

# **Wieviel Solidarität können und wollen wir uns im demografischen Wandel leisten?**

## **Die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung auf dem Prüfstand**

---

*Jochen Pimpertz*

### **1. Einleitung**

Stetig wiederkehrende Defizite in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung führen zu immer höheren Beitragssätzen – und das nicht erst, seit die Ampelkoalition die Regierungsgeschäfte übernommen hat. Bislang konzentrieren sich die politischen Bemühungen nahezu reflexhaft auf die Suche nach zusätzlichem Geld. Doch was mit einer vermeintlich *gerechteren* oder *solidarischeren* Finanzierung begründet wird, verstellt den Blick dafür, was ökonomisch wie sozialpolitisch sinnvoll ist.

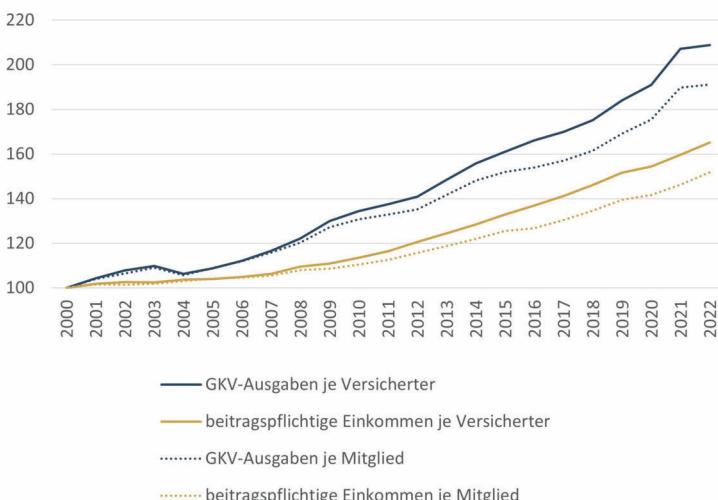
### **2. Vorrangiges Problem auf der Ausgabenseite**

Ob Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, Ausweitung der Beitragspflicht auf weitere Einkünfte oder Einbeziehung privat versicherter Personen – vor allem mit Blick auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) werden Reformvorschläge diskutiert, die offenkundig darauf abzielen, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Beworben werden diese jedoch damit, vermeintliche Gerechtigkeitsdefizite zu beheben und das Solidaritätsprinzip zu stärken. Dagegen werden das Leistungsversprechen und der daraus resultierende, stetig steigende Finanzbedarf meist für sakrosankt erklärt.

Dabei leidet die GKV weniger unter einer ungerechten Verteilung der Finanzierungslasten, sondern vielmehr unter dem überproportional starken Ausgabenwachstum. Seit der Wiedervereinigung sind die Ausgaben pro Kopf

durchschnittlich um mehr als einen Prozentpunkt pro Jahr stärker gestiegen als die Beitragsbemessungsgrundlage, ohne dass diese bislang erodiert wäre (Abbildung 1) (Pimpertz 2023).

Abb. 1: Entwicklung der GKV-Ausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen je Versicherter und je Mitglied der GKV, Index 2000 = 100



Quelle: Pimpertz 2023.

Dafür gibt es vor allem drei Gründe:

- Zum einen verursacht die marktferne Steuerung des Gesundheitssystems Fehlanreize (zum Beispiel Schmidt 2022: 20f.). Versicherte verspüren kaum einen Anreiz, ihre Krankenkasse oder Versorgungsleistungen kostenbewusst zu wählen. Denn ob jemand darauf achtet, dass seine medizinisch notwendige Behandlung das Gesundheitssystem möglichst wenig belastet, spielt für die Höhe seines Beitrags keine Rolle. Gleichzeitig mangelt es an knappheitsgerechten Preissignalen, um das Verhalten der Krankenkassen und Versorgungsanbieter zu steuern. Ein Beispiel: In der ambulanten Versorgung werden gleichartige ärztliche Leistungen zu

einheitlichen Entgelten abgerechnet, selbst wenn es in der einen Praxis gelingt, dieselbe Qualität kostengünstiger bereitzustellen als in einer anderen Praxis.

