

Stellungnahme zu BT-Drucks. 17/7197

Ausschuss für Gesundheit – Öffentliche Anhörung am 5.6.2013

Zu dem Antrag stellen sich mir insbesondere drei Fragen, auf die ich hier näher eingehen möchte:

1. Es ist zu hinterfragen, ob eine „solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung“ im Sinne des Antrags tatsächlich solidarischer ist als das duale System von gesetzlicher und privater Kranken- und Pflegeversicherung.
2. Es muss geklärt werden, ob das Problem einer „Zwei-Klassen-Medizin“ – sofern es denn besteht - durch die Bürgerversicherung gelöst oder zumindest abgeschwächt werden kann.
3. Schließlich muss untersucht werden, ob das Verfassungsrecht dem Vorhaben Grenzen setzt.

Das Ergebnis meiner Untersuchung vorweg: Dem Antrag der Fraktion DIE LINKE stehen tiefgreifende verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass die politischen Ziele der Versorgungsgleichheit und Solidarität mit der Bürgerversicherung nicht erreicht werden können.

I. Stärkung der Solidarität?

Im Vordergrund des Antrags steht die Stärkung der nationalen Solidarität. Alle Einwohner der Bundesrepublik sollen sich an der Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung beteiligen. „Jeder gibt, was er hat und bekommt, was er braucht“ ist das Motto. Das klingt zunächst gut und freundlich. Aber ist das „Solidarität“? Ein Begriff, der in der Debatte um das Gesundheitswesen eine so zentrale Bedeutung einnimmt, verlangt näheres Hinsehen. Der Antrag verwendet einen hehren Topos allzu beliebig:

1. Solidarität und Eigenverantwortung sind korrespondierende Prinzipien

Der Begriff der Solidarität ist deutungs Offen.¹ Nicht nur die Soziallehre verweist darauf. Er bezeichnet als Seinsprinzip die Zusammengehörigkeit des Individuums zu Gruppen und die wechselseitige Verbundenheit von Gruppen. Als Sollensprinzip bezeichnet er die hieraus resultierende Pflicht zur Hilfe und zum Eintreten füreinander. Solidarität ist Folge des auf Gemeinschaft bezogenen und angewiesenen Wesens des Menschen.

¹ Vgl. bereits Thüsing, ZRP 2012, 145 – 149 (146).

Solidarität setzt damit die Bereitschaft zur Verantwortung voraus. Der zur Freiheit Berufene ist fähig, selbst Verantwortung zu übernehmen und daher in erster Linie verpflichtet für sich selbst zu sorgen. Sodann besteht die Verantwortung und Pflicht, dem zu helfen, der nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Je weniger Menschen der solidarischen Hilfe bedürfen, umso wirksamer kann den wirklich Bedürftigen geholfen werden, stellt *Josef Höffner* in seiner Einführung in die christliche Gesellschaftslehre fest. Solidarität und Eigenverantwortung korrespondieren also. Durch Initiative und Eigenverantwortung wird Solidarität gestärkt.

Was heißt das für den Bereich Gesundheit und Pflege? Hier sind die PKV und die PPV Ausdruck der Eigenverantwortung solcher Personen, die einer solidarischen Absicherung nicht bedürfen. Die Privatversicherten übernehmen Verantwortung für die eigene Vorsorge und sind solidarisch in einer Versicherungsgemeinschaft zusammengeschlossen. Durch die höhere Bezahlung der medizinischen Leistungserbringer quersubventionieren sie darüber hinaus die GKV und die GPV. Weil Solidarität ohne Eigenverantwortung nicht denkbar ist, kann sie nicht dadurch gestärkt werden, dass diese privaten Versicherungen als Ausdruck der Eigenverantwortung unterbunden werden. Alle Bürger in ein staatliches System einzubeziehen heißt aber, die Vorsorgeverantwortung vom einzelnen auf den Staat zu verlagern. In der Bürgerversicherung hat jeder Anspruch auf Versicherungsleistungen unabhängig davon, ob er einen Beitrag entrichtet und in welcher Höhe. Eigenverantwortung als korrespondierendes Prinzip zur Solidarität wird gänzlich ausgeblendet.

