

# Ein neuer generationengerechter Ordnungsrahmen für Gesundheit und Pflege: 3-Säulen-Modell

Executive Summary (Stand: 26.03.2026)

## **1. Ausgangslage: Eine Krise des Systems, nicht nur der Finanzierung**

Die gesetzliche Krankenversicherung und die soziale Pflegeversicherung stehen vor einer strukturellen Überforderung, die sich nicht mehr durch kurzfristige Konsolidierungsmaßnahmen oder punktuelle Reformen beheben lässt. Die dauerhaft hohe Ausgabendynamik, steigende Beitragssätze und wachsende politische Eingriffe sind keine vorübergehenden Fehlentwicklungen, sondern Ausdruck eines Systems, dessen ordnungspolitische Grundlagen nicht mehr zur gesellschaftlichen Realität passen. Die modellierte Zielarchitektur, auf die der neue Ordnungsrahmen als Reformziel hinführt, umfasst ein jährliches Gesamtvolumen von rund 567,0 Mrd. €. Diese Größenordnung unterstreicht, dass es nicht um eine kleine Nachsteuerung, sondern um eine vollständige Neuordnung der Finanzierungs- und Zuständigkeitslogik in der Kranken- und Pflegeversicherung geht.

Die Ursachen dieser Krise sind klar zu gewichten:

- Alterung: Vorrangig demografisch wirkt sich die Alterung der Bevölkerung mit steigender Morbidität, wachsendem Pflegebedarf und einer schrumpfenden Erwerbsbasis auf die Krisensituation aus.
- Verschiebepbahnhöfe: Zweitrangig wurde politisch diese Krisenentwicklung über Jahrzehnte verschärft, indem staatliche Aufgaben systematisch in die Sozialversicherung verlagert

wurden, ohne klare Finanzierungsverantwortung zu übernehmen.

- Institutionenproblem: Drittens verhindern institutionelle Blockaden, Fehlanreize und eine Überdehnung des Solidarprinzips die notwendige Anpassung.

Die Folge ist ein System, das Solidarität verspricht, sie aber faktisch immer weniger einlösen kann, weil es sie an falscher Stelle einsetzt. Dieses Whitepaper setzt daher nicht bei Symptomen an, sondern bei der Systemarchitektur selbst.

## **2. Der fundamentale Unterschied zum Status quo von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Sozialer Pflegeversicherung (SPV)**

Der entscheidende Unterschied dieses Whitepapers zu bisherigen Reformansätzen liegt darin, dass es nicht innerhalb der bestehenden Ordnung von GKV und SPV operiert, sondern diese Ordnung neu fasst. Ziel ist nicht die (kurzfristige) Stabilisierung eines überforderten Systems, sondern die Errichtung einer neuen und nachhaltigen Gesundheits- und Pflegeordnung.

Ein zentraler Systembruch besteht in der weitgehenden Auflösung der heutigen sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Die Pflegeversicherung wird nicht weiter reformiert oder ausdifferenziert, sondern ordnungspolitisch überführt. Pflege wird als Lebens- und Sicherstellungsrisiko verstanden, nicht als eigenständiger beitragsfinanzierter Versicherungszweig. Die stationäre Pflege sowie die pflegerische Sicherstellung werden integraler Bestandteil der solidarischen Gesundheitsversicherung. Damit endet ein System, in dem Pflege formal versichert, faktisch aber zunehmend privat finanziert wird.

Eng damit verbunden ist der Rückbau des Gesundheitsfonds in seiner heutigen Form. Der Gesundheitsfonds ist im Status quo ein überdehntes Zentralisierungs- und Umverteilungssystem, das wettbewerbliche, solidarische und politische Funktionen vermischt. Das Whitepaper sieht vor, den Fonds auf das umverteilungsnotwendige Mindestmaß zu reduzieren. Leistungs- und wettbewerbsbezogene Finanzierungsströme werden konsequent aus dem Gesundheitsfonds herausgelöst und den Krankenkassen überantwortet.

