. Aufl., Weinheim (i. E.).

¹⁸ Vgl. Sachverständigenrat (Anm. 6).

¹⁹ Vgl. Ullrich Bauer, Das Präventionsdilemma. Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung, Wiesbaden 2005.

Fremd- und Selbstzwänge der Gesundheitspolitik

Die wachsende Versorgungsungleichheit droht zu einem Kernproblem der Entwicklung im Gesundheitswesen zu werden. Das deutsche Gesundheitssystem reproduziert diese Ungleichheiten und ist unter den Vorzeichen zunehmender Ökonomisierung nicht imstande, kompensatorisch entgegenzuwirken. Für diese offensichtliche Fehlsteuerung lassen sich unterschiedliche Begründungen nennen. Eine davon lautet, dass der Handlungsradius nationalstaatlicher Regelungen mehr und mehr eingeschränkt wird. Der wachsende Einfluss der Europäischen Union, so das geltende EU-Recht, der Euro-Stabilitätspakt etc., verpflichtet die nationalen Gesundheitssysteme auf eine Politik der Kostenreduktion.¹⁰ Die Notwendigkeit der Kostendämpfung wird dadurch immer wieder als Drängen zur Privatisierung öffentlicher Güter interpretiert. Gleichzeitig wird mit internationalen Wettbewerbsordnungen der Versuch unternommen, öffentlich subventionierte Angebote sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen unter Druck zu setzen. Die Aufrechterhaltung eines nationalen Gesundheitssystems als quasi marktfreie Zone gilt dabei nur noch als Sonderregelung mit zeitlicher Limitierung.¹¹

Solche Begründungen haben ihre Berechtigung. Im Kontext globaler Integration nehmen internationale Einflüsse auf nationale Gesundheitspolitiken zweifellos zu. Dennoch wäre es verkürzt, hier von einem reinen Fremdzwang oder von einer internationalen Determination der Entwicklung im deutschen Gesundheitswesen zu sprechen. Noch gibt es ausreichend Spielräume für nationale Gesundheitspolitiken, die aber ungenutzt bleiben. Die nationalen Akteure, damit verbunden der programmatische Entwurf einer deutschen Gesundheitspolitik und die dafür versammelte wissenschaftliche Expertise, trei-

¹⁰ Vgl. Thomas Gerlinger/Hans-Jürgen Urban, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen? Die offene Methode der Koordinierung und die Zukunft der Gesundheitspolitik in Europa, in: Hartmut Kaelble/Günther Schmid (Hrsg.), Das europäische Sozialmodell, Berlin 2004, S. 263–288.

¹¹ Vgl. Matthias G. Maucher, Dienstleistungen des Sozial- und Gesundheitsbereiches zwischen Gemeinwohlverpflichtung und Sozialmarktorientierung, in: Sozialer Fortschritt, (2005) 5–6, S. 142–149.

ben die bezeichneten Ökonomisierungstendenzen selbstständig weiter voran. Der Versuch, die Krankenkassen untereinander in einen stärkeren Wettbewerb (um Versicherte) treten zu lassen, macht deutlich, dass das deutsche Gesundheitswesen schon damit begonnen hat, sich ökonomische Selbstzwänge aufzuerlegen. Ähnlich wie mit der Strategie, die Leistungserbringer (also Ärzte, medizinische Dienstleister) zu einem Wettbewerb um niedrige Behandlungskosten zu zwingen, wenn die Krankenkassen sich ihre Vertragspartner selbst aussuchen können, wird damit nur ein Ziel erreicht: Die Qualitätsniveaus in der gesundheitlichen Versorgung werden sich weiter auseinander bewegen. Eine qualitativ hochwertige Versorgung muss man sich in Zukunft leisten können. Sie ist nicht mehr – nicht einmal mehr dem Anspruch nach – frei zugänglich.

Die Spreizung im künftigen Leistungsspektrum wird direkt über den Preis an die Nutzer weiter gegeben. Gerade die Gruppen, von denen jetzt schon bekannt ist, dass ihre ausreichende Versorgung in einem noch weitgehend egalitär organisierten Gesundheitswesen nicht gewährleistet wird, werden damit noch mehr von einem Versorgungsstandard abgekoppelt. Der Medizinsoziologe Thomas Gerlinger spricht diesbezüglich von einem Entsolidarisierungseffekt des derzeitigen auf Privatisierung und Liberalisierung zielenden Umbaus des Gesundheitssystems. Die Hauptlast tragen nach Gerlinger die chronisch Kranken. Da aber „chronische Erkrankungen in den unteren Sozialschichten weit häufiger anzutreffen sind als in der Gesamtgesellschaft, werden mit Kostenprivatisierung vor allem diejenigen belastet, die ohnehin bereits zu den schwächsten Bevölkerungsgruppen zählen.“¹²

In einen solchen Negativzirkel der Entsolidarisierung ist aktuell schwer zu intervenieren: Auch die Zusammenlegung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wäre keine Gewähr dafür, dass diese Probleme mit einem Schritt aufgelöst würden. Hier wächst sogar die Gefahr, wie das neue niederländische Modell zeigt, dass nur eine Einheitsversicherung auf niedrigem Niveau eingerichtet

¹² Thomas Gerlinger, Privatisierung – Liberalisierung – Re-Regulierung. Konturen des Umbaus des Gesundheitssystems, in: WSI-Mitteilungen, (2004) 9, S. 501–506.

wird, bei der die qualitativ bessere Versorgung immer noch privat Zusatzversichert werden muss. Auch hier wird die Differenzierung unterschiedlicher Leistungsniveaus stark zunehmen und dem Anspruch auf ein solidarisches Versicherungsprinzip entgegenlaufen.¹³

Selbstbeteiligungen als Steuerungsinstrument

Eine manifeste Kostenverlagerung von der öffentlichen Hand zu den privaten Haushalten hat längst stattgefunden. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes verschiebt sich die Finanzierungsstruktur im Gesundheitswesen zulasten der privaten Haushalte. Die öffentliche Hand hat bis 2003 rund 12 Prozent weniger für Gesundheitsausgaben (einschließlich Einkommensleistungen, Zuschüssen etc.) aufgewendet als im Vergleichsjahr 1992. Dagegen sind die privaten Kosten im selben Zeitraum (1992 bis 2003) um rund 70 Prozent angestiegen (vgl. *Tabelle 2*).

Tabelle 2: Gesundheitsausgaben öffentlicher und privater Haushalte

Träger und Ausgaben (in Mill. Euro)	1992	2003
Öffentliche Haushalte	21 151	18 786
Private Haushalte	17 391	29 409

Quelle: Statistisches Bundesamt 2005.

Der steigende Anteil privater Kosten wird mit der Begründung legitimiert, erhöhte Zahlungen seien ein Anreiz für gesundheitsrelevantes Verhalten. Selbstbeteiligungen werden also als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument aufgefasst. Diese Begründung ist jedoch nur zum Teil zutreffend. Tatsächlich werden auf dem Weg der Selbstbeteiligungen unübersehbar große Einsparungen auf Seiten der öffentlichen Träger möglich. Gleichzeitig soll auf diese Weise das individuelle Kostenbewusstsein gesteigert werden. Die Nutzer des Gesundheitswesens kompensieren durch Kostenprivatisierung den Ausfall der öffentlichen Hand (und das über steigende Beiträge zur Sozial-

und Krankenversicherung hinaus). Ökonomische Mehrbelastungen und die negativen Folgen für die Versorgungsqualität – wie der Aufbau von Nutzungsbarrieren und das Rückzugsverhalten unterprivilegierter Gruppen – werden bewusst in Kauf genommen.¹⁴

Eine solche politische Zielperspektive entspricht dem Zeitgeist des aktivierenden Sozialstaates. Diesem liegt eine spezifische Sichtweise des Konsumentenverhaltens zugrunde. Durch den Einfluss des betriebswirtschaftlichen Paradigmas haben sich in der Debatte über die Zukunft sozialstaatlicher Sicherung genuin ökonomische Hintergrundannahmen durchsetzen können. Eine dieser Annahmen ist die Vorstellung, dass das Handeln der Individuen lediglich ökonomischen Nutzenkalkülen folgt (die Vorstellung eines *homo oeconomicus*). Das aus der Versicherungswirtschaft stammende Motiv des „Moral Hazard“ ist hier beispielgebend. *Moral Hazard* – wörtlich übersetzt als sittliche Gefährdung – soll das angebliche Phänomen bezeichnen, bei dem mit der Versicherung eines Risikos zum einen die individuelle Risikoneigung zunimmt und zum anderen ein pauschaler Beitragssatz dazu verführt, finanzielle Einsätze durch die Inanspruchnahme von Mehrleistungen wieder auszugleichen (auch dann also, wenn hierfür keine medizinische Notwendigkeit vorliegt). Das Kernargument lautet: Nur wer spürt, was er verursacht, ist vorsichtig mit der Kostenentstehung.

Der neoliberale Motor der Gesundheitsreform

Das Motiv des Moral Hazard ist richtungweisend für eine Gesamtstrategie, die auf den Abbau sozialstaatlicher Sicherungsprinzipien zielt. Die dabei zugrunde gelegte ökonomische Handlungstheorie gilt definitiv als unterkomplex, wenn sie am Stand der aktuellen Fachdiskussion gemessen wird. Dass sie hingegen immer noch Anwendung finden kann, muss als Merkmal der aktuellen Dominanz neoliberaler Positionen angesehen werden. Das gilt sowohl in wissenschaftlicher als auch in praxisbezogener Hinsicht. Die Ökonomisierung im Gesundheitswesen scheint damit einerseits an eine gesellschaftliche Gesamt-

¹³ Vgl. Stefan Greß, *Krankenversicherung und Wettbewerb*. Das Beispiel Niederlande, Frankfurt/M. 2005.

¹⁴ Vgl. ebd.

entwicklung gekoppelt, in deren Zuge über die Fähigkeit und vor allem über den Willen des Staates diskutiert wird, soziale Sicherung auch weiterhin als genuin öffentliche Aufgabe anzunehmen. Gesundheitspolitik ist damit Bestandteil einer seit den neunziger Jahren anhaltenden weltweiten expansiven Privatisierungspolitik, von der öffentliche Güter und Dienstleistungen insgesamt erfasst wurden (neben dem Gesundheitsbereich auch die Energie- und Wasserversorgung, das Bildungswesen etc.).¹⁵ Andererseits aber erfährt der Ökonomisierungstrend gerade im Gesundheitsbereich eine spezifische Radikalisierung. Die Diskussion im Gesundheitswesen zeichnet sich dadurch aus, dass Gegenpositionen kaum Raum finden können. Aktuelle Kontroversen beziehen sich nahezu ausnahmslos auf die Nuancen und Details der betriebswirtschaftlichen Umsetzung. Der Gesamttrend aber wird nicht thematisiert und damit auch nicht in Frage gestellt.

