

Gesetzliche Krankenversicherung nach der Wahl

Vielfalt statt Einheitlichkeit – eine Reformskizze zur Überwindung der „Zwei-Klassen-Medizin“

Jochen Pimpertz

Köln, 30.09.2021

IW-Policy Paper 24/21

Aktuelle politische Debattenbeiträge



Herausgeber

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Postfach 10 19 42

50459 Köln

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung einsetzt. Unsere Aufgabe ist es, das Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verbessern.

Das IW in den sozialen Medien

Twitter

@iw_koeln

LinkedIn

@Institut der deutschen Wirtschaft

Facebook

@IWKoeln

Instagram

@IW_Koeln

Autor

Dr. Jochen Pimpertz

Kompetenzfeldleiter

pimpertz@iwkoeln.de

0221 – 4981-760

Alle Studien finden Sie unter

www.iwkoeln.de

Stand:

September 2021

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Gesetzliche Krankenversicherung nach Corona	5
2 Gesundheitssystem aus zwei Perspektiven	6
2.1 Vorrangiges Problem auf der Ausgabenseite	6
2.2 Umlageverfahren auf Kosten intergenerativer Solidarität.....	8
3 Gesetzliche Krankenversicherung im Spiegel der Wahlprogramme	11
3.1 Regelversorgung: Kaum Anreize zu effizienterer Versorgung.....	12
3.2 Intergenerative Lastverschiebung nicht thematisiert	16
4 Lösungsperspektive „Zwei-Klassen-Medizin“	17
Tabellenverzeichnis.....	21
Abbildungsverzeichnis.....	21
Literaturverzeichnis	22

JEL-Klassifikation

I13 – Krankenversicherung, öffentliche und private

I18 – Gesundheitspolitik; Regulierung; Öffentliches Gesundheitswesen

Das vorliegende IW-Policy Paper ist Bestandteil des von der Carl Deilmann-Stiftung geförderten Forschungsprojekts „Solidarität in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung“.

Zusammenfassung

Ein überproportional starkes Wachstum der Pro-Kopf-Ausgaben prägt die gesetzliche Krankenversicherung. Mit der Alterung der geburtenstarken Jahrgänge wird sich dieser Trend noch verstärken. Steigende Finanzierungserfordernisse werden aber in dem umlagefinanzierten System auf jüngere Kohorten überwältigt. Deshalb sind effiziente Versorgungslösungen ebenso notwendig wie eine Begrenzung der intergenerativen Lastverschiebung. Doch diese Probleme benennen weder Bündnis 90/Die Grünen noch CDU/CSU, DIE LINKE oder SPD. Neben unterschiedlichen Ansätzen, die stationäre Versorgung zu lenken, widmen sich die Parteien in ihren Wahlprogrammen Fragen der Versorgungsqualität und versprechen zusätzliche Leistungen. Über mögliche Finanzierungserfordernisse legen sie jedoch keine Rechenschaft ab. Lediglich die FDP setzt auf mehr Eigenverantwortung und Vertragsfreiheiten, um die Ausgabenentwicklung bremsen zu können.

Bündnis 90/Die Grünen, DIE LINKE und SPD schlagen stattdessen eine Bürgerversicherung vor. Das Modell wird aber nicht etwa mit dem Ziel begründet, zusätzliche Einnahmen zu generieren. Vielmehr wollen die Parteien das Solidaritätsprinzip stärken, individuelle Beiträge leistungsgerechter erheben und die angemahnte „Zwei-Klassen-Medizin“ überwinden. Das Solidaritätsprinzip würde aber nicht gestärkt, sondern die Finanzierungslast anders verteilt. Zwar bliebe ein solidarischer Ausgleich zwischen Jung und Alt jeweils im Querschnitt der Bevölkerung möglich, doch gelänge dies weiterhin nur auf Kosten der jüngeren Kohorten.

Eine Ampel-, Deutschland- oder Jamaika-Koalition birgt dagegen hohes Konfliktpotenzial, weil sich CDU/CSU und FDP zu dem zweigeteilten Versicherungssystem bekennen. Dennoch eröffnen sich auch für diese Konstellationen Perspektiven, wie das Solidaritätsprinzip zwischen den Generationen gewahrt und gleichzeitig die Versicherungs- und Versorgungsmärkte effizienter entwickelt werden können. Denn das Bürgerversicherungsmodell liefert nur eine denkbare Antwort auf den Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“. Unter den bestehenden GKV-Regeln würde die medizinische Versorgung bestenfalls einheitlich organisiert, nicht aber effizienter gesteuert. Deshalb besteht eine andere Antwort in der Vielfalt präferenzgerechter Lösungen.

Vorausgesetzt, eine künftige Bundesregierung beabsichtigt, die intergenerative Solidarität zu wahren, dann erfordert das eine dauerhafte Begrenzung des beitragsfinanzierten Anteils an den Leistungsausgaben. Damit wird eine zweite Säule notwendig, die über einkommensunabhängige Prämien im Anwartschaftsdeckungsverfahren zu finanzieren ist. Stehen in dieser Säule Tarife mit verschiedenen Versorgungsmodellen und unterschiedlichen Kostenstrukturen zur Wahl, können die Versicherten die Höhe der erforderlichen Prämie beeinflussen. Mit dieser Wahlfreiheit für gesetzlich Versicherten entsteht ein Anreiz für Krankenversicherungen und Leistungsanbieter, im Wettbewerb gemeinsam effizientere Lösungen zu entwickeln.

1 Gesetzliche Krankenversicherung nach Corona

Die Gesundheitspolitik steht noch immer unter dem Eindruck der Corona-Pandemie. Dies spiegeln auch die gesundheitspolitischen Programme zur Bundestagswahl 2021, die ein Augenmerk auf mögliche Defizite legen, die durch die Pandemie zutage getreten seien. Mit einer Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der stationären Versorgung wollen einige Parteien das Gesundheitssystem besser auf pandemische Ereignisse vorbereiten. Dabei berühren die angemahnten Reformen Regulierungen, die zum Beispiel in der stationären Versorgung bereits vor Corona hinsichtlich ihrer Steuerungswirkung kritisiert wurden. Gleichzeitig sind Forderungen nach zusätzlichen Leistungen etwa bei der Prävention oder Psychotherapie weit verbreitet. Selbst wenn Ausgabensteigerungen ausgeblendet werden, die sich infolge des medizinischen Fortschritts oder im Zuge der demografischen Entwicklung ergeben, zöge eine Umsetzung dieser Vorschläge höhere Finanzierungserfordernisse in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach sich. Statt diese zu thematisieren, begründen jene Parteien, die sich für eine Bürgerversicherung aussprechen, ihren Vorschlag mit Gerechtigkeitsmotiven, nicht aber damit, zusätzliche Einnahmen generieren zu wollen. Vielmehr rückt die Überwindung der angemahnten „Zwei-Klassen-Medizin“ in den Vordergrund der Argumentation. Mögliche Anreizwirkungen einer Ausweitung der GKV-Regeln auf die gesamte Bevölkerung bleiben dabei ebenso außer acht wie intergenerative Verteilungswirkungen, die die Bevölkerungsalterung in einer umlagefinanzierten Krankenversicherung hervorruft.

Hinter den verschiedenen Vorschlägen tritt ein grundlegender Ordnungskonflikt zutage, der über die Kritik an dem zweigeteilten Versicherungssystem hinausreicht. Denn die GKV wird von unterschiedlichen Zielsetzungen geprägt – angefangen von dem Versprechen einer umfassenden medizinischen Versorgung, über deren Finanzierung unter Wahrung des Solidaritätsprinzips bis hin zu Gerechtigkeitserwägungen, wenn es um die Bemessung individueller Beiträge geht. Während marktwirtschaftliche Anreizbedingungen den größten Erfolg versprechen, wenn es darum geht, knappe Ressourcen effizient einzusetzen, erfordert die Durchsetzung des Solidaritätsprinzips weitreichende Eingriffe in den Allokationsmechanismus. Zwischen diesen Gegenpolen orientieren sich die Wahlprogramme, die auf der Zielebene unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Auf der einen Seite stehen Bündnis 90/Die Grünen, DIE LINKE und SPD, die mit einer stärker lenkenden Hand des Staates die Gesundheit der Bürger positiv beeinflussen und deren medizinische Versorgung verbessern wollen. Sie votieren gleichzeitig für die Einführung einer Bürgerversicherung. Auf der anderen Seite bekennen sich CDU/CSU und FDP zu dem zweigeteilten Versicherungssystem. Nur bei den Liberalen finden sich Ansätze einer wettbewerblich orientierten Steuerungslogik, die der Eigenverantwortung der Bürger eine größere Bedeutung beimisst. Diese Alleinstellung ist umso bemerkenswerter, als ökonomische Expertisen bereits seit Jahrzehnten sowohl Fehlanreize in der GKV anmahnen als auch eine mangelnde Vorbereitung auf die demografischen Herausforderungen.

Angesichts dieser unterschiedlichen Grundhaltungen birgt die Gesundheitspolitik ein hohes Konfliktpotenzial für die anstehenden Koalitionsverhandlungen. Während sowohl der überproportional starke Ausgabenanstieg als auch der demografische Wandel die GKV vor gravierende Herausforderungen stellen (Kapitel 2), zeigen die Wahlprogramme von Bündnis 90/Die Grünen, CDU/CSU, DIE LINKE, FDP und SPD hierfür wenig Problembewusstsein (Kapitel 3). Insbesondere bietet eine Bürgerversicherung kaum Lösungsperspektiven für grundlegende Probleme. Geht es der kommenden Regierungskoalition aber weniger um die Vereinheitlichung des Versicherungssystems als um die Überwindung der angemahnten „Zwei-Klassen-Medizin“, dann sind Lösungen denkbar, die sowohl den ökonomischen Argumenten als auch sozialpolitischen Zielen Rechnung tragen (Kapitel 4).

