

MONITOR

WIRTSCHAFT UND INNOVATION

Die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung

**Interview mit Dr. Jochen Pimpertz – ein Gespräch über das Solidaritätsprinzip,
Generationengerechtigkeit und eine kapitalgedeckte zweite Finanzierungssäule**

Christina Thelen, Natalie Klauer

- › Das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird für das Jahr 2024 auf bis zu sieben Milliarden Euro geschätzt. Aus ökonomischer Perspektive gibt es für die überproportional steigenden Ausgaben drei Ursachen. Die Finanzierungserfordernisse im Umlageverfahren steigen aufgrund der Alterung der Bevölkerung und des medizinischen Fortschritts stetig weiter an. Darüber hinaus fehlen aufgrund einer marktfernen Steuerlogik eine kostenbewusste Nachfrage und ein Preiswettbewerb.
- › Das Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung kann nach unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen umgesetzt werden. Dazu gehört auch die Frage der intergenerativen Solidarität, das heißt, ob und wie sich die Beitragslasten für die Mitglieder jüngerer und älterer Kohorten künftig unterscheiden.
- › Die Bürgerversicherung ist keine Lösung, da der Beitragssatz zwar zunächst einmalig gesenkt werden könnte, der Anstieg der demografisch bedingt steigenden Finanzierungserfordernisse damit aber nicht gebremst würde.
- › Es braucht eine kapitalgedeckte zweite Finanzierungssäule, die so organisiert ist, dass eine stärker besetzte Kohorte nicht länger die nachfolgende Kohorte mit den altersbedingt über die Jahre steigenden Ausgaben belastet. Das verspricht eine nachhaltige Akzeptanz des Solidaritätsprinzips in einer alternden Bevölkerung.

Das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigt Jahr für Jahr. Aktuell wird für das Jahr 2024 mit einem Defizit von bis zu sieben Milliarden Euro gerechnet. Wie bewerten Sie die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und was machen Sie als Ursachen für die steigenden Finanzierungsanforderungen aus?

Dr. Pimpertz: Seit zwei Jahrzehnten steigen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überproportional stark – im Durchschnitt jährlich um mehr als einen Prozentpunkt dynamischer als die beitragspflichtigen Einkommen je Versicherter. Offenkundig liegen die wesentlichen Probleme auf der Ausgabenseite. Dazu mahnen politische Kräfte und Krankenkassenverbände unter anderem an, dass der Gesetzgeber den Kassen immer neue Leistungen und Aufgaben aufbürde. Aus der ökonomischen Perspektive lassen sich die Treiber dieser Entwicklung vor allem in drei Clustern beschreiben:

Erstens führt die marktferne Steuerungslogik zu steigenden Ausgaben. Versicherte zahlen einen Beitrag proportional zum beitragspflichtigen Einkommen. Deshalb haben sie keinen ökonomischen Anreiz, ihre Krankenkasse oder die benötigte Versorgungsleistung kostenbewusst nachzufragen. Gleichzeitig fehlt es an einem Preiswettbewerb wie auf anderen Märkten. Weder können sich die Krankenkassen im Wettbewerb über ein kostengünstiges Versorgungsmanagement profilieren noch die Anbieter medizinischer Leistungen. Diese müssen entweder zu einheitlichen Entgelten und Pauschalen oder zu administrierten Preisen anbieten. Zweitens verspricht die GKV eine Versorgung nach dem jeweiligen Stand der Medizin. Wenn der medizinisch-technische Fortschritt zu erweiterten Behandlungsmöglichkeiten führt, dann steigt damit auch der Gegenwert des Versicherungsverprechens. Denn erweiterte medizinische Möglichkeiten kosten mehr. Und schließlich führt drittens die Bevölkerungsalterung in der umlagefinanzierten GKV zu steigenden Finanzierungserfordernissen. Denn typischerweise steigen die Gesundheitsrisiken und die damit einhergehenden Behandlungsaufwendungen mit dem Lebensalter an. Ausgerechnet die höheren Altersklassen werden aber künftig immer häufiger besetzt sein.