Dabei wäre gerade für die deutsche Reformdiskussion ein kritischer Seitenblick wichtig. Das Beispiel der US-amerikanischen Gesundheitspolitik ist zugleich eines neoliberaler Gesundheitsreformen. Die USA wenden heute rund 15 Prozent ihres Bruttoinlandsproduktes (BIP) für Gesundheitsausgaben auf. Sie sind damit Spitzenreiter im Vergleich der OECD-Länder, gleichzeitig ist der Wirkungsgrad ihres weitgehend marktregulierten, also privatisierten Systems der gesundheitlichen Sicherung einer der ineffektivsten. Rund 45 Millionen Amerikaner waren im Jahr 2005 nicht krankenversichert, die durchschnittliche Säuglingssterblichkeit befindet sich nach Angaben des Human Development Report der Vereinten Nationen auf dem Niveau eines Entwicklungslandes.¹⁶ Friedhelm Schwarz und Reinhard Busse hielten daher schon in den neunziger Jahren fest: „Die Lieblingsidee der Reagan-Administration war die Vorstellung, dass jeder Haushalt in den USA sich auf private Kosten seine persönliche Krankenversicherung kauft und dass gegebenenfalls der Staat mit Steuererleichterungen aushilft, wenn die eigenen Einnahmen

dazu nicht ausreichen. Zum Ende dieser Ära, nachdem 40 Millionen Amerikaner gar nicht und 40 Millionen unterversichert waren, offenbarte sich auch auf politischer Ebene das Scheitern dieser Vorstellung. Interessanterweise gibt es dennoch deutsche Gesundheitspolitiker und Experten, die unverändert auch bei uns von einer Vielfalt von Krankenversicherungstarifen schwärmen.“¹⁷

Diese ökonomische Eindimensionalität der aktuellen Diskussion wird dann problematisch, wenn unkoordinierten marktwirtschaftlichen Mechanismen eine Steuerungsfunktion zugetraut wird. Die Neoliberalisierung von Gesundheit droht Solidaritätsstrukturen zu zersetzen, die sehr wohl als Qualitätsmerkmal einer Gesellschaft und ihres Systems der sozialen Sicherung anzusehen sind.¹⁸ Auf solche Gefahren für eine sinnvolle Reform des Gesundheitswesens muss heute umso dringender hingewiesen werden.

¹⁵ Vgl. Barbara Dickhaus/Kristina Dietz, Öffentliche Dienstleistungen unter Privatisierungsdruck. Folgen von Privatisierung und Liberalisierung öffentlicher Dienstleistungen in Europa, Berlin 2004.

¹⁶ Vgl. United Nations Development Programme (UNDP), Human Development Report, New York 2005.

¹⁷ Friedrich Wilhelm Schwartz/Reinhard Busse, Die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems, in: Bernhard Blanke (Hrsg.), Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994, S. 403–419.

¹⁸ Vgl. Richard Wilkinson, Kranke Gesellschaften. Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Wien 2001.

Die demographische Herausforderung der Alterssicherung

Die gegenwärtige Situation der öffentlichen Rentenkassen ist durch eine starke Anspannung gekennzeichnet. In der Öffentlichkeit wird dies mit Erstaunen registriert, da die vergangenen Jahre insbesondere durch

Werner Sesselmeier

Dr. rer. pol., geb. 1960; Professor an der Universität Koblenz-Landau, Institut für Sozialwissenschaften, Abteilung Wirtschaftswissenschaft, August-Croissant-Str. 5, 76829 Landau, und federführender Herausgeber der Zeitschrift Sozialer Fortschritt. sesselmeier@uni-landau.de

Reformen des Alterssicherungssystems gekennzeichnet waren, die das System langfristig stabilisieren sollten. In dem Wort „langfristig“ liegt nun auch das Missverständnis: Mit den Reformen wurde das Ziel verfolgt, die Alterssicherung gegenüber der demographischen Entwicklung abzusichern. Das jetzige Ungleichgewicht zwischen Einnahmen und Ausgaben resultiert dagegen aus der anhaltenden Wachstumsschwäche und der damit verbundenen unbefriedigenden Beschäftigungssituation, die in hoher Arbeitslosigkeit, rückläufiger sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und verhaltener Lohnentwicklung zum Ausdruck kommt.¹ Gleichwohl hängen kurzfristig und langfristig bedingte Einnahmenprobleme über die Bestandteile der Rentenformel zusammen. Ziel dieses Beitrags ist es, die Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf das bestehende Alterssicherungssystem aufzuzeigen und die Reformschritte zu erläutern. Dabei wird sich zeigen, dass sich diese Maßnahmen im Einklang mit Reformen in den anderen Bereichen der sozialen Sicherung befinden und sich mit ihnen auch der grundlegende Charakter des deutschen Sozialstaats verändern wird.

Es ist bekannt, dass die deutsche Bevölkerung – wie die der meisten EU-Länder auch – altert und schrumpft. Deshalb seien an dieser Stelle nur einige wenige, aber aussagekräftige Zahlen genannt:² Betrachtet man die Ergebnisse der aktuellen zehnten koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2003, so wird die Konsequenz insbesondere der Entwicklung von Fertilität und Mortalität sein, dass der Anteil der unter 20-Jährigen an der Gesamtbevölkerung von heute 21,3 Prozent innerhalb der nächsten 50 Jahre auf 16 Prozent fällt, der Anteil der über 60-Jährigen sich von heute gut 23 auf 37 Prozent erhöht und sich damit fast verdoppelt. Im Zuge dieser Strukturverschiebung ist davon auszugehen, dass innerhalb der nächsten 50 Jahre die deutsche Wohnbevölkerung in Abhängigkeit von der Nettozuwanderung (200 000 Personen jährlich) von derzeit 82 auf 75 Millionen schrumpfen wird. Aufgrund des hohen Anteils älterer Menschen entwickelt sich die Bevölkerungszusammensetzung somit von einer Pyramide hin zu einer eher urnenähnlichen Form. Der höhere Anteil Älterer wird sich jedoch nicht nur quantitativ bemerkbar machen, sondern auch durch eine weiterhin zunehmende Lebenserwartung, was auch ein steigendes Durchschnittsalter mit sich bringt. Eine analoge Entwicklung durchläuft das Erwerbspersonenpotenzial. Je nach Prognose wird die Zahl der Erwerbspersonen bis zum Jahr 2040 um etwa 15 bis 30 Prozent gegenüber der gegenwärtigen Situation abnehmen bei gleichzeitiger Alterung der Erwerbspersonen.

Es ist allerdings nicht so, dass diese prognostizierten Entwicklungen in Gänze erst demnächst auf die Rentenkassen einwirken. Vielmehr verschärfen sie nur Probleme, die sich bereits in den vergangenen 35 Jahren angebahnt haben. So stieg die Zahl der Rentner je 100 Beitragszahler von 50 im Jahr 1970 auf

¹ Vgl. SVR, Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06, Wiesbaden 2005, Ziffer 457 (SVR = Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung).

² Vgl. Statistisches Bundesamt, Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – Ergebnisse der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Wiesbaden 2003.

gegenwärtig 69. Das Renteneintrittsalter nur für Altersrenten sank im gleichen Zeitraum von 64,3 auf 63,1 Jahre, das für Alters- und Erwerbsminderungsrenten gemeinsam von 61,5 auf 60,7 (was für die vergangenen Jahre bereits wieder einen Anstieg bedeutet). Im Gegenzug stiegen sowohl die Rentenbezugsdauer von 11,1 auf 16,8 Jahre als auch der Beitragsatz von 17 auf 19,5 Prozent.¹³

Bei der Zunahme der Lebenserwartung interessiert sich die Rentenpolitik insbesondere für die so genannte fernere Lebenserwartung einer oder eines 65-Jährigen. Denn von dieser Restlebenserwartung wird die Länge des Rentenbezugs bestimmt. Im Durchschnitt wird derzeit eine 65-jährige Person jedes Jahr um über 50 Tage älter als eine Vergleichsperson des Vorjahrgangs. Daraus folgt, dass sich in den nächsten 30 Jahren die Rentenbezugsdauer um vier Jahre verlängern wird.

Das bisherige deutsche Alterssicherungssystem in seinen Grundzügen

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) gehört zum Typ der kategorialen, also auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe beschränkten Sozialversicherungen mit Beitragsfinanzierung, die auf eine (teilweise) Lebensstandardsicherung insbesondere der unselbstständig Beschäftigten ausgerichtet sind und die man in Anlehnung an die von Bismarck in den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts in Deutschland eingeführten Regelungen als Systeme des Bismarck-Typs bezeichnet.¹⁴ Die GRV stellt im Spektrum möglicher institutioneller Lösungen eine eindeutige Versicherungslösung dar und ist damit für den deutschen Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat geradezu idealtypisch. Innerhalb der GRV werden allerdings nicht nur die normale Altersrente, sondern eine Vielzahl anderer Rentenbezugsgründe abgedeckt. In grober Einteilung lassen sich drei Leistungsarten unterscheiden: Renten wegen Erreichen der Altersgrenze, wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Todes (Hinterbliebenenrente). In den ersten beiden

¹³ Vgl. Wirtschaft und Unterricht. Informationen aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln für Pädagogen, Nr. 6/2005.

¹⁴ Vgl. Diether Döring, Die Zukunft der Alterssicherung. Europäische Strategien und der deutsche Weg, Frankfurt/M. 2002.

Leistungsfällen übernehmen die Renten somit eine Lohnersatzfunktion, indem sie an die Stelle des aufgrund von Alter oder Invalidität nicht mehr zu beziehenden Erwerbseinkommens treten. Die Hinterbliebenenrenten übernehmen dagegen eine Unterhaltersatzfunktion, das heißt, sie treten an die Stelle des vom Verstorbenen erhaltenen Unterhalts. Zur Sicherstellung dieser Lohn- und Unterhaltersatzfunktionen orientiert sich die Rentenhöhe an der relativen Position der hinter den Beiträgen stehenden Einkommen innerhalb der Einkommenshierarchie. Die Höhe der gesetzlichen Rente ist letztendlich eine politische Entscheidung und eben nicht – wie bei privaten Versicherungen – eine Funktion der Beiträge. Der Gesetzgeber hat dabei das Interesse der Rentnerinnen und Rentner an einer möglichst hohen Rente mit dem Interesse der Beitragszahler an möglichst geringen Beiträgen miteinander zu kombinieren. Gerade dieser Ausgleich muss unter dem Druck der demographischen Entwicklung neu justiert werden.

Dieser Interessenkonflikt und damit die Finanzierung der GRV über Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge rücken den Arbeitsmarkt in den Mittelpunkt. Das Beschäftigungsverhältnis wird im bestehenden kategorialen System zur entscheidenden Größe für den Bezug und die Ausstattung der Rente. Lohnhöhe und Lebensarbeitszeit bestimmen aufgrund der Rentenformel die später zu erwartende Rente. Arbeitslosigkeit und andere Ausfallzeiten führen somit zu geringeren Rentenleistungen. Die Veränderungen der Arbeitswelt – persistente Arbeitslosigkeit, Abkehr vom Normalarbeitsverhältnis, dienstleistungsorientierter Strukturwandel¹⁵ – verdeutlichen, dass die GRV wie die anderen Sozialversicherungen immer noch weitgehend der Problemlage des beginnenden Industriezeitalters mit seinen Stereotypen entspricht.