- Zum anderen führt der medizinische Fortschritt zu einer stetigen Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten. Das kostet aber mehr Geld. Die marktferne Steuerungslogik belohnt jedoch kaum Innovationen, die zu Einsparungen bei qualitativ gleichwertiger Versorgung führen. Können einzelne Anbieter mithilfe innovativer Techniken die gleiche Behandlungsqualität zu geringeren Kosten produzieren, verhindern einheitliche Entgelte, dass Effizienzgewinne bei den Krankenkassen und deren Beitragszahlern landen.
- Schließlich muss der demografische Wandel bewältigt werden. Denn typischerweise steigen die durchschnittlichen Leistungsausgaben mit zunehmendem Alter an. Werden die höheren Altersklassen häufiger besetzt, steigen zwangsläufig die Finanzierungserfordernisse (Beznoska et al. 2023: 510ff.). Selbst wenn wir gesünder altern, am Ende werden es mehr Menschen sein, die ihre letzte Lebensphase erreichen und auf das Gesundheitssystem in besonderem Maße angewiesen sind.

### **3. Solidarität ist nicht gleich Gerechtigkeit**

Doch statt das Ausgabenwachstum zu bremsen, konzentriert sich die Gesundheitspolitik auf die Frage, wie zusätzliche Einnahmen und zu Lasten welcher Gruppen diese erzielt werden können. Ökonomische Ratio, die ihre Expertise auf dem Effizienzkriterium begründet, bleibt hier außen vor. Doch auch für das Gesundheitssystem gilt, dass die medizinische und pflegerische Versorgung umso besser gelingt, je effizienter sie organisiert werden kann. Widerstände kommen vor allem von Seiten der Sozialpolitik, die sich auf außer-ökonomische Werte wie Verteilungsgerechtigkeit oder das Solidaritätsprinzip beruft und damit im politischen Diskurs meist die Oberhand behält. Deshalb ist es notwendig, sich mit den sozialpolitisch begründeten Widerständen kritisch auseinanderzusetzen. Die Protagonisten einer vermeintlich gerechteren und solidarischen Finanzierung legen nämlich in der Regel nicht dar, nach welchen Kriterien die behaupteten Wirkungen überprüft werden können. Auch deshalb dient der Solidaritätsbegriff vielfach als Chiffre für die Suche nach zusätzlichen Einnahmen. Dabei zeigt bereits die Auseinandersetzung mit den Begriffen, dass zum Beispiel Gerechtigkeit etwas anderes meint als Solidarität:

- Ginge es allein um die Beseitigung vermeintlicher Gerechtigkeitsdefizite und sollte dazu die Beitragslast anders verteilt werden als im Status quo, dann ließe sich das ebenso gut aufkommensneutral organisieren. Zum Beispiel ließe sich bei einer breiteren Fassung der beitragspflichtigen Einkommen das gleiche Aufkommen mit einem niedrigeren Beitragssatz realisieren (Pimpertz/Stockhausen 2023). Solidarität kann also nach unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen geübt werden, ohne dafür zusätzliche Einnahmen erzielen zu müssen.
- Darüber hinaus zwingt uns die demografische Entwicklung darüber nachzudenken, ob das, was heute unter Solidarität verstanden werden soll, auch künftig unter veränderten Rahmenbedingungen Bestand haben kann. Wie sich der Solidaritätsgedanke auf unterschiedliche Generationen auswirkt, darüber legt bislang kaum jemand Rechenschaft ab – weder im wissenschaftlichen noch im politischen Diskurs. Wenn Solidarität aber ein zentrales Gestaltungsmerkmal der GKV sein soll, muss dann nicht auch die Gesundheits- und Sozialpolitik darauf abstellen, die Akzeptanz dieses Prinzips nachhaltig sicherzustellen?

#### 4. Dimensionen des Solidaritätsprinzips

Was bedeutet aber Solidarität in der GKV konkret? Sozialphilosophische Beiträge verweisen darauf, dass das Solidaritätsprinzip nicht etwa allen anderen Gestaltungsprinzipien überlegen sei, sondern vielmehr zwischen der kollektiven Verantwortung der Gemeinschaft und der individuellen Verantwortung abzuwagen ist (Beznoska et al. 2021: 9ff.). An dieser Abwägung entflammen die bisweilen hitzig geführten Debatten. Doch bei allem Streit gilt es zur Kenntnis zu nehmen, dass die GKV in § 1 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) als Solidargemeinschaft verankert ist, also nicht zur Disposition steht. Doch was der Gesetzgeber damit anstrebt, wird in den weiteren Paragraphen nicht explizit definiert. Seine Intention lässt sich jedoch über die Wirkungen des Beitragsrechts erschließen.