Zusammengefasst: Wenn im politischen Diskurs vor allem die Gewinnung weiterer Beitragseinnahmen gefordert wird, um die Versorgungsversprechen zu erfüllen, dann vermag das weder die Ausgabendynamik zu bremsen oder deren Ursachen zu bekämpfen noch die demografisch bedingten Herausforderungen nachhaltig zu bewältigen.

Zentrales Prinzip der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidaritätsprinzip. Solidarität und Gerechtigkeit werden hierbei häufig in einem Atemzug genannt. Was ist in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen Solidarität und Gerechtigkeit?

Dr. Pimpertz: Im politischen Diskurs werden die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage auf andere Einkommensbestandteile oder eine Ausweitung der Versicherungspflicht auf bislang privat Versicherte meist damit beworben, dies sei solidarischer und gerechter. Geht es aber um Gerechtigkeit oder Solidarität, werden verschiedene Kategorien miteinander vermengt, die analytisch zu trennen sind:

Solidarität ist ein Versprechen auf wechselseitige Hilfe und Unterstützung. Damit reicht das Solidaritätsprinzip in seinen Wirkungen über den reinen Versicherungsgedanken hinaus. So ist die Versorgung in der GKV unabhängig vom eigenen Gesundheitszustand und -risiko möglich, der Beitrag wird proportional zum beitragspflichtigen Einkommen erhoben.

Finanziell stärkere Mitglieder tragen deshalb mehr bei als solche mit einem geringeren beitragspflichtigen Einkommen. Versicherte mit niedrigerem Erkrankungsrisiko beanspruchen die Gemeinschaft weniger stark als andere, deren Gesundheit belasteter ist. Dieser Gedanke ist mit dem Solidaritätsprinzip nicht nur gesetzlich verankert, sondern in der Bevölkerung weithin akzeptiert und geschätzt. Das Solidaritätsprinzip führt also zu einer anderen Verteilung der Beitragslasten, als es in einer privatwirtschaftlichen Versicherungslösung zu erwarten wäre.

Nach welchem Maßstab diese Umverteilung bemessen werden soll, das ist Gegenstand von Gerechtigkeitserwägungen, die nach nahezu beliebig vielen Verteilungsmaßstäben erfolgen können. Wenn zum Beispiel eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage als gerechter angemahnt wird, dann geht es primär um die Lastverteilung unter den GKV-Versicherten und nicht um zusätzliche Einnahmen.

Das Solidaritätsprinzip kann also nach unterschiedlichen Gerechtigkeitsvorstellungen umgesetzt werden. Dazu gehören dann aber auch die Kriterien der intergenerativen Gerechtigkeit und Solidarität, also die Frage, ob und wie sich die Beitragslasten für Mitglieder jüngerer und älterer Kohorten aktuell und künftig unterscheiden.

Im Kontext der Solidaritätsfrage wird häufig die Bürgerversicherung als Lösung ins Spiel gebracht, sie würde verhindern, dass sich Privatversicherte der solidarischen Finanzierung entziehen und für mehr Solidarität und Gerechtigkeit sorgen. Trifft das zu?

Dr. Pimpertz: Richtig ist, dass privat Versicherte nicht in die Solidargemeinschaft integriert werden. Ob sich das zum Nachteil der GKV-Bestandsversicherten auswirkt, ist allerdings nicht einfach zu beantworten. Der Bestand der Privatversicherten ist im Schnitt älter als die Gemeinschaft der GKV-Versicherten. In einer Bürgerversicherung würden sie also die Ausgabenseite belasten. Vermutet wird jedoch, dass sie gleichwohl gesünder seien. Nach meiner Kenntnis der Studienlage gibt es tatsächlich Indizien dafür, dass PKV-Versicherte in jüngeren Lebensjahren die medizinische Versorgung weniger häufig beanspruchen. Die gleichen Studien zeigen aber auch, dass sich deren Inanspruchnahme mit zunehmendem Alter den GKV-Versicherten angleicht.

Im Ergebnis überwiegt aber, dass die Privatversicherten im Durchschnitt über höhere beitragspflichtige Einkommen verfügen als GKV-Bestandsmitglieder. Würden sie in der GKV zwangsversichert, hätte der Beitragssatz deshalb nach unserer Simulation für das Jahr 2018 um bis zu einem Prozentpunkt sinken können. Aber ist das deshalb solidarischer?

