

Kranken- und Pflegeversicherung: Zukunftsfähigkeit durch Stärkung der Solidarität

*Klaus Jacobs**

Zusammenfassung

Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet einerseits Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten und andererseits Leistungen nach ihrem Versorgungsbedarf. Dieses Prinzip genießt hohe Wertschätzung in der Bevölkerung, bedarf aber zeitgemäßer Anpassungen für die Zukunft. Das gilt erst recht für die Pflegeversicherung. Der Beitrag adressiert dabei zu beachtende Fragen, die von der personellen Abgrenzung der Solidargemeinschaft über die Weiterentwicklung der Beitragsbemessung bis hin zum sachadäquaten Einsatz von Steuermitteln reichen. Die erforderlichen Reformanstrengungen sind es im Interesse der zukunftsfähigen Ausgestaltung des Kranken- und Pflegeversicherungsschutzes und des Zusammenhalts der Gesellschaft wert, von einer breiten politischen Sachkoalition jenseits von Partikularinteressen in Angriff genommen zu werden.

Abstract: Health and Long-Term Care Insurance: Sustainability by Strengthening Solidarity

Solidarity in the system of Social Health Insurance means, on the one hand, contribution payments according to the economic capability of the insured and, on the other hand, benefits according to their medical needs. This principle finds great approval in the population but has to be updated for the future. This holds true especially for the Long-Term Care Insurance. This article addresses questions to be considered in this context, such as the definition of persons included in the solidarity system, the development of how to calculate contributions, and the adequate use of taxes within Social Insurance. In the interest of a sustainable design of health and long-term care protection and in the interest of general social cohesion, it is worth to undertake the necessary reforms, at best

* *Jacobs*, Prof. Dr. Klaus, Honorarprofessor an der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, März 2002 bis Februar 2023 Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO), profjacobs@icloud.com.

carried out by a broad factual coalition with no consideration of special interests.

JEL-Klassifizierung: I13, H55, B55

1. Einleitung

„Eine Zeitbombe namens Sozialversicherung“ titelte das Handelsblatt am 27.12.2022 (Klößner 2022). Deutschland sei bei den Abgaben im internationalen Vergleich schon jetzt Spitze. Das Blatt zitiert Sepp Müller, stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, mit der Aussage, dass Rente und Gesundheit Zeitbomben seien, die unserer Volkswirtschaft um die Ohren zu fliegen drohten. Der Industriestandort werde durch steigende Beiträge weiter gefährdet. Ein All-inclusive-Gesundheitssystem, in dem jeder fast alles bezahlt bekomme, sei nicht mehr finanzierbar.

Die vermeintliche Unfinanzierbarkeit der Sozialversicherung, hier zunächst speziell der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird in regelmäßiger Wiederkehr beschworen. Seit 1883 das „Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ verabschiedet wurde, hat die GKV in ihrer 140-jährigen Geschichte vom Kaiserreich über die Weimarer Republik, die Nazi-Diktatur bis zur Bundesrepublik, einschließlich der deutschen Vereinigung, allerdings schon viele große Herausforderungen erfolgreich bewältigt, darunter Weltkriege, Währungsreformen sowie Weltwirtschafts- und -finanzkrisen. Schon deshalb erscheint es fragwürdig, die GKV einseitig als Kostenfaktor mit Gefährdungspotenzial für den Standort Deutschland einzustufen. Vielmehr kann sie auch umgekehrt als ein robuster gesellschaftlicher Stabilitätsfaktor gelten, der einen positiven Beitrag zur Standortattraktivität Deutschlands leistet – ganz abgesehen davon, dass die Gesundheits- und Pflegewirtschaft selbst als wichtiger Jobmotor mit großem Wachstumspotenzial anerkannt ist.

Dabei versteht sich von selbst, dass die Robustheit der GKV über einen Zeitraum von vielen Jahrzehnten nicht das Ergebnis von starrem Festhalten an einmal festgelegten Systemausprägungen ist, sondern gezielte Anpassungen an veränderte Anforderungen voraussetzt – ganz im Sinne des kürzlich vom Sachverständigenrat Gesundheit vorgelegten Gutachtens zur „Resilienz im Gesundheitswesen“ (SVR-G 2023). Dies setzt die fortwährende kritische Reflexion der Zweckmäßigkeit und Zeitgemäßheit der konkreten Ausgestaltung zentraler Systemmerkmale im Hinblick auf veränderte Rahmenbedingungen voraus und erfordert im Bedarfsfall mutige politische Entscheidungen zugunsten entsprechender Reformen.

Das gilt speziell auch für den für die gesamte Sozialversicherung konstitutiven Begriff der Solidarität, der im Kontext der Kranken- und Pflegeversicherung im Zentrum dieses Beitrags steht. Dabei wird insbesondere der Frage nachgegangen, ob die aktuelle Ausprägung des in der Bevölkerung tief verankerten Solidaritätsprinzips angesichts bestehender und bevorstehender Herausforderungen noch „passt“ bzw. welche Schritte für zeitgemäße und zukunftsfähige Anpassungen erforderlich sind.

2. Genese und Status quo

2.1 Gesetzliche Krankenversicherung

Solidarität als ein prägendes Merkmal von Gemeinschaften kann als „vielschichtiger Kitt gesellschaftlichen Zusammenlebens“ bezeichnet werden (*Prietsch* 2007). Eine zentrale Ausprägung von Solidarität betrifft stets die Abgrenzung der jeweiligen Solidargemeinschaft. In Bezug auf die GKV ist diese Frage eindeutig geklärt, denn § 1 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V), in dem das Recht der GKV kodifiziert wird, definiert die gesamte GKV als Solidargemeinschaft.

Gewachsene Solidargemeinschaft

Dabei zeigt ein Blick in die Entstehungsgeschichte der GKV, dass diese Solidargemeinschaft „bottom-up“ gewachsen ist. Zu Beginn war nur ein Teil gewerblicher Arbeiter eingeschlossen, so dass 1885 inklusive der Knappschaft und der Beamtenversicherung mit 4,3 Millionen Versicherten rd. zehn Prozent der Bevölkerung des Deutschen Reiches erfasst waren. Durch ständige Erweiterungen des Personenkreises wuchs die Zahl der Versicherten jedoch rasch an: auf 9,1 Millionen im Jahr 1900 bzw. auf 15,6 Millionen im Jahr 1914. Das war rund die Hälfte der damaligen Erwerbsbevölkerung (*Wehler* 2008, S. 739). Anfang 1914 war die Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten, durch die alle in wirtschaftlich und persönlich abhängiger Stellung Beschäftigten versicherungspflichtig wurden, Angestellte jedoch nur, wenn ihr regelmäßiges Jahresgehalt 2.500 Mark nicht überstieg (*Schewe et al.* 1977, S. 181).

In der Folgezeit sind vor allem zwei Erweiterungen des Personenkreises zu nennen: 1930 die generelle Mitversicherung nichterwerbstätiger Familienangehöriger (die zuvor zum Teil bereits freiwillige Satzungsleistung war) sowie 1941 die Einbeziehung der Rentnerinnen und Rentner. Beide Maßnahmen inmitten schwerster Krisenzeiten – Weltwirtschaftskrise und Weltkrieg – unterstreichen sowohl den gesellschaftspolitischen Stellenwert des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes für weite Teile der Bevölkerung als auch gehöriges Vertrauen in das System der GKV und ihre Institutionen. In beiden Fällen gab es kein

parlamentarisches Gesetzgebungsverfahren, denn 1930 regierte das Kabinett Brüning weitgehend auf der Grundlage von Notverordnungen, und während der Naziherrschaft spielte das gleichgeschaltete Parlament ohnehin keine Rolle.