2 Gesundheitssystem aus zwei Perspektiven

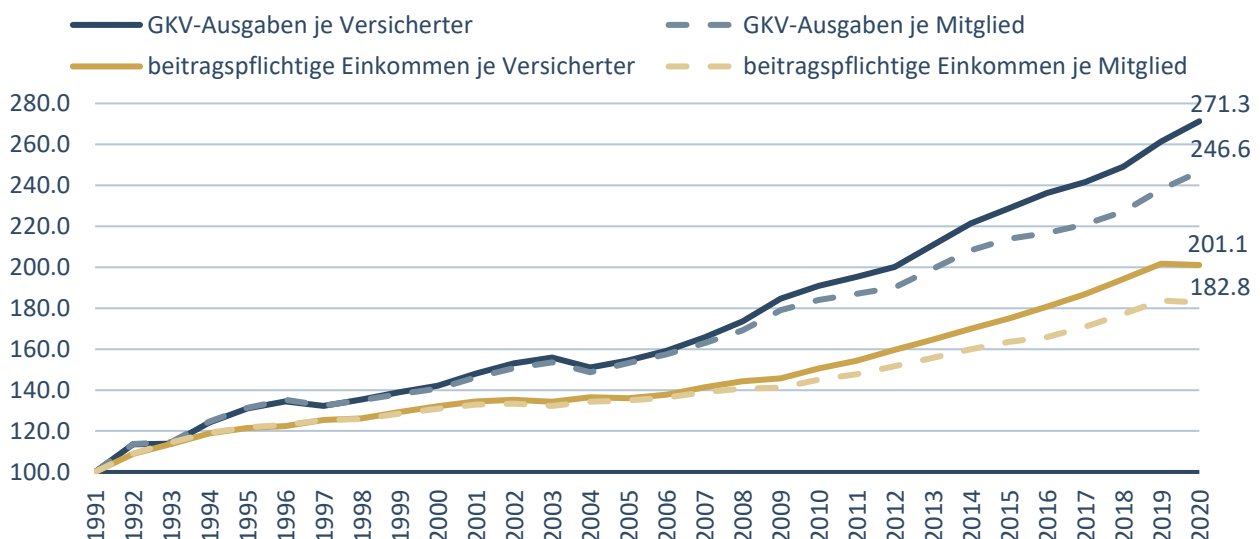
2.1 Vorrangiges Problem auf der Ausgabenseite

Trotz zahlreicher Strukturreformen und wiederholter Eingriffe in das Leistungsversprechen der GKV sind die Ausgaben der GKV seit der Wiedervereinigung überproportional stark gestiegen. Bereits diese Aussage wird im politischen Raum in Zweifel gezogen. Einwände zitieren zum Beispiel die relativ stabile Entwicklung des Anteils der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP). Allerdings ist diese Quote wenig aussagekräftig, weil sowohl die Leistungsausgaben als auch das BIP aus unterschiedlichen Gründen schwanken können (Pimpertz, 2019a, 123). Stattdessen ist eine Betrachtung von Pro-Kopf-Größen ratsam, um zum Beispiel den Einfluss eines schwankenden Versichertenbestands in der GKV neutralisieren zu können.

Zunächst ist festzustellen, dass die GKV-Ausgaben je Versicherten seit 1991 trotz wiederholter Reformen deutlich stärker gestiegen sind als das Brutto- oder Nettotionaleinkommen je Einwohner – beides Größen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, die Auskunft über die jährlich erwirtschafteten Konsummöglichkeiten der Gesellschaft geben können. Gleichzeitig sind die beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Mitglieder im gleichen Zeitraum mit nahezu identischer Rate gestiegen wie die durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte. Diese erfassen neben den beitragspflichtigen Einkommen der GKV-Versicherten auch die Besoldung der Beamten sowie Entgeltbestandteile jenseits der Beitragsbemessungsgrenze, klammern allerdings die beitragspflichtigen Alterseinkommen aus (Pimpertz, 2019a, 129 ff.). Zumindest für die Erwerbseinkommen lässt sich damit feststellen, dass die beitragspflichtigen Entgelte in den vergangenen beiden Jahrzehnten nicht erodiert sind.

Abbildung 2-1: Entwicklung der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen

Je Versicherten und je Mitglied, Index 1991=100



Quellen: BMG, 2021a; 2021b; Bundesamt für Soziale Sicherung, 2020; eigene Berechnungen

Stellt man schließlich die Entwicklungen der GKV-Ausgaben und der beitragspflichtigen Einkommen gegenüber (Abbildung 2-1), dann zeigt sich, dass pro Kopf gerechnet die Ausgaben seit zwei Dekaden jahresdurchschnittlich um gut 1 Prozentpunkt stärker gestiegen sind als die Beitragsbemessungsgrundlage (Pimpertz,

2019a, 132). Dieser Befund gilt unabhängig davon, ob die Größen je anspruchsberechtigten Versicherten oder je beitragszahlendes Mitglied berechnet werden.

Auch wenn eine Schwächung der Beitragsbemessungsgrundlage damit für die Zukunft nicht auszuschließen ist, stellt sich die Frage nach den möglichen Ursachen für diesen Trend. In der Literatur werden regelmäßig drei Zusammenhänge zitiert, die hierfür verantwortlich sein können (Pimpertz, 2019b, 7 f.):

Die **Alterung der Bevölkerung** sorgt dafür, dass in der GKV höhere Altersklassen, die durch bislang überdurchschnittlich hohe Leistungsausgaben gekennzeichnet sind, relativ häufiger besetzt werden. Deshalb steigt mit der Alterung der GKV-Versichertengemeinschaft die durchschnittliche Schadenserwartung unabhängig von der Frage, ob sich mit einer steigenden Lebenserwartung die über den Lebenszyklus erwarteten Ausgaben erhöhen oder lediglich anders verteilen. Allerdings ist dazu anzumerken, dass die geburtenstarken Jahrgänge erst in den kommenden Jahren in die höheren Altersklassen drängen. Dann wird sich der demografische Effekt deutlicher auf der Ausgabenseite niederschlagen als bislang. Gleichzeitig werden damit aber auch jene Altersklassen relativ stärker besetzt, die bei gegebenem Beitragssatz niedrigere Beiträge entrichten, weil das beitragspflichtige Ruhestandseinkommen im Durchschnitt geringer ausfällt als das beitragspflichtige Erwerbseinkommen. In der Folge droht eine Finanzierungslücke, die zu schließen steigende Beitragssätze erfordert (Beznoska et al., 2021, 30).

In dem **medizinisch-technischen Fortschritt** wird ein weiterer Treiber der Ausgabenentwicklung vermutet. Allerdings bleibt offen, warum innovative Technologien, die außerhalb des Gesundheitswesens als effizienzsteigernd beurteilt werden, im Gesundheitssystem zu überproportionalen Ausgabenzuwächsen führen sollen. Die Vermutung liegt nahe, dass aufgrund der marktfernen Regulierungen der GKV ein ausgabensteigernder Effekt weniger auf besondere Eigenschaften medizinisch-technischer Innovationen zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf die regulierungsbedingten Anreize, unter denen diese entwickelt und eingeführt werden (Pimpertz, 2019b, 8).

Deshalb werden schließlich seit Jahrzehnten **institutionell bedingte Fehlanreize** angemahnt, die die Ausgabenentwicklung zu erklären vermögen (stellvertretend Knappe/Roppel, 1982; Oberender, 1992). Im Mittelpunkt der ökonomischen Argumentation steht dabei das Zusammenwirken von zwei Regulierungszusammenhängen: Einerseits verhindert die lohn- und rentenproportionale Beitragsfinanzierung knappheitsgerechte Preissignale auf den Versicherungsmärkten. Andererseits wird der Anbieterwettbewerb aufgrund zentral verhandelter oder administrierter, einheitlicher Entgelte eingeschränkt, zumal die Versicherten frei, das heißt nahezu kostenlos zwischen Leistungsangeboten wählen können. In diesem Zusammenspiel ersticken Anreize zu kostenbewusster Nachfrage der Versicherten und Patienten, weil mögliche Effizienzvorteile, die zum Beispiel aus der freiwilligen Wahl von Tarifen mit Managed-Care-Strukturen resultieren können, im Kollektiv der GKV-Versicherten sozialisiert werden. Dieser Zusammenhang vermag wiederum die Zurückhaltung einzelner Krankenkassen bei der Entwicklung effizienter Versorgungsmodelle zu erklären.

Unter ansonsten unveränderten Anreizbedingungen droht sich der überproportional starke Ausgabenanstieg in der GKV fortzusetzen. Steigende Ausgaben führen absehbar zu steigenden Finanzierungserfordernissen, die unter den Regeln des Status quo den Beitragssatz in die Höhe treiben. Das vorgegebene Ziel, die Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung nicht über 40 Prozent steigen zu lassen, gerät vor diesem Hintergrund nicht nur aufgrund der Entwicklungen in der Renten- und Pflegeversicherung unter Druck (zum Beispiel Huschik et al., 2021, 3). Aus alloktionstheoretischer Sicht steht damit die Frage im Raum, unter welchen Regeln

eine effiziente Bewirtschaftung knapper Ressourcen gelingen kann, die den Handlungsspielraum auch in der Gesundheitspolitik begrenzen.

2.2 Umlageverfahren auf Kosten intergenerativer Solidarität

Mit absehbar steigenden Finanzierungserfordernissen in der GKV rückt gleichzeitig die Frage in den Fokus, wie die erforderlichen Beiträge künftig aufgebracht werden können. Dabei entsteht ein Zielkonflikt, der sich aus dem umfassenden Versorgungsversprechen, dem Anspruch an eine solidarische Finanzierung und unterschiedlichen Gerechtigkeitserwägungen ergibt. So ließe sich zum Beispiel der zu erwartende Beitragssatzanstieg durch eine sukzessive Begrenzung des beitragsfinanzierten Leistungsanspruchs oder im Zeitverlauf steigende Selbstbehalte bremsen. Beides hätte jedoch zur Folge, dass damit den Versicherten ein höherer Anteil eigenverantwortlicher Vorsorge an den Gesundheitsausgaben zugemutet würde – ein offenkundiger Konflikt zu dem Anspruch auf eine möglichst umfängliche solidarische Finanzierung. Alternativ könnte der Beitragssatzanstieg über eine kontinuierliche Aufstockung des steuerfinanzierten Bundeszuschusses vermieden werden. Damit würde aber der grundlegende Verteilungskonflikt lediglich auf den Bundeshaushalt verlagert, der auch aus anderen Gründen zunehmend unter Finanzierungsdruck gerät (Diermeier et al., 2021). Formal ließe sich der Beitragssatz schließlich über eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage stabilisieren, zum Beispiel indem man die Beitragsbemessungsgrenze an- oder aufhebt und weitere Einkommensbestandteile der Beitragspflicht unterwirft. Zur Begründung wird dazu angeführt, dass der individuelle Beitrag damit stärker der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten Rechnung trage. Dies würde jedoch im besten Fall den Beitragssatz einmalig auf ein niedrigeres Niveau drücken, ohne damit den Anpassungsdruck aufgrund langfristig steigender Ausgaben mindern zu können. Folgt man aber dem Ziel, Beiträge nach der Leistungsfähigkeit bemessen zu wollen, dann wäre das zu versteuernde Einkommen die geeignete Bemessungsgrundlage. Allerdings wären dann die zur Einkommenserzielung notwendigen Aufwendungen ebenso von der Bemessungsgrundlage abzuziehen wie Vorsorgeaufwendungen oder das steuerfreie Existenzminimum (Beznoska et al., 2021, 36 f.). Der Versicherungsgedanke würde damit zugunsten einer einkommensproportionalen Steuerfinanzierung aufgegeben – nicht nur mit problematischen Anreizeffekten für die Leistungsnachfrage der Versicherten. Denn mit einer Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze würden auch die Arbeitskosten der Versicherten mit höheren Erwerbseinkommen steigen. Mittelbar droht eine Anpassung der Arbeitsnachfrage mit kaum vorhersehbaren Beschäftigungseffekten.