Ein dritter fundamentaler Unterschied betrifft die Finanzierungslogik der Versicherten. Die prozentualen Arbeitnehmerbeiträge auf Lohn, Gehalt und Rente entkoppeln Gesundheitsfinanzierung nicht nur unzureichend von der demografischen Realität, sondern belasten Arbeit einseitig und zunehmend überproportional. Das Whitepaper sieht daher den Wegfall der lohn- und rentenbezogenen Arbeitnehmerbeiträge vor. An ihre Stelle tritt eine Gesundheitspauschale, die systematisch auf alle Einkommensarten der Familien bezogen ist. Der soziale Ausgleich für Kinder, einkommensschwache und sozialleistungsbeziehende Personen erfolgt explizit und außerhalb der Versicherung über staatliche Steuermittel. Für Säule 2 wird dabei mit 74,2 Mio. GKV-Versicherten gerechnet. Bei einer einheitlichen Gesundheitspauschale von 150 € je Monat ergibt sich daraus ein jährliches Finanzierungsvolumen von 133,6 Mrd. €. Hinzu treten 41,0 Mrd. € steuerfinanzierter sozialer Ausgleich, 20,0 Mrd. € RSA-Grundvolumen und 16,0 Mrd. € Eigenbeteiligungen.

Damit vollzieht das System den Übergang von einer überalterten Beitragsversicherung zu einer modernen Ordnungsarchitektur, in der Solidarität, Wettbewerb und staatliche Verantwortung klar getrennt sind.

### **3. Die neue Ordnungsarchitektur: Drei Säulen, drei Logiken**

Kern des Whitepapers ist die Einführung einer „Drei-Säulen-Ordnung“, die unterschiedliche Aufgaben nicht mehr vermischt, sondern institutionell sauber trennt. Die modellierte Reformarchitektur verteilt ein jährliches Brutto-Gesamtvolumen von 567,0 Mrd. € auf drei getrennte Logiken. Davon entfallen 286,0 Mrd. € auf Säule 1, 211,0 Mrd. € auf Säule 2 und 70,0 Mrd. € auf Säule 3. Das entspricht rund 50,4 % für die Solidaritäts- und Infrastrukturlogik, 37,2 % für die ambulante Regelversorgung und 12,3 % für den freiwilligen Wahl- und Differenzierungsraum.

#### **Säule 1: Solidarische Gesundheitsversicherung**

Säule 1 bündelt alle Leistungen und Aufgaben, die nicht wettbewerbsfähig sind und dauerhaft der staatlichen Verantwortung unterliegen. Dazu zählen insbesondere die stationäre Versorgung im engeren Sinne, die stationäre Pflege, Notfall- und Krisenstrukturen

sowie die Hochkostenmedizin oberhalb klar definierter Jahrestherapieschwellen. Hinzu kommt die Verantwortung für den sozialen Ausgleich in Säule 2 und der RSA-Finanzausgleich (die beide in Säule 1 auf der Ausgabenseite und in Säule 2 auf der Einnahmenseite geführt werden). Das Einnahmenvolumen von Säule 1 beträgt modellhaft rund 286,2 Mrd. €. Den größten Block bilden 169,4 Mrd. € Arbeitgeberbeitrag und 37,8 Mrd. € Beitrag der Rentenversicherung. Ergänzt wird dies um 16,0 Mrd. € bisherigen Bundeszuschuss, 52,0 Mrd. € zusätzlichen Bundeszuschuss und 11,0 Mrd. € Länderanteile für Sicherstellung und Investitionsverantwortung. Auf der Ausgabenseite entfallen 95,0 Mrd. € auf stationäre Versorgung, 65,0 Mrd. € auf stationäre Pflege, 12,0 Mrd. € auf Notfall- und Krisenstrukturen, 35,0 Mrd. € auf Hochkostenmedizin, 20,0 Mrd. € auf Finanzausgleich sowie 41,0 Mrd. € auf den sozialen Ausgleich in Säule 2.

Die Finanzierung von Säule 1 erfolgt über einen fixierten Beitragssatz von 10,00 % für Arbeitgeber und Rentenversicherung (GKV+SPV heute 10,55 %). Der Bundeszuschuss wird erhöht wegen der Bundesfinanzierung des sozialen Ausgleichs, wegen der Bundes-Vollfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen, wegen des Mehrbedarfs für stationäre Pflege und wegen der Hochkostenfälle. Die heutige SPV wird aufgelöst und in die GKV überführt (stationäre Pflege-Leistungen in Säule 1 und ambulante pflegerische Leistungen in Säule 2).