Eine weitere wichtige Reform mit Bezug zum Solidaritätsprinzip stammt ebenfalls aus einer „parlamentsfreien“ Zeit: die Einführung der paritätischen Beitragsfinanzierung durch abhängig Beschäftigte und ihre Arbeitgeber; sie wurde im Juni 1949 vom Wirtschaftsrat des Vereinigten Wirtschaftsgebietes beschlossen, noch ehe sich der Deutsche Bundestag im September 1949 erstmals konstituierte. Zuvor trugen seit Bismarck die GKV-Mitglieder zwei Drittel und die Arbeitgeber ein Drittel des Krankenkassenbeitrags. Dies resultierte aus einem Scheitern Bismarcks bei dem Vorhaben, dem Reich neue Einnahmequellen, z. B. aus einem Tabakmonopol, zu erschließen, um diese Einkünfte für die finanzielle Fundierung der Krankenversicherung verwenden zu können (*Wehler* 2008, S. 913).

Zurück zur Abgrenzung der GKV-Solidargemeinschaft. Dabei geht es hier vor allem darum, mögliche „Merkposten“ für die Weiterentwicklung der GKV zu identifizieren. Dazu lohnt insbesondere ein Blick auf das 1989 in Kraft getretene Gesundheits-Reformgesetz (GRG) unter dem damals für die GKV zuständigen Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm. In diesem Gesetz wurde der Versuch einer „solidarischen Erneuerung“ der GKV unternommen (Deutscher Bundestag 1988, S. 146) bzw. einer Neubestimmung des Inhalts der Solidarität in der GKV unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Subsidiarität (ebenda, S. 148). Heraus kam im Ergebnis eine Fülle an Detailregulierungen (vgl. *Wasem* 1989), die für die Solidargemeinschaft ganz unterschiedliche Wirkungen hatten. So führte die Einschränkung der GKV-Versicherungspflicht für Rentner infolge verschärfter Bedingungen zur erforderlichen Vorversicherungszeit dazu, dass vormals langjährig privatversicherte Arbeitnehmer nicht mehr mit dem Renteneintritt ohne weiteres wieder GKV-Versicherte werden und von niedrigen GKV-Beiträgen profitieren konnten, der GKV aber im Durchschnitt vergleichsweise hohe Leistungsausgaben bescherten. Dies wurde im GRG explizit mit einer stärkeren Betonung des Gedankens der Solidarität begründet (Deutscher Bundestag 1988, S. 159). Dagegen hatte die Aufhebung der Versicherungspflicht für Arbeiter mit einem Einkommen jenseits von 75 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung tendenziell eine negative Wirkung für die Solidargemeinschaft. Sie wurde mit dem Abbau der Ungleichbehandlung von Arbeitern und Angestellten begründet. Gleichbehandlung war auch bei der Abschaffung der für bestimmte Gruppen von Selbstständigen (etwa Hausgewerbetreibende sowie selbstständige Lehrkräfte, Hebammen und Krankenpflegende) geltenden GKV-Versicherungspflicht handlungsleitend, weil bei Selbstständigen generell kein Schutzbedürfnis unterstellt wurde (*Wasem* 1989, S. 8). Zum Subsidiaritätsprinzip hieß es lediglich, dass es kein Gegensatz zum Solidaritätsprinzip sei, ohne den Begriff jedoch näher zu konkretisieren, etwa auch in Verbin-

derung mit einer empirischen Abschätzung der Folgen der Reformmaßnahmen für die Solidargemeinschaft.

Ausprägung des Solidaritätsprinzips

Was bedeutet es konkret für die GKV-Versicherten, Teil der Solidargemeinschaft zu sein? Die Kurzformel für das Solidaritätsprinzip der GKV lautet: Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten und Leistungen nach ihrem Versorgungsbedarf. Beide Aspekte unterscheiden die solidarische GKV von der PKV. Dort werden die Beiträge „äquivalent“ nach dem individuellen Krankheitsrisiko der Versicherten bemessen, also insbesondere in Abhängigkeit von (Eintritts-)Alter und Gesundheitszustand – soweit dieser eine (bezahlbare) Versicherung überhaupt zulässt. Zudem besteht für die Privatversicherungen kein Kontrahierungszwang. Leistungsansprüche im Krankheitsfall hängen in der PKV nicht vom Bedarf ab, sondern vom vereinbarten (und bezahlten) Versicherungsschutz, der z. B. durch Selbstbehalte eingeschränkt sein kann. In der GKV genießen die Versicherten dagegen im Bedarfsfall – unabhängig von der Beitragszahlung – einen umfassenden Anspruch auf Leistungen, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben (§ 2 Abs. 1 SGB V), soweit sie ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs. 1 SGB V).

Welche Versorgungsleistungen die Versicherten der GKV im Bedarfsfall konkret erhalten, legt die gemeinsame Selbstverwaltung fest. Dieses Strukturmerkmal der GKV bürgt für ein hohes Maß an Akzeptanz und sichert seit Jahrzehnten die Teilhabe der gesetzlich Versicherten am medizinischen Fortschritt. Der Umgang mit dieser Herausforderung zählt also seit jeher zum Kerngeschäft der GKV. Dabei hat sich der Leistungskatalog – wie der versicherte Personenkreis – ebenfalls „bottom-up“ entwickelt. Auf die ursprüngliche Kernleistung Krankengeld hat heute nicht einmal mehr die Hälfte der Versicherten einen Anspruch, weil sie noch nicht, gar nicht oder nicht mehr erwerbstätig ist.

2.2 Soziale Pflegeversicherung

Pflegevolksversicherung

Schon der Begriff der *sozialen* Pflegeversicherung (SPV) als dem Pendant zur GKV verweist auf einen Unterschied, denn es ist ja nicht analog von der *gesetzlichen* Pflegeversicherung die Rede. Die gibt es aber sehr wohl – sie wurde Mitte der 1990er Jahre eingeführt, und zwar im Unterschied zur GKV nicht „bottom-up“, sondern „top-down“. Die im SGB XI kodifizierte gesetzliche Pflege-

versicherung ist hinsichtlich des Personenkreises umfassender als die GKV, denn sie schließt die gesamte Bevölkerung ein. In den Worten des Bundesverfassungsgerichts handelt es sich um eine „Pflegevolksversicherung in Gestalt zweier Versicherungszweige“ (BVerfG 2001, Rn. 92). Maßgeblich für die Zuweisung der Wohnbevölkerung ist deren jeweilige Krankenversicherungszugehörigkeit: GKV-Versicherte sind der SPV zugeordnet, während privat Krankenversicherte eine private Pflege-Pflichtversicherung (PPV) abschließen müssen. Vollkommen identisch sind jeweils die Versicherungsleistungen beider Zweige, doch unterscheidet sich die Finanzierung. Die SPV ist wie die GKV umlagefinanziert, weit überwiegend (bis vor Kurzem sogar ausschließlich) über einkommensabhängige Beiträge, während die Beiträge in der PPV abhängig sind vom Eintrittsalter in die Versicherung und dem individuellen Pflegerisiko bei Vertragsschluss, wobei der Höchstbeitrag der SPV nicht überschritten werden darf. In beiden Systemen sind Kinder und Jugendliche beitragsfrei mitversichert.