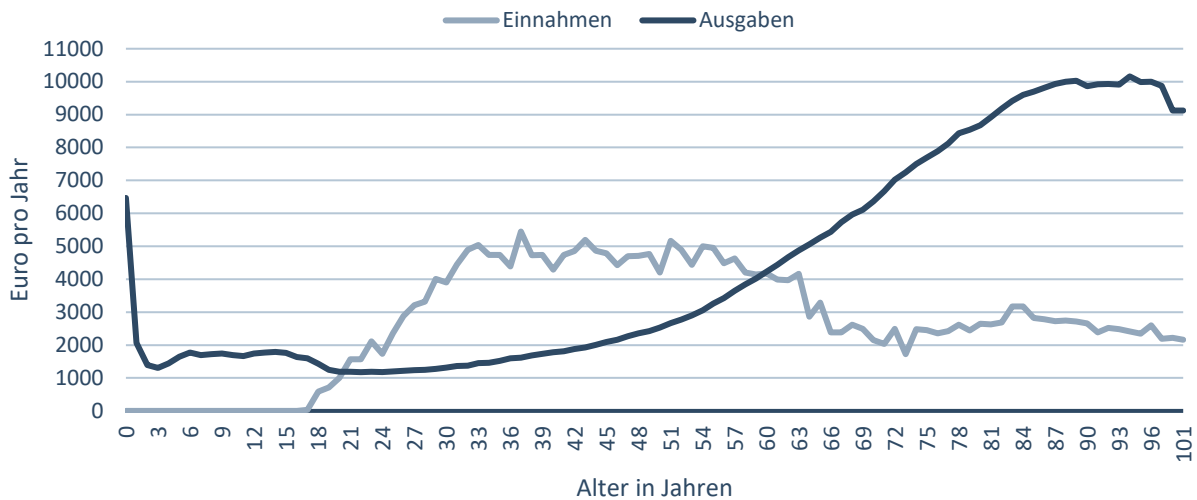
Vor diesem Hintergrund wird seit rund zwei Jahrzehnten die Idee einer bevölkerungseinheitlichen Bürgerversicherung beworben. Der Begriff steht für eine Ausweitung der GKV-Regeln auf die gesamte Bevölkerung, meist in Kombination mit einer Ausweitung der Beitragsbemessung. Die Beitragsfinanzierung wird dagegen nicht auf dem Prüfstand gestellt (Ausnahmen finden sich zum Beispiel bei Eekhoff et al., 2008; SVR, 2008, 394 ff.). Die Idee einer Bürgerversicherung wird allerdings politisch nicht mit dem Ziel begründet, zusätzliche Beitragseinnahmen zu generieren. Vielmehr soll damit das Solidaritätsprinzip gestärkt, eine gerechtere Lastverteilung angestrebt sowie die vorgebliche „Zwei-Klassen-Medizin“ überwunden werden (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 123; DIE LINKE, 2021, 33; SPD, 2021, 18). Eine Analyse der mit dem Solidaritätsprinzip begründeten Umverteilungswirkungen führt jedoch zu ernüchternden Befunden (Beznoska et al., 2021):

- In der GKV leisten vor allem Personen im Erwerbsalter einen Solidarbeitrag. Dieser lässt sich als Differenz zwischen dem tatsächlich gezahlten GKV-Beitrag und der nach Alter und Geschlecht differenzierten durchschnittlichen Schadenserwartung errechnen. Abstrahiert man, wie in der GKV üblich, von sonstigen, individuellen Ausprägungen der Gesundheitsrisiken, kann die altersbezogene Schadenserwartung über

die Verteilung der durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben geschätzt und die durchschnittlichen Beitragszahlungen empirisch bestimmt werden (Abbildung 2-2 und 2-3).

Abbildung 2-2: GKV-Einnahmen-Ausgabenprofil – Männer

Je Versicherten nach Alter, 2018

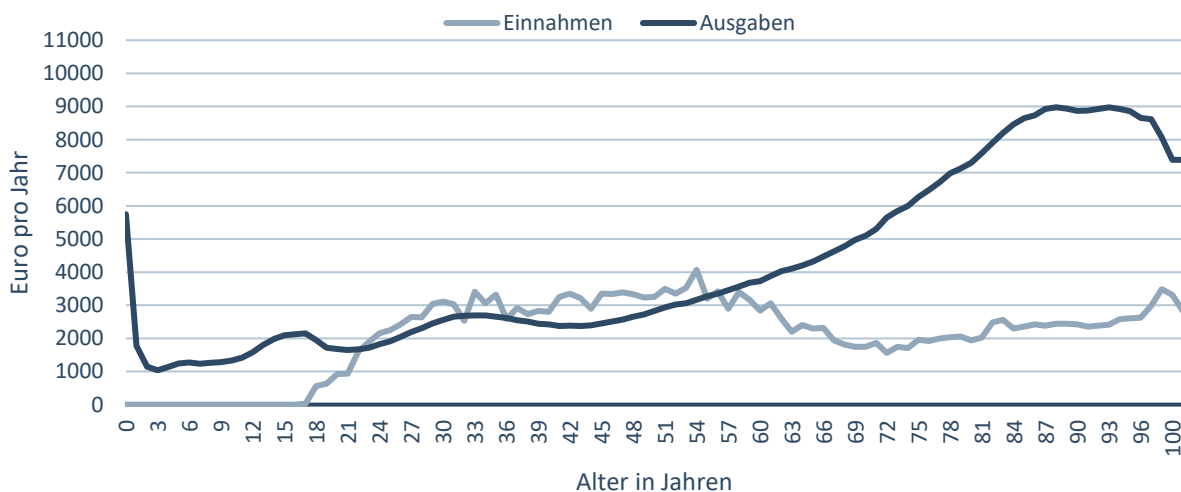


Ursprungsdaten: SOEP v35, Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021; eigene Berechnungen.

Quelle: Beznoska et al., 2021, 31

Abbildung 2-3: GKV-Einnahmen-Ausgabenprofil – Frauen

Je Versicherte nach Alter, 2018



Ursprungsdaten: SOEP v35, Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021; eigene Berechnungen.

Quelle: Beznoska et al., 2021, 31

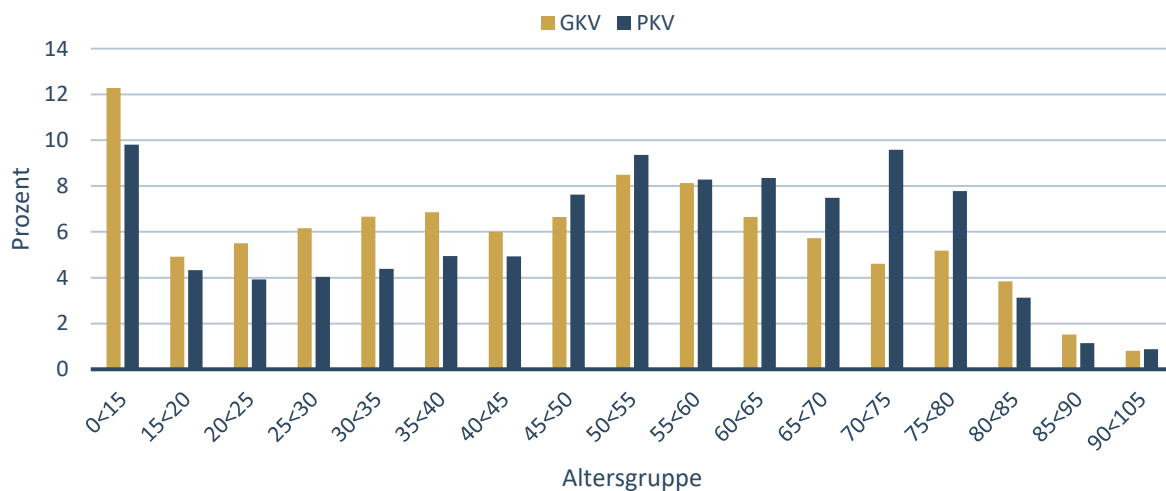
- Berücksichtigt man die Häufigkeit, mit der die jeweiligen Altersklassen im Jahr 2018 besetzt waren, dann zahlten 39,1 Prozent der Versicherten mehr ein, als es den durchschnittlichen Leistungsausgaben für gleichaltrige Männer oder Frauen entsprach. Demnach profitierten sechs von zehn Versicherten von der

solidarischen Umverteilung. Mit den Solidarbeiträgen wurden 36,6 Prozent aller GKV-Ausgaben finanziert.