2. Solidarität zwischen den Generationen spricht für Kapitaldeckung

Auch die Solidarität gegenüber den kommenden Generationen wird durch die Bürgerversicherung geschwächt. Für alle Kranken- und Pflegeversicherer soll das Umlageverfahren gelten. „Rücklagenbildung zur Finanzierung künftiger Gesundheits- und Pflegeversorgung (Kapitaldeckung) [sei] zu untersagen.“² Generationengerechtigkeit verlangt aber einen maßvollen Umgang mit dem Umlageverfahren. Der folgenden Generation Verpflichtungen aufzuerlegen, die die vorherige Generation hätte selber verantworten können, ist schlechterdings unsolidarisch. Kapitaldeckung ist dagegen Eigenverantwortung der Generation, die sie finanziert. Sie ist Ausdruck von Nachhaltigkeit und Langzeitverantwortung. Die sich abzeichnende demographische Entwicklung legt nahe, dass nicht immer Weniger die Lasten von immer Mehr tragen können. Die Kapitaldeckung ist der Versuch, die Schultern der folgenden Generation zu entlasten und mehr Last auf die eigenen Schultern zu legen. Sie ganz zu untersagen kann nicht Ziel nachhaltiger Gesundheitspolitik sein.

² Antrag BT-Drs. 17/7197, S. 4.

II. Einheitliche hochwertige Versorgung für alle?

Nicht ohne Zweifel bleibt ferner, ob das Ziel erreicht werden kann, allen Einwohnern einen einheitlichen *und* hochwertigen Versicherungsschutz zukommen zu lassen. „Die Zweiklassenversorgung wird [...] abgeschafft“³ prophezeit der Antrag. Alle sollen den gleichen Zugang zu Gesundheits- und Pflegeleistungen erhalten. Niemand bekommt mehr, niemand weniger. Zum einen gilt jedoch: Wer die erste Klasse abschafft, macht die zweite dadurch nicht besser. Ganz im Gegenteil: Fällt die Privatversicherung weg, so fehlt im Gesundheitswesen ein Indikator für echte Marktpreise.⁴ Ein System, das alternativlos ist, droht zu erlahmen. Es fehlt der Druck zur Effektivierung und Verbesserung der Leistungen. Zum anderen wird es auch weiterhin die Möglichkeit geben, private Zusatzversicherungen für bestimmte nicht vom Leistungskatalog der GKV und GPV umfasste Leistungen abzuschließen. Man kann niemandem verbieten, für einen besseren Versicherungsschutz für sich selbst und seine Angehörigen zu sorgen. Das zeigt auch der Vergleich mit allen Ländern, in denen es einheitliche Sozialversicherungssysteme gibt. In den Niederlanden etwa, wo man 2006 von dem dualen System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zu einer sozialen Einheitskrankenversicherung übergegangen ist, kann ebenfalls mit privaten Zusatzversicherungen aufgestockt werden.⁵ Zwischen einem ausschließlich die Grundversorgung umfassenden Versicherungsschutz und einem durch Zusatzversicherungen ergänztem, bestehen hier gravierende Versorgungsunterschiede. Ebenso ist zu beobachten, wie die langen Wartezeiten bei der staatlichen Gesundheitsversorgung in Großbritannien (National Health Service, NHS) durch den Abschluss privater Versicherungen und die Einrichtung privater Praxen und Krankenhäuser umgangen werden.⁶ ‚Gleichmacherei‘ kann also in der Gesundheitsversorgung nur begrenzt erreicht werden und sollte nicht das Ziel sein.

III. Vereinbarkeit mit dem Grundgesetz?

Alle politischen Überlegungen müssen auf der Grundlage der Vorgaben des Grundgesetzes getroffen werden. Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit einer Bürgerversicherung unter Abschaffung der privaten Krankenvollversicherung wird seit Beginn der politischen Diskussion um die Bürgerversicherung intensiv und kontrovers besprochen.⁷ Keine unmittelbare Rückschlüsse lassen

³ Antrag BT-Drs. 17/7197, S. 3.