Wenn nun die SPV, der Sozialversicherungszweig der Pflegevolksversicherung, mit der GKV verglichen wird, lassen sich in Bezug auf das Solidaritätsprinzip deutliche Unterschiede feststellen, denn weder gibt es einen umfassenden Anspruch auf bedarfsgerechte Leistungen, noch orientieren sich die Beiträge in der SPV allein an der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

Dysfunktionales Teilleistungssystem

Bezüglich der Leistungsansprüche gibt es seit vielen Jahren kontroverse Debatten um den Begriff „Teilleistung“ und dessen konkrete Ausgestaltung. Bei der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre wurde bei der stationären Langzeitpflege analog zur Krankenhausversorgung vorgesehen, dass die Länder die Investitionskosten finanzieren sollten (duale Finanzierung). Dieser Aufgabe sind die Länder faktisch jedoch gar nicht bzw. nur höchst unzulänglich nachgekommen. In Bezug auf die Kosten für Unterkunft und Verpflegung wurde von den Krankenhausregelungen abgewichen, denn diese Kosten sollten die stationär Gepflegten selbst tragen. Lediglich die Kosten der eigentlichen Pflegeleistungen sollte die Pflegeversicherung tragen. So steht im ersten Pflegebericht der Bundesregierung: „Die Pflegeversicherung soll eine Grundversorgung sicherstellen, die im Regelfall ausreicht, die pflegebedingten Aufwendungen zu decken“ (Deutscher Bundestag 1997, S. 7 f.).

Das ist aber heute gar nicht gemeint, wenn die Pflegeversicherung als Teilleistungssystem bezeichnet wird. Vielmehr wird hiermit der Sachverhalt beschrieben, dass die Pflegeversicherung nur einen Teil der eigentlichen Pflegekosten trägt, indem sie differenziert nach dem jeweiligen Pflegegrad fixe Zuschüsse gewährt, die – zumindest bis 2022 – mit den tatsächlichen Pflegekosten unmittelbar nichts zu tun haben. Weil diese Zuschüsse bis 2008 nicht an die Entwick-

lung der Pflegekosten angepasst wurden (und auch seither nur unzureichend), entstand eine wachsende Lücke, die durch die Pflegebedürftigen selbst geschlossen werden muss bzw. – wenn sie dazu nicht in der Lage sind – durch die Sozialhilfe. Dabei gibt es angesichts bundeseinheitlicher Leistungssätze in Bezug auf die skizzierte Lücke zum Teil deutliche Unterschiede nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb von Ländern (Haun 2020).

Selbst wenn grundsätzlich akzeptiert wird, dass die Pflegeversicherung – im Unterschied zur GKV – den Versorgungsbedarf nicht vollständig deckt, kann „Teilleistung“ auch anders definiert werden. Das zeigt die 2022 in Kraft getretene Regelung, wonach stationär Langzeitgepflegte einen prozentualen Zuschuss zu den von ihnen zu tragenden Eigenanteilen an den Pflegekosten erhalten, der nach der stationären Pflegedauer gestaffelt ist: fünf Prozent im ersten Jahr des Heimaufenthalts, 25 Prozent im zweiten, 45 Prozent im dritten und 70 Prozent danach. Damit werden die Eigenanteile an den Pflegekosten zwar reduziert, aber nicht begrenzt, wie es der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn in einem Ende 2020 vorgelegten Eckpunktepapier mit einem auf maximal 700 Euro im Monat für längstens drei Jahre begrenzten Eigenanteil ursprünglich beabsichtigt hatte (BMG 2020). Aktuellen Abschätzungen zufolge muss deshalb ohne weitere Reformen schon bald wieder mit Eigenanteilen in einer Größenordnung gerechnet werden, wie sie Anfang 2021 den Gesetzgeber veranlasst hatten, die genannten Entlastungsmaßnahmen zu beschließen (Rothgang et al. 2023).

Berücksichtigung von Kindererziehung

Es gibt bei der SPV gegenüber der GKV aber auch Unterschiede auf der Beitragsseite. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts im April 2001 verpflichtete den Gesetzgeber zur Berücksichtigung von Kindererziehungsleistungen beim SPV-Beitrag. Hierzu wurde der Beitragsatz zur SPV für kinderlose Mitglieder ab 2005 um einen Beitragszuschlag von zunächst 0,25 Prozentpunkten ergänzt, der ab 2022 auf 0,35 Punkte angehoben wurde. Nach einem weiteren Urteil des Bundesverfassungsgerichts im April 2022 genügt aber die bloße Unterscheidung zwischen Mitgliedern mit und ohne Kinder nicht, weil der mit der Kinderzahl – wenn auch unterproportional – steigende Erziehungsaufwand dabei nicht berücksichtigt wird; dem Gesetzgeber wurde aufgegeben, dies bis Mitte 2023 zu korrigieren. Hier genügt es festzuhalten, dass die in der GKV geltende Maxime „Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ in der SPV um den Zusatz „differenziert nach der Kinderzahl“ ergänzt werden muss.

Zwei Aussagen des Bundesverfassungsgerichts verdienen hier Beachtung. Zum einen begründe in der GKV die gleiche Beitragsbelastung von Eltern und Beitragspflichtigen ohne Kinder keine Benachteiligung der Eltern, weil durch

die beitragsfreie Familienversicherung ein hinreichender Nachteilsausgleich erfolge (BVerfG 2022, Leitsatz 3). Zum anderen müsse ein Ausgleich des kinderziehungsbedingten Mehraufwands nicht im Beitragsrecht der SPV erfolgen: „Der Gesetzgeber kann sich auch zu einer Steuerfinanzierung entschließen. Die Verfassung enthält keine Bestimmung, wonach es geboten oder verboten wäre, die gesetzliche Sozialversicherung teilweise aus Steuermitteln zu finanzieren“ (ebenda, Rn. 289). In seinem Urteil von 2001 hatte das Gericht noch gefordert, Familien mit Kindern im Rahmen eines Familienleistungsausgleichs innerhalb der SPV zu unterstützen. Jetzt betont es dagegen den Gedanken des Familienlastenausgleichs, der als gesamtgesellschaftliche Aufgabe ordnungspolitisch korrekt aus Steuermitteln zu finanzieren ist (*Rothgang et al. 2022, S. 24*). Die FDP hatte bereits nach dem ersten Urteil für eine Entlastung von SPV-Mitgliedern mit Kindern durch steuerfinanzierte Bonuszahlungen und gegen eine Beitragserhöhung für Nichterziehende plädiert; die Berücksichtigung der Erziehungsleistung von Eltern könne nicht alleinige Aufgabe der Pflegeversicherung sein, die schon durch die beitragsfreie Mitversicherung eine erhebliche monetäre Würdigung der Erziehungsleistung aufbringe (Deutscher Bundestag 2004, S. 2).

3. Herausforderungen und Reformoptionen

3.1 Wachstumsschwäche der Beitragsbasis

Als zentrale Herausforderungen für die Kranken- und Pflegeversicherung werden meist die demographische Entwicklung der Bevölkerung und der medizinisch-technische Fortschritt genannt sowie insbesondere bei der Pflege der zunehmende Fachkräftemangel. Aber auch für die konkrete Ausgestaltung des Solidaritätsprinzips stellen sich Herausforderungen, die Reformen verlangen. Dabei ist das Kernproblem der solidarischen Finanzierung bereits seit Jahrzehnten bekannt: die strukturelle Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder (etwa *Wille 2002*). Weil diese schon seit den 1980er Jahren fast regelmäßig hinter der Entwicklung der Wirtschaftskraft des Landes zurückbleiben, können nicht einmal Ausgabenzuwächse beitragsatzneutral finanziert werden, die der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts entsprechen.