Die GRV ist zwar mit einem Anteil von rund 80 Prozent an den Gesamteinnahmen der Personen über 65 die wichtigste, aber nicht die einzige Säule des deutschen Alterssicherungssystems. Die GRV stellt das Regelsystem dar, ergänzt um die Zusatzsysteme der betrieblichen Altersversorgung und der

¹⁵ Siehe hierzu Kilian Bizer/Werner Sesselmeier, Reformprojekt D. Wie wir die Zukunft gestalten können, Darmstadt 2004.

Vielzahl privater Vorsorgemöglichkeiten. Insofern entspricht auch die deutsche Altersversicherung im Prinzip dem unter anderem von der Weltbank immer wieder geforderten Drei-Säulen- bzw. Drei-Schicht-Modell, wenn auch nicht hinsichtlich der Ausgestaltung und Größenordnungen der jeweiligen Schichten. Dass insbesondere die zweite Schicht, also die betriebliche Altersversorgung, in Deutschland mit etwa 5 Prozent im internationalen Vergleich unterentwickelt ist, liegt auch an der starken Position der ersten Schicht. Die restlichen 15 Prozent kommen aus verschiedenen Quellen, wie etwa private Rentenversicherungen, Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung oder auch Erwerbseinkommen.¹⁶

Es liegt auf der Hand, dass das umlagefinanzierte Rentensystem seine bisherige Aufgabe – die weitgehend alleinige einkommensmäßige Absicherung der im Einzelfall unbekanntens Zeitspanne zwischen dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und dem Todeszeitpunkt – nicht mehr erfüllen kann, wenn sich das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Rentene Empfängern wie prognostiziert entwickelt.

Antworten auf die demographische Herausforderung

Die demographische Entwicklung in Deutschland spricht dagegen, dass das umlagefinanzierte Rentensystem in seiner derzeitigen Form als allein den Lebensstandard sicherndes System aufrechtzuerhalten ist. Deshalb muss eine Veränderung des Systems vorgenommen werden, die eine Stabilisierung der Renteneinkommen insgesamt gewährleistet. Dafür gibt es aber keinen Königsweg, sondern eine solche auf Stabilität gerichtete Reform des Rentensystems ist immer vom bereits existierenden System abhängig. Deshalb muss jeder Reformentwurf diesen Nebenbedingungen Rechnung tragen, um als rentenpolitisch angemessen zu gelten. Ausgehend vom deutschen System der gesetzlichen Rentenversicherung, das in seinen Grundprinzipien auf der Lebensstandardsicherung der Rentner und der Umlagefinanzierung sei-

¹⁶ Vgl. BMGS (Hrsg.), Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission, Berlin 2003, S. 71 f. (BMGS = Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung).

ner Leistungen basiert, sind sowohl eine die GRV ergänzende Finanzierungsform denkbar als auch Reformen, die innerhalb des Umlagesystems wirken.

Reformen innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung

Innerhalb der Gesetzlichen Rentenversicherung gibt es drei Ansatzpunkte, mit denen die Folgen der demographischen Entwicklung generationenübergreifend aufgefangen werden können: eine Veränderung der Rentenformel, eine (noch) stärkere Steuerfinanzierung und eine Verschiebung des Renteneintrittsalters.

Veränderung der Rentenformel

Die Rentenhöhe richtet sich grundsätzlich nach der Höhe der in der Erwerbsphase gezahlten Beiträge. Über die Rentenformel werden daraus Entgeltpunkte, die mit verschiedenen anderen Faktoren multipliziert werden.¹⁷ Daraus ergibt sich die so genannte Teilhabeäquivalenz, die sicherstellt, „dass zum gleichen historischen Zeitpunkt jeder Versicherte durch gleich hohe Beiträge gleichwertige Anrechte auf Rentenleistungen erwirbt“.¹⁸ Zur Aufrechterhaltung der Teilhabeäquivalenz muss auch auf die demographische Entwicklung reagiert werden. In diesem Zusammenhang kann man durchaus von einem Paradigmenwechsel in der Rentenpolitik sprechen. Dieser bestand in einem Übergang von einer „ausgabenorientierten Einnahmenpolitik“ hin zu einer „einnahmenorientierten Ausgabenpolitik“, also dem Übergang von einer Politik, bei der das Leistungsniveau vorgegeben war und die Aufgabe der Politik in der Bereitstellung der erforderlichen Mittel bestand, hin zu einer Rentenpolitik, bei der ein langfristiger Beitragspfad vorgegeben wird und die Leistungen sich an diesen vorgegebenen Einnahmen orientieren. Dies dient dem politisch festgesetzten Ziel, die Beiträge bis 2020 nicht über 20 und bis 2030 nicht über 22 Prozent steigen zu lassen. Diese Zielformulierung resultiert aus dem Problem, dass die Beiträge als Lohnnebenkosten einseitig den Faktor Arbeit belasten, und der dazu parallelen Einsicht, dass die Lohnnebenkosten nach Möglichkeit gesenkt oder zumindest konstant gehalten werden

¹⁷ Vgl. Hermann Ribhegge, Sozialpolitik, München 2004, S. 116–120.

¹⁸ BMGS (Anm. 6), S. 69.

sollten. Umgesetzt wird diese Politik durch das Altersvermögensergänzungsgesetz bzw. das Alterseinkünftegesetz oder – technisch formuliert – durch die Ergänzung der Rentenformel um die Riester-Treppe und den Nachhaltigkeitsfaktor.

Die *Riester-Treppe* ergibt sich aus der Berücksichtigung der stufenweisen Anhebung des Altersvorsorgeanteils in der kapitalgedeckten privaten Alterssicherung in dem für die Rentenberechnung wichtigem Bruttoeinkommen. Damit schlägt sich die Einführung bzw. politische Forcierung der kapitalgedeckten Rentenergänzung, die zur Bewältigung der demographischen Entwicklung notwendig ist, dämpfend in der Berechnung der umlagefinanzierten GRV-Rente nieder. Die Folge davon ist, dass in den Jahren von 2003 bis 2010 die jährliche Rentenanpassung im Ergebnis – so sie es denn von der Höhe hergibt – um jeweils 0,6 Prozentpunkte gekürzt wird.

Der *Nachhaltigkeitsfaktor* soll sowohl die steigende Lebenserwartung als auch die rückläufige Geburtenentwicklung sowie Zuwanderung und Veränderungen im Erwerbsverhalten berücksichtigen. Der Grundgedanke dieser Konstruktion ist darin zu sehen, dass es bei einer relativen Zunahme der Zahl der Beitragszahler zu einer höheren Rentenanpassung kommt, wohingegen eine relative Zunahme der Rentenempfänger zu geringeren Rentenanpassungen führt. Neben dieser langfristigen, an der demographischen Entwicklung ausgerichteten Komponente hat der Faktor noch eine kurzfristige Stabilisierungswirkung, da der Anstieg der Renten auch durch einen konjunkturell bedingten Rückgang der Beitragszahler, wie es gegenwärtig der Fall ist, gebremst wird. Der Nachhaltigkeitsfaktor in der Rentenanpassungsformel, welcher bei der Rentenanpassung zum 1. Juli 2005 zum ersten Mal angewandt wurde, bewirkt folglich, dass eine Veränderung der Relation von Beitragszahlern und Rentenempfängern – sei diese Veränderung arbeitsmarktmäßig oder demographisch bedingt – sich ebenfalls in einer Dämpfung der prinzipiell lohnorientierten Anpassungsdynamik der Renten niederschlägt. Diese beträgt im Durchschnitt ca. 0,7 Prozentpunkte pro Jahr, sofern die Lohnentwicklung eine entsprechend hohe Rentenanpassung zulässt.

Bis 2010 wird es daher konzeptionell keine Rentensteigerung mehr geben, wenn im Jahr

zuvor das durchschnittliche versicherungspflichtige Einkommen nicht mindestens um 1,3 Prozent gestiegen ist; für die Zeit danach steigen die Renten um 0,7 Prozent geringer als die Entgelte des Vorjahres. Allerdings wurde im SGB VI (Gesetzliche Rentenversicherung) eine Schutzklausel installiert, die eine Rentenkürzung auf Grund dieser Konzeption verhindert. Die für die Rentnerinnen und Rentner schlechteste Lösung kann damit nur eine Konstanz der nominalen Renten sein. Dies bedeutet aber auch, dass durch die Schutzklausel Riester-Treppe und Nachhaltigkeitsfaktor in ihrer Wirkung beeinträchtigt werden und damit das Ziel der Beitragssatzstabilität verletzt wird. Im Koalitionsvertrag der Regierung Merkel steht, dass die nicht realisierten Dämpfungen nachzuholen sind. Hierfür schlägt der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten einen weiteren die Rentenformel ergänzenden Faktor vor, „der gewährleistet, dass die als Folge der Rentenschutzklausel aufgrund einer flachen Lohnentwicklung ausgefallenen Niveausenkungen in Perioden mit höheren Lohnzuwächsen und damit potenziell höheren Rentenanpassungen regelgebunden nachgeholt werden“.¹⁹ Folgt die Regierung diesem Schritt, heißt dies für die kommenden Jahre, dass faktisch kaum Rentensteigerungen zu erwarten sind.

Riester-Treppe und Nachhaltigkeitsfaktor sollen somit bewirken, dass der Beitragssatz auch langfristig die 22-Prozent-Marke nicht überschreitet, und beschränken die demographisch bedingte Belastung der Erwerbstätigen, allerdings um den Preis, dass das Bruttorentenniveau aus der GRV von derzeit 48 bis 2030 auf unter 40 Prozent absinkt.

Stärkere Steuerfinanzierung

Neben der Änderung der Rentenformel kann als zweite systemimmanente Reform an eine stärkere Steuerfinanzierung der GRV gedacht werden. Zwar werden bereits jetzt rund ein Drittel der Rentenausgaben aus dem Steuereinkommen zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben bestritten. Gleichwohl werden immer noch versicherungsfremde Leistungen über Beiträge finanziert. Versicherungsfremd sind „Leistungen, die nicht diesen Ausgleich [zwischen Personen mit einer geringen und Personen mit einer höheren Le-

¹⁹ SVR (Anm. 1).

benserwartung – W.S.] zum Ziel haben, die nicht dem Versicherungszweck (...) entsprechen, oder Leistungen an Nichtversicherte sind“.¹⁰

Ausgehend von dieser Prämisse ergeben sich eine Reihe versicherungsfremder Leistungen, deren Zuordnung wenig umstritten sein dürfte. Umstrittener ist hingegen die Einordnung der Hinterbliebenenrenten und des West-Ost-Transfers. Außerdem wird über den Charakter von Frührenten diskutiert.¹¹ Das Volumen der Leistungen der GRV, die als versicherungsfremd einzustufen sind, beträgt den vorliegenden Untersuchungen zufolge zwischen 69,1 und 98,7 Milliarden Euro für das Jahr 2003. Welcher Wert anzusetzen ist, hängt von der Einordnung der Witwen- und Witwerrenten ab. Dieser Summe standen ebenfalls 2003 Bundeszuschüsse in Höhe von 53,9 Milliarden Euro gegenüber, so dass sich eine Fehlfinanzierung von 15,2 bzw. 44,8 Milliarden Euro ergibt, die ebenfalls steuerfinanziert sein sollte.