- Grundsätzlich folgt die GKV beidem – dem Versicherungs- und dem Solidaritätsgedanken. Aufgabe der Versicherung ist es, den Schadensausgleich zugunsten der Erkrankten zu organisieren, die ohne Versicherungsschutz mit den erforderlichen Behandlungsaufwendungen überfordert sein könnten.

- Dazu braucht es aber keine GKV. Eine allgemeine Krankenversicherungspflicht würde genügen. Ähnlich der Kfz-Haftpflicht wäre dann allerdings auf einem privaten Versicherungsmarkt zu erwarten, dass verschiedene Gesundheitsrisiken getrennt voneinander zu unterschiedlich hohen Prämien abgesichert werden.
- In der GKV soll aber gerade nicht das Gesundheitsrisiko darüber entscheiden, wie teuer der Versicherungsschutz ist. Deshalb werden hohe wie niedrige Risiken zu gleichen Bedingungen versichert. Diesem solidarischen Risikoausgleich genügte eine Versicherung, die von jedem Versicherten eine Prämie verlangt, die zur Deckung der durchschnittlichen Schadenserwartungen notwendig ist.
- Darüber hinaus strebt die GKV einen sozialen Ausgleich an. Statt eine Prämie nach Maßgabe des durchschnittlichen Gesundheitsrisikos zu zahlen, sollen besserverdienende Mitglieder höhere Beiträge leisten als geringverdienende. Dazu wird ein lohnproportionaler Beitrag erhoben.

Risiko- und sozialer Ausgleich bewirken demnach eine Verteilung der Finanzierungslasten, die von versicherungstypischen Prämienfordernissen abweicht. Deshalb kann die Differenz zwischen Beitrag und versicherungstypischer Prämie als Umverteilung im Sinne des Solidaritätsprinzips interpretiert werden (Beznoska et al. 2021: 12ff.): Leistet ein GKV-Mitglied einen Beitrag, der seine eigene Schadenserwartung übersteigt, fließt die Differenz in den solidarischen Ausgleich. Zahlen Mitglieder weniger oder gar keinen Beitrag, dann profitieren Versicherte von dem solidarischen Ausgleich.

## 5. Solidarität zwischen *jung* und *alt*

Tatsächlich streuen die Umverteilungswirkungen erratisch. Denn das individuelle Gesundheitsrisiko hängt ab von genetischen Prädispositionen der Versicherten, ihrer Krankenvorgeschichte, ihrer Bildung, dem Verhalten, der beruflichen Tätigkeit und vielem mehr. Auch der Beitrag der Mitglieder wird durch Bildung und Erwerbschancen determiniert, nicht zuletzt durch ihre Erwerbsentscheidung. Allerdings steigen die Gesundheitsrisiken und damit die durchschnittlichen GKV-Ausgaben typischerweise mit dem Alter an. Gleichzeitig liegt das beitragspflichtige Einkommen im Ruhestandsalter regelmäßig unter dem Niveau des zuvor erzielten Erwerbseinkommens. Deshalb bewirken Risiko- und sozialer Ausgleich mittelbar einen intergenera-

rativen Solidarausgleich zwischen jungen und älteren Kohorten. Im Durchschnitt zahlen Mitglieder im Erwerbsalter mehr als ihrer alterstypischen Schadenserwartung entspricht (Abbildungen 2 und 3). Sieht man von der beitragsfreien Absicherung der Kinder ab, profitieren vor allem Versicherte im Ruhestand von der solidarischen Umverteilung (Beznoska et al. 2023: 509).