Unbestritten ist, dass damit in einem ersten Schritt die Bestandsversicherten entlastet würden. Allerdings bleibt offen, wie sich das auf die ehemaligen PKV-Versicherten auswirken würde, die ihre bislang abgesicherten Versorgungsansprüche ggf. mit einer privaten Zusatzversicherung sichern müssten. Entscheidend ist jedoch, dass damit Personen, die bislang eigenverantwortlich für ihre altersabhängig steigenden Ausgaben vorsorgen, nun im Umlageverfahren abgesichert wären – das gilt im Übrigen auch für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige, für die in der PKV eine eigene Prämie zu zahlen ist. Auch diese Personen altern und zeigen kein systematisch anderes generatives Verhalten als die GKV-Versicherten. Der Beitragssatz könnte also zunächst einmalig gesenkt werden, der Anstieg der demografisch bedingt steigenden Finanzierungserfordernisse würde damit aber nicht gebremst.

Wie beeinflusst aus Ihrer Sicht der demografische Wandel das Solidaritätsprinzip in der GKV?

Dr. Pimpertz: Das Problem ist, dass die jüngeren Generationen mit steigenden Beiträgen konfrontiert werden und deshalb stärker belastet werden als ältere Kohorten zuvor. Im Gesundheitssystem besteht die Illusion, dass bei steigenden Beitragslasten in der Zukunft ein mindestens gleichwertiger, angesichts des medizinisch-technischen Fortschritts sogar ein umfangreicherer Leistungsanspruch erreicht wird. Hält man aber gedanklich sowohl das Versicherungsrisiko im jeweiligen Lebensalter als auch die notwendigen Leistungsausgaben konstant, dann wird deutlich, dass bei einer alternden Bevölkerung die Finanzierungserfordernisse im Umlageverfahren allein deshalb steigen müssen, weil immer mehr Menschen mit höheren Gesundheitsrisiken zu versorgen sind.

Die Folge für das Solidaritätsprinzip in der GKV: Heute entrichtet ein 50-Jähriger typischerweise einen Beitrag, der über die für sein Alter durchschnittlichen Leistungsausgaben hinausgeht. Davon profitieren vor allem ältere Versicherte, deren Beitrag in der Regel nicht ausreicht, um ihr höheres Kostenrisiko zu decken. Diese Umverteilung nennen wir einen intergenerativen Solidarenausgleich. Wenn aufgrund der demografischen Entwicklung künftig der Beitragsatz steigen muss, dann zahlen jüngere Kohorten bei gleichem Einkommen einen höheren Beitrag. Da sich aber nach dieser Überlegung weder deren Erkrankungsrisiko noch die Behandlungskosten verändern, zahlen die künftig 50-Jährigen einen höheren Solidarbeitrag als gleichaltrige GKV-Mitglieder heute.

Aus diesem Paradoxon ergeben sich zwei politisch relevante Fragen: Erstens: ist es das, was unter Solidarität zu verstehen ist? Und zweitens, falls ja: darf die Gesellschaft dann darauf hoffen, dass dieses heute weithin akzeptierte Solidaritätsprinzip auch künftig auf Akzeptanz stößt, namentlich bei den jüngeren Kohorten?

Wenn wir über Solidarität sprechen, ist auch der Begriff "Generationengerechtigkeit" von Bedeutung. Wie generationengerecht ist das aktuelle System der gesetzlichen Krankenversicherung?

Dr. Pimpertz: Im Raum steht die Frage, ob es als „generationengerecht“ empfunden wird, wenn die nachfolgenden Kohorten für die gleichen Leistungsansprüche höhere Beiträge entrichten müssen. Wie auch immer der Souverän darauf antwortet, kann sich ein ökonomisches Problem ergeben, weil denkbar ist, dass sich jüngere Kohorten über den Erwerbsstatus, den Erwerbsumfang oder andere Ausweichreaktionen der solidarischen Umverteilungslast zu entziehen versuchen.

