

Peter Bröckerhoff*

Solidarversicherung als Kulturversicherung

Social insurance as cultural insurance

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0147>

Zusammenfassung: Sozialversicherungen entlasten Individuen durch Absicherung elementarer Lebensrisiken, stiften soziale Integration, wirken demokratisierend und stellen zugleich eine rechtsförmige Rückversicherung dieser kulturellen Errungenschaften dar. Allerdings bedarf es einer genauen Reflexion des kulturellen Erbes der Sozialversicherung, damit diese sich nicht in Widersprüche mit ihrem solidarischen Anspruch verstrickt, der darin besteht, Zugang für alle Mitglieder einer politischen Gemeinschaft zu bieten.

Schlüsselwörter: Kultur; Solidarität; Sozialversicherung.

Abstract: Social insurance relieves the burdens on individuals by covering elementary life risks, promotes social integration, has a democratizing effect and at the same time represents a legal reinsurance of these cultural achievements. However, the cultural heritage of social insurance requires a precise reflection so that it does not become entangled in contradictions with its claim to solidarity which is to provide access for all members of a political community.

Keywords: culture; social security; solidarity.

Moderne Gesellschaften haben die Aufgabe, plurale Lebensformen zu integrieren und widerstreitende Vorstellungen vom Guten zu mediieren. Die Sozialversicherung ist einer der Orte, an dem dies ganz praktisch geschieht: Menschen mit den unterschiedlichsten Vorstellungen vom Guten, von Lebensqualität und Gesundheit [1] gestehen sich staatlich vermittelte Leistungsansprüche im Bedarfsfall zu. So ist zum Beispiel gleich in §1 SGB V die Rede von der „Solidar-gemeinschaft“, welche die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland bilden, um sich um die Gesundheit ihrer Mitglieder zu kümmern.

Zweifelsohne ist die öffentlich finanzierte Sozialversicherung damit eine kulturelle Errungenschaft [2]. Dass eine Gemeinschaft die Verantwortung für ihre Mitglieder trägt und sie nicht ihrem Schicksal überlässt, ist einleuchtend

wertvoll. Entscheidend an der Sozialversicherung ist die Institutionalisierung dieser Verantwortung und ihre Transformation in Rechtsansprüche.

Francois Ewald, der in der (Sozial)Versicherung den modernen Gesellschaftsvertrag erblickt, hat herausgearbeitet, wie der Sozialstaat durch seine Versicherungsförmigkeit als moralische, soziale und politische Technologie wirkt. Moralische Technologie ist die Versicherung insofern sie die Form der Zurechnung von Verantwortung vom Individuum aufs Kollektiv verschiebt. Mit der Versicherung ist nicht länger der einzelne für sein Schicksal verantwortlich – und damit von der Wohltätigkeit wohlgesonnener Mitbürger:innen abhängig. Letzteres festigt die soziale Position der Bürger:innen als Gleiche. Zudem werden Unfälle, Krankheit, Behinderung, Armut und Arbeitsunfähigkeit als soziale Fragen anerkannt, wodurch die Versicherung als Sozialtechnologie wirkt. Und eine politische Technologie entfaltet die Versicherung, insofern die Gesellschaft selbst darüber bestimmt, für welche Schäden Versicherungsleistungen geltend gemacht werden können. Damit wird klar, warum für Ewald die Versicherung der Ort ist, an dem der *contrat sociale* in moderner Form als Rechtsanspruch verhandelt wird [3].