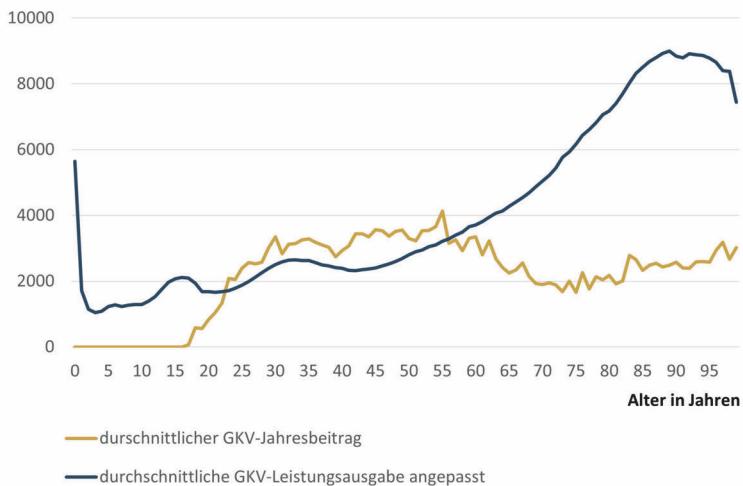
Zweifellos ließe sich diese intergenerative Verteilung der Solidarbeiträge und -nutzen über eine Reform des Beitragsrechts ändern. Was gerechter oder weniger gerecht erscheint, kann aber nicht allein an dem Verteilungsergebnis festgemacht werden, das zu einem bestimmten Zeitpunkt erwartet werden darf. Denn in einer alternden Versichertengemeinschaft wird es zunehmend wichtiger zu beachten, wie sich diese Verteilung künftig verändert.

Abb. 2: Durchschnittliche GKV-Leistungsausgaben und Beitragszahlungen – Männer (2019, in Euro)



Quelle: Beznoska/Pimpertz/Stockhausen 2023: 509.

Abb. 3: Durchschnittliche GKV-Leistungsausgaben und Beitragszahlungen – Frauen (2019, in Euro)

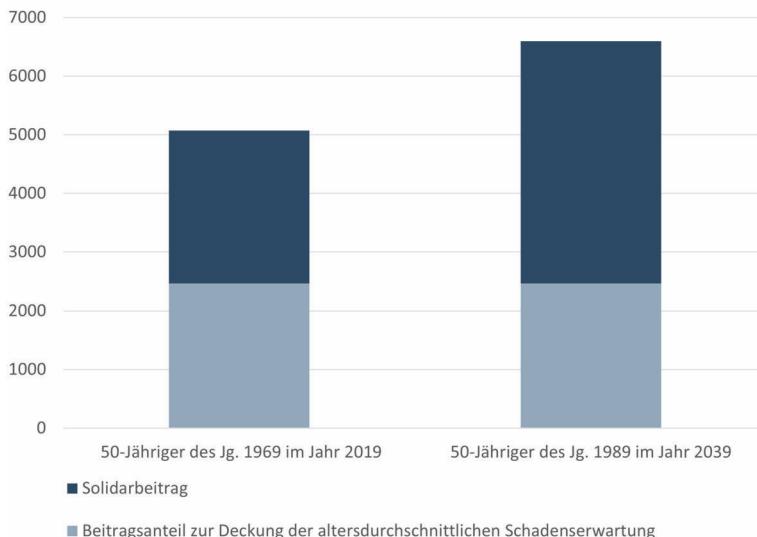


Quelle: Beznoska/Pimpertz/Stockhausen 2023: 509.

## 6. Intergenerative Solidarität paradox

Um den demografischen Einfluss auf das Solidaritätsprinzip analysieren zu können, sei der Einfachheit halber angenommen, dass sich die altersabhängige Verteilung der Gesundheitsrisiken und Leistungsausgaben ebenso wie die Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen nicht verändern. Selbst dann steigen die Finanzierungserfordernisse mit dem demografischen Wandel. Denn die höheren Altersklassen werden häufiger besetzt, in denen Versicherte überdurchschnittlich hohe Ausgaben verursachen, aber unterdurchschnittlich zur Finanzierung beitragen. Ob bei gegebenem oder verändertem Beitragsrecht, solange die GKV im Umlageverfahren organisiert ist, muss das aufwachsende Finanzierungserfordernis bei konstantem Steuerzuschuss über stetig steigende Beitragssätze ausgeglichen werden.

Abb. 4: Jahresbeitrag und anteiliger Solidararbeitrag bei steigendem Beitragssatz. Beispielhafte Darstellung für männliche Mitglieder der Jahrgänge 1969 und 1989 jeweils im Alter von 50 Jahren<sup>1</sup>



Quellen: Pimpertz 2022: 11; eigene Berechnungen.