Warum diese vielleicht abstrakt anmutende Überlegung gesellschaftspolitisch relevant ist, zeigt sich in einem größeren Kontext: Wenn in Deutschland derzeit über die Gefahren einer Deindustrialisierung und die Standortqualität diskutiert wird, zitieren Ökonomen dazu oftmals internationale Steuerlastvergleiche, Unterschiede in der Infrastruktur oder sie vergleichen die Fachkräfteausstattung verschiedener Länder. Die individuelle unternehmerische Investitionsentscheidung geht dabei aber immer von der Stabilität gesellschaftlicher Institutionen aus. Wenn jedoch das Solidaritätsprinzip in der GKV zunehmend unter Rechtfertigungsdruck gerät, dann gefährdet eine wenig vorausschauende Gesundheitspolitik die Akzeptanz und damit die Stabilität der GKV. Davon wären mittelbar sowohl die Attraktivität des Wirtschaftsstandorts als auch die Finanzierung des Gesundheitswesens betroffen.

Dagegen wird in politischen Debatten oftmals eingewendet, dass wir das Thema Generationengerechtigkeit viel zu ernst nähmen. Dies halte ich für eine irreführende Überlegung, weil die politische Gestaltungsaufgabe nach vorne gerichtet ist. Es kann nicht darum gehen, ob es den heute lebenden Bürgern besser geht als zu früheren Zeiten, sondern darum, ob und unter welchen Umständen der heute erreichte Wohlstand auch in Zukunft sichergestellt werden kann. Übersetzt auf das Gesundheitssystem ist das heute erreichte Versorgungsniveau zweifellos hochqualitativ. Aber fraglich ist, ob das auch künftig unter veränderten demografischen Voraussetzungen zu vergleichbaren Bedingungen erreicht werden kann. Deshalb ist es wichtig zu verstehen, welche Finanzierungserfordernisse und Verteilungseffekte aus bestimmten Leistungsversprechen in einer alternden Gesellschaft erwachsen, um der Politik Hinweise über mögliche gesellschaftliche Folgen zu geben.

Wie könnte eine nachhaltige Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung erreicht werden? Und wie lässt sich eine intergenerative Solidarität wahren?

Dr. Pimpertz: Eigentlich kann man dazu eine ganz einfache Vorstellung entwickeln. Der Gesetzgeber hat bereits im Sozialgesetzbuch V, dem Rechtsrahmen für die gesetzliche Krankenversicherung, den allgemeinen Beitragssatz festgeschrieben. Würde man das auch für den Zusatzbeitragssatz tun, dann würden die Solidarbeiträge, die über die Deckung der eigenen Schadenserwartung hinaus zu leisten sind, für künftige Generationen nicht mehr automatisch steigen, weil die Bevölkerung altert. Dadurch ließe sich der demografisch bedingte Anstieg der Beitragslasten in der Zukunft zunächst einmal bremsen.

Dann entsteht aber das Problem, dass zwischen den Beitragseinnahmen bei einem fixierten Beitragssatz und den steigenden Finanzierungserfordernissen eine immer größer werdende Lücke klafft. Deshalb stellt sich die Frage, wie man diese schließen kann. Notwendig wird eine zweite Finanzierungssäule.

Im Prinzip sind dafür drei Varianten denkbar. Die erste wäre, stetig steigende Steuerzuschüsse aus dem Bundeshaushalt an die GKV zu überweisen. Das würde allerdings den Handlungsspielraum künftiger Regierungen sukzessive einengen, sowohl mit Blick auf die Wirtschaftspolitik als auch mit Blick auf andere sozialpolitische Aufgaben. Daneben besteht die Möglichkeit einer kapitalgedeckten Ergänzung. Diese lässt sich wiederum in zwei Alternativen denken: als staatlich verantwortete Lösung – dazu hat die Ampel-Regierung mit dem Generationenkapital eine Idee vorgetragen – oder aber eigenverantwortlich.

Letzteres würde bedeuten, dass jeder Versicherte sich, ergänzend neben einem über solidarische Beiträge finanzierten Versicherungssockel, privat, kapitalgedeckt versichern müsste. Eine solche Zusatzversicherung wäre für jeden Jahrgang zu kalkulieren, weil je nach Eintrittsalter und Beginn des Versicherungsschutzes eine unterschiedlich hohe Lücke zwischen dem beitragsfinanzierten Ausgabenanteil und den steigenden Finanzierungserfordernissen klaffen kann.