In ihrer Institutionalisierung, so ließe sich auf Ewald aufbauend argumentieren, wirkt die Sozialversicherung als Versicherung kultureller Errungenschaften auch als Kulturtechnologie. Zur spezifischen Kultur der Sozialversicherung – hier am Beispiel der GKV in Deutschland – gehört ebenfalls zunächst eine „moralische Technologie“, die sich im Schadensausgleich zeigt, also der Kompensation von gesundheitlichen Schäden durch kollektiv gepoolte Ressourcen [4] und damit einer „chance solidarity“ [5]. Eine „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden“ gibt es laut § 52 SGB V nur in extrem begrenzter Form; Sanktionen für gesundheitliches Fehlverhalten und riskante Lebensstile gibt es in der Form nicht. Auch auf der Leistungsseite werden Individuen insofern entlastet, als dass die Solidarität mit Sozialabgaben abgegolten ist; in einem wirren Netz moderner Rollenverpflichtungen ist diese Technologie des administrativen Poolens von Ressourcen eine effizientere „moralische Arbeitsteilung“ [6], um die Erfüllung relationaler Pflichten in politischen Gemeinschaften [7] besser zu gewährleisten.

Es gibt neben dem Schadensausgleich aber noch drei weitere solidarische Umverteilungseffekte, die ex ante,

*Korrespondenz: Peter Bröckerhoff, Center for Life Ethics, Senior Research Associate, Schaumburg-Lippe-Str. 7, 53113 Bonn, Germany, E-mail: peter.broeckerhoff@uni-bonn.de

also bereits vor entstandenen Schäden greifen [8]. Das ist erstens der Risikoausgleich, sprich der Verzicht auf risiko-adjustierte Prämien. Solidarisch ist diese „risk solidarity“ [5] insofern, als dass niemand aufgrund gesundheitlicher Risikofaktoren bei der Leistungszuteilung diskriminiert und stigmatisiert wird – zweifelsohne auch eine moralische Technologie. Zweitens gibt es einen Einkommensausgleich, insofern Beiträge zur GKV einkommensproportional bemessen werden. Indem Leistungen zusätzlich unabhängig von Beiträgen sind, entkoppelt sich die soziale Beziehung in der Sphäre der Versicherung von den Spielregeln der Markttauschkooperation. Diese „income solidarity“ [5] macht die Beiträge gleichwertig und erhöht die soziale Position von Geringverdienenden. Damit wirkt die GKV als Sozialtechnologie. Drittens lässt sich eine ‚soziale‘ Solidarität identifizieren, die sich laut § 3 SGB V in der beitragsfreien Mitversicherung von geringbeschäftigten oder nicht-erwerbstätigen Familienangehörigen wie Partner:innen oder Kindern zeigt. Solidarisch ist dies, insofern die Lasten bestimmter Lebenslagen kollektiv mitgetragen werden.

Wenn Sozialversicherungen als Kulturversicherungen gleichwertiger sozialer Beziehungen ihre Wirkung voll entfalten sollen, darf der Hinweis auf die dringliche Reflexion der je kulturellen Verfasstheit dieser Systeme nicht fehlen. Während die einen das Augenmerk vor allem auf Probleme der Finanzierbarkeit im demografischen Wandel [9] richten, erkennen andere darin „demografisierende“ Argumente, welche die Vorstellung von der Unbezahlbarkeit des Sozialstaats schüren [10]. Hier sollen in Abgrenzung davon vor allem die Herausforderungen benannt werden, die strukturell mit der Kultur der GKV verknüpft sind.

Ein erstes Problem erscheint durch neue, technologisch vermittelte Tendenzen zur Reindividualisierung. Bonusprogramme ermöglichen es, auch in der GKV Vergünstigungen zu erhalten [11]. Solange dies nicht zu Nachteilen derer führt, die sich nicht an den Bonusprogrammen beteiligen, scheint dies mit dem gesetzlichen Diskriminierungsverbot vereinbar. Allerdings können diese Bonusprogramme v.a. bei drei Gruppen indirekt zu Nachteilen führen: Personen, die auch sehr gute Gesundheitsdaten aus Privatheit nicht teilen; Personen, die krankheitsbedingt nicht konkurrieren können; Personen, die sich auf anderen Wegen für die öffentliche Gesundheit einsetzen [12]. Nicola Jentzsch weist auf das Phänomen des „Unraveling“ hin: Haben Akteure den Anreiz, Informationen offenzulegen, so werden diejenigen mit den besten Signalen, in der Versicherung z.B. Sportler:innen, dies tun. Alle anderen aber, die dies nicht tun, z.B. alleinerziehende Mütter, ziehen sich die Vermutung zu, schlechte Signale zu haben, z.B. ungesunde Lebensstile, die mit höheren Kosten belegt sind. Um dies zu verhindern, geben immer mehr Akteure ihre Daten frei.