## **Säule 2: Soziale Krankenversicherung**

Säule 2 umfasst die alltägliche ambulante Versorgung, einschließlich der ambulanten Pflege, der Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unterhalb der Hochkostenschwelle (20.000 € Jahrestherapiekosten), die ambulanten OPs und die Zahnmedizin ohne Zahnersatz. Sie wird finanziert über eine einheitliche Gesundheitspauschale von ca. 150 €, ergänzt durch eine durchgängige Eigenbeteiligung als Steuerungsinstrument, das RSA-Grundvolumen (Finanzausgleich) und den steuerfinanzierten sozialen Ausgleich.

Die bisherige beitragsfreie Familienversicherung von Ehegatten und Lebenspartnern entfällt.

Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs und des Finanzausgleichs erfolgt nicht innerhalb der Gesundheitspauschale, sondern explizit über Säule 1 (Netto-Gesamtvolumen des 3-Säulen-Modells ist damit 506,0 Mrd. €). Damit wird die ambulante Versorgung wettbewerblich organisierbar, ohne soziale Härten und ohne andere Verwerfungen zu erzeugen.

Säule 2 umfasst vor allem die folgenden Leistungen:

- ambulante Grundversorgung ohne Budgetierung
- ambulante Pflege
- Arzneimittel Regelversorgung < 20.000 € (Nettokosten je DDD < 50 €)
- Heil- und Hilfsmittel
- ambulante OPs (inkl. ehemalige ambulante OPs stationärer Einrichtungen)
- Primärprävention und sonstige Vorsorge
- ambulante Infrastrukturförderung (Praxen der Heilberufe)
- sonstige ambulante und grundversorgende Leistungen sowie die Verwaltungskosten der Krankenkassen

Auf der Ausgabenseite entfallen 70,0 Mrd. € auf die unbudgetierte ambulante Grundversorgung, 40,0 Mrd. € auf ambulante Pflegeleistungen, 25,0 Mrd. € auf die Regelversorgung mit Arzneimitteln, 30,0 Mrd. € auf Heil- und Hilfsmittel, 15,0 Mrd. € auf ambulante Operationen, 12,0 Mrd. € auf Prävention und Vorsorge, 15,0 Mrd. € auf die Infrastrukturförderung ambulanter Leistungserbringer, 4,0 Mrd. € auf sonstige ambulante Leistungen und 13,0 Mrd. € auf die Verwaltungskosten der gesetzlichen

Krankenkassen. Säule 2 ist bewusst frei von Zusatz-, Komfort- und Sonderleistungen.

### **Säule 3: Privatversicherung**

Säule 3 bildet den freiwilligen Differenzierungs- und Innovationsraum. Hier werden alle Leistungen verortet, die über die Grundversorgung hinausgehen:

- Krankengeld (das Krankengeld kann alternativ in die Arbeitslosenversicherung überführt werden)
- Zahnersatz
- Buy-back Module zur Reduktion / Aufhebung / Deckelung der Eigenbeteiligung
- schneller Arztzugang und sonstige Wahlfreiheitsoptionen
- erweiterte Therapien und Innovationen
- Bonusmodelle
- betriebliches Gesundheitsmanagement
- zusätzliche Managementleistungen der Krankenkassen

Säule 3 ist freiwillig finanziert durch Versicherte und / oder Arbeitgeber, frei von Genehmigungsvorbehalten und offen für Kooperationen – auch mit privaten Krankenversicherungen. Sie ist der Ort, an dem Wettbewerb ausdrücklich erwünscht ist. Das modellierte Marktvolumen beträgt rund 70,0 Mrd. €. Die größten Blöcke sind Krankengeld mit 23,0 Mrd. € und Zahnmedizin einschließlich Zahnersatz mit 20,0 Mrd. €. Hinzu kommen 10,0 Mrd. € für Buy-back-Lösungen (z.B. Wahltarife Eigenbeteiligung), 6,0 Mrd. € für beschleunigten Arztzugang und sonstige Optionen, 5,0 Mrd. € für erweiterte Therapien und Innovationen sowie 6,0 Mrd. € für Bonus-, Präventions-, BGM- und Management-Leistungen (z.B. Versorgungs- und Selektivmodelle).