Ausgerechnet das Beihilferecht liefert eine Vorstellung, wie das gelingen kann. Denn auch die Beamten und Pensionäre erhalten lediglich einen anteiligen Zuschuss zu den tatsächlichen Behandlungskosten. Sie müssen sich ergänzend privat absichern, um der gesetzlichen Versicherungspflicht vollumfänglich nachzukommen. Diese zweisäulige Systematik wäre ebenso gut für alle gesetzlich Versicherten denkbar.

Wäre die von Ihnen skizzierte Lösung gewissermaßen als eine „kleine PKV“ in der GKV zu verstehen? Und wie gestaltet man die Umstellung hin zu einer ergänzenden kapitalgedeckten Säule sozial verträglich?

Dr. Pimpertz: Wie sie das Kind am Ende des Tages nennen wollen, das ist nicht ausschlaggebend. Der Idee nach geht es darum, für jede Kohorte eine kapitalgedeckte Zusatzversorgung zu organisieren, so dass eine stärker besetzte Kohorte nicht länger ihre mit dem Alter steigenden Ausgaben nachfolgenden Kohorten aufbürden kann.

Selbstverständlich erfordert eine ergänzende kapitalgedeckte Zusatzversicherung auch eine soziale Absicherung. Denn wenn die solidarische Beitragsfinanzierung auf eine Sockelfinanzierung beschränkt wird, könnten Geringverdiener mit der Zusatzprämie überfordert werden. Für diese Fälle gilt es einen Transferanspruch zu definieren. Zu entscheiden ist also, ab welchem Nettoeinkommen jemand mit der zusätzlichen Versicherungsprämie über Gebühr belastet wird, um seiner Versicherungspflicht nachzukommen.

Für den Staat wäre das vorteilhaft, weil nicht die komplette Lücke zwischen Beitragseinnahmen und Finanzierungserfordernissen geschlossen werden muss, sondern nur die anspruchsberechtigten Mitglieder aus Steuermitteln unterstützt werden. Die leistungsfähigeren GKV-Mitglieder können dies aus eigener Kraft leisten. Das wäre auch sozialpolitisch attraktiv, weil dann alle Steuerzahler, auch die Privatversicherten, zu dem ergänzenden Sozialausgleich beitragen, ohne dass sie dafür ihre eigenverantwortliche, kapitalgedeckte Vollversicherung aufgeben müssen. Die gilt es nämlich zu erhalten, weil Privatversicherte schon heute ihre altersbedingt steigenden Ausgaben nicht auf nachfolgende Kohorten überwälzen.

Für die Debatte erscheint mir relevant, dass ein ergänzendes kapitalgedecktes System nicht empfehlenswert ist, weil es möglicherweise effizienter erscheint. Vielmehr kommt es darauf an, dass in einer kapitalgedeckt finanzierten, zweiten Säule solidarische Finanzierungslasten nicht länger auf nachfolgende Kohorten überwält werden können. Das verspräche eine nachhaltige Akzeptanz des Solidaritätsprinzips in einer alternden Bevölkerung.

Gleichzeitig ergäbe sich die Möglichkeit, den Versicherten im Rahmen dieser Zusatzversicherung Wahlfreiheiten einzuräumen. Denkbar ist dann zum Beispiel, dass ein gesetzlich Versicherter im Rahmen seiner Zusatzversicherung für eine Honorierung nach privatärztlichem Maßstab optiert oder zum Beispiel ein Hausarztmodell bevorzugt. Vorausgesetzt, die Versorgung erfolgt in den Modellen zu unterschiedlichen Kosten, ergäben sich unterschiedliche Prämienfordernisse in der zweiten Säule, ohne dass davon der medizinische Leistungsumfang oder das Solidaritätsversprechen in der ersten Säule betroffen wäre.

Ökonomisch interessant ist daran, dass damit ein Preissignal auf dem Versicherungsmarkt entsteht und die Versicherungsanbieter einen Anreiz haben, auch auf der vertragsärztlichen Seite einen Wettbewerb zu initiieren. Denn wenn Tarife erlaubt werden, bei denen die Versorgung auf ein Netzwerk ausgewählter Anbieter beschränkt werden kann, dann müssen sich mögliche Vertragspartner auch unter Kostengesichtspunkten für die Teilnahme an einem solchen Modell empfehlen. Damit entstünde die Chance, in einem intergenerativ solidarischen Versicherungssystem dem Problem der überproportional stark steigenden Ausgaben besser Herr zu werden.