Die Gründe hierfür haben zum einen mit der personellen Abgrenzung der Solidargemeinschaft zu tun und betreffen zum anderen die Frage, ob die derzeitige Beitragsbemessung noch eine zeitgemäße Umsetzung des Grundsatzes „Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit“ darstellt. Um eine Lösung dieses strukturellen Problems hatte sich vor rund zwanzig Jahren auch die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission „Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ („Rürup-Kommission“) bemüht sowie parallel die für die Unionsparteien tätige „Herzog-Kommission“. Doch trotz der von beiden Kommissionen betonten Dringlichkeit struktureller Finan-

zierungsreformen geschah in der Folgezeit fast nichts. Auch das 2007 von der Großen Koalition verabschiedete GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, das unter anderem die Konstruktion von Gesundheitsfonds und kassenindividuellen Zusatzbeiträgen einführt, enthielt keinerlei Antwort auf die strukturellen Einnahmeprobleme der GKV (vgl. *Jacobs* 2009).

3.2 Unvollständige Solidargemeinschaft

Bei den nicht obligatorisch in die GKV einbezogenen Personen sind drei Gruppen zu unterscheiden: Arbeitnehmer mit hohem Einkommen, die von der Versicherungspflicht befreit sind und sich nach individuellem Nutzenkalkül für einen Wechsel zur PKV entscheiden können, Selbstständige, die unabhängig von ihrem Einkommen zwischen GKV und PKV wählen können, sowie beihilfeberechtigte Beamtinnen und Beamte, die in der GKV in der Regel den vollen Beitrag ohne Arbeitgeberbeteiligung selbst entrichten müssen und schon deshalb überwiegend eine private Krankenversicherung zur Ergänzung der steuerfinanzierten Beihilfeleistungen abschließen. Angesichts der sukzessiven Ausdehnung des Personenkreises der GKV fehlen somit praktisch nur noch diese drei Gruppen, um ein einheitliches solidarisches Krankenversicherungssystem zu schaffen, wie es einer aktuellen Repräsentativumfrage zufolge von einer großen Mehrheit der Bevölkerung – einschließlich rund der Hälfte der Privatversicherten – befürwortet wird (*Zok/Jacobs* 2023).

Anhaltende Reformresistenz

Die noch verbliebenen „Restgruppen“ erweisen sich jedoch als resistent gegenüber einer Einbeziehung in die Solidargemeinschaft – und wenn es gar nicht einmal die betroffenen Menschen sind, gibt es doch (mindestens) drei starke Stakeholder für den Erhalt des Status quo: die private Versicherungswirtschaft, berufsständische Lobbygruppen, allen voran der Deutsche Beamtenbund, sowie die Vertragsärzteschaft, die die hohen Privathonorare nicht verlieren will. Dabei hilft ihnen ein Narrativ, das bereits beim Rückblick auf das GRG von 1988 anklang, als dort von der Neubestimmung des Inhalts der Solidarität unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Subsidiarität die Rede war. Der Begriff der Subsidiarität ist allerdings weniger klar als der Begriff der Solidarität. Seine Gleichsetzung mit fehlender Schutzbedürftigkeit – weil fähig zur Eigenvorsorge – steht weder mit der aktuellen Realität einer Sozialversicherung für 90 Prozent der Bevölkerung in Einklang noch mit ihrer Genese. So sind auch die „originär Schutzbedürftigen“ der Gesellschaft, die Sozialhilfeempfänger, trotz aller Erweiterungen des Personenkreises bis heute nicht generell GKV-versichert.

Das Subsidiaritätsprinzip als Begründung des Verzichts auf die obligatorische Einbeziehung bestimmter Personengruppen kann insoweit nicht tragen, als keine Gruppe von Schutzbedürftigen „aus sich heraus“ (über-) lebensfähig wäre. Jede Solidargemeinschaft ist darauf angewiesen, dass sie genug Angehörige hat, die nicht selbst auf solidarische Unterstützung angewiesen sind, sondern andere durch ihren Solidarbeitrag unterstützen – durchaus in der Erwartung, im Bedarfsfall selbst profitieren zu können. Das Bundesverfassungsgericht betont „für den Bereich des Sozialversicherungs-, insbesondere des Krankenversicherungsrechts (...) in ständiger Rechtsprechung einerseits die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung für das gemeine Wohl, andererseits die diesbezügliche gegebene weitgehende sozialpolitische Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers“ (BVerfG 2005, Rn. 127). Diese Gestaltungsfreiheit hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit freilich nicht genutzt, obwohl die Wachstumsschwäche der Beitragsbasis in GKV und SPV die finanzielle Stabilität der Systeme ernsthaft gefährdet und damit zugleich ihren Beitrag für das gemeine Wohl.

Speziell die Anhebung von Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflichtgrenze ist immer wieder ein Thema der politischen Debatte, aktuell etwa seitens der Grünen (*Klein-Schmeink* 2022). Doch gerade die FDP und die Union, die sich zusammen mit den Arbeitgeberverbänden einer primär beschäftigungspolitisch begründeten Obergrenze der Sozialversicherungsabgaben verschrieben haben – Stichwort: „Sozialgarantie“ in Gestalt eines Gesamtsozialversicherungsbeitrags von maximal 40 Prozent –, weichen vor Schritten zurück, die die Einkommenssolidarität in der GKV und SPV stärken und im Ergebnis zu niedrigeren Beitragssätzen führen würden. Dass es hierbei weniger um die Stabilisierung der Solidargemeinschaft oder die Höhe der Arbeitskosten gehen dürfte, sondern nicht zuletzt um Rücksichten auf die Geschäftsinteressen der PKV (und die Interessen der anderen Stakeholder), macht schon der Begriff der „Friedensgrenze“ deutlich, mit dem die Versicherungspflichtgrenze gelegentlich bezeichnet wird. Frieden für wen?

Überholter Krankenversicherungsschutz von Selbstständigen

Bei der personellen Ausweitung der GKV-Solidargemeinschaft geht es primär um die Stellschraube der Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer. Gerade aus Sicht der Solidarität sind aber auch die beiden anderen Personengruppen von Interesse, die der Solidargemeinschaft nicht obligatorisch angehören: Selbstständige und beihilfeberechtigte Beamtinnen und Beamte.