⁴ *Isensee*, NZS 2004, 393 (401).

⁵ Vgl. *Walser*, ZESAR 2006, 333 (334); ausführlich zum niederländischen Gesundheitssystem *Hamilton* in: *Wille/Hamilton/Graf von der Schulenburg/Thüsing*, Privatrechtliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen, Teil 2, S. 187.

⁶ *Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften*, Der Blickpunkt. Gesundheitswesen: Mittelaufbringung, Mittelverteilung und medizinische Versorgung in Deutschland, Großbritannien und den USA, III. Großbritannien 1.b. Private Krankenversorgung.

⁷ Aus der Fülle der Literatur vgl. nur *Axer*, Gedächtnisschrift *Heinze*, S. 1 ff; *Beck*, SozSich 2004, 386 ff; *Bieback*, SozSich 2003, 416 ff; *Isensee*, NZS 2004, 393 ff; *Kirchhof*, NZS 2004, 1 ff; *Muckel*, SGB 2004, 583 ff und 670 ff; *Schmidt*, SGB 2004,

sich aus dem Urteil⁸ des BVerfG zur Verfassungsmäßigkeit der Gesundheitsreform 2007 ziehen. Das Wort "Bürgerversicherung" taucht in dem Urteil kein einziges Mal auf. Das Gericht nutzt die Entscheidung nicht, um ausdrücklich eine Tendenz für oder gegen die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Bürgerversicherung zu offenbaren. Einzelne Hinweise ergeben sich jedoch aus der Urteilsbegründung, die auf eine Unzulässigkeit der vollständigen Zurückdrängung der PKV aus dem Markt der Krankenvollversicherungen schließen lassen. Aus dem Urteil⁹ zur privaten Pflege-Pflichtversicherung von 2001, indem es im zweiten Leitsatz heißt „Der zur sozialpolitischen Gestaltung berufene Gesetzgeber durfte eine im Grundsatz alle Bürger erfassende Volksversicherung einrichten, um die für die Pflege hilfebedürftiger Menschen notwendigen Mittel auf der Grundlage einer Pflichtversicherung sicherzustellen“, ergibt sich ebenfalls nicht die „Bürgerversicherungsoffenheit“ des Grundgesetzes. Hier geht es gerade um eine Volksversicherung, die sich aus *zwei* Säulen – GPV und PPV – zusammen setzt und nicht um eine Einheitsversicherung nach den Funktionsbedingungen der Sozialversicherung.

Bedenken gegen die einheitliche Bürgerversicherung für alle Einwohner ergeben sich damit sowohl aus dem formellen als auch aus dem materiellen Verfassungsrecht:

1. Ein Kompetenztitel für die Bürgerversicherung fehlt

In formeller Hinsicht fehlt zunächst ein Kompetenztitel für die Gesetzgebung des Bundes. Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für die Sozialversicherung kommt insoweit nicht in Betracht. Dieser gewährt keine umfassende Kompetenz für die soziale Sicherheit.¹⁰ Nach der Rechtsprechung des BVerfG umfasst Sozialversicherung alles, was in seinen „wesentlichen Strukturelementen, insbesondere in der organisatorischen Durchführung und hinsichtlich der abzudeckenden Risiken dem Bild [entspricht], das durch die ‚klassische‘ Sozialversicherung geprägt ist.“¹¹ Das klassische Bild der Sozialversicherung bildet insoweit die Arbeiterversicherung Bismarcks von 1883. Dieses Bild ist nur noch schwerlich erkennbar, wenn ausnahmslos die gesamte Bevölkerung von der Sozialversicherung umfasst ist: Die primäre Anknüpfung der Versicherung an die Arbeitnehmerstellung geht ebenso verloren wie die Anknüpfung an die Schutzbedürftigkeit. In der Bürgerversicherung erhält nicht nur derjenige eine Absicherung für den Krankheits- und Pflegefall, der auf privatem Wege dazu nicht in der Lage ist, sondern jeder, unabhängig von seinen wirtschaftlichen Verhältnissen. Während die

732 ff; Schröder, Bürgerversicherung und Grundgesetz, 2008; Weselski, VSSR 2006, 25 ff, und die Beiträge zu den Bitburger Gesprächen, Jahrbuch 2004 II.