Da die versicherungsfremden Leistungen mit ihren gesetzlich fixierten Tatbeständen schwanken, könnte alternativ auch die Einführung eines Bundeszuschusses diskutiert werden, dessen Höhe sich an der Entwicklung der Beiträge orientiert und dessen Aufgabe entsprechend der einkommenorientierten Ausgabenpolitik in deren Begrenzung zu sehen ist. Der Bundeszuschuss würde sich somit an dem Ziel der Beitragsstabilität orientieren und wäre unabhängig von der Höhe der versicherungsfremden Leistungen.¹²

Langfristig könnte die Steuerfinanzierung eine wesentlich bedeutendere Rolle als heute einnehmen, wenn sich der Trend zur Grundversicherung in der GRV manifestieren sollte.¹³

¹⁰ Ebd., Ziffer 520.

¹¹ Vgl. hierzu ausführlich Werner Sesselmeier, Gesamtgesellschaftliche Leistungen in der Gesetzlichen Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung – Abgrenzung und Umfang, Gutachten im Auftrag des DGB-Bundesvorstandes, Landau, Juni 2005, sowie SVR (Anm. 1), Ziffern 520–526.

¹² Vgl. Bert Rürup, Vom Bundeszuschuss zum Bundesbeitrag in der gesetzlichen Rentenversicherung, in: Deutsche Rentenversicherung, 59 (2004) 10, S. 586–591.

¹³ Vgl. Gerhard Kleinhenz, Marktwirtschaft und Sozialstaat: Zukunftsmodell für Deutschland, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), (2005) 43, S. 33–39.

Dies würde den Charakter des deutschen Sozialstaats dann allerdings in Richtung universalistischer Modelle verschieben und wäre keine systemimmanente Reform.

Erhöhung des Renteneintrittsalters

Die dritte Möglichkeit der systemimmanenten Reform liegt in der Verschiebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters. Auch dies wird seit längerem von der Wissenschaft gefordert und findet sich jetzt in den Koalitionsvereinbarungen wieder. Inzwischen ist sogar die Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre über einen Anpassungszeitraum von 18 Jahren hinweg – beginnend im Jahr 2012 – verabredet worden. Das hieße, dass der Jahrgang 1964 derjenige wäre, der als erster vom gesetzlichen Renteneintrittsalter von 67 Jahren betroffen wäre.

Infolge der durchschnittlich steigenden Lebenserwartung und der dadurch erhöhten durchschnittlichen Rentenbezugsdauer steigen die Ausgaben des Rentensystems. Diese Entwicklung wird zusätzlich durch die in den vergangenen Jahren verstärkt in Anspruch genommenen Frühverrentungsmöglichkeiten verschärft.¹⁴ Dies führte zu einem tatsächlichen durchschnittlichen Renteneintrittsalter, das mit gut 60 Jahren weit unter dem gesetzlichen liegt. Ziel einer Politik, die auf eine Stabilität des Systems abzielt, muss deshalb eine Erhöhung des tatsächlichen Renteneintrittsalters über den Weg der Anhebung des gesetzlichen Eintrittsalters sein. Der Effekt für die Rentenversicherung wäre ein Entlastung über zwei Wege: Es würden mehr Einnahmen auf Grund der längeren Lebensarbeitszeit des Einzelnen erzielt, und die Ausgaben würden auf Grund der vergleichsweise kürzeren Rentenbezugsdauer niedriger ausfallen.

Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit muss allerdings arbeitsmarkt-, gesundheits- und bildungspolitisch flankiert werden. Eine schrittweise Anhebung der Altersgrenzen

¹⁴ So wird gegenwärtig bei DaimlerChrysler bereits den 52- bis 54-Jährigen der Vorruhestand nahe gelegt. Vgl. Süddeutsche Zeitung Nr. 274 vom 28. 11. 2005, S. 24. Hier wurde von der Politik eine vordergründig kurzfristig sinnvolle Maßnahme ermöglicht, die langfristig aber zu großen Problemen führt. Vgl. auch Heinz Lampert, Politikversagen als Ursache der deutschen Sozialstaatskrise, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, 225 (2005) 1, 44–59.

schafft hierfür Planungssicherheit sowohl für die Arbeitnehmer als auch für die Unternehmen. Alter und Altern muss generell stärker in das Bewusstsein der Gesellschaft rücken.¹⁵

Die Gesetzliche Rentenversicherung ergänzende Reformen

Mit der Umstellung auf eine einkommenorientierte Ausgabenpolitik ging ein zweiter Paradigmenwechsel einher, der in der expliziten Aufgabe des Ziels der Lebensstandardsicherung allein durch die gesetzliche Rente bestand. Auch für langjährig Versicherte soll in der Zukunft nur eine Mischung aus gesetzlicher Rente und – staatlich massiv geförderter – ergänzender privater und betrieblicher Vorsorge ein Versorgungsniveau gewährleisten, welches an das Einkommensniveau der Erwerbsphase anknüpft. Dabei soll sich langfristig der Anteil der kapitalgedeckten Alterseinkünfte an den gesamten Rentenleistungen auf etwa 30 Prozent verdoppeln.

Für eine solche Einbeziehung kapitalgedeckter Elemente in unsere Altersvorsorge gibt es gute Gründe. Diese bestehen zum einen in der unbestrittenen Tatsache, dass in Deutschland zu wenige Kinder geboren werden und sich daran in der absehbaren Zukunft auch nichts ändern wird. Dieses Fehlen zukünftiger Erwerbstätiger und somit Beitragszahler in unserem gesetzlichen Rentenversicherungssystem betrifft in hohem Maße unser umlagefinanziertes System. Die Abwesenheit von ausreichendem Humankapital, das für die Alterssicherung aufkommen soll, muss deshalb durch andere Faktoren kompensiert werden. Eine solche Kompensation könnte die vermehrte Anhäufung von Realkapital sein. Die Einführung von kapitalgedeckten Elementen kann helfen, die fehlende Geburtenstärke durch den Produktionsfaktor Kapital zu kompensieren. Zum anderen können als Argument für eine Teilkapitaldeckung unseres Rentensystems die unterschiedlichen Risikoeigenschaften der beiden Finanzierungssysteme herangezogen werden. Sowohl das Kapitaldeckungs- als auch das Umlageverfahren besitzen spezifische Vor- und

Nachteile, wenn es um eine Risikoabsicherung geht. Das Umlageverfahren ermöglicht zum Beispiel eine sehr schnelle Anpassung an politische Veränderungen – wie beispielsweise die Wiedervereinigung – und hat einen hohen Grad an Resistenz gegenüber Inflation. Darüber hinaus ist es geeignet, eine große Menge an Risiken zu sammeln und auf eine große Menge an Personen zu verteilen. Die Vorteile des Kapitaldeckungssystems hingegen sind seine weitestgehende Immunität gegenüber der Fertilität, die Möglichkeit der Internationalisierung der Beitragszahlungen durch den Kapitalmarkt sowie seine positiven Effekte auf die gesamtwirtschaftliche Ersparnis und das Wirtschaftswachstum.

Da das Umlageverfahren auf die Stabilität und Ergiebigkeit des nationalen Erwerbseinkommens setzt, sind die so finanzierten Renten Problemen ausgesetzt, die aus der Beschäftigungs- und Lohnentwicklung sowie aus der demographischen Entwicklung resultieren. Das Kapitaldeckungsverfahren vertraut auf die Stabilität und Ergiebigkeit der nationalen und internationalen Kapitaleinkommen. Der wohl wichtigste Unterschied zum Umlageverfahren ist die Internationalisierbarkeit. Denn durch die Möglichkeit der Anlage des Altersvorsorgesparens im Ausland kann man sich – in Grenzen – von der nationalen demographischen Entwicklung und auch von der Arbeitsmarktentwicklung abkoppeln und ausländische – sich in Kapitaleinkommen und Kursgewinnen ausdrückende – Wertschöpfung zur Finanzierung der heimischen Alterseinkommen instrumentalisieren, allerdings um den Preis von Kapitalmarkt- und Wechselkursrisiken.

Ein Hybridsystem aus beiden Verfahren macht es möglich, das Gesamtsystem wie in einem Portfolio gegenüber mehreren Risiken abzusichern. Eine Erhöhung kapitalgedeckter Elemente in der Altersvorsorge ist demnach durchaus sinnvoll und sogar notwendig.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich immer die Frage danach, woher die Menschen das Geld für eine zusätzliche Absicherung im Alter nehmen sollen: Zum einen fördert der Staat den Abschluss der so genannten Riesterrenten massiv, zum anderen kommt hier noch eine weitere Reform zum Tragen, die bisher nicht erwähnt wurde, nämlich die nachgelagerte Besteuerung nach

¹⁵ Siehe hierzu das entsprechende Schwerpunktheft von *Aus Politik und Zeitgeschichte*, (2005) 49–50 und o. V., *Ältere Arbeitnehmer: Gesundheit fördern statt Einkommen kürzen*, in: *Böckler Impuls*, (2005) 20, S. 4–5.

dem Alterseinkünftegesetz. Nachgelagerte Besteuerung bedeutet, dass die Beiträge zur GRV aus unversteuertem Einkommen bezahlt, aber dafür die später daraus resultierenden Renten voll versteuert werden. Da eine an sich wünschenswerte sofortige steuerliche Freistellung aller Rentenbeiträge zu einem von unserem fiskalisch erschöpften Staat nicht verkraftbaren Steuerausfall von etwa 20 Milliarden Euro geführt hätte, wird diese Freistellung über einen Zeitraum von 20 Jahren, das heißt bis 2025 gestreckt. Daraus resultiert für die Erwerbstätigen eine steuerliche Entlastung ab 2005 von jährlich ca. einer Milliarde Euro, das heißt um insgesamt 20 Milliarden Euro bis 2025. Ab 2025 sind dann die gesamten Beiträge steuerfrei. Dies schafft zweifellos Freiräume für den Aufbau einer privaten oder betrieblichen Altersvorsorge.

Die Alterssicherungsreformen im Kontext der Sozialstaatsdebatte

Die Reformen des Alterssicherungssystems sind nur eine Baustelle innerhalb der sozialen Sicherung. Die sich ändernden Rahmenbedingungen – neben der demographischen Entwicklung sind dies die Informatisierung der Arbeit, die Heterogenisierung der Gesellschaft, der dienstleistungsorientierte Strukturwandel sowie die ökonomische und politische Globalisierung¹⁶ – erfordern Reformen im ganzen System, wenn die soziale Sicherung weiterhin ihrer Aufgabe der Sicherung vor den großen Lebensrisiken nachkommen soll.¹⁷ Diese Debatte kreist um die Begriffe „Eigenverantwortung“ bzw. „Fordern und Fördern“. Diskutiert wird dabei eine neue Arbeitsteilung zwischen Staat und Individuum sowie dem dritten Sektor. Entsprechend dieser Neuausrichtung der Arbeitsteilung werden die Systeme „bunter“, denn schließlich geht es aufgrund der historischen wie rechtlichen Pfadabhängigkeit nicht um ein „Entweder-Oder“ in den Systemen, sondern um ein „So-

¹⁶ Vgl. hierzu K. Bizer/W. Sesselmeier (Anm. 5).