Für die Selbstständigen gibt es unabhängig von ihrem Einkommen keine GKV-Versicherungspflicht. Hierfür ist die Annahme leitend, dass bei Selbstständigen generell kein besonderes Schutzbedürfnis besteht – eine Annahme,

die in dieser Pauschalität mit der Realität schon längst nichts mehr zu tun hat. Spätestens seit Beginn dieses Jahrtausends hat insbesondere die Solo-Selbstständigkeit stark zugenommen, anfangs auch gefördert durch staatliche Programme („Ich-AG“). *Bögenhold/Fachinger* (2012, S. 277) haben die Entwicklung bei der beruflichen Selbstständigkeit bereits vor zehn Jahren in drei Trends zusammengefasst: erstens die Zunahme von Solo-Selbstständigkeit bei gleichzeitiger Dynamik und Unstetigkeit, zweitens damit einhergehende Erwerbshybridisierung in Gestalt verschiedener Phasen der Erwerbsbiographie mit abhängiger und selbstständiger Erwerbstätigkeit, aber auch Mehrfachbeschäftigungen und zeitgleichen Kombinationen, sowie drittens eine Erwerbsprekarisierung bei einer erheblichen Einkommensspreizung bei den Selbstständigen. Nach Analysen Mitte der 2010er Jahre (*Albrecht et al.* 2016; *Haun/Jacobs* 2016) teilten sich die gut 3,5 Millionen Selbstständigen etwa im Verhältnis 57 (GKV) zu 43 (PKV) auf beide Versicherungssysteme auf. Deutlich unterschiedlich waren die jeweiligen Durchschnittseinkommen, die bei den GKV-versicherten Selbstständigen rund 25 Prozent unterhalb, bei den privatversicherten Selbstständigen dagegen rund 35 Prozent oberhalb des Durchschnitts aller Selbstständigen lagen, wobei es in beiden Gruppen eine erhebliche Einkommensspreizung gab. Aufgrund der Beitragsregularien in GKV und PKV mussten die Selbstständigen aus dem jeweils niedrigsten Einkommensquintil im Durchschnitt Beiträge in einer Größenordnung von rund 45 Prozent (GKV) bzw. sogar über 50 Prozent (PKV) ihres gesamten Einkommens entrichten – kein Wunder, dass die Selbstständigen die „Kerngruppe“ der Beitragsschuldner bildeten.

Auf die Einführung einer generellen GKV-Versicherungspflicht für alle Selbstständige – ggf. zumindest für solche mit Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze analog zu den Arbeitnehmern – wurde verzichtet. In der GKV wurden immerhin die Mindestbeiträge für freiwillig versicherte Selbstständige durch das 2019 in Kraft getretene GKV-Versichertenentlastungsgesetz halbiert, in der PKV werden einkommensschwache Selbstständige weiterhin auf den Basis- bzw. Standardtarif verwiesen und mutmaßlich in einer Reihe von Fällen dazu motiviert, durch die Aufnahme eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses in die GKV-Solidargemeinschaft zu wechseln. Diese muss in jedem Fall die hierdurch bedingten Finanzlasten tragen, während gleichzeitig Selbstständige mit hohen und höchsten Einkommen als Privatversicherte von einem Solidarbeitrag entbunden sind. Dabei verfügen die Selbstständigen insgesamt im Durchschnitt über die höchsten Einkommen und die größten Einkommenszuwächse aller Versichertengruppen. Gerade auch diese Einkommen könnten für die Stabilisierung der Solidargemeinschaft einen spürbaren Beitrag leisten – und müssten es, wenn das Ziel einer Stärkung des Solidaritätsprinzips ernst genommen würde.

Absicherung der Beamtinnen und Beamten mit Fragezeichen

Die zweite Erwerbsgruppe, für die unabhängig vom Einkommen keine GKV-Versicherungspflicht besteht, sind die beihilfeberechtigten Beamtinnen und Beamten. Während die Mehrheit der Selbstständigen freiwillig der GKV angehört, liegt dieser Anteil bei den Beamtinnen und Beamten wegen der Konstruktion der steuerfinanzierten Beihilfe mit rund 10 Prozent deutlich niedriger. Nicht zuletzt mit Blick auf den Zusammenhalt in der Gesellschaft stellt sich hier die Grundsatzfrage, warum ausgerechnet die beamteten Staatsdienenden, deren Gesundheits- und Pflegeversorgung mindestens zur Hälfte aus Steuermitteln finanziert wird, nicht selbst der Solidargemeinschaft angehören, die aus dem weit überwiegenden Teil der steuerzahlenden Bevölkerung besteht.

Von Interesse ist an dieser Stelle die vollständige Intransparenz hinsichtlich der Beamtenversorgung, die auch in empirischen Analysen Mitte der 2010er Jahre deutlich wurde (Albrecht et al. 2017; Haun/Jacobs 2014). Für die Beihilfe gibt es eine zwischen Bund und sechzehn Ländern geteilte Zuständigkeit, deren „Gräben“ durch die Föderalismusreform I im Jahr 2006 noch größer geworden sind. Es gibt keine konsolidierte Aufstellung über den Umfang der Beihilfeausgaben für die Gesundheits- und Pflegeversorgung, geschweige denn über die Verwendung der hierfür eingesetzten Steuermittel. Die aktuellen Bemühungen um die Förderung der Versorgungsforschung (Stichwort: Forschungsdatenzentrum; BfArM 2023) betreffen mit den GKV-Versicherten nur 90 Prozent der Bevölkerung. Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beamtenversorgung – von der Unwirtschaftlichkeit des hochbürokratischen Kostenerstattungsverfahrens ganz abgesehen – sind dagegen kein Thema, auch nicht für den Bundesrechnungshof oder den Bund der Steuerzahler. Das gilt insbesondere auch für den im Hinblick auf eine sparsame Verwendung von Haushaltsmitteln mutmaßlich nur schwer vermittelbaren Sachverhalt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben in der ambulanten ärztlichen Versorgung von Privatversicherten – also auch von Beamtinnen und Beamten – aufgrund der privatärztlichen Honorarordnung sowie fehlender vertragsbasierter Steuerungsmechanismen mehr als das Doppelte der entsprechenden GKV-Ausgaben betragen (KOMV 2019, S. 77).

3.3 Zeitgemäße Beitragsbemessung

Das Prädikat „nicht mehr zeitgemäß“ verdient aber nicht nur die personelle Abgrenzung der Solidargemeinschaft. Es gilt auch für die beiden Stellschrauben zur konkreten Festsetzung der Beitragszahlungen innerhalb der Solidargemeinschaft: die Definition der beitragspflichtigen Einkommen und die Festlegung der Beitragsbemessungsgrenze. In ihrer aktuellen Abgrenzung spiegeln sie den finanzierungsseitigen Teil des Solidaritätsprinzips – Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit – nicht (mehr) angemessen wider.

Der einfachste Weg, dies zu ändern und damit nicht nur für mehr Verteilungsgerechtigkeit innerhalb der Solidargemeinschaft zu sorgen, sondern zugleich auch dämpfend auf das Beitragssatzniveau einzuwirken, bestünde in der Ausweitung der bereits für die freiwilligen GKV-Versicherten geübten Praxis auf alle GKV-Mitglieder, alle Einkommensarten (mit Ausnahme bestimmter Sozialtransfers) auf das beitragspflichtige Einkommen anzurechnen. Dazu müssten die Krankenkassen nicht zu „zweiten Finanzämtern“ werden, sondern könnten sich – wie schon heute bei den freiwillig Versicherten – auf die Arbeit der Finanzverwaltung stützen. Dass die freiwillig Versicherten in der GKV schon heute Beiträge etwa auf Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung Einnahmen aus Kapitalvermögen wie Zinsen oder Dividenden entrichten, scheint vielfach gar nicht bekannt zu sein.