⁸ BVerfGE 123, 186.

⁹ BVerfGE 103, 197.

¹⁰ BVerfGE 11, 105 (111 f.); s.a. etwa Maunz in: Maunz/Dürig, GG Art. 74 Abs.1 Nr. 12, Rn. 171; Ergibt sich bereits aus der Systematik des Art. 74 GG: Würde Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 eine umfassende Kompetenz für die soziale Sicherheit gewähren, verlor Nr. 7 und Nr. 10 ihren eigenen Anwendungsbereich. Vgl. dazu auch Schnapp/Kaltenborn, Friedensgrenze (2001), S. 13.

¹¹ BVerfGE 75, 108 (146).

Krankenversicherung der Arbeiter 10 % der Bevölkerung im damaligen deutschen Reich umfasste¹², sollen der Bürgerversicherung 100% angehören. Zwar ließe sich einwenden, diese Tendenz zur Volksversicherung bestehe auch heute schon, da GKV und GPV bereits jetzt über 85 % der Bevölkerung angehören. Die weitere Einbeziehung auch der Beamten und Selbständigen wäre aber ein weiterer - qualitativer nicht nur quantitativer - Schritt, der die Sozialversicherung ganz von ihrem herkömmlichen Bild entfremden würde.¹³

Mit der Ausweitung des Versichertenkreises auf alle Einwohner der Bundesrepublik geht aber noch ein weiterer gravierender Aspekt einher: Sozialversicherung ist Versicherung. Das BVerfG macht das durch die Formulierung, zur Sozialversicherung gehöre jedenfalls „die gemeinsame Deckung eines möglichen, in seiner Gesamtheit schätzbaren Bedarfs durch Verteilung auf eine organisierte Vielheit“¹⁴, deutlich. Das Versicherungsprinzip geht in der „Bürgerversicherung“ aber verloren. Hier wird vielmehr ein voraussetzungsloser sozialhilfeähnlicher Anspruch gegen den Staat mit einer Zwecksteuer kombiniert¹⁵: *Jedem* steht ein Anspruch auf die Krankenversicherungsleistung zu. Einen Beitrag zahlt aber nur, wer dazu nach bestimmten Kriterien in der Lage ist. Auch die Beitragshöhe bemisst sich ausschließlich nach der persönlichen Leistungsfähigkeit. Der Anspruch des Kindes auf Versicherungsleistungen erwächst nicht mehr aus der Beitragsleistung eines Elternteils, sondern entsteht originär, unabhängig von einem Beitrag. Auch sieht der Antrag perspektivisch die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze vor. Für Personen mit hohem Einkommen steht der Beitrag dann unter Umständen völlig außer Verhältnis zu der Versicherungsleistung, für die er gezahlt wird. Das ist keine *Sozialversicherung*, sondern ein steuerfinanziertes staatliches Vorsorgesystem. Es überschreitet die Grenzen der Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG.

Auch andere Kompetenztitel kommen insoweit nicht in Betracht. Fernliegend ist die Kompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG für das private Versicherungswesen trotz der überwiegend vertretenen sehr weiten Interpretation dieses Titels. Zu denken wäre allenfalls an die Kompetenzen für die öffentliche Fürsorge oder Versorgung. Die Grenzen der öffentlichen Fürsorge im Sinne des Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 sind jedoch ebenfalls überschritten, wenn das System die gesamte Bevölkerung umfasst, da Fürsorge historisch auf die örtliche Armenpflege zurückgeht und sich auf Hilfsbedürftige beschränken muss. Gesetzgebungskompetenz für die Versorgung hat der Bund ebenfalls nicht für die gesamte Bevölkerung, sondern nur für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene (Art. 73 Abs. 1 Nr. 13 GG).

2. Die Grundrechte zahlreicher „Bürgerversicherter“ werden verletzt

¹² Vgl. *Sodan*, in: Die sozial-marktwirtschaftliche Zukunft der Krankenversicherung, Vorträge im Rahmen der 4. Berliner Gespräche zum Gesundheitsrecht am 25. Oktober 2004, S. 9 (12).