¹⁷ Vgl. Werner Sesselmeier, Zwischen Solidarität und Eigenverantwortung – Bevölkerungsentwicklung und soziale Sicherungssysteme, in: Das Parlament, Themenausgabe „Zukunft der Generationen“, Nr. 19–20, 10./17. 5. 2002, S. 14 und ders., Wohlfahrtsstaaten im institutionellen Vergleich, in: Martin Held/Gisela Kubon-Gilke/Richard Sturn (Hrsg.), Normative und institutionelle Grundfragen der Ökonomik, Jahrbuch 5: Soziale Sicherung in Marktgesellschaften, Marburg 2006.

wohl-Als-Auch“. Das heißt aber auch, dass sich die Systeme im internationalen Vergleich ähnlicher werden. In nahezu allen vergleichbaren Ländern wird eine ähnliche demographische Entwicklung prognostiziert, die zu wiederum ähnlichen Maßnahmen zwingt, allerdings mit unterschiedlichen Ausgangspunkten.¹⁸ Diese Konvergenz wird zudem durch die Offene Methode der Koordinierung der EU gefördert.¹⁹ Für die deutschen Sozialversicherungen im Allgemeinen und die GRV im Speziellen geht es vor allem um die Erhaltung der Sicherungsfunktion vor dem Hintergrund des demographischen Wandels sowie um eine partielle Abkopplung vom Arbeitsmarkt, da die Beitragsfinanzierung den Faktor Arbeit verteuert und damit seine Wettbewerbsfähigkeit beeinträchtigt. Dabei sollte man den Stand der Reformen in der Alterssicherung nicht unterschätzen. Im Prinzip sind die richtigen Weichen bereits gestellt. Was jetzt noch zu leisten ist, ist eine Feinkorrektur. Andererseits hätten die Reformen aus politökonomischen Überlegungen auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt kommen dürfen. Derzeit beläuft sich das Durchschnittsalter der deutschen Wohnbevölkerung auf gut 40 Jahre, das durchschnittliche Alter der Wählerinnen und Wähler liegt bei fast 48 Jahren. Im Jahre 2020 wird sich das Durchschnittsalter der Bevölkerung auf etwa 44 Jahre erhöht haben, aber der durchschnittliche Wähler wird dann bereits über 54 Jahre alt sein. Rentenreformen, die im Interesse der Jüngeren die Älteren belasten, werden in einem demokratischen System dann zunehmend schwieriger. Dies gilt umso mehr, als Reformen der sozialen Sicherungssysteme generell einen hohen Erklärungsbedarf haben, wollen sie akzeptiert werden.²⁰ Insgesamt sollte unser Alterssicherungssystem die demographische Herausforderung bewältigen.

¹⁸ Vgl. Gerard Hughes/Jim Stewart (Hrsg.), Reforming Pensions in Europe. Evolution of Pension Financing and Sources of Retirement Income, Cheltenham 2004.

¹⁹ Vgl. hierzu Volker Schmitt, Gestaltung der europäischen Alterssicherungssysteme mit Hilfe von Benchmarkingprozessen und Indikatoren, in: Sozialer Fortschritt, 54 (2005) 5–6, S. 121–126.

²⁰ Vgl. Manuela Glaab/Werner Sesselmeier, Experimentierfeld Deutschland? Reformstrategien in der Sozialpolitik auf dem Prüfstand, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn 2005.

Michael Opielka

Gerechtigkeit durch Sozialpolitik?

Gerechtigkeit ist multidimensional. Wenn Sozialpolitik Gerechtigkeit fördern soll, wird es notwendigerweise komplex. Im Folgenden geht es um eine Reduktion dieser Komplexität, ohne sie zu verletzen. Wir konzentrieren uns auf soziale Gerechtigkeit und lassen damit andere Aspekte der Gerechtigkeit außer Acht, beispielsweise das gerechte Handeln in kleinen Gemeinschaften oder die

Michael Opielka

Dr. rer. soc., Dipl. Päd., geb. 1956; Professor für Sozialpolitik an der Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen, Carl-Zeiss-Promenade 2, 07745 Jena. michael.opielka@fh-jena.de <http://www.sw.fh-jena.de/people/michael.opielka>

Frage, wie der Einzelne göttlichen und natürlichen Gesetzen gerecht wird. Soziale Gerechtigkeit kann auf den ersten Blick vor allem als Programm gegen Ungleichheit verstanden werden.¹ Doch damit gelangt man noch nicht zur gewünschten Klarheit. Denn auch Ungleichheit hat verschiedene Dimensionen, zum Beispiel Einkommen, Vermögen, Talente, Geschlecht oder Bildung. Hinzu kommt die stets strittige Frage, was Sozialpolitik, ja Politik überhaupt und wem gegenüber verändern kann. Es scheint also sinnvoll, den Zusammenhang von Gerechtigkeit und Sozialpolitik etwas grundsätzlicher zu analysieren. Es wird sich zeigen, dass Sozialpolitik zur Gerechtigkeit in der Tat sehr wesentlich beitragen kann.

Gerechtigkeit als Tausch oder als Wert

In der gegenwärtigen Diskussion sozialer – allgemeiner: politischer – Gerechtigkeit kommt niemand umhin, auf das wohl einflussreichste Buch des 20. Jahrhunderts zu diesem Thema zu verweisen, auf John Rawls' „Eine Theorie der Gerechtigkeit“². Rawls verknüpfte die klassische Vertragstheorie mit der modernen Entscheidungstheorie, um seine Grundintuition der „Gerechtigkeit als

Fairness“ enzyklopädisch zu einer Gerechtigkeitstheorie auszuarbeiten. Begriffe wie das „Differenzprinzip“, wonach Ungleichheiten nur zulässig (und also gerecht) seien, wenn sie den je schwächsten Gesellschaftsmitgliedern nützen, oder der Gedanke, dass eine gerechte Verteilungsordnung „unter dem Schleier des Nichtwissens“ in einem „Urzustand“ gedacht werden könne, sind zu Topoi der modernen politischen Philosophie geronnen. Auf den bereits in den siebziger Jahren vorgebrachten Einwand der bald als „Komunitaristen“ bezeichneten Kritiker wie Michael Sandel und Charles Taylor, dass Rawls eine zu individualistische („unembedded“) Konzeption vertrete, antwortete dieser später, dass sein Gerechtigkeitskonzept immer politisch gesehen werden müsse, als Konzept innerhalb einer politischen Gemeinschaft. Sein Hauptgegner war die Theorie des Utilitarismus, die dem Politischen letztlich keine eigene Wirklichkeit neben den Handlungskalkülen der Wirtschaftssubjekte zuspricht. Rawls betrachtete sich als liberalen Sozialdemokraten. Seine prozeduralistische Ethik fand auch bei Autoren wie Jürgen Habermas Zustimmung.

An John Rawls schloss sich eine kaum überschaubare Diskussion an. Einer der wohl wichtigsten deutschen Rezipienten ist Otfried Höffe, der gleichwohl die Grundintention von Rawls kritisch wertet: „Am Ende stellt sich die *Theorie* selber als eine zwar raffinierte, aber doch nur wohlüberlegte Gerechtigkeitsüberzeugung dar.“³ Höffe deutet mit dem Suffix „Überzeugung“ an, dass Rawls eine Art Wertprogramm vertritt, dem gegenüber er Skepsis empfiehlt. Er selbst schlägt ein Konzept von „Gerechtigkeit als Tausch“ vor, in dem für „soziale Gerechtigkeit“ im Grunde kein Platz ist. Da Höffes Gedanken politisch-legitimativ einflussreich sind, lohnt sich eine kritische Betrachtung – zumal, wie am Beispiel eines anderen deutschen Sozialphilosophen, Wolfgang Kersting, zu zeigen sein wird, diese Gedanken noch weiter radikalisiert werden können.

¹ Vgl. dazu die Beiträge zum Thema „Ungleichheit – Ungerechtigkeit“ in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), (2005) 37 (u. a. von Otfried Höffe).

² John Rawls, Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt/M. 1975.

³ Otfried Höffe, Einführung in Rawls' Theorie der Gerechtigkeit, in: ders. (Hrsg.), John Rawls. Eine Theorie der Gerechtigkeit, Berlin 1998, S. 25.

Zunächst zur zentralen Überlegung bei Höffe: „Man sieht ein, dass im Programm der politischen Gerechtigkeit die soziale Gerechtigkeit ‚nur an nachgeordneter Stelle‘ vorkommen kann. Soweit sie nämlich in die Zuständigkeit von Recht und Staat fällt, führt sie deren Merkmal, die Zwangsbefugnis mit sich. (...) Die fehlende Begriffsbestimmung darf sich nicht mit einem Gesichtspunkt zufrieden geben, der wie die Solidarität so lange ethisch vage bleibt, wie man nicht klärt, ob sie zur geschuldeten Rechtsmoral gehört oder aber in den Bereich der *verdienstlichen Tugendmoral* hinüberschreitet. *Nur im ersten Fall ist die Gerechtigkeit gefragt, während es im zweiten Fall auf die freie Großmut der Bürger* ankommt. (...) Neuerdings versteht man die soziale Gerechtigkeit als eine Frage der Verteilung. (...) Weil dem Verteilen ein Erarbeiten vorausgeht, weil außerdem die ersten Gegenstände der politischen Gerechtigkeit, Rechte und Freiheiten (Rawls), nicht erarbeitet werden, folglich keine zu verteilenden Gegenstände sind, habe ich einen Paradigmenwechsel vorgeschlagen. Ihm zufolge stellt sich die *Verteilungsgerechtigkeit als eine sekundäre Aufgabe dar, der ... Leistungen der Tauschgerechtigkeit vorangehen.*“¹⁴

Zwei Argumentationen sind hier wesentlich: zum einen, dass soziale Gerechtigkeit etwas mit „Zwang“ zu tun habe, weil natürlich staatliche Verteilung die Erhebung von Steuern und Abgaben voraussetzt. Folgt man Höffe, dann wäre sozialer Ausgleich aber „eher zu einer christlichen Caritas oder aber, säkularisiert, zu einer Brüderlichkeit bzw. Solidarität, jedenfalls zu einer *verdienstlichen Mehrleistung, deren Anerkennung die Menschen einander nicht mehr schulden*“¹⁵, zu rechnen. Damit wird die Legitimation für Sozialpolitik als öffentliches Gut, die Rawls vertrat, untergraben. Das zweite Argument Höffes ist eher soziologisch: „Gerechtigkeit als Tausch“ meint, dass Gerechtigkeit nur auf Reziprozität beruhen kann. Er verweist auf den Durkheim-Schüler Marcel Mauss und sein aus ethnologischen Studien gewonnenes Konzept des komplexen Gaben-Tausches. Wie aber daraus in modernen Gesellschaften

eine Sozialpolitik gewonnen werden kann, bleibt im Dunkeln, sehr weit darf sie wohl nicht gehen.