- Mit einer Ausweitung der GKV-Regeln auf die gesamte Bevölkerung würde das Solidaritätsprinzip aber nicht gestärkt. Denn der Anteil derjenigen, die in einer Bürgerversicherung nach geltendem Beitragsrecht einen Solidarbeitrag zahlen würden, stiege – simuliert für das Jahr 2018 – lediglich um 0,8 Prozentpunkte. Umgekehrt läge aber der Anteil der solidarisch finanzierten Ausgaben mit 36,3 Prozent knapp unter dem Ausgangsniveau (Beznoska et al., 2021, 43).
- Allerdings würde eine Bürgerversicherung die Lastverteilung verändern:
 - Die zu integrierenden Privatversicherten und Beamten belasten zunächst die Ausgabenseite einer umlagefinanzierten Bürgerversicherung. Denn selbst unter der Annahme, dass sie in jüngeren Jahren niedrigere Risiken aufweisen als GKV-Bestandsversicherte, sind die höheren Altersgruppen unter den Privatversicherten und Beamten häufiger besetzt als in der GKV (Abbildung 2-4). Da diese Altersgruppen aber überdurchschnittlich hohe Ausgabenrisiken aufweisen, würde die Ausgabenseite einer Bürgerversicherung belastet – das im neuen Kollektiv zu versichernde Durchschnittsrisiko läge zu einem fiktiven Umstellungszeitpunkt über dem im Status quo.

Abbildung 2-4: Altersstruktur der GKV- und PKV-Versicherten

Anteil der Versicherten in Prozent der jeweiligen Gruppe, 2018



Ursprungsdaten: SOEP v35.

Quelle: Beznoska et al., 2021, 30

- Gleichzeitig liegen aber die Erwerbseinkommen dieser Gruppe im Durchschnitt über dem Niveau der GKV-Bestandsversicherten (Beznoska et al., 2021, 29). In einer Bürgerversicherung nach GKV-Regeln läge damit auch deren beitragspflichtiges Einkommen im Durchschnitt über dem des GKV-Bestands. Dieser einnahmenseitige Effekt überwiegt den Einfluss der unterschiedlichen Altersstrukturen. Deshalb ließe sich ein ausgabendeckender Beitragssatz unter dem gegebenen Beitragsrecht zu einem fiktiven Umstellungszeitpunkt 2018 um bis zu 1 Prozentpunkt senken.
- Im Vergleich zu einer unterstellten Beitragssatzentwicklung im Status quo würden die Bestandsversicherten dauerhaft entlastet (Beznoska et al., 2021, 43). Allerdings würde der absolute Effekt bereits nach wenigen Jahren verpuffen, weil der Beitragssatz bei einem unverändert überproportional

starken Ausgabenwachstum rasch wieder bis auf das ursprüngliche Niveau und auch danach weiter steigen muss (Beznoska et al., 2021, 54).

Das Solidaritätsprinzip lässt sich demnach zwar in jeder Periode realisieren, weil die Umverteilung jeweils im Querschnitt des Kollektivs durchgesetzt werden kann. Dies kann auch mit einem zum Umstellungszeitpunkt niedrigeren Beitragssatzniveau gelingen. Das Umlageverfahren führt aber in einer alternden Bevölkerung zu einem Paradoxon, weil die solidarische Umverteilung jüngere Kohorten immer stärker belastet: Bei einem steigenden Beitragssatz, aber unveränderten altersabhängigen Leistungsausgaben, entrichten die Mitglieder der jeweils jüngeren Kohorten einen höheren Solidarbeitrag als Versicherte vorausgegangener Jahrgänge im gleichen Lebensalter. Damit sinkt auch der Nutzen aus der solidarischen Umverteilung, den diese Kohorten im Alter erwarten dürfen. Einen idealtypischen Lebenszyklus vorausgesetzt wird es immer unwahrscheinlicher, dass die in jungen Jahren geleisteten Solidarbeiträge in späteren Lebensphasen kompensiert werden (Beznoska et al., 2021, 51 f.). Der solidarische Ausgleich zwischen Jung und Alt gelingt deshalb bei einer alternden Bevölkerung im Umlageverfahren nur auf Kosten der jüngeren Versicherten – unabhängig davon, ob in der GKV oder einer Bürgerversicherung.

Diesen Widerspruch vermag auch eine veränderte Beitragsbemessung nicht zu heilen. Eine Anhebung oder Aufgabe der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einbeziehung bislang beitragsfreier Einkommensquellen nährt zwar die Hoffnung, dass bislang beihilfeberechtigte und privatversicherte Personen aufgrund ihrer überdurchschnittlich hohen Erwerbseinkommen verstärkt zur Finanzierung des Umlageverfahrens beitragen und damit die GKV-Bestandsversicherten weiter entlastet werden können (Beznoska et al., 2021, 29). Unter Gerechtigkeitsabwägungen mag das manchem sogar geboten erscheinen. Allerdings würde damit lediglich ein neuer verteilungspolitischer Status quo definiert. Die im Umlageverfahren begründete intergenerative Lastverschiebung lässt sich damit aber weder in der GKV noch in einer Bürgerversicherung bremsen. Sie würde lediglich auf einem neuen Beitragssatzniveau aufsatteln, um fortan mit gleicher Dynamik zu wirken.

Damit stellt sich die Frage nach der Rechtfertigung einer veränderten Verteilung der Beitragslast. Geht es um Gerechtigkeit, ist nicht nur das Ergebnis eines Subsystems der sozialen Sicherung, sondern die Gesamtheit staatlicher Umverteilungsinstrumente in den Blick zu nehmen. Denn die Korrektur der Markteinkommensverteilung resultiert in erster Linie aus dem allgemeinen Steuer-Transfersystem und nur mittelbar aus den Umverteilungen, die in den verschiedenen Sozialversicherungssystemen zusätzlich angelegt sind. Effizient wäre es deshalb, Gerechtigkeitsfragen primär an das Steuersystem zu adressieren, statt eine Korrektur der Einkommensverteilung über einzelne Teilsysteme der sozialen Sicherung anzustreben, deren primäre Aufgabe in der Organisation des Versicherungsschutzes liegt (Beznoska et al., 2021, 36 f.; SVR, 2008, 349 ff.).

3 Gesetzliche Krankenversicherung im Spiegel der Wahlprogramme

Die programmatischen Aussagen der Parteien im Bundestagswahlkampf lassen sich vor dem Hintergrund dieser Überlegungen einordnen. Mit Blick auf die Regelversorgung im Status quo formulieren die Parteiprogramme bisweilen recht kleinteilige Vorschläge, die unter anderem auf Verbesserungen und Ausweitungen des Leistungskatalogs abstellen. Vorschläge, die auf eine Korrektur der Leistungsanreize zielen, bleiben meist auf die stationäre Versorgung beschränkt. Über mögliche finanzielle Auswirkungen geben die Programme keine Auskunft. Vor diesem Hintergrund müssen die folgenden ökonomischen Einordnungen auf

Tendenzaussagen beschränkt bleiben, die weder Anspruch auf Vollständigkeit erheben noch eine empirische Quantifizierung anstreben.

3.1 Regelversorgung: Kaum Anreize zu effizienterer Versorgung

Zusätzliche Leistungsversprechen treiben Ausgaben

Alle Parteien sprechen sich für einen Ausbau psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten aus – die **Union** stellt dabei auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie ab, während die **FDP** lediglich die Weiterentwicklung der Ausbildung zum Psychotherapeuten anspricht, ohne mögliche Auswirkungen auf der Ausgabenseite anzudeuten (CDU/CSU, 2021, 64; FDP, 2021, 30 f.). **Bündnis 90/Die Grünen** fordern ähnliches, darüber hinaus aber mehr Kassensitze für Psychotherapeuten (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 121). Eine Stärkung der ambulanten und integrierten Psychotherapie findet sich auch im Programm der **SPD**. **DIE LINKE** spricht von einer Überarbeitung der entsprechenden Bedarfsplanung (SPD, 2021, 18; DIE LINKE, 2021, 36 f.). Weitere Leistungsausweitungen fordern Bündnis 90/Die Grünen, die zum Beispiel Sehhilfen in die Regelversorgung aufnehmen wollen (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 124). Das Thema Prävention spielt bei SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP eine Rolle. Bei den Grünen wird gesundheitliche Prävention als Querschnittsaufgabe definiert und dadurch in ihrer Bedeutung aufgewertet, die SPD fordert eine stärkere Spezialisierung präventiver Maßnahmen nach Alter und Geschlecht und möchte die Aktivitäten der Sozialversicherungen bündeln – also auch die Unfall- und Rentenversicherung einbeziehen. Die Liberalen setzen einen anderen Akzent und konzentrieren sich auf gesundheitsbewusstes Lernen in Kindergärten und Schulen (SPD, 2021, 17; Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 116; FDP, 2021, 30).

Auch wenn damit aller Voraussicht nach keine großen Volumina bewegt werden, ist die Tendenz eindeutig: Die Parteien versprechen zusätzliche Leistungen, die die GKV-Ausgaben erhöhen würden. Unter ansonsten unveränderten Anreizbedingungen würde damit der bislang beobachtete, überproportional starke Ausgabenanstieg künftig auf einem höheren Niveau aufsatteln und das Problem steigender Finanzierungserfordernisse noch verschärfen. Deshalb gilt das weitere Augenmerk den Vorschlägen, die ambulante und stationäre Versorgung effizienter zu organisieren, um gegebenenfalls dieser Entwicklung gegensteuern zu können.

Ambulante Versorgung – kaum Hinweise auf Steuerungswirkungen

Die **Liberalen** betonen den Grundsatz ambulanter Versorgung vor stationärer Behandlung, die **Union** will darüber hinaus den wohnortnahen, digitalen und barrierefreien Zugang sicherstellen. Über diese allgemein gehaltenen Bekenntnisse geht die **SPD** hinaus, wenn sie die Kommunen bei der Errichtung medizinischer Versorgungszentren unterstützen will (SPD, 2021, 18). Unklar bleibt allerdings die Rolle der Kommunen, die dem Wortlaut nach stärker in die Regelversorgung eingebunden und damit in Wettbewerb zu den Anbietern treten würden, die bislang die ambulante Versorgung gewährleisten. In eine ähnliche Richtung scheinen die Vorstellungen von **Bündnis 90/Die Grünen** zu gehen, wenn sie von einer integrierten Bedarfsplanung mit kommunaler Anbindung in Gesundheitsregionen sprechen und dazu den Aufbau kommunaler Gesundheitszentren anstreben (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 118 f.). Auch hier wird nicht klar, ob Einrichtungen der Gemeinden und Kreise in Wettbewerb zu den vertragsärztlichen Anbietern treten oder lediglich Versorgungslücken schließen sollen. Während bei Sozialdemokraten und Grünen eine stärkere Rolle der öffentlichen Hand angedeutet wird, formuliert **DIE LINKE** an dieser Stelle vorsichtiger. Auch wenn sie für regionale Gesundheitszentren votiert, in denen die Teildisziplinen vernetzt arbeiten, befürwortet sie zunächst die Erprobung von Modellprojekten wie Stadtteilgesundheitszentren. Ihre Skepsis gegenüber marktwirtschaftlichen

Anreizstrukturen kommt aber unter anderem in der Forderung zum Ausdruck, Kaufpreise für Kassensitze zu begrenzen (DIE LINKE, 2021, 37). Fraglich bleibt dabei aber, ob allein mit dem Verbot künftig die Bildung von Schattenpreisen wirksam unterbunden werden kann, wenn unverändert an der Rationierung von Kassensitzen festgehalten wird.