## **4. Ordnungspolitische Klarstellungen und Realisierbarkeit**

Das Whitepaper zieht bewusst klare Linien. Sozialer Ausgleich ist keine Versicherungsleistung, sondern eine staatliche Aufgabe. Krankengeld ist Einkommensersatz, keine Gesundheitsleistung. Wettbewerb ist ein Ordnungsprinzip, kein Sparinstrument. Solidarität endet dort, wo individuelle Wahlfreiheit beginnt.

Eigenverantwortung wird systematisch eingefordert, nicht moralisch appelliert.

Die vorgeschlagene Ordnung ist kein theoretisches Modell, sondern phasenfähig umsetzbar. Der Übergang kann schrittweise über rechtliche Entflechtungen und finanzielle Neuordnungen in kurzer Zeit (< 5 Jahre) erfolgen. Die integrierte Datenbasis ist dabei ausdrücklich als Zielbildrechnung zu verstehen. Sie dient der politischen Steuerungsfähigkeit und der vollständigen Zuordnung der Leistungsblöcke, nicht der Behauptung punktgenauer Ist-Werte. Weitere Ausarbeitungen und Konkretisierungen können angefragt werden.

## **5. Die wichtigsten Zahlen auf einen Blick**

Die Reformarchitektur dieses Whitepapers lässt sich auf wenige zentrale Größen verdichten, die die Dimension des Vorhabens (Verschmelzung von Gesundheits- und Pflegeversicherung) unmittelbar sichtbar machen.

Das modellierte jährliche Gesamtvolumen der neuen Ordnung beträgt rund 567,0 Mrd. €. Davon entfallen:

- 286,0 Mrd. € auf Säule 1 (Solidarische Gesundheitsversicherung)
- 211,0 Mrd. € auf Säule 2 (Soziale Krankenversicherung)
- 70,0 Mrd. € auf Säule 3 (Privatversicherung)

Säule 1 wird insbesondere getragen durch 169,4 Mrd. € Arbeitgeberbeiträge (10 % auf Löhne und Gehälter), 37,8 Mrd. € Beiträge der Rentenversicherung (10 % auf Renten), 16,0 Mrd. € bisherigen Bundeszuschuss, 52,0 Mrd. € zusätzlichen Bundeszuschuss (für versicherungsfremde Leistungen und sozialen Ausgleich) sowie 11,0 Mrd. € Länderanteile.

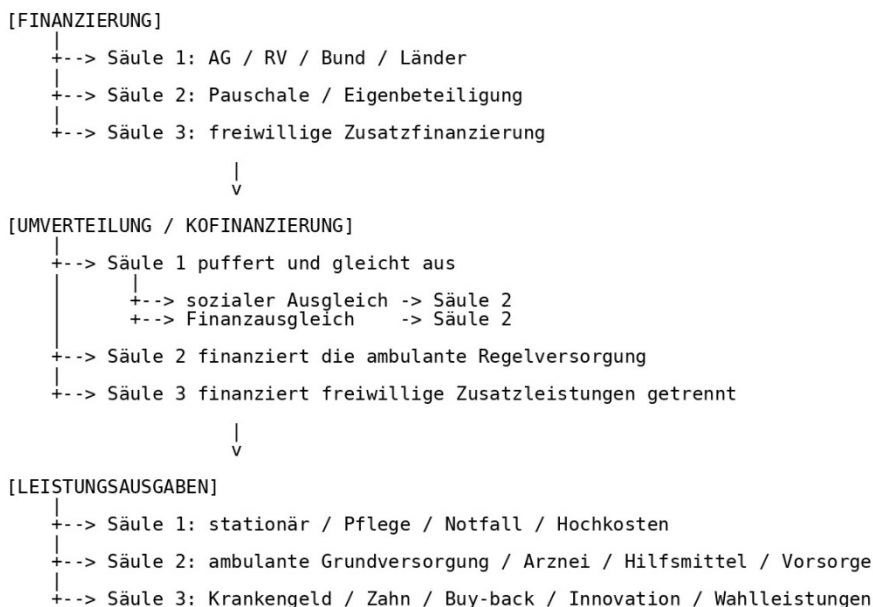
Säule 2 basiert auf 74,2 Mio. Versicherten und einer einheitlichen Gesundheitspauschale von 150 € pro Monat. Daraus ergeben sich 133,6 Mrd. € Einnahmen, ergänzt um 41,0 Mrd. € steuerfinanzierten sozialen Ausgleich, 20,0 Mrd. € RSA-Grundvolumen und 16,0 Mrd. € Eigenbeteiligungen.