Noch radikaler tritt der Philosoph Wolfgang Kersting auf, der hinter sozialer Gerechtigkeit und Sozialpolitik vor allem Neid vermutet: „Eine überbordende Gerechtigkeitsrhetorik prägt das öffentliche Gespräch sozialstaatlicher Demokratien, überflutet den Markt der Wählerbewirtschaftung und überzieht das Verteilungsgeizäck der Gruppen mit einem moralsemantischen Firnis.“ Das sind starke Worte, entnommen aus einem Aufsatz, der den „wohlfahrtsstaatlichen Grundbegriff“ der „Gerechtigkeit“ zu analysieren behauptet. Der Grund wird düster beschrieben: „Der Sozialstaat ist auf der Individualisierungssteppe der Moderne errichtet. Seine Bewohner sind Selbstverwirklichungsvirtuosen im ethischen Niemandsland, die ihre Erfolgskarrieren auf dem Markt und ihre Versorgungskarrieren im Sozialstaat mit der gleichen egozentrischen Konzentration vorantreiben. (...) Einen Markt jenseits des Egoismus-Prinzips, ein Wohlfahrtssystem des Gemeinsinns wird es nicht geben.“ In eine solche Weltsicht passt die Stimmung der vergangenen Jahre, von „Agenda 2010“ bis „Hartz IV“. Der Markt muss es richten, doch leider: „Demokratien sind gleichheitsversessen.“ Das aber ist, so Kersting, irrig: „Der Sozialstaat ist zur Sicherung der Marktmöglichkeiten der Bürger da. Er hat die Bürger zum Markt zurückzuführen, sie marktfähig zu halten. (...) Er bindet seine subsidiären Transferzahlungen an die überprüfbare Bereitschaft zur Beschäftigungsaufnahme und zur Selbstverantwortlichkeit.“¹⁶

Die Geschichte der politischen Philosophie hält glücklicherweise weitaus differenziertere Deutungsangebote bereit. Am Anfang stand die „Nikomachische Ethik“ von Aristoteles. Dieser unterschied die „allgemeine Gerechtigkeit“ (*iustitia universalis*) von der „besonderen Gerechtigkeit“ (*iustitia particularis*), die er wiederum in die Leistungsgerechtigkeit (*iustitia communitativa*) und die Bedarfsgerechtigkeit (*iustitia distributiva*) unterglie-

¹⁴ Ders., Erwiderung, in: Wolfgang Kersting (Hrsg.), *Gerechtigkeit als Tausch? Auseinandersetzungen mit der politischen Philosophie Otfried Höffes*, Frankfurt/M. 1997, S. 345 f. (Herv. M. O.).

¹⁵ Ders. (Anm. 3), S. 13.

¹⁶ Wolfgang Kersting, *Gerechtigkeit: Die Selbstverewigung des egalitaristischen Sozialstaats*, in: Stephan Lessenich (Hrsg.), *Wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe. Historische und aktuelle Diskurse*, Frankfurt/M.–New York 2003, S. 107, 115, 121, 134.

derte. Die allgemeine Gerechtigkeit ist, so Aristoteles, „nicht ein Teil der Tugend, sondern die ganze Tugend, und die ihr entgegengesetzte Ungerechtigkeit ist nicht ein Teil der Schlechtigkeit, sondern die ganze Schlechtigkeit.“¹⁷

Der Hinweis „ganze“ verweist auf die ontologische, metaphysische Möglichkeit einer Gerechtigkeitstheorie, die Georg W. F. Hegel in seinem berühmten Diktum vom „wahren Staat“ mehr als zwei Jahrtausende später aufgreifen wird: „Dahingegen besteht die Wahrheit im tieferen Sinn darin, dass die Objektivität mit dem Begriff identisch ist. Dieser tiefere Sinn der Wahrheit ist es, um den es sich handelt, wenn z. B. von einem *wahren* Staat oder von einem *wahren* Kunstwerk die Rede ist. Diese Gegenstände sind *wahr*, wenn sie das sind, was sie sein *sollen*, d. h. wenn ihre Realität ihrem Begriff entspricht. So aufgefasst ist das Unwahre dasselbe, was sonst auch das Schlechte genannt wird.“¹⁸ Dass gutes, tugendhaftes Handeln eine gute politische Ordnung voraussetzt, war für Aristoteles so gewiss wie für Hegel, der dafür den Begriff der „Sittlichkeit“ prägte. Im 20. Jahrhundert hat Theodor W. Adorno mit seinem Diktum „Es gibt kein richtiges Leben im falschen“ aus den „Minima Moralia“ (§ 18) daran angeknüpft.¹⁹

Die Kontroverse lässt sich begrifflich fassen. In *Tabelle 1* werden die Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit in eine soziologische, an Talcott Parsons anschließende Systematik¹⁰ gebracht.

¹⁷ Aristoteles, Die Nikomachische Ethik, München 1991, S. 206.

¹⁸ Georg W. F. Hegel, Enzyklopädie der philosophischen Wissenschaften im Grundrisse, in: Werke in 20 Bänden. Bd. 8, Frankfurt/M. 1970, S. 369. Vgl. Michael Opielka, Glauben und Wissen in der Politik. Zu einigen Folgen Hegels in der politischen Soziologie moderner Wohlfahrtsstaaten, in: Andreas Arndt/Karol Bal/Henning Ottmann (Hrsg.), Hegel-Jahrbuch 2005. Glauben und Wissen – Dritter Teil, Berlin 2005, S. 39–47.

¹⁹ Vgl. Robert B. Pippin, Negative Ethik. Adorno über falsches, beschädigtes, totes, bürgerliches Leben, in: Axel Honneth (Hrsg.), Dialektik der Freiheit. Frankfurter Adorno-Konferenz 2003, Frankfurt/M. 2005, S. 85–114.

¹⁰ Zur Begründung der handlungssystemischen Stufen (Level 1–4) vgl. Michael Opielka, Gemeinschaft in Gesellschaft. Soziologie nach Hegel und Parsons, Wiesbaden 2004.

Tabelle 1: Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit

Aristoteles (<i>Nikomachische Ethik</i>)	Soziale Relation (Reziprozitätstyp)	Steuerungssystem (Strukturelle Institution)	(politisches) Gerechtigkeitsprinzip	exemplarische Vertreter
iustitia communitativa	instrumentelle Assoziation, Tausch	Markt (Level 1)	Leistungsprinzip	Robert Nozick, Wolfgang Kersting
–	Citizenship	Staat (Level 2)	Gleichheitsprinzip	John Rawls, (Otfried Höffe)
iustitia distributiva	solidarische Gemeinschaft (komm. Handeln, Lebenswelt)	Gemeinschaft (Level 3)	Bedarfsprinzip	Amitai Etzioni, Michael Sandel
iustitia universalis	Wertkommunikation (politische Kultur)	Legitimation (Level 4)	Teilhabepinzip	Amartya Sen, Michael Walzer

Quelle: Eigene Darstellung.

Neben den Gerechtigkeitskonzepten, die an Tausch (Markt) und an die staatlich-politische Institutionalisierung anschließen, existieren mithin zwei weitere Gerechtigkeitskonzepte, die für die Sozialpolitik nicht minder bedeutungsvoll sind. In vormodernen, auf Familien- und Verwandtschaftsgemeinschaft basierenden Gesellschaften ist die Bedarfsgerechtigkeit die Grundlage für solidarisches Handeln. Heute wird dieses (eher partikularistische) Gerechtigkeitsprinzip unter Signaturen wie „Kommunitarismus“, „kommunikatives Handeln“, „Lebenswelt“ oder „Bürgergesellschaft“ betont. Das vierte Gerechtigkeitsprinzip schließt (universalistisch) an den Menschenrechten an, findet seinen sozialen Grund in ethischen Wertkommunikationen und damit in einer politischen Kultur, welche die Teilhabe jedes Bürgers einer Gesellschaft (bzw. jedes Menschen in der Weltgesellschaft) an allen Funktionssystemen betont. Talcott Parsons und Niklas Luhmann haben dafür den Begriff der „Inklusion“ verwendet. Die Idee der Teilhabegerechtigkeit verweist über die nationale Gesellschaft hinaus. Sie zielt, wie Amartya Sen argumentierte, auf „globale Gerechtigkeit“, die einen sozialen Wert verkörpert, der „mehr“ ist als „internationale Fairness“.¹¹ Dabei handelt es sich nicht um ein im einfachen Sinn „idea-

¹¹ Amartya Sen, Global justice. Beyond international equity, in: Inge Kaul (Hrsg.), Global public goods. International Cooperation in the 21st Century, Oxford 1999, S. 116–125.

listisches“ Konzept, vielmehr um eine Gerechtigkeitskonzeption, die zugleich die unterschiedlichen Logiken verschiedener „Sphären der Gerechtigkeit“ berücksichtigt, wie sie Michael Walzer in seinem Klassiker exemplarisch und anschaulich analysierte.¹²

Ähnlich wie diese „Sphären“ müssen auch die in den vergangenen Jahren im Gerechtigkeitsdiskurs prominenten Themen Generationengerechtigkeit oder Chancengerechtigkeit auf die überwältigenden Gerechtigkeitsprinzipien bezogen werden. Es gibt reiche Kinder und arme Alte, Chancen nur in der Jugend oder immer wieder im Lebenszyklus.

Empirie der Gerechtigkeit

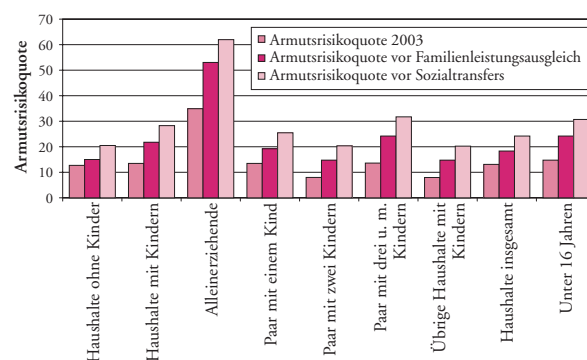
Häufig wird behauptet, zentrale wohlfahrtsstaatliche Grundbegriffe – wie „soziale Gerechtigkeit“ – hätten unterdessen diskursive Neuinterpretationen erfahren und dabei ihren einstigen semantischen Gehalt vollkommen eingebüßt.¹³ Dass dies nicht selten an begrifflichen Vereinseitigungen liegt, konnten wir im ersten Schritt zeigen. Doch auch zwischen den Diskursen der Eliten und den Intuitionen und Überzeugungen der Bevölkerung herrscht gerade hinsichtlich der Aufgabe der Sozialpolitik keineswegs Deckungsgleichheit.

Die Statistiker sind sich nicht einig darüber, ob die soziale Ungleichheit und damit möglicherweise auch die Ungerechtigkeit in Deutschland wirklich zugenommen hat. Ein klassischer Indikator ist der so genannte „Gini-Koeffizient“. Er misst die Einkommensdisparitäten zwischen dem untersten und dem obersten Quintil (Fünftel) der Einkommenshierarchie einer Gesellschaft. Im „Datenreport 2004“ des Statistischen Bundesamtes können wir nachlesen, dass die Ungleichheit von Markteinkommen und Renten in den alten Bundesländern zwischen 1991 und 2002 zugenommen hat (Gini-Koeffizient: 0,319 auf 0,368), während sie in den

¹² Michael Walzer, *Sphären der Gerechtigkeit. Ein Plädoyer für Pluralität und Gleichheit*, Frankfurt/M. – New York 1992.