Unisono bleiben die Parteien eine Argumentation schuldig, warum die angesprochenen Maßnahmen für mehr Effizienz sorgen können. Nur zwei programmatische Detailaussagen zur ambulanten Versorgung heben sich davon ab: Die **FDP** lehnt das Versandhandelsverbots von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ab (FDP, 2021, 31). Dies könnte angesichts des Bekenntnisses zur freien Apothekenwahl zu einer Intensivierung des Wettbewerbs bei der Arzneimitteldistribution führen – vorausgesetzt, dass administrative Vorgaben für die Leistungsentgelte der Apotheken sowie Groß- und Zwischenhändler gelockert würden. Dagegen artikuliert **DIE LINKE**, dass Arzneimittel künftig nur noch nach einer Positivliste erstattet werden sollen (DIE LINKE, 2021, 38). Generell soll gelten, dass nur Leistungen im Rahmen der GKV abgerechnet werden können, die auf evidenzbasierten Behandlungsmethoden beruhen. Inwieweit beides zu einer Straffung des Leistungskatalogs und Reduktion des Ausgabenvolumens führen würde und welche Konsequenzen dies für die Versorgungsqualität haben würde, darüber gibt das Programm allerdings keine Auskunft.

Stationäre Versorgung – Defizite benannt, Lösungskonzepte fehlen

Ein deutlich größeres Augenmerk legt die Mehrheit der Wahlprogramme auf Korrekturen der stationären Versorgung. Im Mittelpunkt steht dabei zum Beispiel die These, dass die Krankenhäuser Treiber der Ausgabenentwicklung seien. Die Kritik richtet sich meist gegen das Entgeltsystem der Fallpauschalen. Allerdings ist in dem Jahrzehnt vor Corona der Anteil an allen GKV-Leistungsausgaben, der auf die Krankenhausbehandlungen entfiel, nicht etwa gestiegen, sondern er ist leicht gesunken (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: Anteil ausgewählter Leistungsbereiche

In Prozent der GKV-Leistungsausgaben im jeweiligen Jahr

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ärztliche Behandlung	16,7	16,7	16,6	17,5	17,3	17,3	17,3	17,5	17,4	17,6
Zahnärztliche Behandlung	6,9	6,9	6,8	6,9	6,7	6,6	6,5	6,5	6,4	6,3
Krankenhausbehandlung	35,6	35,9	36,0	35,5	35,0	34,8	34,7	34,4	34,1	33,5
Arzneimittel	18,4	17,3	17,0	16,6	17,2	17,2	17,2	17,3	17,1	17,1

Ärztliche Behandlung: bis 2012 ohne Praxisgebühr; Arzneimittel: Einführung des AMNOG im Jahr 2010 und Folgeregulierung ab 2013.

Quellen: BMG, 2021a; Deutscher Bundestag, 2013; eigene Berechnungen

Vor diesem Hintergrund ist zum einen kritisch zu hinterfragen, welchen Beitrag die Vorschläge der Parteien zu einer verbesserten Steuerung der stationären Versorgung leisten können, zum anderen, wie sich die Reformvorschläge zur Finanzierung der Krankenhausinfrastruktur auswirken. Während **CDU/CSU** den Versorgungsbedarfen im ländlichen Raum bei der Krankenhausfinanzierung verstärkt Rechnung tragen wollen und 500 Millionen Euro zur Einführung von „Hightech und Robotik“ in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einplanen (CDU/CSU, 2021, 63), mahnt die **FDP** allgemein Strukturreformen an. Den Liberalen schwebt dabei

vor, die Investitionskostenfinanzierung zu verbessern und die Vergütung an Qualitätsmerkmale zu koppeln (FDP, 2021, 29). Unklar bleibt dabei allerdings, nach welchen Kriterien Leistungsqualitäten gemessen werden sollen, um die erhoffte Spezialisierung der Einrichtungen mit Ansprüchen an eine flächendeckende Versorgung zu kombinieren. Die **SPD** will das System der Fallpauschalen auf den Prüfstand stellen, in dem sie eine bedarfsgerechte Grundfinanzierung von Krankenhäusern anstrebt (SPD, 2021, 18). Bei allen drei Parteien ist der Gedanke verankert, Sektorengrenzen zu überwinden und damit stationäre Einrichtungen auch für die ambulante Versorgung zu öffnen. Damit tragen sie der weitverbreiteten Kritik Rechnung, dass eine vor allem sektorenübergreifende Organisation entlang der Versorgungskette reformbedürftig sei. **Bündnis 90/Die Grünen** schlagen dazu eine Vereinheitlichung der Entgeltsysteme für beide Leistungssektoren vor (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 118). Außerdem wollen sie Krankenhäuser auch nach ihrem gesellschaftlichen Auftrag finanzieren, ohne dabei offenzulegen, worin dieser besondere Auftrag bestehen könne. Dabei wollen die Grünen in der Krankenbedarfsplanung künftig auch nach medizinischen Schwerpunktkliniken und Maximalversorgern differenzieren. Offenkundig schwebt ihnen dabei eine stärker lenkende Rolle des Staates vor, wenn sie die gewinnorientierten Spezialisierungstendenzen eindämmen wollen und das Kriterium der Gemeinwohlorientierung entgegensetzen. **DIE LINKE** geht deutlich weiter, wenn sie Gewinnentnahmen aus dem Betrieb von Krankenhäusern grundsätzlich verbieten will (DIE LINKE, 2021, 32; 38). Stattdessen sollen über einen Rekommunalisierungsfonds des Bundes Krankenhäuser in kommunale Verantwortung überführt werden. Zudem fordert DIE LINKE die Abschaffung der Fallpauschalen und eine Rückkehr zur „vollständigen Kostenerstattung“, ohne auf Ausgabeneffekte einzugehen.

Alle Vorschläge greifen an den in der Literatur diskutierten Kritikpunkten an, die sich zum einen auf die Wechselwirkungen zwischen betriebswirtschaftlichen Anreizen und Versorgungsqualitäten konzentrieren, zum anderen auf die Finanzierung von Infrastrukturinvestitionen. Wenn aber die Ressourcenknappheit den Handlungsspielraum auch im Gesundheitssystem begrenzt, dann wird in keinem Wahlprogramm dargelegt, warum ausgerechnet die vorgeschlagenen Maßnahmen effektiver wirken sollen, geschweige denn effizienter.

Digitalisierung – meist ohne Anreizbedingungen gedacht

Mit der Digitalisierung des Gesundheitssystems werden zwei Hoffnungen verbunden: einerseits eine verbesserte Versorgung durch effizientere Prozesse und bessere Möglichkeiten der medizinischen Forschung, andererseits eine höhere Effizienz der Versorgung. Das Programm von **CDU/CSU** geht vergleichsweise detailliert auf die Weiterentwicklung von eHealth ein und spricht zum Beispiel die Pseudonomisierung von Versorgungsdaten an, die damit auch für privatwirtschaftliche Forschung und Entwicklung zugänglich gemacht werden sollen. Außerdem soll die Vereinheitlichung von Vorgaben des Datenschutzes länderübergreifende klinische Studien fördern (CDU/CSU, 2021, 63). Auch **SPD** und **Bündnis 90/Die Grünen** verfolgen eine ähnliche Strategie (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 124 f.; SPD, 2021, 17). Digitalisierung wird im gesundheitspolitischen Kapitel der **FDP** vor allem mit Blick auf Entbürokratisierung, Schnittstellenmanagement und Vernetzung angesprochen (FDP, 2021, 29). Dies ergibt mit Blick auf die geforderte Überwindung der Sektorengrenzen Sinn, während forschungspolitische Implikationen der Digitalisierung bei den Liberalen an anderer Stelle ihres Programms intensiver beleuchtet werden (FDP, 2021, 25 ff.). Auch bei der Partei **DIE LINKE** sollen digitale Anwendungsmöglichkeiten verstärkt genutzt werden. Allerdings sollen keine Beitragsmittel zur Finanzierung von IT-Konzernen eingesetzt werden und eHealth-Produkte wie alle anderen Leistungen evidenzbasierten Bewertungsverfahren unterworfen werden (DIE LINKE, 2021, 99).

Auch wenn sich aus den Programmen eine unterschiedlich ausgeprägte Offenheit gegenüber digitalen Technologien interpretieren lässt, bleibt doch eine Frage bei allen Parteien unbeachtet: Wie die intendierten Verbesserungen der vor allem intersektoralen Versorgungsprozesse am Ende auch zu kostengünstigeren Lösungen führen sollen. Aus der Vogelperspektive betrachtet erscheint es plausibel, dass mit der Digitalisierung offenkundige Informations-Ineffizienzen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überwunden werden können. Das – so die Hoffnung – mag dazu beitragen, zum Beispiel Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Solange aber die Entgelte entlang der Versorgungskette nach unveränderten Regeln zentral und einheitlich verhandelt werden, lässt sich darüber hinaus kaum plausibel begründen, warum eine mögliche Senkung der Betriebskosten durch Digitalisierung auch in geringeren Entgeltforderungen der beteiligten Leistungsanbieter münden soll. Ohne eine Überprüfung der Anreizstrukturen, die aus zentral verhandelten, einheitlichen Entgelten resultieren, ist vielmehr zu befürchten, dass mögliche Effizienzgewinne bestenfalls zu einer höheren Versorgungsqualität, nicht aber zu niedrigeren Finanzierungserfordernissen führen.