Das bedeutet zum Beispiel für ein heute 50-jähriges Mitglied, das im Durchschnitt mehr einzahlt als seiner altersdurchschnittlichen Leistungsausgabe entspricht, dass der überschließende Betrag zur Finanzierung der aktuellen Ausgaben älterer Versicherter beiträgt. Die weitverbreitete Akzeptanz des Solidaritätsprinzips erklärt sich aus dem Umstand, dass die jüngeren Mitglieder darauf vertrauen, im Alter selbst von dem Solidarausgleich zu profitieren. Steigt jedoch der Beitragssatz bis dahin allein aufgrund der Bevölkerungsalterung, dann müssen die heute jüngeren Mitglieder künftig, wenn sie ein Alter von 50 Jahren erreichen, höhere Solidarbeiträge entrichten als gleichaltrige Mitglieder heute (Abbildung 4). Denn ohne dass sich deren Versicherungsrisiko, Leistungsanspruch oder Einkommenssituation von den

<sup>1</sup> Annahmen: altersabhängiges CKV-Ausgabenprofil sowie altersabhängige Verteilung der durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommen für Männer unverändert (Stand 2019), Beitragssatzanstieg bis zum Jahr 2039 um den Faktor 1,3.

Merkmalen älterer Kohorten unterscheidet, gilt für sie dann ein höherer Beitragssatz (Pimpertz 2022: 11).

Das Solidaritätsprinzip führt deshalb in der GKV (und analog in der gesetzlichen Pflegeversicherung) in ein Paradoxon: In einer umlagefinanzierten Krankenversicherung kann zwar zu jedem Zeitpunkt ein Solidarausgleich zwischen *jung* und *alt* jeweils im Querschnitt der Gemeinschaft herbeigeführt werden. In einem alternden Kollektiv gelingt das aber – unabhängig von der Definition des Beitragsrechts im Status quo – auf Dauer nur zu Lasten von *jung*, also der nachfolgenden Kohorten. Die politisch relevanten Fragen lauten deshalb: Ist es das, was unter Solidarität verstanden werden soll? Und falls ja, verspricht das eine nachhaltige Akzeptanz des Solidaritätsprinzip in der GKV, namentlich unter den Mitgliedern nachfolgender Generationen?

## 7. Die Macht älterer Wähler?

Gutes Regieren für die demografische Transformation erfordert beides: Zum einen gilt es, gemeinsam geteilte Werte zu wahren – wozu zweifellos das Solidaritätsprinzip in der GKV zählt. Zum anderen gilt es aber auch, Antworten auf die demografischen Herausforderungen zu finden. Schaut man auf das Regierungshandeln in den vergangenen Legislaturperioden, fällt das Urteil ernüchternd aus. Zwar werden unterschiedliche Reformideen mit dem Narrativ beworben, die Solidargemeinschaft zu stärken. Aber eine Antwort auf die Frage, wie Solidarität zwischen den Generationen auf Dauer gewahrt werden kann, bietet keines der diskutierten Modelle.

Auch der Blick in den Koalitionsvertrag bietet keinen Anlass zur Hoffnung. Dort widmen die Ampel-Parteien der Finanzierung des Gesundheitssystems kaum mehr als einen Satz. Sie bekennen sich zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung und kündigen dazu eine Dynamisierung des Bundeszuschusses an (Bundesregierung 2021: 87). Nach den Haushaltssplanungen der Bundesregierung für das Jahr 2024 wird dieser aber nicht erhöht, sondern auf das Vor-Corona-Niveau zurückgeführt (Bundesregierung 2023: 19).