Eine solche Reform zur zeitgemäßen Neubasierung der Beitragsbemessung der Versicherten hätte auch Auswirkungen auf die paritätische Beitragstragung, die zumindest auf der individuellen Ebene der Mitglieder nicht mehr darstellbar wäre. Dies könnte Anlass sein, auch die bestehende Logik der Arbeitgeberbeiträge auf den Prüfstand zu stellen. Dafür sprächen aber auch andere Gründe, insbesondere der anhaltende wirtschaftsstrukturelle Wandel, für den Schlagworte wie Digitalisierung und Globalisierung stehen und der zu einem (weiteren) Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen führen kann (*Huchzermeyer/Rürup* 2018). Zugleich werden im Status quo personalintensive Dienstleistungsbranchen, nicht zuletzt auch die Gesundheits- und Pflegeversorgung, durch Sozialabgaben vergleichsweise stark, dagegen zwar wertschöpfungs-, aber nicht in gleichem Umfang beschäftigungsintensive Branchen aus dem wachsenden Bereich der Digitalwirtschaft entsprechend weniger stark an der Finanzierung der Sozialversicherungen beteiligt. Eine Umbasierung der aktuell ausschließlich entgeltbezogenen Arbeitgeberbeiträge, wie sie in den 1980er Jahren bereits einmal intensiv unter der Überschrift „Maschinenbeitrag“ diskutiert wurde, sollte bei einer zukunftsgerichteten Neubestimmung der Ausprägung des Solidaritätsprinzips von GKV und SPV mit auf die Agenda gesetzt werden.

Dieses Beispiel zeigt, dass es dringend Zeit ist zu tun, was mit dem GRG 1988 schon einmal angekündigt, aber nur kleinteilig angegangen wurde: eine echte „solidarische Erneuerung“ der GKV. Das hieße keineswegs, das Solidaritätsprinzip – Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit sowie Leistungen nach dem Versorgungsbedarf – vom Grundsatz her neu zu definieren, wohl aber seine zeitgemäße und zugleich zukunftsfähige Ausgestaltung. Vom Grundsatz her erfreut sich das Solidaritätsprinzip der GKV unverändert hoher und teilweise noch wachsender Zustimmung im überwiegenden Teil der Bevölkerung (*Zok/Jacobs* 2023).

3.4 Vordringliche Reform der Pflegefinanzierung

Akuter Handlungsdruck besteht zunächst vor allem in der Pflegeversicherung. In der SPV genügt es nicht, lediglich noch etwas mehr an der Beitragsatzschraube zu drehen. Bei einer Sozialversicherung, die sich trotz steigender Beiträge immer weiter von bedarfsgerechten Leistungen entfernt, stellt sich letztlich die Legitimationsfrage. Sofern an einem Sozialversicherungssystem mit substanziellen Leistungen festgehalten werden soll, erscheinen drei Schritte geboten: die Orientierung am Solidaritätsprinzip der GKV, und zwar sowohl leistungs- als auch beitragsseitig, sowie die Erweiterung des an der solidarischen Finanzierung beteiligten Personenkreises. Konkret hieße das erstens, das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung im Sinne einer veränderten Risikoteilung zwischen Pflegeversicherung und Pflegebedürftigen so „umzudrehen“, dass die Pflegebedürftigen fixe Eigenleistungen tragen. Das würde auch für Planbarkeit sorgen als Voraussetzung für eine mögliche Rolle von Pflegezusatzversicherungen. Das Risiko steigender Pflegekosten würde dagegen von der Versicherung getragen, wie es dem Wesen einer Schadenversicherung entspricht, speziell wenn für diese „die sozialstaatliche Grundidee der Lebensstandardsicherung gegen das Risiko Pflegebedürftigkeit“ (Rothgang et al. 2023, S. 31) leitend ist. Zweitens würde die Orientierung am beitragsseitigen Solidaritätsprinzip der GKV bedeuten, Aufgaben des Familienlastenausgleichs ordnungspolitisch korrekt aus allgemeinen Steuern zu finanzieren. Ebenfalls aus Steuermitteln wären weitere Leistungen zu finanzieren wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige sowie – in diesem Fall durch die Länder – Investitionskosten für bedarfsgerechte Pflegeeinrichtungen.

Der dritte Schritt schließlich wäre die Umsetzung einer Ankündigung, die bereits die Große Koalition 2005 in ihrem Koalitionsvertrag getroffen hatte (CDU/CSU/SPD 2005, S. 91f.): die Einführung eines systemübergreifenden Solidarausgleichs zwischen allen Pflegeversicherten. Die vom Bundesverfassungsgericht 2001 postulierte „ausgewogene Lastenverteilung“ zwischen SPV- und PPV-Versicherten als Voraussetzung für die Zuordnung der Versicherten nach dem Prinzip „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ hat es zu keinem Zeitpunkt auch nur ansatzweise gegeben, denn neben beträchtlichen Einkommensunterschieden zwischen SPV- und PPV-Versicherten profitiert die PPV leistungsseitig massiv von den Selektionswirkungen der dualen Krankenversicherung und nicht etwa von einem überlegenen Geschäftsmodell (Haun/Jacobs 2021; Rothgang 2015). Wenn etwa die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) einen Finanzausgleich zwischen SPV und PPV ablehnt und dabei auf eine nicht vertretbare Doppelbelastung der PPV-Versicherten durch die Bildung von Alterungsrückstellungen in der kapitalgedeckten PPV und die Zahlung eines Solidarbeitrags im Gesamtsystem der Pflegeversicherung verweist (BDA 2022, S. 2), hat dies mit der Realität der aktuellen Bei-

tragsbelastung in SPV und PPV nichts zu tun und mit solidarischer Finanzierung schon gar nicht.

3.5 Zwei weitere Reformaspekte

Wenn der Blick wieder über die SPV hinaus auch auf die GKV gerichtet wird, sollen abschließend noch zwei wesentliche Zukunftsfragen wenigstens kurz adressiert werden: die Rolle von Steuerfinanzierung in GKV und SPV und die Konkurrenz des für die Sozialversicherung kennzeichnenden Solidaritätsbegriffs mit anderen Gerechtigkeitsnormen.

Rolle von Steuerfinanzierung

Die GKV und die SPV werden vom Grundsatz her durch Beiträge finanziert. Eine ergänzende Steuerfinanzierung gibt es in der GKV seit 2004 und in der SPV sogar erst seit 2022. Dabei verweisen bereits die jeweiligen Gesetzesvorschriften auf Klärungsbedarf bezüglich der Rolle der Steuerfinanzierung. So leistet der Bund in der GKV nach § 221 SGB V eine steuerfinanzierte Bundesbeteiligung „zur pauschalen Abgeltung der Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen“, die allerdings nicht näher bestimmt werden. Zudem hat der Bund nach § 221a SGB V im Jahr 2021 (einmalig) „zur Stabilisierung des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (...) einen ergänzenden Bundeszuschuss“ geleistet (was 2022 und 2023 noch zweimal wiederholt wurde). In der SPV leistet der Bund seit 2022 nach § 61a SGB XI (dauerhaft) einen Zuschuss „zur pauschalen Beteiligung an den Aufwendungen der sozialen Pflegeversicherung“, ohne dass hierfür ein genauer Zweck genannt wird. Für die finanzielle Stabilität von GKV und SPV, aber auch für die Akzeptanz der solidarischen Beitragsfinanzierung in der Bevölkerung, erscheint es dringend geboten, künftig klarer zwischen Versicherungsbeiträgen und Steuerzahlungen zu unterscheiden (*Schmähl* 2009).