¹³ So die meisten Beiträge in S. Lessenich (Anm. 6). Vgl. zum gegenwärtigen Literaturstand Michael Opielka, *Wohlfahrt und Gerechtigkeit. Ideeanalysen in der Soziologie der Sozialpolitik*, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 57 (2005) 3, S. 550–556.

Abbildung: Armutsrisikoquoten 2003 vor und nach Familienlastenausgleich und Sozialtransfers



Quelle: 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2005, S. 77.

neuen Ländern nur geringfügig stieg. Durch erhöhten sozialstaatlichen Einfluss blieb gleichwohl die Ungleichheit bei den Haushaltsnettoeinkommen in Deutschland insgesamt relativ konstant. Was allerdings zunahm, ist der Anteil der Bürgerinnen und Bürger in „relativer Armut“, also mit einem Haushaltsnettoeinkommen von weniger als 50 Prozent des Durchschnitts: Er stieg von 10,1 (1991) auf 11,1 Prozent (2002), wobei vor allem – nach einem Absinken Mitte der neunziger Jahre – der Anstieg zwischen 2001 und 2002 auffiel: von 9,4 auf 11,1 Prozent.¹⁴

Ohne sozialstaatliche Leistungen wären jene Armutsquoten freilich noch weitaus höher, wie in der *Abbildung* demonstriert. Die Wirksamkeit bereits des Familienlastenausgleichs ist signifikant, weitere Leistungssysteme reduzieren die Armutsquote weiter – auch wenn sie noch immer viel zu hoch erscheint.

Dass der Wohlfahrtsstaat zur sozialen Gerechtigkeit beiträgt, ist den Bürgern intuitiv und kognitiv klar. Mit einer Vielzahl von empirischen Analysen vor allem im Rahmen von Umfrageforschungen wurde versucht, die Gerechtigkeitsüberzeugungen der Bevölkerung zu rekonstruieren. In einer Sekundäranalyse insbesondere von Daten des ISSP (*International Social Survey Programme*) verglich Jürgen Gerhards die Vorstellungen der Bürgerinnen und Bürger der EU und der Bei-

¹⁴ Vgl. Statistisches Bundesamt, *Datenreport 2004*, Bonn 2004, S. 626 f.

trittskandidaten im Hinblick auf den Wohlfahrtsstaat (vgl. *Tabelle 2*). Dabei wurden drei Wohlfahrtsstaatskonzeptionen abgefragt:

Grundmodell (EU-Kommission, „liberal“): Befragte stimmen der staatlichen Verantwortung für mindestens zwei von drei Aufgaben zu, die eine Einkommenssicherheit im Fall von Krankheit, Alter oder Arbeitslosigkeit messen; alle restlichen staatlichen Aufgaben werden abgelehnt.

Sozialdemokratisches Modell: Befragte stimmen *zusätzlich* der staatlichen Verantwortung für mindestens eine der beiden Aufgaben „Abbau von Einkommensunterschieden“ oder „Bereitstellung von Arbeitsstellen“ zu.

Sozialistisches Modell: Befragte befürworten zusätzlich noch die gesetzliche Kontrolle von Löhnen und Gehältern.¹⁵

In einer 2003 durchgeführten Sonderumfrage im Rahmen des „Sozio-ökonomischen Panels“ (SOEP) stimmten rund 70 Prozent der Befragten dem Satz zu, „Ein Anreiz für Leistung besteht nur dann, wenn die Unterschiede im Einkommen groß genug sind“, wobei 28 Prozent mit diesem Statement „voll“ und 42 Prozent „eher“ übereinstimmten. Freilich, eine noch größere Mehrheit will die damit befürwortete Leistungsorientierung auch gleich wieder eingeschränkt wissen. Immerhin traf die Aussage, dass „der Staat (. . .) für alle einen Mindestlebensstandard garantieren“ sollte, bei 53 Prozent der Befragten auf „volle“ und bei 30 Prozent „eher“ auf Zustimmung.¹⁶ Doch könnte die Fragestellung zur verfehlten Annahme verleiten, dass die Bevölkerung nur einen Minimalsozialstaat bejaht.

Im „ALLBUS“, der „Allgemeinen Bevölkerungsbefragung der Sozialwissenschaften“ von 2000 wurde das Statement „Der Staat muss dafür sorgen, dass man auch bei Krankheit, Not, Arbeitslosigkeit und Alter ein gutes Auskommen hat“ abgefragt. Die Beto-

¹⁵ Vgl. Jürgen Gerhards, Kulturelle Unterschiede in der Europäischen Union. Ein Vergleich zwischen Mitgliedsländern, Beitrittskandidaten und der Türkei, Wiesbaden 2005, S. 189. Gerhards macht darauf aufmerksam, dass unter „sozialistisch“ allerdings gewöhnlich auch Eingriffe in die Vermögensordnung verstanden werden.

¹⁶ Peter A. Berger, Deutsche Ungleichheiten – eine Skizze, in: APuZ, (2005) 28–29, S. 7.

Tabelle 2: Unterstützung unterschiedlicher Wohlfahrtsstaatsmodelle durch die Bürger (in Prozent)

	Kein Wohlfahrtsstaat	EU-Grundmodell (liberal)	Sozialdemokratisch	Sozialistisch	Nicht klassifizierbar
EU-15	0,5	8,9	29,8	56,5	4,4
Schweden	0,7	20,2	40,9	34,5	3,7
Großbritannien	0,2	15,1	32,5	46,7	5,6
Westdeutschland	0,8	13,7	46,8	34,0	4,7
Frankreich	1,9	8,5	23,9	56,0	9,7
Ostdeutschland	0	2,8	13,9	80,7	2,6
Beitritt I	0,5	4,7	21,8	69,1	3,9
Tschechien	2,2	12,1	24,2	54,8	6,8
Polen	0,4	3,1	17,2	76,7	2,6
Ungarn	0,1	5,1	30,8	61,0	2,9
Beitritt II					
Bulgarien	0	6,7	12,1	76,7	4,6

Quelle: J. Gerhards (Anm. 15), S. 190, gekürzt.

nung lag hier also auf „gutes Auskommen“, was eine Art Lebensstandardsicherung impliziert. Bemerkenswerterweise ist hier das Antwortverhalten gegliedert nach den Parteipräferenzen (vgl. *Tabelle 3*):

Insgesamt ist die Zustimmung zu einem sozialpolitischen Gesellschaftsvertrag in Deutschland und Europa also außerordentlich hoch. Wie korrespondieren diese empirischen Beobachtungen mit den Sozialpolitikkonzeptionen und den in ihnen eingelagerten Gerechtigkeitsmodellen? Dies soll im letzten Abschnitt genauer untersucht werden.

Tabelle 3: ALLBUS-Umfrage (in Prozent)

Parteipräferenz	„Der Staat muss dafür sorgen, dass man auch bei Krankheit, Not, Arbeitslosigkeit und Alter ein gutes Auskommen hat“ (Westdeutschland/Ostdeutschland)
PDS	– / 92
Bündnis 90/ Die Grünen	86 / 91
SPD	87 / 94
FDP	77 / 86
CDU/CSU	80 / 89

Quelle: ALLBUS 2000, in: Statistisches Bundesamt (Anm. 14), S. 654.

Wohlfahrtsregime und soziale Gerechtigkeit

Inspiziert durch die einflussreichen Arbeiten von Gøsta Esping-Andersen hat sich in der vergleichenden Sozialpolitikforschung das Konzept der Wohlfahrtsregime weitgehend durchgesetzt. Wohlfahrtsregime sind komplexe Strukturmuster der Sozialpolitik, insbesondere zum Arbeitsmarkt, zum Gemeinschaftssystem, vor allem der Familie, und zur staatlichen Regulierung selbst. Esping-Andersen unterschied das liberale, das konservative und das sozialdemokratische Wohlfahrtsregime.¹⁷ Manche Autoren schlugen neben diesen drei Regimetypen als vierten Typus ein „südeuropäisches“ oder „mediterranes“ Wohlfahrtsregime, Autoren mit globaler Perspektive ein „konfuzianisches“ Wohlfahrtsregime vor. Neben diesen phänotypischen Erweiterungen wird neuerdings, mit soziologisch-gesellschaftstheoretischen Argumenten, die Erweiterung von Esping-Andersens Typologie um ein „garantistisches“, am Bürgerstatus und eher universalistischen Teilhaberechten orientiertes Wohlfahrtsregime vertreten.¹⁸

In *Tabelle 4* sind die vier Regimetypen von Wohlfahrtsstaaten und ihre Variablen zusammengestellt. Mit Hilfe der den Variablen beigegebenen Indikatoren kann der jeweilige Regimetypp ermittelt werden. Für die drei klassischen Regimetypen wurden die Zuordnungen von Esping-Andersen bzw. aus der Sekundärliteratur übernommen. Für den Typus „Garantismus“ liegen vergleichbare Berechnungen noch nicht vor, sie beruhen daher auf Schätzungen und Erfahrungswerten.¹⁹

Im Liberalismus gilt Leistung als Leitidee sozialer Gerechtigkeit. Die Folge der Marktwirtschaft ist dann legitime Ungleichheit. Freilich ist nicht erst seit dem Aufkommen

¹⁷ Vgl. Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge 1990.

¹⁸ Vgl. Michael Opielka, *Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven*, Reinbek 2004.

¹⁹ Für die Einstufung des Schweizer Sozialstaats als „weicher Garantismus“ vgl. Erwin Carigiet/Michael Opielka, *Deutsche Arbeitnehmer – Schweizer Bürger? Zum deutsch-schweizerischen Vergleich sozialpolitischer Dynamiken*, in: Erwin Carigiet/Ueli Mäder/Michael Opielka/Frank Schulz-Nieswandt (Hrsg.), *Wohlstand durch Gerechtigkeit. Deutschland und die Schweiz im sozialpolitischen Vergleich*, Zürich 2006 (i. E.).