Dezentrale Steuerungslogik ist die Ausnahme

Die Wahlprogramme bleiben durchweg den Nachweis schuldig, welche fiskalischen Auswirkungen vor allem die Vorschläge zur Finanzierung von Investitionskosten haben werden. Lediglich die **FDP** deutet mit ihrem Vorschlag einer nach Qualitätsmerkmalen differenzierenden Vergütung an, dass sie die wirtschaftlich und versorgungsrelevanten Entscheidungen der öffentlichen und privaten Eigner und Betreiber von Krankenhäusern über ökonomische Anreize lenken und möglicherweise darüber die Ausgabenentwicklung kontrollieren wollen (FDP, 2021, 31). Damit setzen die Liberalen auf eine stärkere Rolle marktwirtschaftlicher Steuerungslogik und heben sich dadurch von allen Mitbewerbern ab. Auch **DIE LINKE** sticht hervor, allerdings in entgegengesetzter Richtung (DIE LINKE, 2021, 32): Die grundsätzliche Skepsis gegenüber marktwirtschaftlicher Allokation drückt sich unter anderem darin aus, Gewinnentnahmen grundsätzlich zu verbieten. Auch in der Forderung nach einer Verstaatlichung der Arzneimittelforschung, dem Zurückdrängen privater Pharmakonzerne sowie einem Verbot von Rabatt- und Selektivverträgen drücken die Linken ihre Skepsis gegenüber wettbewerblichen Anreizstrukturen aus (DIE LINKE, 2021, 38). Konsequenterweise rückt deshalb staatliche Lenkungslogik an die Stelle privatwirtschaftlicher Investitionskalküle, wenn sie zum Beispiel eine Rekommunalisierung der Krankenhäuser fordert. Warum daraus eine effizientere und/oder qualitativ bessere Versorgung erwachsen soll, bleibt unklar. Die empirische Literatur liefert bislang jedenfalls keine eindeutigen Indizien dafür, dass sich Qualitäten systematisch nach privater oder öffentlich-rechtlicher Trägerschaft unterscheiden. **SPD** und **Bündnis 90/Die Grünen** lassen mit ihren Hinweisen auf eine Stärkung kommunaler Einrichtungen erahnen, dass auch sie marktwirtschaftlicher Steuerungslogik eher zurückhaltend begegnen, **CDU/CSU** setzten dagegen auf die bestehenden Anreizwirkungen.

Die Wahlprogramme der Parteien, mit Ausnahme der Liberalen (siehe Kapitel 3.2), vermögen keine Perspektiven aufzuzeigen, wie künftig mit dem bislang überproportional starken Ausgabenwachstum umzugehen ist. Insbesondere kann nicht schlüssig dargelegt werden, warum ausgerechnet eine stärker lenkende Rolle des Staates im Gesundheitssystem zu effektiveren Versorgungslösungen oder effizienterer Leistungserbringung führen soll. Stattdessen dominieren großzügige Versorgungsversprechen und das Inaussichtstellen einer umfassenden, möglichst einheitlichen Versorgung auf hohem Qualitätsniveau. Bisweilen kleinteilige Vorschläge mögen den Anschein gesundheitspolitischer Steuerungskompetenz erwecken, aber das Kernproblem bleibt unbenannt: Wie lässt sich angesichts der absehbaren demografischen Herausforderungen der weitere

Anstieg der Leistungsausgaben in der GKV bremsen, um die daraus resultierenden Finanzierungserfordernisse begrenzen zu können?

3.2 Intergenerative Lastverschiebung nicht thematisiert

Statt die demografischen Herausforderungen in der umlagefinanzierten GKV zu thematisieren, sehen **DIE LINKE, Bündnis 90/Die Grünen** sowie die **SPD** in der Einführung einer Bürgerversicherung eine Perspektive, den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz vor allem gerechter und solidarischer zu finanzieren. Die **SPD** will dazu Steuerzuschüsse und Investitionsmittel abhängig von der Einführung einer Bürgerversicherung gewähren (SPD, 2021, 18; 36). **Bündnis 90/Die Grünen** wollen das Bürgerversicherungsmodell mit einer Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten verbinden. Für den Übergang sollen zunächst beihilfefähige GKV-Tarife für Beamte entwickelt und der Basistarif der privaten Krankenversicherung (PKV) verbessert werden (Bündnis 90/Die Grünen, 2021, 124). Am radikalsten formuliert **DIE LINKE** ihre Vorstellung einer Bürgerversicherung: Sie wollen die Beitragsbemessungsgrenze gänzlich abschaffen und alle Einkommensquellen verbeitragen. Während des Übergangs soll diese Erweiterung zunächst für freiwillig Versicherte und Selbständige in der GKV gelten (DIE LINKE, 2021, 33).

Mit Blick auf die eingangs vorgestellte Analyse bleiben zentrale Herausforderungen mit dem Bürgerversicherungsmodell unbeantwortet: Die Ausweitung des umlagefinanzierten Systems auf die gesamte Bevölkerung vermag weder demografisch bedingte Ausgabensteigerungen noch damit verbundene intergenerative Lastverschiebungen zu verhindern. In einer alternden Bevölkerung gilt eher das Gegenteil: Weil Personen, die im anwartschafts gedeckten System der PKV abgesichert sind, für ihre altersbedingt steigenden Finanzierungserfordernisse eigenverantwortlich vorsorgen müssen, können in diesem System keine Lasten auf nachfolgende Kohorten überwältigt werden. Mit einer Integration der privatversicherten Klientel in die umlagefinanzierte GKV droht dagegen eine Verschärfung der intergenerativen Lastverschiebung. Wenn drei Parteien vorgeben, mit einer Bürgerversicherung das Solidaritätsprinzip stärken zu wollen, dann lässt sich dieses Ziel bei gegebenem Beitragsrecht nicht einmal im Querschnitt der Bevölkerung realisieren. Außerdem vermag das Bürgerversicherungsmodell weder die notwendigen Reformen der Anreizbedingungen in der GKV zu fördern, noch ist es Voraussetzung dafür. Nicht einmal eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage wäre zwingend an die Ausweitung der Pflichtversicherung gebunden. Gänzlich unbeantwortet bleibt die Frage, warum Korrekturen der Einkommensverteilung über das Krankenversicherungssystem angestrebt werden sollen, wenn das Steuerrecht die treffsicherere Basis dafür bietet. Schließlich würden problematische Anzeizeffekte, die aus der steuerähnlichen Wirkung der Beitragsfinanzierung resultieren, verstärkt.

Auch das Programm von **CDU/CSU** vermeidet es, die demografisch bedingten Herausforderungen zu thematisieren. Mit dem Bekenntnis zur paritätischen Beitragsfinanzierung und einem in Aussicht gestellten Steuerzuschuss bietet die Union auch keine Perspektiven für einen Umgang mit dem erwarteten Ausgabenanstieg in der GKV (CDU/CSU, 2021, 63). Auch die **FDP** spricht das Thema Demografie in ihrem gesundheitspolitischen Kapitel nicht an. Allerdings deuten zwei Aspekte darauf hin, dass sich die Liberalen des Problems bewusst sind und annehmen wollen:

- Zum einen votieren sie für einen erleichterten Wechsel zwischen GKV und PKV (FDP, 2021, 31). Dieser Hinweis bleibt allerdings ambivalent. Zwar könnte man wohlwollend unterstellen, dass mit einem verstärkten Zustrom in das anwartschafts gedeckte System gerechnet wird, verbunden mit der Hoffnung, die intergenerative Lastverschiebung in der GKV damit zu bremsen. Dies würde aber voraussetzen, dass nicht vorrangig Versicherte mit niedrigen Erkrankungsrisiken und überdurchschnittlich hohen

beitragspflichtigen Einkommen abwandern. Umgekehrt bleibt offen, wie verhindert werden soll, dass Versicherte mit hohen Erkrankungsrisiken in umgekehrter Richtung in die GKV wechseln und die gesetzliche Solidargemeinschaft zusätzlich belasten.

- Zum anderen votiert die FDP für mehr Gestaltungsspielräume in den Vertragsbeziehungen zwischen den Kassen und Leistungserbringern. Diese Freiheiten sollen die Kassen mit finanziellen Anreizen für ihre Versicherten kombinieren dürfen, zum Beispiel in Form von Selbstbehalten, Bonus-Systemen und Beitragsrückerstattungen (FDP, 2021, 31). Über die dahinter stehende Ratio verrät das Programm der Liberalen wenig. Immerhin erlauben die Vorschläge aber eine ökonomische Interpretation, die jedoch weit über den Wortlaut des Wahlprogramms hinausreicht: Auf der Finanzierungsseite provoziert eine beitragswirksame Differenzierung der GKV-Tarife nach Versorgungsmodellen zunächst einen Widerspruch zu dem Grundgedanken einer vollumfänglichen solidarischen Beitragsfinanzierung. Aber vorausgesetzt, die Vertragsfreiheiten führen zu einem Wettbewerb um effiziente Versorgungslösungen, dann ließe sich möglicherweise der überproportional starke Ausgabenanstieg in der GKV bremsen. So die FDP einen derartigen Mechanismus intendiert, könnte eine beitragswirksame Tariffdifferenzierung helfen, nicht nur den Beitragssatzanstieg, sondern mittelbar auch die intergenerative Verschiebung solidarischer Umverteilungslasten zu bremsen.

4 Lösungsperspektive „Zwei-Klassen-Medizin“

Die ökonomische Analyse zentraler Herausforderungen hat offenbart, dass sozialpolitische Zielsetzungen nicht kostenlos zu erreichen sind. Gerechtigkeitserwägungen und das Solidaritätsprinzip müssen vor dem Hintergrund des demografischen Wandels nicht nur in zwei Dimensionen betrachtet werden – der Verteilungswirkung im Querschnitt der Bevölkerung und im intergenerativen Kontext einer alternden Bevölkerung. Sozialpolitisch begründete Eingriffe müssen auch gegen das Effizienzziel abgewogen werden, wenn diese eine effiziente Allokation behindern. Dies gilt umso mehr, als die künftige Ausgabenentwicklung in der umlagefinanzierten GKV auch Rückwirkungen auf die intergenerative Lastverteilung hat. Deshalb greift der Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“ zu kurz, wenn dieser sich auf das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung beschränkt. Denn mit einer bevölkerungsweiten Ausdehnung der GKV-Regeln würde bestenfalls die Versorgung der Bürger nach einheitlichen Regeln organisiert, aber nicht zwingend nach effizient steuernden Regeln. Eine Bürgerversicherung ist aber weder Voraussetzung für notwendige Reformen im Gesundheitssystem noch vermag sie intergenerative Lastverschiebungen zu verhindern, die das Umlageverfahren in einem alternden Kollektiv verursacht. Selbst wenn das Ziel der Einheitlichkeit politisch priorisiert würde, verursachen die Pfadabhängigkeiten, die sowohl in der umlagefinanzierten GKV als auch in der anwartschaftsgeckten PKV auftreten, Kosten eines Systemwechsels, die es idealerweise über lange Übergangsfristen zu verteilen gilt.