Diese scheinbar freiwillige Offenlegung kann soziale Norm werden – zumal die Nicht-Offenlegung mit dem Stigma der Vermutung belegt ist, schlechte Versicherungsrisiken zu verschleiern [13].

Dies macht sichtbar, dass die Sozialversicherung die Funktion sozialer Kontrolle innehat [14]; mit Blick auf die gemeinsamen Ressourcen gehört dazu, dass Individuen überwachen wollen, welches Verhalten Anspruch auf Leistungen verwirkt. Dieser Effekt ist selbstverstärkend, wie eine Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung zeigt. Individuen, die selbst elektronische Mittel wie Fitnesstracker mitunter für die Weitergabe der Daten an Krankenkassen zur Teilnahme an Bonusprogrammen nutzen, befürworten signifikant häufiger bestimmte Entsolidarisierungsoptionen [15]. Als Folge lösen sich die kulturellen Vorteile des Primats kollektiver Verantwortung schleichend zugunsten einer Re-Individualisierung von Verantwortung auf.

Ein zweites Problem liegt im kulturellen Erbe der Erwerbsarbeit als Zugangskriterium zur Sozialversicherung. Die beitragsfreie Familienversicherung bietet zwar schrankenlosen Zugang zu allen Leistungen. Zugang erhält diese Personengruppe aber nicht durch ihren eigenen, immensen und unbezahlten Beitrag zur Gesellschaft, der häufig in Care-Arbeit liegt [16]. Auf die materiellen Folgen wie Altersarmut, vor allem bei Frauen, wird seit rund vierzig Jahren hingewiesen [17]; auch die Reproduktion familialer Formen und die Stabilisierung von Machtgefügen zu Ungunsten der Frauen wurde schon vor 35 Jahren erkannt [18]. Nimmt man den kulturellen Anspruch der Gleichwertigkeit von Beiträgen ernst, sollte Care-Arbeit ein eigenständiges Zugangskriterium zur Sozialversicherung sein.

Und schließlich zeigen sich auch Defizite mit Blick auf die politische Technologie der Demokratisierung. Betroffene haben faktisch kein Mitbestimmungsrecht, welche Leistungen erstattet werden sollen, und welche nicht. Es liegt auf der Hand, dass die Entscheidung darüber anhand objektiver Kriterien erfolgen muss. Maßgeblich sind hier Sach- und Fachkenntnisse, sowie Wirtschaftlichkeit und Sicherheit. Fragen zur Behandlung z.B. am Lebensende oder in der Pränataldiagnostik haben aber tiefgehende ethische und sozialpolitische Implikationen und bedürfen daher einer breiten Mitbestimmung der Betroffenen. Fehlt diese Basis, kann es zu einem kriterialen Übergewicht einer primär biogenetischen, evidenz-basierten Medizin kommen. Unreflektiert bleibt, dass es sich dabei nur um *eine* scheinbar wertfreie medizinische Praxis handelt, die allerdings selbst eine bestimmte kulturelle Formation darstellt, die soziokulturelle Einflüsse auf die Biologie vernachlässigt und darum nicht immer ein hilfreiches Angebot über alle soziokulturellen Varianzen hinweg darstellen muss

[19, 20]. Dies widerspricht einer „Solidargemeinschaft“, die einen Zugang für alle verspricht.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Der Autor ist der alleinige Autor. Der Autor trägt Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und hat der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. **Finanzierung:** Diese Arbeit wurde unterstützt durch den Open Access Publikations-fond der Universität Bonn. **Interessenkonflikt:** Der Autor erklärt, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. **Ethisches Statement:** Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author participation: The author is the sole author. The author is responsible for the entire contents of this article and has agreed to submit the manuscript. **Funding:** This work was supported by the Open Access Publication Fund of the University of Bonn. **Conflict of interest:** The author states no conflict of interest. **Ethical statement:** Primary data for human nor for animals were not collected for this research work.