Die größten Ausgabenblöcke in Säule 2 sind 70,0 Mrd. € für ambulante Grundversorgung, 40,0 Mrd. € für ambulante Pflege, 30,0 Mrd. € für Heil- und Hilfsmittel sowie 25,0 Mrd. € für die Arzneimittel-Regelversorgung.

Säule 3 umfasst ein freiwilliges Marktvolumen von rund 70,0 Mrd. €, darunter 23,0 Mrd. € Krankengeld, 20,0 Mrd. € Zahnmedizin inklusive Zahnersatz und 10,0 Mrd. € Buy-back-Modelle zur Reduktion der Eigenbeteiligung.

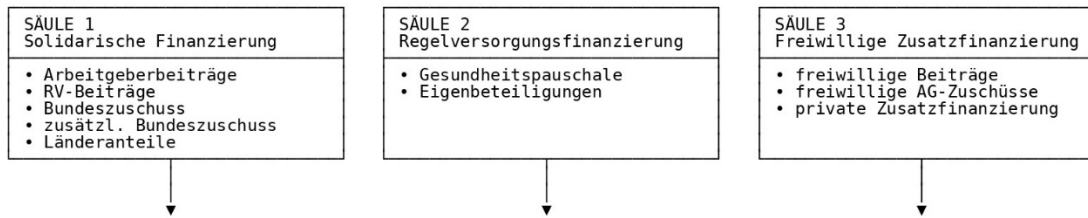
Gesundheitspolitik. Politisch entscheidend ist damit vor allem: Der Schwerpunkt der solidarischen Finanzierung bleibt erhalten, die ambulante Regelversorgung erhält ein eigenständiges und transparentes Finanzierungsmodell, und der freiwillige Wahlbereich wird klar von der Grundversorgung getrennt.

## 7. Das Modell im grafischen Überblick

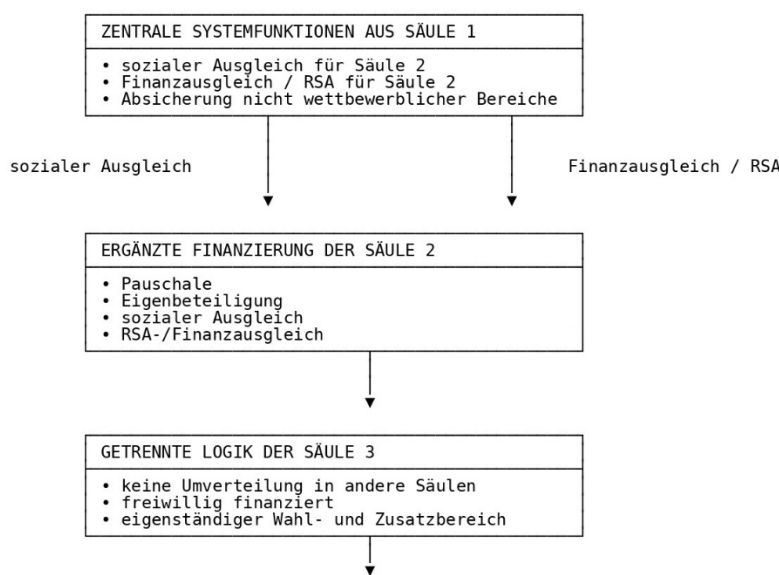


3-EBENEN-FLUSSDIAGRAMM

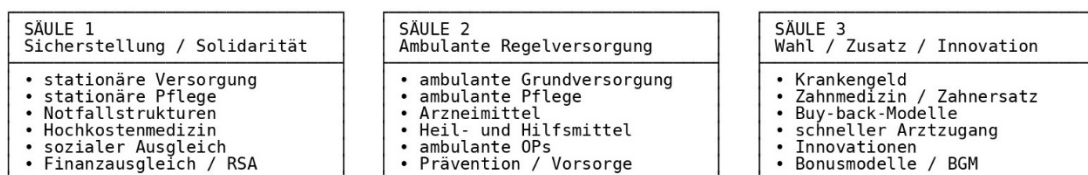
1. FINANZIERUNG  
Wer zahlt ein?