Inwieweit ergibt es Sinn, ein Standardprodukt einzuführen? Wie würden sich die Rollen in einem solchen Modell verändern?

Dr. Pimpertz: Ein Standardprodukt wäre vonnöten, um eine einheitliche Grundlage für die Feststellung eines etwaigen Transferanspruchs zu schaffen. Denn nur so lässt sich gewährleisten, dass der soziale Ausgleich nach einheitlichen Regeln erfolgt. Der Gesetzgeber muss also entscheiden, ob dafür ein Tarif mit kostenlos freier Arztwahl maßgeblich sein soll oder ein Tarif mit einem anderen, womöglich günstigeren Versorgungsmodell. Genau dafür ist die Definition eines Standardprodukts sinnvoll.

Ein derartiges Modell würde den Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung allerdings eine neuartige Rolle zuweisen, weil es nun auch darum geht, die Versorgung im Interesse ihrer Versicherungsnehmer zu organisieren. Damit sie das können, braucht es mehr Vertragsfreiheit gegenüber der ambulanten und stationären Versorgung oder den Apotheken und Arzneimittelherstellern. Dahinter steckt nämlich die ökonomische Idee, die Akteure im Gesundheitswesen einem stärkeren Wettbewerb auch über Preise auszusetzen, um die vermuteten Effizienzreserven im Interesse der Versicherten heben zu können.

Selbstverständlich bedürfte es dann einer Versicherungsaufsicht, die gewährleistet, dass einzelne Versicherungstarife nicht den Umfang der gesetzlichen Versicherungspflicht unterschreiten. Auch dafür ist die Definition eines Standardprodukts vonnöten.

Das heißt also eine stärkere Rolle der Krankenkassen und die Übertragung des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen?

Dr. Pimpertz: Das wäre tatsächlich die Konsequenz. Wer einen Tarif anbietet, der zum Beispiel einen Hausarzt als Lotsen vorsieht anstelle einer kostenlos freien Arztwahl, der muss sicherstellen, dass damit das gesamte Leistungsspektrum, das die Versicherungspflicht abdecken soll, in hinreichender Qualität angeboten werden kann. Wenn dabei die Krankenkassen im Wettbewerb um präferenzgerecht gestaltete Tarife stehen, muss die Sicherstellung durch die Versicherungsaufsicht gewährleistet werden.

Nach diesem Rollenverständnis wären Versicherungsunternehmen also auch damit beauftragt, das Management der Versorgung für die Versicherten zu übernehmen. Gleichzeitig sollen sie aber selbst im Wettbewerb stehen. Deshalb muss eine Wahlfreiheit für die Versicherten gewährleistet werden, zwischen Tarifangeboten wechseln zu können. Dann ist vorstellbar, dass eine einzelne Krankenkasse zum Beispiel in Kooperation mit privaten Krankenversicherungsunternehmen unterschiedliche Tarife anbietet.

Welche Rahmenbedingungen müssten für ein neues System mit einer kapitalgedeckten, zweiten Säule, wie von Ihnen vorgeschlagen, geschaffen werden? Es ist naheliegend, dass mit mehr Wahlfreiheit mehr individuelle Entscheidungen getroffen werden müssen. Sind die Bürgerinnen und Bürger in Deutschland hierzu im Kontext der Krankenversicherung bereit?

Dr. Pimpertz: Im Sozialgesetzbuch V ist der allgemeine Beitragssatz schon heute festgeschrieben. Dagegen wurde der Zusatzbeitrag, der ursprünglich als fester Euro-Betrag von jeder Krankenkasse erhoben wurde, erst im Nachhinein in einen paritätisch finanzierten Zusatzbeitragssatz umgewandelt. Die Idee der solidarischen Finanzierung wurde also ausgeweitet und das eingangs beschriebene Problem der intergenerativen Verschiebung verstärkt.