Literatur

1. Bröckerhoff P, Evers-Wölk M, Sonk M, Pein K, Krings B-J, Weinberger N, et al. Primat der Lebensqualität in alternden Gesellschaften. *Dtsch Arztebl* 2020;117:A2464–8.
2. Kaufmann F-X. *Sozialstaat als Kultur*. Wiesbaden: Springer VS, 2015.
3. Ewald F. Die Versicherungs-Gesellschaft. *KJ* 1989;22:385–93.
4. Horne LC. Two conceptions of solidarity in health care. *Soc Theory Pract* 2023;49:261–85.
5. Lehtonen T-K, Liukko J. Producing solidarity, inequality and exclusion through insurance. *Res Publica* 2015;21:155–69.
6. Lösche J. *Solidarität als moralische Arbeitsteilung*. Münster: Mentis, 2015.
7. Hussain W. The common good. *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, 2018.
8. Kochskämper S, Pimpertz J. Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? *IW Trends* 2015. <https://doi.org/10.2373/1864-810X.15-01-07>.
9. Werding M, Läßle B. Finanzrisiken für den Bund durch die demographische Entwicklung in der Sozialversicherung: Reformszenarien. Köln: Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo Köln), 2022.
10. Heusinger J. Demografisierung als Strategie im Krisendiskurs. In: Bleck C, Van Rießen A, editors. *Soziale Arbeit mit alten Menschen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2022:61–77.
11. Bundesgesundheitsministerium. Wahltarife, Bonusprogramme und Zusatzleistungen. BundesgesundheitsministeriumDe 2023. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/wahltarife-bonusprogramme-und-zusatzleistungen>. Accessed: 24 Oct 2023.
12. Wooten C. Die Vermessung des Menschen – Selftracking zur Selbsterkenntnis? *Frankfurter Allgemeine Zeitung Verlagsspezial Krebsmedizin im Wandel* 2016:V1.
13. Jentzsch N. Auflösung der Privatsphäre - Ende der Solidarität? In: DIW Berlin — Deutsches Institut, für Wirtschaftsforschung e. V., editors. *DIW Wochenbericht*, 2016.
14. Landes X. The normative foundations of (social) insurance: technology, social practices and political philosophy. 2013:27.
15. Böning S-L, Maier-Rigaud R, Micken S. Gefährdet die Nutzung von Gesundheits-Apps und Wearables die solidarische Krankenversicherung? Bonn: Friedrich Ebert Stiftung, 2019.
16. Evers-Wölk M, Bröckerhoff P, Krings B-J, Pein K, Sonk M, Weinberger N, et al. Ein Netz der solidarischen Pflege aufspannen. *Pflegezeitung* 2020;73:55–8.
17. Kickbusch I, Riedmüller B, editors. *Die Armen Frauen: Frauen und Sozialpolitik*. 1. Aufl. Frankfurt Am Main: Suhrkamp, 1984.
18. Wilson E. *Women & the welfare state*. Repr. London: Tavistock, 1987.
19. Napier AD, Ancarno C, Butler B, Calabrese J, Chater A, Chatterjee H, et al. Culture and health. *Lancet* 2014;384:1607–39.
20. Bröckerhoff P, Evers-Wölk M, Sonk M, Pein K, Weinberger N, Krings B-J, et al. Biografische und kulturelle Vielfalt beachten. *Dtsch Arztebl* 2021;118:A 1924–9.