2. UMVERTEILUNG / KOFINANZIERUNG  
Wie wird geordnet, ausgeglichen und ergänzt?



3. LEISTUNGS-AUSGABEN  
Wofür wird es verwendet?



### 8. Teaser

Der am Montag erwartete Bericht der „FinanzKommission Gesundheit“ dürfte die nächste Runde der deutschen Gesundheitspolitik prägen. Das Bundesgesundheitsministerium hatte die Kommission mit dem Auftrag eingesetzt, bereits bis Ende März 2026 kurzfristig wirksame Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Beitragssätze ab 2027 vorzulegen. Hintergrund sind ein

wachsender Finanzdruck und eine weiter hohe Ausgabendynamik; das BMG beziffert allein für 2025 einen Anstieg der Leistungsausgaben und Verwaltungskosten der Krankenkassen um 7,8 %, mit besonders starken Zuwächsen im Krankenhausbereich.

Nach Medienberichten steht ein Einsparpaket von bis zu rund 30 Mrd. € im Raum. Genau darin liegt jedoch das Problem: Die Debatte wird erneut auf Kürzungen, Deckelungen und Verteilungskonflikte verengt, obwohl die eigentliche Krise tiefer reicht. Nicht nur die Finanzierung ist aus dem Lot geraten, sondern die Architektur des Systems selbst.

Ralf Hermes und Thomas Drabinski schlagen deshalb einen anderen Ansatz vor: Keine weitere Reparatur im Bestand und an den Symptomen, sondern ein neues 3-Säulen-Modell für Gesundheit und Pflege. Das Modell trennt erstmals sauber zwischen staatlich-solidarischer Sicherstellung, wettbewerblich organisierbarer ambulanter Regelversorgung und freiwilligen Zusatz- und Wahlleistungen. Im Whitepaper wird dafür ein jährliches Brutto-Zielvolumen von 567,0 Mrd. € ausgewiesen, davon 286,0 Mrd. € für die solidarische Sicherstellung, 211,0 Mrd. € für die ambulante Regelversorgung und 70,0 Mrd. € für den freiwilligen Wahl- und Innovationsraum.

Kern der Reform ist eine neue Ordnung der Verantwortlichkeiten: Was staatlich gesichert werden muss, wird auch staatlich verantwortet. Was zur alltäglichen ambulanten Regelversorgung gehört, erhält ein eigenes, transparentes Finanzierungsmodell. Was über die Grundversorgung hinausgeht, wird freiwillig organisiert. Das Whitepaper sieht dafür unter anderem eine einheitliche Gesundheitspauschale in Säule 2, den steuerfinanzierten sozialen Ausgleich über Säule 1 und einen klar abgegrenzten Wahlbereich in Säule 3 vor.

Zitate:

*„Wer jetzt nur mit Einsparlisten reagiert, wird in wenigen Jahren dieselbe Debatten erneut führen. Wer dagegen die Systemlogik neu sortiert, kann Solidarität, Eigenverantwortung und Wettbewerb erstmals widerspruchsfrei zusammenbringen.“*

*„Das vorgelegte Modell versteht sich nicht als Kommentar am Rand der Kommissionsvorschläge, sondern als ordnungspolitische Alternative zur Dauerkrise.“*

*„Die Finanzkommission wird vermutlich viele richtige Einzelprobleme benennen. Aber mit Sparlisten allein stabilisiert man kein System, dessen Ordnung nicht mehr zur gesellschaftlichen und ökonomischen Realität passt.“*

*„Deutschland braucht keine weitere Reparatur im Bestand, sondern eine neue Gesundheitsordnung: Klare staatliche Verantwortung, transparente ambulante Regelversorgung und einen freiwilligen Wahlbereich statt permanenter Überforderung der Beitragszahler und Verteilungskonflikte.“*

|   |   |
|---|---|
| <b>Ralf Hermes</b>  | <b>Prof. Dr. Thomas Drabinski</b>   |
| Vorstand<br>IKK - Die Innovationskasse (IK)<br>Überseeboulevard 5<br>20457 Hamburg<br>+49 451 88066-12<br>Ralf.Hermes@die-ik.de<br>Internet www.die-ik.de | Institutsleitung<br>Institut f. Mikrodaten-Analyse (IfMDA)<br>Harmsstr. 13<br>24114 Kiel<br>+49 431 385 7820<br>drabinski@ifmda.de<br><a href="https://ifmda.de">https://ifmda.de</a> |