¹³ So etwa auch *Sodan*, a.a.O., S. 13.

¹⁴ BVerfGE 75, 108 (146).

¹⁵ So zutreffend *Isensee*, NZS 2004, 393 (396 ff.).

Auch verletzt die Bürgerversicherung zahlreiche Versicherte in ihrem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG. Art. 2 Abs. 1 GG gewährleistet das Grundrecht der Vorsorgefreiheit als Bestandteil der allgemeinen Handlungsfreiheit. Durch die Pflichtversicherung, die unabhängig von dem Willen des Versicherten eintritt und Art und Umfang der Vorsorge festlegt, wird in dieses Grundrecht eingegriffen. Gerechtfertigt ist der Eingriff nur gegenüber solchen Gruppen, die bei typisierender Betrachtung als schutzbedürftig anzusehen sind, die also selbst auf privatem Wege nicht zur Vorsorge in der Lage wären. Hier *gewährleistet* die Sozialversicherungspflicht überhaupt erst das Grundrecht der Vorsorgefreiheit. Wer aber ebenso gut oder besser selbst vorsorgen kann, darf nicht in ein Sozialversicherungssystem einbezogen werden. Auch zum Schutz der Sozialsysteme vor Personen, die im Krankheits- oder Pflegefall darauf zurückfallen, weil sie trotz objektiver Möglichkeit nicht vorgesorgt haben, ist die „Bürgerversicherung“ nicht angezeigt. Bereits jetzt ist nämlich die gesamte in Deutschland lebende Bevölkerung zur Versicherung entweder in der GKV/GPV oder der PKV/PPV verpflichtet, so dass diesem Schutzinteresse ausreichend Rechnung getragen ist. Hinsichtlich nicht schutzbedürftiger Personengruppen besteht mithin kein Rechtfertigungsgrund für den Eingriff in das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG.

3. Die Grundrechte der privaten Versicherungsunternehmen als Grenze

Ferner werden die privaten Krankenversicherungsunternehmen durch die „Bürgerversicherung“ ganz aus dem Markt für Krankenvollversicherungen verdrängt. Dass darin ein ungerechtfertigter Eingriff in die Grundrechte der Versicherungsunternehmen liegt, zeigen die Feststellungen des BVerfG im Urteil zur Gesundheitsreform 2007.

Dass der vollständige Entzug von Kunden im Bereich der Krankenvollversicherung einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Unternehmen (Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 19 Abs. 3 GG) darstellt, ist nach der Urteilsbegründung zur Drei-Jahres-Grenze¹⁶ nicht zu bezweifeln. Der Eingriff ist als objektive Berufswahlregelung bzw. einer solchen gleichkommende Regel zu qualifizieren, und zwar unabhängig davon, ob man das Betreiben der Krankenvollversicherung als eigenes Berufsbild definiert.

Dieser Eingriff wäre nicht gerechtfertigt. Zum einen ergibt sich aus den Ausführungen zur gesetzgeberischen Prognose und zur Beobachtungspflicht, dass das Gericht das Vorbringen der Beschwerdeführer, der Basistarif zerstöre das Geschäftsmodell der PKV, für verfassungsrechtlich erheblich hält. Das "langsame Erdrücken" der PKV durch dem Wesen der Privatversicherung fremde Regelungen ist also verfassungsrechtlich unzulässig. Hieraus lässt sich schließen, dass ein "schneller

¹⁶ BVerfGE 123, 186, Rn. 236.

Tod" durch Einführung einer die PKV verdrängenden Bürgerversicherung erst recht verfassungswidrig wäre.