Zur Umsetzung des jüngsten Urteils des Bundesverfassungsgerichts zur Berücksichtigung von Erziehungsleistungen in der SPV hat das Gericht selbst auf die Option einer steuerfinanzierten Unterstützung für Versicherte mit Kindern hingewiesen. Das sollte Anlass geben, den gesamten Familienlastenausgleich als gesamtgesellschaftliche Aufgabe aus Steuermitteln zu finanzieren, also insbesondere auch die Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen in GKV und SPV. Dies sollte allerdings nicht in Gestalt einer „pauschalen Beteiligung“ geschehen, sondern – wie etwa in den Niederlanden – (sozial-) versicherungskompatibel in Form von Beitragszahlungen, die analog zu den bereits wiederholt angekündigten, aber bis heute nicht realisierten Beiträgen für Beziehende von Bürgergeld (vormals ALG II) ausgabendeckend zu kalkulieren wären. Bei

anderen gesamtgesellschaftlichen Aufgaben, die die Sozialversicherung für den Staat erfüllt, wären die entsprechenden Kosten zu erstatten, zum Beispiel für settingbasierte Präventionsleistungen, Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft, Versorgungsforschung und andere mehr. Die solidarisch aufgebrachtten Beitragsmittel der Krankenkassen dürfen nicht als „Reservekassen“ des Staates zweckentfremdet werden, auch wenn dies – so etwa die Fraktion der Grünen zur kürzlich beschlossenen Finanzierung der Patientenberatung aus Beitragsmitteln der GKV (obligatorisch) und PKV (freiwillig) – eine deutlich größere Unabhängigkeit in der Finanzierung gewähre als die parlamentarische Freigabe von Haushaltsmitteln (Deutscher Bundestag 2023, S. 27 f.). Es ist im Interesse der Sozialversicherungen und ihrer Beitragszahlenden zu hoffen, dass einem solchen fragwürdigen parlamentarischen Selbstverständnis durch das Bundesverfassungsgericht ein Riegel vorgeschoben wird.

Fragwürdige Generationengerechtigkeit

Eine Gefahr für das Solidaritätsprinzip in GKV und SPV besteht darin, dass zunehmend versucht wird, unterschiedliche Gerechtigkeitsnormen gegeneinander auszuspielen. Diese gibt es in vielen Ausprägungen, seien es Leistungs-, Bedarfs-, Teilhabe-, Geschlechter-, Verteilungsgerechtigkeit und andere mehr. Insbesondere der unbestimmte Begriff der Generationengerechtigkeit wird oftmals erkennbar mit der Zielsetzung vorgebracht, die überragende Bedeutung interpersoneller Verteilungsgerechtigkeit zu relativieren, womit im Ergebnis ein Keil in die Gesellschaft getrieben werden kann. Zudem ist die in diesem Zusammenhang vielfach vorgenommene Gleichsetzung von Kapitaldeckung, Demografiefestigkeit und Generationengerechtigkeit überaus fragwürdig (Reiners 2008). Gewiss kann die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Generation mit spezifischen strukturellen Vor- oder Nachteilen bezüglich bestimmter Lebenschancen verbunden werden. Es gibt aber keinen Automatismus, hiervon im Einzelfall tatsächlich zu profitieren oder benachteiligt zu sein. Personelle Verteilungsfragen stellen sich vielmehr quer durch die gesamte Gesellschaft und alle ihre Generationen (Jacobs 2022).

Wie das Bundesverfassungsgericht in seinem Klimaschutzurteil im März 2021 festgestellt hat, ist das Grundgesetz „unter bestimmten Voraussetzungen zur Sicherung grundrechtsgeschützter Freiheit über die Zeit und zur verhältnismäßigen Verteilung von Freiheitschancen über die Generationen (verpflichtet)“ (BVerfG 2021, Leitsatz 4). In Bezug auf die nachhaltige Finanzierung der Sozialversicherungen gibt es dafür jedoch vielfältige Handlungsoptionen, insbesondere auch die konsequente Stärkung der solidarischen Beitragsfinanzierung. Problematisch erscheint es vor allem, wenn die Herstellung von Generationengerechtigkeit isoliert innerhalb von Teilsystemen der sozialen Sicherung ange-

mahnt und der gesellschaftliche und wirtschaftliche Gesamtkontext dabei ausgeblendet bleibt. So dürfte es nicht nur gesellschafts- und arbeitsmarktpolitisch, sondern auch im Hinblick auf die Stabilisierung der umlagefinanzierten Sozialversicherungen deutlich zielführender sein, wenn mehr Finanzmittel gezielt in eine gelingende Integration von Zuwandernden investiert würden als in die internationalen Finanzmärkte in der Hoffnung auf mehr intergenerative Gerechtigkeit durch möglichst hohe Renditen.

4. Fazit und Ausblick

Das Solidaritätsprinzip der GKV – Beiträge nach der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Versicherten, Leistungen nach ihrem Versorgungsbedarf – hat sich seit 140 Jahren bewährt und genießt große Zustimmung in der Bevölkerung. Es ist in seiner Ausgestaltung aber teilweise in die Jahre gekommen und bedarf zeitgemäßer Anpassungen, insbesondere im Hinblick auf das Problem der Wachstumsschwäche der Beitragsbasis in ihrer aktuellen Ausgestaltung. Die Ursachen für dieses Kernproblem sowie Schritte zu seiner Lösung sind lange bekannt. Was bislang fehlt, ist politischer Mut im Rahmen einer möglichst breiten Sachkoalition. Besonders dringender Reformbedarf besteht bei der Pflegefinanzierung. Das liegt auch daran, dass das Solidaritätsprinzip der GKV hier nicht in gleicher Weise gilt und insbesondere keine Leistungen gewährt werden, die sich am (wachsenden) Versorgungsbedarf orientieren. Hieran festzuhalten würde die Fortsetzung einer zu strukturellen Reformen unfähigen Politik bedeuten, die sich von einem (untauglichen) Rettungsversuch zum nächsten handelt. Das würde der gesellschaftlichen Bedeutung einer substanziellen Absicherung des Pflegerisikos nicht gerecht.

Die Stärkung der solidarischen Sozialversicherung ist ein Weg der ökonomischen Vernunft und der sozialen Verantwortung (Reiners 2023). Sie ist insbesondere zu wichtig für parteipolitische Scharmützel. Vielleicht hat der oft wenig respektvolle Umgang mit den Beitragszahlenden auch damit zu tun, dass viele Abgeordnete sowie Ministerialbeamtinnen und -beamte selbst nicht der GKV angehören, ebenso viele Beteiligte aus Wissenschaft und Medien. Für einen wertschätzenden Umgang mit der Sozialversicherung wäre es gewiss förderlich, wenn die gesamte Bevölkerung der Solidargemeinschaft angehörte. Allerdings stellt es eine hohe Hürde dar, wenn entsprechende Reformen ausgerechnet von denjenigen in Politik und Staatsverwaltung vorangetrieben sowie wissenschaftlich und medial begleitet werden müssen, die den Verlust eigener Privilegien zu befürchten haben.

Die Regelungen zum Versicherungsschutz der heterogenen Gruppe der Selbstständigen verweisen darauf, dass die Orientierung an formalen Kriterien des Erwerbslebens in der weit überwiegend auf Versorgungsleistungen ausge-

richteten Kranken- und Pflegeversicherung inhaltlich überholt ist – das gilt auch für die Abgrenzung der arbeitsentgelt- und entgeltersatzbezogenen beitragspflichtigen Einnahmen. Speziell bei den Selbstständigen wird zudem die immer größere Volatilität des Erwerbsstatus im Lebensverlauf deutlich. Regelungen aus der Erwerbswelt des ausgehenden 19. und frühen 20. Jahrhunderts bieten für neue Arbeitsformen in einer zunehmend digitalisierten und globalisierten Welt keine Antworten, wenn es um die soziale Absicherung der Menschen geht.