Trotz dieser Einwände liegt das Bürgerversicherungsmodell in der politischen Schnittmenge einer möglichen Koalition von SPD, DIE LINKE und Bündnis 90/Die Grünen. Allerdings sähe sich das Projekt auch im Fall einer rot-rot-grünen Regierungsbildung nicht nur rechtlichen Einwänden ausgesetzt, sondern auch politischen Unwägbarkeiten. Denn eine Integration der beihilfeberechtigten Beamten erfordert die Zustimmung der Bundesländer, unter anderem weil davon auch die Landesbeamten betroffen wären. Angesichts der Koalitionsvielfalt unter den 16 Landesregierungen ist eine Mehrheit im Bundesrat aber nicht ohne weiteres zu erwarten. Eine weitere Schnittmenge zeichnet sich zwischen Union und FDP ab, weil beide Parteien grundsätzlich an dem zweigeteilten Versicherungssystem festhalten. Alle anderen Konstellationen – angefangen von einer Jamaika- über eine Deutschland- bis hin zu einer Ampel-Koalition – bergen dagegen hohes Konfliktpotenzial

in gesundheitspolitischen Fragen, weil dort die Protagonisten und Antagonisten einer Bürgerversicherung aufeinander prallen. Angesichts der bisweilen ideologisch aufgeladenen Debatte treten die unterschiedlichen Vorstellungen zur Steuerung des Leistungsgeschehens in den Hintergrund.

Dennoch ergeben sich auch unter politisch schwierigen Voraussetzungen Entwicklungsperspektiven. Eine Voraussetzung dafür wäre allerdings, dass die Parteien sich auf die Überwindung der angemahnten „Zwei-Klassen-Medizin“ konzentrieren, statt sich auf eine Vereinheitlichung des zweigeteilten Versicherungssystems festzulegen. Damit würden Fragen des Zugangs zur medizinischen Versorgung und der Wahlmöglichkeit zwischen unterschiedlichen Versorgungsoptionen in den Fokus rücken, die sich unabhängig von dem Versicherungsstatus gestalten lassen. Mit den Stichworten Gesundheitsregion oder kommunale Versorgungszentren deuten zumindest die Programme von SPD und Bündnis 90/Die Grünen an, dass sie auch über die Weiterentwicklung unterschiedlicher Versorgungsmodelle nachdenken. Strittig dürfte bleiben, ob innovative Ansätze im Wettbewerb zu den bestehenden Angeboten weiterentwickelt oder unter dem Anspruch der Einheitlichkeit in der Versorgung umgesetzt werden sollen. Angesichts der kaum zu behebbenden Unterschiede, die bereits aus den regionalen Gegebenheiten resultieren, lässt sich der Gleichbehandlungsgrundsatz aber letztlich nur mit Blick auf gleiche Wahlmöglichkeiten für alle Bürger umsetzen.

Diesen Gedanken voran gestellt würde aber eine Erweiterung von Wahloptionen für GKV-Versicherte eine Reformperspektive eröffnen, die sowohl den Notwendigkeiten einer effizienteren Steuerung Rechnung trägt als auch dem Anspruch, das Solidaritätsprinzip insbesondere mit Blick auf die intergenerativen Verteilungseffekte nachhaltig zu bewahren. Eine Reformskizze soll dazu grob umrissen werden:

1. **Intergenerative Solidarität wahren, Beitragsfinanzierung begrenzen.** Ausgangspunkt bildet das normative Bekenntnis zum Solidaritätsprinzip in der GKV. Eine nachhaltige Akzeptanz dieses Prinzips setzt aber voraus, dass die solidarische Umverteilung zwischen Jung und Alt nicht auf Dauer zu Lasten der jeweils jüngeren Kohorten organisiert wird. Anderenfalls droht die Zustimmung zu einer solidarischen Krankenversicherung zu erodieren. Angesichts einer alternden Bevölkerung kann dies aber in der umlagefinanzierten GKV nur gelingen, wenn der beitragsfinanzierte Anteil an den Ausgaben begrenzt wird und angesichts demografisch bedingt steigender Durchschnittsausgaben langfristig sinkt. Unterstellt man zum Beispiel ein Moratorium für die beitragsfinanzierten GKV-Ausgaben, um die intergenerative Lastverschiebung im Umlageverfahren dauerhaft zu begrenzen, dann würde von diesem Niveau ausgehend ein langfristig aufwachsender Anteil des Leistungsversprechens nicht mehr über Beitragsmittel finanziert werden können. Um den Anspruch einer umfassenden medizinischen Versorgung dennoch gerecht zu werden, ist eine ergänzende Finanzierungssäule notwendig.
2. **Ergänzende, kapitalgedeckte Finanzierungssäule.** Idealerweise würde eine zweite Säule im Anwartschaftsdeckungsverfahren aufgebaut, weil das eine intergenerative Verschiebung der Lasten ausschließt. Das Solidaritätsprinzip bliebe erhalten, aber auf den beitragsfinanzierten Ausgabenanteil beschränkt. Das Beitragsaufkommen ließe sich dazu weiterhin über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich verteilen. Für den zusätzlichen, im Anwartschaftsdeckungsverfahren abgesicherten Ausgabenanteil sind jedoch einkommensunabhängige Prämien zu zahlen.

Da die durchschnittlichen Leistungsausgaben unverändert mit zunehmendem Lebensalter steigen, drohen den Versicherten mit jährlich kalkulierten Prämien im Zeitverlauf steigende Lasten. Das Anwartschaftsdeckungsverfahren eröffnet jedoch die Möglichkeit, über längere Phasen vorzusorgen, um die Prämienentwicklung über die Zeit zu glätten. Mitglieder jüngerer Kohorten wären zwar perspektivisch mit einem höheren Anteil der ergänzend zu finanzierenden Ausgaben konfrontiert,

würden aber von dem langen Vorlauf der Ansparphase profitieren. Für Mitglieder älterer Kohorten besteht diese Möglichkeit dagegen nicht. Da aber angesichts einer kürzeren, verbleibenden Lebensspanne auch der aufwachsende Anteil nicht beitragsfinanzierter Ausgaben begrenzt ist, lässt sich auch für sie eine Glättung der Prämienentwicklung zu moderaten Belastungen organisieren.

Ein sozialer Ausgleich ist auch für den einkommensunabhängigen Finanzierungsanteil möglich. Dazu wäre ein zweckgebundener Transferanspruch einzurichten, der im Fall drohender finanzieller Überforderung greift. Da dieser aus Steuermitteln zu finanzieren ist, würden alle Steuerzahler, also auch die Privatversicherten, in diesen Ausgleich eingebunden.

3. **Risikodifferenzierung und Risikoausgleich.** Die Logik der anwartschafts gedeckten Finanzierungssäule erfordert aber nicht nur einkommensunabhängige Prämien, sondern sie führt zwingend auch zu einer Differenzierung der Tarife nach dem Einstiegsalter der Versicherten. Diese Risikodifferenzierung steht zunächst im Widerspruch zu dem Anspruch einer umfassenden solidarischen Finanzierung. Gleichwohl hätte das Solidaritätsprinzip weiterhin für den beitragsfinanzierten Ausgabenanteil Bestand. Damit die Differenzierungen nach dem Alter, die in der zweiten Säule auftreten, nicht mittelbar auch zu einer Entmischung der Risiken in der beitragsfinanzierten GKV führen, sind beide Säulen idealerweise in getrennter Trägerschaft zu organisieren.
4. **Wahltarife.** Wenn aber Risikodifferenzierungen in der zweiten Säule akzeptiert werden müssen, um intergenerative Solidarität zu wahren, dann ergeben sich weitere Differenzierungsoptionen mit Blick auf die wählbaren Versorgungsmodelle. Angenommen, die Prämienanforderungen variieren nicht nur nach dem Alter der Versicherten, sondern je nach erwarteter Ausgabenentwicklung auch abhängig von der Wahl eines Tarifs zum Beispiel mit freier Arztwahl oder mit einem Managed-Care-Modell, können die Versicherten über ihre Tarifwahl die Höhe und Entwicklung der Prämien unmittelbar beeinflussen. Die in der PKV bereits etablierte Möglichkeit, den Versicherungsumfang über die gesetzliche Versicherungspflicht hinaus wählen zu können, ließe sich damit auch für GKV-Versicherte realisieren. In diesem System wäre sogar denkbar, dass GKV-Versicherte für einen Tarif optieren, der eine Leistungsabrechnung nach privatärztlichem Honorarmaßstab erlaubt. Ebenso lassen sich aber auch Lösungen erwarten, bei denen sich die Versicherten freiwillig auf Hausarztmodelle, medizinische Versorgungszentren (auch in kommunaler Trägerschaft) oder andere, im Wettbewerb zu entwickelnde Versorgungsformen festlegen – eine Option, die in der PKV aufgrund der geringen Mitgliederdichte in einer Region meist nicht angeboten werden kann.

Die Differenzierungsmöglichkeiten, die die zweite Säule eröffnet, dürfen allerdings die solidarische Umverteilung nicht verzerren. Deshalb gilt es, eine Risikoselektion in der beitragsfinanzierten GKV zu verhindern. Dies kann gelingen, wenn der beitragsfinanzierte Leistungsanspruch in Form einer Kostenerstattung gewährt wird, die bei gleichartiger Diagnose für alle Versicherten gleich hoch ausfällt. Bürokratische Zusatzlasten lassen sich für die Versicherten vermeiden, wenn die Leistungsabrechnung über die zweite Säule organisiert wird und den privaten Versicherungsträgern ein Erstattungsanspruch zu Lasten des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs eingeräumt wird.