Die mangelnde Weitsicht mag erklärbar sein, weil sich politische Akteure aufgrund ihres Interesses wiedergewählt zu werden, eher an kurzfristigen, denn langfristig tragfähigen Lösungen orientieren. Und auch längerfristig mag es für sie rational erscheinen, sich an den vermeintlichen Interessen einer wachsenden Bevölkerungsgruppe zu orientieren, die von dem Solidaritätsprinzip profitiert. Auch deshalb werden hinter verschlossenen Türen

unpopuläre Maßnahmen oftmals mit dem Narrativ verworfen, sie kämen einem politischen Suizid gleich. Doch dieses einfache polit-ökonomische Kalkül unterstellt einen Wähler, der beim Urnengang ausschließlich eigene Interessen berücksichtigt. Wer aber mit Blick auf seine eigenen Kinder und Enkel auch altruistischen Motiven folgt, der erkennt, dass die eigenen Versorgungsansprüche ihre Grenze finden, wo die Nachfahren überfordert werden. Damit die eigenen Bedarfe in einer umlagefinanzierten GKV künftig erfüllt werden können, braucht es die Akzeptanz des Solidaritätsgedankens bei den nachfolgenden Generationen (Pimpertz 2020: 651).

## 8. Wie intergenerative Solidarität gelingen kann

Die Unterscheidungen nach einnahmen- und ausgabenseitigen Herausforderungen, zwischen Gerechtigkeit und Solidarität sowie zwischen intergenerativer Solidarität zu einem Zeitpunkt und im demografischen Wandel mögen auf den ersten Blick überkomplex, ja sophistisch erscheinen. Jedoch erlangt der Solidaritätsgedanke praktische wie politische Relevanz, sobald man sich vergegenwärtigt, dass das Gros der Aufwendungen für die medizinische Versorgung aus umverteiltem Markteinkommen finanziert wird. Ein funktionierendes Gesundheitssystem hängt deshalb unmittelbar von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Gesellschaft ab – und damit, nicht zuletzt, von den Investitionen am Standort. Für unternehmerische Investitionsentscheidungen sind aber nicht nur Faktoren wie die Infrastrukturausstattung, gut ausgebildete Fachkräfte oder die Unternehmenssteuerlast ausschlaggebend. Das kaufmännische Kalkül bedarf ebenso der Stabilität gesellschaftlicher Institutionen, ohne die unternehmerisches Handeln nicht sinnvoll zu planen wäre. Und dazu zählt eben auch die solidarische Krankenversicherung.

Wenn deshalb die gesellschaftspolitische Gestaltungsaufgabe lautet, für eine nachhaltige Akzeptanz einer solidarisch finanzierten GKV zu sorgen, stellt sich die Frage, wie das bei den jüngeren Kohorten erreicht werden kann. Zweifellos ist deren Zustimmung umso eher zu erwarten, je besser es gelingt, die intergenerative Verschiebung steigender Solidaritärte zu unterbinden – zum Beispiel indem der Beitragssatz eingefroren wird. Doch dann klafften Beitragseinnahmen und Ausgaben immer weiter auseinander. Es bräuchte also eine zweite Finanzierungssäule – ob Steuerzuschuss oder kapitalgedeckte Ergänzung, kollektiv oder individuell organisiert.

Wie eine Lösung aussehen kann, dafür liefert die Absicherung der Staatsdiener eine Blaupause. Denn analog zur steuerfinanzierten Beihilfe würde eine solidarische Beitragsfinanzierung bei fixiertem Beitragssatz künftig nur noch eine Grundfinanzierung gewährleisten. Um der Versicherungspflicht vollumfänglich nachzukommen, müssten sich GKV-Versicherte – wie Beamte heute schon – ergänzend versichern. Sofern diese zweite Säule kapitalgedeckt und nach Alterskohorten differenziert organisiert wird, wäre eine fortschreitende Verschiebung solidarischer Finanzierungslasten auf jüngere Kohorten nahezu ausgeschlossen.

Selbstverständlich braucht es dafür einen ergänzenden sozialen Ausgleich, weil einzelne Versicherte mit der zusätzlichen Prämie überfordert sein könnten. Der Steueraufwand wäre aber ungleich geringer als bei einem stetig aufwachsenden Bundeszuschuss. Denn der Transferbedarf ergäbe sich nicht aus der Differenz zwischen gedeckelter Beitragseinnahme und Gesamtausgaben der GKV. Vielmehr wären nur Versicherte nach Maßgabe ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit zu unterstützen. Sozialpolitisch wäre das System deshalb attraktiv, weil damit auch bislang beitragsfreie Einkommensbestandteile in die Finanzierung dieses Sozialausgleichs einbezogen würden. Sogar privat versicherte und beihilfeberechtigte Steuerzahler würden zu diesem Ausgleich beitragen, ohne dafür ihre anwartschaftsgedeckte Krankenversicherung aufzugeben zu müssen (Pimpertz 2022: 17).