Für eine zeitgemäße Anpassung des Solidaritätsprinzips ist somit ein deutlich größeres Rad zu drehen als bei kurzfristigen Ad-hoc-Reformen. Dafür könnte sich die Einrichtung einer Enquete-Kommission anbieten, die sich mit den vielen Facetten dieser komplexen Thematik befasst. Die Stärkung der Solidarität in der Kranken- und Pflegeversicherung und darüber hinaus in der ganzen Gesellschaft wäre es allemal wert.

Literatur

- Albrecht, M./Ochmann, R./Schiffhorst, G.* (2016): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige, Teilbericht Selbstständige, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Albrecht, M./Ochmann, R./Schiffhorst, G.* (2017): Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige, Teilbericht Beamte, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BDA – Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2022): Für eine leistungsfähige und finanzierbare soziale Pflegeversicherung. Vorschläge der Arbeitgeber für eine „Pflegerreform 2023“ vom 15.11.2022; https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2022/12/bda-arbeitgeber-positionspapier-vorschlaege_der_arbeitgeber_fuer_eine_pflegerreform_2023-2022_11.pdf [31.03.2023].
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023): Forschungsdatenzentrum Gesundheit; www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/Aufgaben/Forschungsdatenzentrum [31.03.2023].
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020): Pflegeversicherung neu denken: Eckpunkte der Pflegerreform 2021, Stand: 04.11.2020; mimeo.
- Bögenhold, D./Fachinger, U.* (2012): Selbstständigkeit im System der Erwerbstätigkeit. Sozialer Fortschritt, 61(11/12): S. 276–287.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2001): Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001 – 1 BvR 2014/95 –, Rn. 1–93.
- BVerfG (2005): Beschluss des Zweiten Senats vom 18. Juli 2005 – 2 BvF 2/01 –, Rn. 1–287.
- BVerfG (2021): Beschluss des Ersten Senats vom 24. März 2021 – 1 BvR 2656/18 –, Rn. 1–270.
- BVerfG (2022): Beschluss des Ersten Senats vom 07. April 2022 – 1 BvL 3/18 –, Rn. 1–376.

- Deutscher Bundestag (1988): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP, Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG – Gesundheits-Reformgesetz), Drucksache 11/2237 vom 03.05.1988.
- Deutscher Bundestag (1997): Unterrichtung durch die Bundesregierung, Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Drucksache 13/9528 vom 19.12.1997.
- Deutscher Bundestag (2004): Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster) et al. und der Fraktion der FDP, Familien spürbar durch einen Kinderbonus entlasten – Keine Beitragserhöhungen in der Sozialen Pflegeversicherung – Grundlegende Reform beginnen, Drucksache 15/3683 vom 07.09.2004.
- Deutscher Bundestag (2023): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Fünfzehnten Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Stiftung Unabhängige Patientenberatung Deutschland, Drucksache 20/6014 vom 15.03.2023.
- Haun, D.* (2020): Pflegefinanzierung in regionaler Perspektive: Ergebnisse eines Vier-Länder-Vergleichs zu den Selbstkosten der stationären Langzeitpflege, in: *Jacobs, K./Kuhlmeiy, A./Grefß, S./Klauber, J./Schwinger, A.* (Hrsg.), *Pflege-Report 2020. Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*, Berlin, S. 191 – 208.
- Haun, D./Jacobs, K.* (2014): Beihilfe ohne Perspektive? Zur Zukunft der Gesundheitskostenabsicherung für Beamte, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 14(1): S. 23 – 30.
- Haun, D./Jacobs, K.* (2016): Die Krankenversicherung von Selbstständigen: Reformbedarf unübersehbar, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 16(4): S. 7 – 14.
- Haun, D./Jacobs, K.* (2021): Weiterer Handlungsbedarf bei der Pflegeversicherung, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 21(1): S. 22 – 30.
- Huchzermeier, D./Rürup, B.* (2018): Auswirkungen des Ersatzes der lohnbezogenen Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung durch eine an der Bruttowertschöpfung orientierte Finanzierungsberteiligung, Studie des Handelsblatt Research Institutes im Auftrag des Deutschen Instituts für Altersvorsorge; http://research.handelsblatt.com/assets/uploads/DIA_Studie_final.pdf [31.03.2023].
- Jacobs, K.* (2009): Ring frei zur nächsten Runde. Eine „echte“ GKV-Finanzierungsreform ist weiter überfällig, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 9(3): S. 13 – 22.
- Jacobs, K.* (2022), Generationengerechtigkeit: kein zweckmäßiges Kriterium im Kontext der Sozialversicherung, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 22(2): S. 15 – 21.
- Klein-Schmeink, M.* (2022): Besser Verdienende stärker belasten, in: *Tagesspiegel Background Gesundheit & E-Health*, 21.07.2022.
- Klößner, J.* (2022): Eine Zeitbombe namens Sozialversicherung, in: *Handelsblatt*, 27.12.2022, S. 6.
- KOMV – Kommission für ein modernes Vergütungssystem (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung, Bericht der Kommission; www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV_-_Dezember_2019.pdf [31.03.2023].

- Prisching, M.* (2007): Solidarität. Der vielschichtige Kitt gesellschaftlichen Zusammenlebens, in: von Miquel, M. (Hrsg.), *Sozialversicherung in Diktatur und Demokratie*, Essen: Klartext Verlag, S. 63 – 85.
- Reiners, H.* (2008): Kapitaldeckung in der Krankenversicherung – Die Fallen der „Hausväterökonomie“, *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 8(3): S. 24 – 30.
- Reiners, H.* (2023): Die ökonomische Vernunft der Solidarität: Perspektiven einer demokratischen Sozialpolitik, Wien: Promedia.
- Rothgang, H.* (2015): „Pflegeversicherung folgt Krankenversicherung“ – fundamentale Fehlentscheidung oder zukunftsträchtiges Modell?, *Sozialer Fortschritt*, 64(1/2): S. 8 – 14.
- Rothgang, H./Diederich, F./Kalwitzki, T.* (2022): Berücksichtigung des Kindererziehungsaufwands im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung, *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 76(6): S. 23 – 29.
- Rothgang, H./Heinze, F./Kalwitzki, T./Wagner, C.* (2023): Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. Aktualisierung einer Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit, Bremen; <https://www.dak.de/dak/download/expertise-2609248.pdf> [31.03.2023].
- Schewe, D./Schenke, K./Meurer, A./Hermesen, K.-W.* (1977): *Übersicht über die soziale Sicherung*. Bonn: Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Schmähl, W.* (2009): Sachgerechte Finanzierung der Sozialversicherung als politische Aufgabe, *WSI-Mitteilungen*, 62(7): S. 390 – 397.
- SVR-G – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023): *Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023*; <https://www.svr-gesundheit.de/publikationen/gutachten-2023> [31.03.2023].
- Wasem, J.* (1989): Der versicherte Personenkreis wurde neu abgegrenzt. *Bundesarbeitsblatt*, Heft 4, S. 6 – 11.
- Wehler, H.-U.* (2008): *Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Dritter Band: 1849 – 1914*, München: Beck, 1. Aufl. der broschiierten Studienausgabe.
- Wille, E.* (2002): Reformoptionen in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW)*, 2(3): S. 7 – 14.
- Zok, K./Jacobs, K.* (2023): Solidarität steht hoch im Kurs. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privaten Krankenversicherten, *WidOmonitor*, Ausgabe 1.