5. **Wettbewerb auf Versicherungsmärkten.** Mit einem Zwei-Säulen-Modell bei freier Tarifwahl verändert sich auch die Rolle der Krankenversicherungen. Denn je nach Versichertendichte in einer Region obliegt es den gesetzlichen Kassen und privaten Zusatzversicherern, gemeinsam Versorgungsmodelle in einer Region zu entwickeln. Entsprechend der erwarteten Ausgabenentwicklung lassen sich Ab- oder Zuschläge für die Prämien unterschiedlicher Tarife kalkulieren. Das verändert die Anreize auf Seiten der Versicherten, weil sie an den Kosten und Nutzen ihrer Wahlentscheidung teilhaben, sofern sich spürbare Prämienunterschiede heraus kristallisieren. Der Sicherstellungsauftrag wäre konsequenterweise an die Versicherungen zu adressieren und aufsichtsrechtlich zu überwachen.

- 6. Wettbewerb auf Versorgungsmärkten.** Wenn die Krankenversicherungen damit in einen Wettbewerb um präferenzgerechte und kostengünstige Versorgungslösungen gestellt werden, dann geraten mittelbar auch die Anbieter medizinischer Leistungen unter Wettbewerbsdruck. Denn Modelle, in denen ein Hausarzt die Lotsenfunktion übernimmt oder ein interdisziplinär arbeitendes Versorgungszentrum für den Erstkontakt vorgesehen ist, ergeben ökonomisch nur dann Sinn, wenn auch die entsprechenden Vertragsbeziehungen zwischen Versicherungen und Leistungsanbietern exklusiv verhandelt werden. Damit tritt neben die allgemeine Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung eine weitere Option, die eine vertragsärztliche Versorgung der tariflich gebundenen Patienten exklusiv regelt. Denkbar sind auch Lösungen, in denen die stationäre Versorgung zum Beispiel für planbare Leistungen mit einzelnen Anbietern verhandelt werden. Entscheidend ist, dass mögliche Effizienzvorteile, die zum Beispiel durch eine bessere Planbarkeit der Kapazitätsauslastung oder durch ein interdisziplinäres Versorgungsmanagement generiert werden können, sich auch in unterschiedlich hohen Prämienanforderungen der Versicherten spiegeln, damit eine präferenzgerechte Versorgungslösung auch die Anbieter zur Entwicklung präferenzgerechter und effizienter Versorgungslösungen anreizt.

In diesem hier nur cursorisch umrissenen Modell wird deutlich, dass das Bürgerversicherungsmodell nur eine mögliche Antwort auf den Vorwurf einer „Zwei-Klassen-Medizin“ bietet. Eine andere Antwort besteht in der Vielfalt präferenzgerechter Versorgungsmodelle mit solidarischen und anwartschaftsgedeckten Finanzierungskomponenten.

Angesichts der ernüchternden Einordnung der Wahlprogramme mag die hier skizzierte Reformperspektive utopisch erscheinen, zumal eine politische Umsetzung etablierte „Besitzstände“ tangiert. Doch folgt die Idee weniger einer akademischen Übung als einer historischen Inspiration: Nach Einführung der freien Kassenwahl 1996, aber noch vor Einführung des morbiditätsorientierten Risikoausgleichs stach die knappschaftliche Krankenversicherung regelmäßig mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen hervor. Dies überrascht insofern, als das Durchschnittsalter ihrer Mitglieder – nicht zuletzt aufgrund der Branchenentwicklung – über dem Niveau aller GKV-Versicherten lag. Allerdings ist zu vermuten, dass sich in der Knappschaft ein anderes Profil der altersabhängig steigenden Leistungsausgaben ausprägt hat, weil die Bergleute besonderen Gesundheitsgefahren ausgesetzt waren und deshalb im Alter möglicherweise insgesamt weniger Gesundheitsausgaben verursacht haben als im GKV-Durchschnitt. Des Weiteren kann auch die Verteilung der beitragspflichtigen Einkommen in dieser Klientel die Beitragssatzentwicklung begünstigt haben. Aber es sind weitere Erklärungen denkbar: Zum einen ermöglichte die branchentypische regionale Konzentration der Klientel, dass die Knappschaft ein eigenes ambulantes und stationäres Versorgungsnetzwerk für ihre Mitglieder aufbauen konnte. Dies hat eine Spezialisierung der medizinischen Versorgung begünstigt, die nicht nur erklären kann, warum die Versorgung auf einem anerkannt hohen Qualitätsstandard erfolgt ist. Plausibel ist auch die Vermutung, dass die Versorgung mit zunehmender Spezialisierung vergleichsweise effizient organisiert werden konnte. Zum anderen konnte die Knappschaft für ihr exklusives Versorgungsnetzwerk eigene Konditionen verhandeln. Beide Aspekte stehen für Managed-care-Strukturen, die in der gesundheitsökonomischen Literatur als Möglichkeit einer effizienteren Ressourcenbewirtschaftung diskutiert werden. Offenkundig sind Differenzierungen in den Vertragsbeziehungen zwischen Leistungsanbietern, Krankenkassen sowie deren Versicherten nicht nur denkbar, sondern auch historisch erprobt – eine Erfahrung, die helfen kann, Lösungen für anstehende Herausforderungen zu inspirieren.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Anteil ausgewählter Leistungsbereiche.....	13
---	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Entwicklung der GKV-Ausgaben und beitragspflichtigen Einkommen	6
Abbildung 2-2: GKV-Einnahmen-Ausgabenprofil – Männer.....	9
Abbildung 2-3: GKV-Einnahmen-Ausgabenprofil – Frauen	9
Abbildung 2-4: Altersstruktur der GKV- und PKV-Versicherten	10

Literaturverzeichnis

Becker, Hans-Henner / Ostermann, Martin, 2013, Herstellerabschläge und Preismoratorium für Arzneimittel in der GKV, in: Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, Nr. 46/13 vom 13.12.2013, https://www.bundestag.de/resource/blob/194934/d1514dc9f1475cc02471aa9171083e25/herstellerabschl_ge_und_preismoratorium_f_r_arzneimittel_in_der_gkv-data.pdf [10.9.2021]

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2021, Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität? Eine Vermessung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Analysen, Nr. 143, Köln

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2021a, Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln, KF21 Bund, Stand: Juli 2021, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2021Bund_Juli_2021.pdf [10.9.2021]

BMG, 2021b, Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2020, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, Stand; 24,3,2021 (und weitere Jahre), https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2020_CPS_bf.pdf [25.6.2021]

BMG, 2020, Daten des Gesundheitswesens 2020, Stand: November 2020, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Daten_des_Gesundheitswesens_2020.pdf [25.6.2021]

Bündnis 90/Die Grünen, 2021, Deutschland. Alles ist drin., Bundestagswahlprogramm 2021, https://cms.gruene.de/uploads/documents/Wahlprogramm-DIE-GRUENEN-Bundestagswahl-2021_barrierefrei.pdf [26.7.2021]

Bundesamt für Soziale Sicherung, 2021, Schätztableau des GKV-Schätzerkreises, Schätzung des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesamts für Soziale Sicherung, Stand: 13.10.2020, https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/20201016Schaetztableau_2021_BMG_BAS.pdf [25.6.2021]

CDU/CSU, 2021, Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes Deutschland., <https://www.csu.de/common/download/Regierungsprogramm.pdf> [12.7.2021]

DIE LINKE, 2021, Zeit zu handeln! Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit! Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021, https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2021/Wahlprogramm/DIE_LINKE_Wahlprogramm_zur_Bundestagswahl_2021.pdf [26.7.2021]

Diermeier, Matthias / Hüther, Michael / Obst, Thomas, 2021, Wunsch und Wirklichkeit: Kaum Ausgabenspielräume in der neuen Legislaturperiode, IW-Report, Nr. 33, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/kaum-ausgabenspielraeume-in-der-neuen-legislaturperiode.html> [13.9.2021]

Eekhoff, Johann / Bünnagel, Vera / Kochskämper, Susanna / Menzel, Kai, 2008, Bürgerprivatversicherung, Tübingen

FDP, 2021, Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten zur Bundestagswahl 2021, <https://www.fdp.de/sites/default/files/import/2021-04/110463-programmentwurf-nie-gab-es-mehr-zu-tun-2.pdf> [26.7.2021]

Huschik, Gwendolyn / Ehrentraut, Oliver / Limbers, Jan, 2021, 40+x? Sozialbeiträge im Fokus. Entwicklung der Sozialversicherungsbeiträge bis 2040, Prognos-Studie im Auftrag der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft vom April 2021, https://www.insm.de/fileadmin/insm-dms/text/publikationen/studien/Prognos-Factsheet_SV-Beitra__ge_2040_19042021.pdf [29.6.2021]

Knappe, Eckhard / Roppel, Ulrich, 1982, Zur Stärkung marktwirtschaftlicher Steuerungselemente im Gesundheitssystem, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 107/108, Köln

Oberender, Peter, 1996, Leitlinien für eine Systemkorrektur in der Krankenversicherung, in: Siebert, Horst (Hrsg.), Sozialpolitik auf dem Prüfstand – Leitlinien für Reformen, Tübingen, S. 85-110

Pimpertz, Jochen, 2019a, Indikatoren zur GKV-Finanzentwicklung und ihre normativen Implikationen, in: IW-Trends, 46. Jg., Heft 1, S. 121-135

Pimpertz, Jochen, 2019b, Bürgerversicherung – keine Lösung für künftige Herausforderungen in der GKV, IW-Policy Paper, Nr. 9, Köln, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2019/IW-Policy-Paper_2019_Buergerversicherung.pdf [28.6.2021]

SPD, 2021, Aus Respekt vor Deiner Zukunft. Das Zukunftsprogramm der SPD. Wofür wir stehen. Was uns antreibt. Wonach wir streben., <https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Programm/SPD-Zukunftsprogramm.pdf> [26.7.2021]

Statistisches Bundesamt, 2021, Fachserie 18 Reihe 1.2, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen. Inlandsproduktberechnung, Vierteljahresergebnisse, 1. Vierteljahr 2021, Stand: 25.5.2021, https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-18.html [25.6.2021]

SVR, 2008, Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Jahresgutachten 2008/2009, https://www.sachverstaendigenrat-wirtschaft.de/fileadmin/dateiablage/download/gutachten/ga08_ges.pdf [12.1.2021]