Zum anderen - und dies gilt auch, wenn man dem eben gezogenen Erst-recht-Schluss nicht folgen möchte - führt gerade die Tatsache, dass das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Vollfunktionalität des zweigliedrigen Gesundheitssystems herstellt und die hierzu notwendigen Eingriffe in das private Versicherungswesen gerechtfertigt sind, zu dem Schluss, dass eine Abschaffung der PKV aus sozialstaatlichen Gründen nicht erforderlich ist:

Nach den Maßstäben der Drei-Stufen-Theorie wäre die Einführung der Bürgerversicherung nur zulässig, wenn sie zur Abwehr nachweisbarer oder höchst wahrscheinlicher Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut zwingend geboten wäre. Der Schutz der gesamten Bevölkerung vor den wirtschaftlichen Risiken einer Erkrankung ist zwar ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut. Genau dieses Ziel ist aber durch die Gesundheitsreform erzielt worden - und zwar in verfassungsgemäßer Weise, wie die BVerfG-Entscheidung zeigt.¹⁷ Wie das Gericht mehrfach betont, sind die Belastungen der PKV mit privatversicherungsfremden Regelungen des sozialen Ausgleichs durch das Ziel gerechtfertigt, das zweigliedrige Gesundheitssystem zu voller Funktionalität zu führen. Auch die private Säule soll allen ihr zugeordneten Personen in gleicher Weise wie die öffentliche einen rechtssicheren, umfassenden, dauerhaften und bezahlbaren Versicherungsschutz bieten (Rn. 187, 190, 194). Kontrahierungszwang, Prämiendeckung, Kündigungsverbot und Notversorgung sind zur Erreichung der Vollfunktionalität erforderlich - sie sind aber auch ausreichend. Und selbst wenn in den nächsten Jahren neue Probleme auftauchen, sind diese zunächst durch Modifikationen innerhalb des zweigliedrigen Systems zu lösen, weil derartige Modifikationen gegenüber der Abschaffung der PKV ein so erheblich milderer Mittel sind, dass es an der Erforderlichkeit, jedenfalls aber an der Zumutbarkeit fehlen würde.¹⁸ Eine Situation, in der solche Lösungen nicht mehr möglich sind, erscheint derzeit nicht vorstellbar.

4. Der Übergang zur „Bürgerversicherung“ ist nur schleichend möglich

Ein letzter Aspekt, der in dem Antrag zu wenig Berücksichtigung findet: Die Leistungsansprüche und Altersrückstellungen der sog. PKV-Altkunden, die bereits Verträge mit privaten Versicherungsunternehmen haben, verbieten es, diese Personen einfach in die „Bürgerversicherung“

¹⁷ Bieback, SozSich 2003, 416, 424, rechtfertigt die Angemessenheit des durch eine die PKV ausschließende Bürgerversicherung u.a. mit der Erwägung, die Alternative einer Pflicht zur privaten Versicherung ziehe notwendigerweise eine solche Fülle von grundrechtlich problematischen Eingriffen in die PKV nach sich, dass es in der Einschätzungsprärogative und Ausgestaltungsfreiheit des Gesetzgebers liegen müsse, statt einer hochgradig regulierten Privatversicherung eine Sozialversicherung zu wählen. Diese Argumentation dürfte nach der vorliegenden Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts wohl nicht mehr durchgreifen.

¹⁸ In diese Richtung auch Wenner, SozSich 2009, 230, 232.

zu integrieren. Die Anwartschaften und erworbenen Leistungsansprüche sind Eigentum der PKV-Versicherten im Sinne des Art. 14 Abs. 1 GG. Aus wirtschaftlichen Gründen müssten sie ihre privaten Versicherungsverträge aber kündigen, wenn sie zur Beitragsleistung in der Bürgerversicherung gezwungen wären. So verlören sie ihre Anwartschaften. Art. 14 Abs. 1 GG verlangt daher den Übergang in die „Bürgerversicherung“ so zu gestalten, dass lange Übergangszeiten vorgesehen werden, dass den Altkunden also ihre bisherigen Verträge verbleiben. Jedenfalls aber wäre eine angemessene finanzielle Kompensation der Privatversicherten erforderlich. Die Rürup-Kommission hat als Mittelweg vorgeschlagen, die Privatversicherten nicht zum Wechsel in die Bürgerversicherung zu zwingen, ihnen jedoch ein Wechselrecht zu eröffnen.¹⁹

¹⁹ *Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme (Rürup-Kommission), Bericht (August 2003), S. 152.*