Nicht Effizienz spricht also für ein zweisäuliges Finanzierungsmodell mit ergänzender, anwartschaftsgedeckter Versicherung, sondern weil sich damit das intergenerative Solidaritätsversprechen in einer alternden Bevölkerung konsistent erfüllen lässt.

## 9. Was die Bundesregierung sofort leisten sollte

Richtig ist, das kostet die Versicherten eine zusätzliche Prämie – bei konstantem Beitragssatz. Die Alternative ist ja nicht ein gleichbleibender Beitragssatz, sondern eine steigende Beitragslast mit all den hier skizzierten intergenerativen Verteilungsfolgen. Erwartbaren Widerständen, die sich auf das Solidaritätsprinzip berufen, sei entgegnet, dass der Gesetzgeber in § 1 Satz 3 SGB V explizit adressiert, dass die Versicherten dazu beitragen sollen, den Eintritt von Krankheit zu vermeiden und deren Folgen zu überwinden. Wenn das aber mehr als ein gutgemeinter Appell sein soll, gilt es, diese Eigenverantwortung

ökonomisch anzureizen. Eine zweite, kapitalgedeckte Finanzierungssäule erfüllt die dafür notwendigen Voraussetzungen.

Denn das Modell eröffnet Wahlfreiheiten, die zu wettbewerblichen Lösungen mit knappheitsgerechten Preissignalen führen. Wenn der Anspruch des Solidaritätsversprechens auf die erste, beitragsfinanzierte Säule beschränkt bleibt, dann könnten GKV-Versicherte im Rahmen der zweiten Säule zum Beispiel zwischen Tarifen mit kostenlos freier Arztwahl oder einem Hausarzttarif wählen – ohne dass damit der Umfang des medizinischen Versorgungsangebots reduziert würde. Denkbar ist sogar, dass auch gesetzlich Versicherte einen Tarif angeboten bekommen, in dem Leistungen nach privatärztlichem Honorarmaßstab abgegolten werden. So die verschiedenen Versorgungsmodelle unterschiedlich hohe Kosten verursachen, sind dafür entsprechende Prämienunterschiede zu erwarten. Damit hätten aber nicht nur die Versicherten einen finanziellen Anreiz, ihre Wahl kostenbewusst zu treffen. Genauso wären die Anbieter medizinischer Versorgungsleistungen gezwungen, sich über ihre Entgeltforderung für die Teilnahme an exklusiven Versorgungsmodellen zu empfehlen. Im Ergebnis führt das nicht nur zu einem Wettbewerb um möglichst effiziente Versorgungslösungen, die Effizienzgewinne schlagen sich dann auch im Portemonnaie der Versicherten nieder.

Wer dagegen Vorbehalte hegt, mag sich die Frage stellen, ob sich das Solidaritätsversprechen zwingend auf eine kostenlos freie Arztwahl erstrecken muss. Denn das hat seinen Preis. Der Gesetzgeber ist also aufgefordert, zwischen der Ausgestaltung des Solidaritätsversprechens und dem Wirtschaftlichkeitsgebot abzuwagen, das in § 12 SGB V festgeschrieben ist. Insbesondere wenn im Gesundheitssystem Effizienzreserven vermutet werden, eröffnet eine ergänzende kapitalgedeckte Zusatzversicherung Möglichkeiten, diese über eine marktnähere Steuerung zu mobilisieren – und das bei einem intergenerativ konsistenten Solidaritätsversprechen.