Im Prinzip würde es deshalb in einem ersten Schritt reichen, zu dem ursprünglichen System mit einem festen, kassenindividuellen Zusatzbetrag pro Monat zurückzukehren. Dieser zusätzliche Betrag führt den Versicherten nämlich vor Augen, dass die eigene Wahlentscheidung und das eigene Verhalten Einfluss auf die Kosten haben kann – immer vorausgesetzt, dass die Krankenkassen in dem neuen Modell auch Möglichkeiten haben, das Versorgungsgeschehen aktiv zu managen.

Um die Weichen in eine andere Richtung zu stellen, bräuchte es also keinen Bruch mit dem Status quo. Entscheidend ist vielmehr, dass die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen und Privatversicherungen die gesetzliche Versicherungspflicht vollständig abdecken und keine Leistungen aussparen.

Abschließend noch ein Blick zu unseren europäischen Nachbarn. Wie lösen diese das Problem?

Dr. Pimpertz: Die europäischen Nachbarn haben ganz unterschiedliche Modelle, die auch verschiedene Leistungen und Finanzierungsverantwortungen mit sich bringen. Aufgrund von Pfadabhängigkeiten, der Komplexität von gesellschaftlichen Entscheidungen und unterschiedlichen gesellschaftlichen Präferenzen würde ich jedoch kein einzelnes System als nachahmenswert empfehlen. Es lohnt jedoch, einzelne Steuerungselemente anzuschauen und zu fragen, ob diese für Deutschland wirklich so unvorstellbar sind, wie es manche Wortmeldungen suggerieren.

Im internationalen Vergleich fällt dazu auf, dass zum Beispiel die Debatte um die Praxisgebühr oder Zuzahlungen in Deutschland ideologisch aufgeladener geführt werden als zum Beispiel in Frankreich. Dort ist die Zuzahlung bei jedem Arztbesuch fest etabliert. Großbritannien hat mit dem National Health Service (NHS) ein steuerähnlich finanziertes System, in dem der Staat sehr viel stärker als hierzulande Einfluss auf die Ressourcenausstattung des Gesundheitssystems nimmt.

Auch deshalb treten dort Probleme der Rationierung deutlicher zutage, wenn dem Staat das Geld ausgeht. Wenn sich nur noch einkommensprivilegierte Bevölkerungsschichten eine Versorgung außerhalb des NHS erlauben können, tritt eine Zwei-Klassen-Medizin sehr viel härter zutage als dies in Deutschland vermutet wird. Wieder anders findet man es in der Schweiz vor, wo das Versicherungssystem in den Kantonen kleinteiliger organisiert ist, aber die Vorstellung eines „managed care“ weiterverbreitet ist.

Impressum

Der Autor

Dr. Jochen Pimpertz ist Leiter des Kompetenzfeldes Staat, Steuern und Soziale Sicherung am Institut der deutschen Wirtschaft in Köln, wo er seit 2001 tätig ist. Er ist Experte im Bereich Finanzierung der Sozialversicherungen und spezifisch auch zu Reformen in der deutschen Krankenversicherung. Im Anschluss an sein Studium der Betriebswirtschaftslehre und der Wirtschafts- und Sozialpädagogik an der Universität zu Köln promovierte Dr. Pimpertz im Fach Volkswirtschaftslehre. An der Universität zu Köln lehrt er zudem als Dozent im Fach Volkswirtschaftliche Grundlagen der Gesundheitsökonomie.

Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.

Christina Thelen

Referentin Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik
Hauptabteilung Analyse und Beratung

T +49 30 / 26 996-3839
christina.thelen@kas.de

Natalie Klauser

Referentin Demographischer Wandel
Hauptabteilung Analyse und Beratung

T +49 30 / 26 996-3746
natalie.klauser@kas.de

Diese Veröffentlichung der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V. dient ausschließlich der Information. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlwerbenden oder -helfenden zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen sowie für Wahlen zum Europäischen Parlament.

Herausgeberin: Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., 2023, Berlin
Gestaltung: yellow too, Pasiak Horntrich GbR
Hergestellt mit finanzieller Unterstützung der Bundesrepublik Deutschland.



Der Text dieses Werkes ist lizenziert unter den Bedingungen von „Creative Commons Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 international“, CC BY-SA 4.0 (abrufbar unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/legalcode.de>).