Tabelle 4: Vier Typen des Wohlfahrtsregimes

Variable • Indikatoren	Typen des Wohlfahrtsregimes			
	liberal	sozialdemokratisch	konservativ	garantistisch
Dekommodifizierung: Schutz gegen Marktkräfte und Einkommensausfälle • Einkommensersatzquoten • Anteil individueller Finanzierungsbeiträge (invers)	schwach	stark	mittel (für „Familienernährer“)	stark
Residualismus • Anteil von Fürsorgeleistungen an gesamten Sozialausgaben	stark	schwach	stark	schwach
Privatisierung • Anteil privater Ausgaben für Alter bzw. Gesundheit an jeweiligen Gesamtausgaben	hoch	niedrig-mittel	niedrig-mittel	mittel
Korporatismus/ Etatismus ¹ • Anzahl von nach Berufsgruppen differenzierten Sicherungssystemen • Anteil der Ausgaben für Beamtenversorgung	schwach	mittel	stark	schwach
Umverteilung • Progressionsgrad des Steuersystems • Gleichheit der Leistungen	schwach	stark	schwach	mittel
Vollbeschäftigungsgarantie • Ausgaben für aktive Arbeitsmarktpolitik • Arbeitslosenquote, gewichtet nach Erwerbsbeteiligung	schwach	stark	mittel	mittel
Bedeutung von – Markt – Staat – Familie/Gemeinschaft – Menschen-/Grundrechte	zentral marginal marginal	marginal zentral marginal	marginal subsidiär zentral	mittel subsidiär mittel
Dominante Form sozialstaatlicher Solidarität	individualistisch	lohnarbeitszentriert	kommunitaristisch-etatistisch	Bürgerstatus, universalistisch
Dominante Form der sozialstaatlichen Steuerung	Markt	Staat	Moral	Ethik
Konzeptionen sozialer Gerechtigkeit	Leistungs-gerechtigkeit	Verteilungs-gerechtigkeit	Bedarfs-gerechtigkeit	Teilhabegerechtigkeit
Empirische Beispiele	USA	Schweden	Deutschland, Italien	Schweiz („weicher Garantismus“)

¹ Korporatismus = hohes Maß an unmittelbarer Aushandlung und Abhängigkeit zwischen Interessenverbänden (v. a. Gewerkschaften, Arbeitgeber) und Staat; Etatismus = hohe Bedeutung staatlicher Intervention und insbesondere des Zentralstaats.

Quelle: Überarbeitet und erweitert nach M. Opielka (Anm. 18), S. 35.

des Feminismus und seinem Hinweis auf die unbezahlte Familienarbeit von Frauen strittig, welche Leistung zählt. Auch innerhalb des Arbeitsmarktes zählen keineswegs nur „Leistung pur“, sondern Knappheit, Interessenbündelung und Status. Daran knüpft die sozialistisch-sozialdemokratische Kritik an und plädiert für eine staatlich-politische Umverteilung, die sich am Leitbild der Verteilungsgerechtigkeit orientiert. Konservative wiederum zweifeln sowohl die Leistungs- wie die Gleichheitsidee an und wollen eher Bedarfsgerechtigkeit, vermittelt in Gemeinschaftsformen; allen voran die Familie, aber auch berufsständische Formen dienen dem Konservativen als Legitimitätsquelle.

Wenn wir dieses klassische Dreieck von „Links-Mitte-Rechts“ betrachten, dann wird deutlich, warum die Sozialversicherungen mit ihrer Neideinhegung zumindest bislang in Deutschland so etwas wie einen Kompromiss der divergierenden Gerechtigkeitsideen herstellen konnten – ergänzt um das liberale Modell der „Fürsorge“ (Sozialhilfe), der Konzentration auf die „wirklich Bedürftigen“ und das konservative Modell der „Versorgung“, wie wir es in der Beamtenversorgung und heute auch in Familienleistungen (Kindergeld, Erziehungsgeld) finden. Die Leitidee des „Garantismus“ geht einen Schritt weiter, indem sie an den Bürger- und Grundrechten anknüpft, jeder Bürgerin und jedem Bürger soziale Teilhabe „garantiert“, konkretisiert vor allem im Konzept der „Bürgerversicherung“ (wie in der Schweiz, den Niederlanden oder auch in der Rentenversicherung „Social Security“ der USA) und in der Forderung nach einem „Grundeinkommen“, das jedem zusteht, ohne Arbeitsvoraussetzung.

Im Konzept „Garantismus“ werden die „sozialen Grundgüter“, die nach Auffassung von John Rawls grundsätzlich allen Menschen zustehen sollen, als positive soziale Grundrechte definiert und nicht nur, wie im „Sozialliberalismus“ von Rawls und anderen, als Kompensationen mangelnden Marktkapitals.²⁰ Während Rawls – darin in der Tradition des modernen, bei Hegel begründeten

Denkens in sozialen Relationen und Funktionen – die Gesellschaft zu Recht als Kooperationszusammenhang versteht, kommt ihm eine eigenständige wertkommunikativ-ethische Begründung von Sozialpolitik nicht in den Blick. Er bewegt sich im „nachmetaphysischen“ Mainstream der modernen, vor allem angloamerikanisch geprägten politischen Philosophie. Wenige ihrer Vertreter gestehen so offen wie Harry Frankfurt, dass ihre Auseinandersetzung um die Spannungen von Gerechtigkeit und Gleichheit „nichts Substantielles zur Lösung der Frage beibringt“, welche Sozialpolitik befolgt oder vermieden werden sollte“.²¹ Das hält sie dennoch nicht davon ab, philosophisch argumentierend normative, letztlich subjektiv-politische Positionen zu vertreten.

Die Argumentation dieses Beitrags zielt auf eine Dekonstruktion und Reflexion dieser Meinungen ab. Wenn Stefan Gosepath in einer umfangreichen Studie einen „liberalen Egalitarismus“ entwerfen will und darin „Ausnahmen von der Gleichverteilung“ vor allem für ökonomische Güter so begründet: „Die wesentliche Ausnahme von der Gleichverteilung liegt in den ungleichen Folgen der Eigenverantwortung“²², dann müsste er soziologisch nachweisen, dass im Wirtschaftsleben tatsächlich überwiegend „Eigenverantwortung“ die unterschiedliche Güterverteilung begründet – und nicht auch Erbschaften, Seilschaften oder Glück. Hier war Rawls realistischer.

Die Betrachtung der Sozialpolitik mit dem analytischen Rahmen der Wohlfahrtsregime macht sichtbar, dass soziale Gerechtigkeit realistisch nicht in der residualen Perspektive politischer Philosophen wie Otfried Höffe oder Wolfgang Kersting begriffen werden kann. Gerechtigkeit ist in einer differenzierten modernen Gesellschaft notwendigerweise mehrdimensional. Sozialpolitik institutionalisiert und dynamisiert soziale Gerechtigkeit. Sie wird umstritten bleiben, aber nichtsdestotrotz ist sie wirksam.

rigen, in: Frankfurter Rundschau v. 12. 1. 2006 (auch www.boell.de/arbeit).

²¹ Harry Frankfurt, Gleichheit und Achtung, in: Angelika Krebs (Hrsg.), Gleichheit oder Gerechtigkeit. Texte der neuen Egalitarismuskritik, Frankfurt/M. 2000, S. 38.

²² Stefan Gosepath, Gleiche Gerechtigkeit. Grundlagen eines liberalen Egalitarismus, Frankfurt/M. 2004, S. 16.

²⁰ Wie etwa bei Bruce Ackerman/Anne Alstott, *The Stakeholder Society*, New Haven–London 1999, deren Konzept einer „Sozialerbschaft“ als Vermögenstransfer an jeden 18-Jährigen neuerdings auf Deutschland übertragen wurde: Gerd Grözinger/Michael Maschke/Claus Offe, 60 000 Euro für jeden 18-Jäh-

APuZ

Nächste Ausgabe

10/2006 · 6. März 2006

Direkte Demokratie

Frank Decker

Direkte Demokratie im deutschen „Parteienbundesstaat“

Helge Batt

Direktdemokratie im internationalen Vergleich

Bärbel Martina Weixner

Direkte Demokratie in den Bundesländern

Andreas Kost

Bürgerbegehren und Bürgerentscheid in Deutschland

Uwe Kranenpohl

Bewältigung des Reformstaus durch direkte Demokratie?

Herausgegeben von
der Bundeszentrale
für politische Bildung
Adenauerallee 86
53113 Bonn.



Redaktion

Dr. Katharina Belwe
(verantwortlich für diese Ausgabe)
Dr. Hans-Georg Golz
Dr. Ludwig Watzal
Sabine Klingelhöfer
Andreas Kötzling (Volontär)
Telefon: (0 18 88) 5 15-0
oder (02 28) 36 91-0

Internet

www.bpb.de/publikationen/apuz
E-Mail: apuz@bpb.de

Druck

Frankfurter Societäts-
Druckerei GmbH,
60268 Frankfurt am Main

Vertrieb und Leserservice

Die Vertriebsabteilung der
Wochenzeitung **Das Parlament**
Frankenallee 71–81,
60327 Frankfurt am Main,
Telefon (0 69) 75 01-42 53,
Telefax (0 69) 75 01-45 02,
E-Mail: parlament@fsd.de,
nimmt entgegen:

- Nachforderungen der Zeitschrift
Aus Politik und Zeitgeschichte
- Abonnementsbestellungen der
Wochenzeitung einschließlich
APuZ zum Preis von Euro 19,15
halbjährlich, Jahresvorzugspreis
Euro 34,90 einschließlich
Mehrwertsteuer; Kündigung
drei Wochen vor Ablauf
des Berechnungszeitraumes;

Die Veröffentlichungen
in *Aus Politik und Zeitgeschichte*
stellen keine Meinungsäußerung
des Herausgebers dar; sie dienen
lediglich der Unterrichtung und
Urteilsbildung.

Für Unterrichtszwecke dürfen
Kopien in Klassensatzstärke herge-
stellt werden.

ISSN 0479-611 X

Reformen des Sozialstaates **APuZ** 8–9/2006

Irene Dingeldey

3–9 **Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung**

Reformdiskurse in Deutschland und Großbritannien beschreiben einen Wandel vom „fürsorgenden zum aktivierenden Wohlfahrtsstaat“. Anhand der neuen Ziele und Leitbilder wird deutlich, dass Letzterer komplexe Steuerungs- und Koordinationsleistungen voraussetzt – und damit letztlich eher einen Ausbau wohlfahrtsstaatlicher Intervention denn einen Abbau beinhaltet.

Bernd-Peter Lange

10–17 **Ordnungspolitische Perspektiven für die Krankenversicherung**

Das bestehende System der Gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht mehr finanzierbar. Anhand von Prüfparametern, die sich aus dem Konzept der Sozialen Marktwirtschaft und aus grundsätzlichen Vorgaben ergeben, werden die Reformkonzepte der „Bürgerversicherung“, der „Kopfpauschalen“ und des Sachverständigenrates evaluiert. Es wird eine zukunftsfähige Reformperspektive entwickelt.

Ulrich Bauer

17–24 **Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit**

Die Privatisierung von Gesundheit ist für die Zukunft der Sozialsysteme von hoher Relevanz. Es wird der Rückgang in der Stabilität des gesundheitlichen Versorgungssystems thematisiert, mit dem auch die „Gesundheit“ einer auf demokratischen Grundsätzen verfassten Gesellschaft auf dem Spiel steht.

Werner Sesselmeier

25–31 **Die demographische Herausforderung der Alterssicherung**

Die gegenwärtig angespannte Finanzsituation der öffentlichen Rentenkassen ist vor allem arbeitsmarktbedingt. Die langfristigen demographiebedingten Implikationen wurden durch systemimmanente wie systemergänzende Reformen entschärft, allerdings mit der Folge, dass die gesetzliche Rente allein den Lebensstandard nicht mehr sichert.

Michael Opielka

32–38 **Gerechtigkeit durch Sozialpolitik?**

Nur eine mehrdimensionale Perspektive auf Gerechtigkeit erscheint angemessen. Sie wird mit empirischen Befunden zu Ungleichheit und Einstellungen der Bevölkerung untermauert. Sozialpolitik institutionalisiert heute soziale Gerechtigkeit, wie die Analyse der Wohlfahrtsregime zeigt.