Gegen dieses System ließe sich einwenden, dass es in der gegenwärtigen Regierungskonstellation kaum angeschlussfähig scheint. Denn SPD wie Bündnis 90/Die Grünen haben sich bislang auf die Idee einer Bürgerversicherung festgelegt, obwohl dieses Modell weder einen Beitrag zur Lösung ausgabenseitiger Probleme leistet noch eine intergenerativ faire Finanzierung verspricht (Beznoska et al. 2021: 53ff.). Doch sollte das Bekenntnis zur ökologischen Nachhaltigkeit dazu anregen, auch Fragen der fiskalischen und sozialen Nachhaltigkeit in den Blick zu nehmen. Erste Weichen können mit wenigen Anpassungen gestellt werden:

- Der allgemeine Beitragssatz ist bereits in § 241 SGB V festgeschrieben. Ein Schritt in Richtung Solidität wäre deshalb, den kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz zumindest anteilig wieder in einen zusätzlich zu zahlenden, absoluten Betrag umzuwandeln. Der Arbeitgeberanteil an dem bisherigen Zusatzbeitrag ließe sich abgabenneutral dem Bruttoentgelt zuschlagen.
- Damit der Zusatzbetrag auch verhaltenslenkend wirken kann, sollte dieser die Kosten unterschiedlicher Versorgungsmodelle spiegeln. Der Wunsch nach einer freien Arztwahl kann bestehen bleiben, sollte aber anders bepreist werden können als zum Beispiel die Wahl eines Modells mit hausärztzentrierter Versorgung.
- Dazu benötigen die Krankenkassen mehr Gestaltungsmöglichkeiten, die Versorgung zu managen. Nur so können sie die Vertragskonditionen mit denjenigen Anbietern verhandeln, die die Versorgung in einem Netzwerk exklusiv garantieren sollen, und gleichzeitig Kostenunterschiede zwischen verschiedenen Versorgungsmodellen in unterschiedlich hohe Prämien ummünzen. Dazu müsste allerdings der Sicherstellungsauftrag für die medizinische Versorgung von der Ärzteschaft auf die Krankenkassen übergehen.

Widerstände sind vor allem von den etablierten Akteuren des Gesundheitssystems zu erwarten. Auch deshalb mag der hier skizzierte Gedanke kaum politisch angeschlussfähig erscheinen. Doch kann die GKV das Versorgungsversprechen der Politik auf Dauer nur erfüllen, wenn das Solidaritätsprinzip auch von den jüngeren Generationen getragen wird. Deshalb wäre es auch für die Akzeptanz des politischen Systems problematisch, den demografischen Herausforderungen allein durch stetig steigende Umverteilungslasten begegnen zu wollen, statt eine nachhaltige Lösung grundlegender Probleme im Gesundheitswesen anzustreben.

## Literatur

- Beznoska, Martin/Pimpertz, Jochen/Stockhausen, Martin (2023): Wie beeinflusst die Demografie das Solidaritätsprinzip in der GKV?, in: Sozialer Fortschritt, 72. Bd., Nr. 6, S. 499–517.
- Beznoska, Martin/Pimpertz, Jochen/Stockhausen, Martin (2021): Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?, in: IW-Analyse, Nr. 143, Köln.

- Bundesregierung (2023): Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2024 und Finanzplan bis 2027. Zusätzliche Informationen zum Regierungsentwurf für den Bundeshaushalt 2024, Website Bundesfinanzministerium, [online], [https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Oeffentliche-Finanzen/Bundeshaushalt/kabinettsvorlage-regierungsentwurf-2024.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/Oeffentliche-Finanzen/Bundeshaushalt/kabinettsvorlage-regierungsentwurf-2024.pdf?__blob=publicationFile&v=3) [abgerufen am 10.10.2023].
- Pimpertz, Jochen (2023): Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung – Bewertungskonzepte und empirische Befunde, in: IW-Trends, 50. Bd., Nr. 4, S. 61–77.
- Pimpertz, Jochen (2022): Das Solidaritätsprinzip im Fokus einer GKV-Reform, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, 71. Bd. Nr. 1, S. 1–26.
- Pimpertz, Jochen (2020): Grenzen des Vorsorgestaats in einer alternden Gesellschaft, in: Zeitschrift für Politikwissenschaft, 30. Bd., Nr. 4, S. 645–652.
- Pimpertz, Jochen/Stockhausen, Maximilian (2023): Beitragslast steigt mit der Bemessungsgrenze, in: IW-Kurzbericht, Nr. 39, Köln.
- Schmidt, Christoph M. (2022): Effiziente und resiliente Gesundheitsversorgung – Anforderungen an das Gesundheitswesen nach der Corona-Pandemie, in: ifo-Schnelldienst, 75. Bd., Nr. 3, S. 19–23, München.
- SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen – Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP), Berlin.