

Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine systematische Übersicht

Mai 2023

Report

Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Eine systematische Übersicht

Autoren

Dr. Daniel Gensorowsky, Dr. Julian Witte, Dr. Laura Naumann, Alena Zeitler

In Zusammenarbeit mit

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Universität Bielefeld und
Prof. em. Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim

11.05.2023

Eine Studie im Auftrag des
LAWG Deutschland e.V und des
Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

LAWG.
Deutschland e.V.

vfa. Die forschenden
Pharma-Unternehmen

Inhalt

Abkürzungen.....	II
Executive Summary.....	1
1 Hintergrund.....	3
2 Methodik.....	6
2.1 Recherchestrategie.....	6
2.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien.....	7
2.3 Dokumentation der Reformvorschläge.....	8
2.4 Einordnung der Reformvorschläge.....	10
2.5 Metathemen.....	11
3 Inventur von Vorschlägen zu Finanzierungsreformen.....	13
3.1 Übersicht der identifizierten Reformvorschläge.....	13
3.2 Kategorisierung der Reformvorschläge.....	14
3.2.1 Übersicht.....	14
3.2.2 Einnahmenseitige Reformvorschläge.....	15
3.2.3 Ausgabenseitige Reformvorschläge.....	18
3.3 Quantitative und qualitative Einordnung der Reformvorschläge.....	22
3.3.1 Wie sind die Ergebnisse der Inventur zu bewerten?.....	22
3.3.2 Wird ein belastbares monetäres Einspar- oder Einnahmeziel quantifiziert?.....	25
3.3.3 Notwendigkeit einer umfassenden Folgenabschätzung und Diskussion.....	27
4 Schlussfolgerungen.....	29
Literatur.....	31
Datenanhang.....	47

Abkürzungen

ALG II	Arbeitslosengeld II
AOK-BV	AOK-Bundesverband
BAG SELBSTHILFE.....	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe
BAH.....	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BDA.....	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
BdSt.....	Bund der Steuerzahler
BKK DV	BKK Dachverband
BMG	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Gesundheit
BPI.....	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BSt	Bertelsmann Stiftung
Der Paritätische.....	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband
DiGA.....	Digitale Gesundheitsanwendung(en)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
ePA.....	Elektronische Patientenakte
FES.....	Friedrich-Ebert-Stiftung
G-BA.....	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzlich Krankenversicherung
GKV-FinStG.....	GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
HBS.....	Hans-Böckler-Stiftung
HDI	Human Development Index
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KZBV.....	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
RLS.....	Rosa-Luxemburg-Stiftung
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen / Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
SVR Wirtschaft.....	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung
UNDP.....	United Nations Development Programme
vdek.....	Verband der Ersatzkassen
vfa	Verband Forschender Arzneimittelhersteller
WIdO.....	Wissenschaftliches Institut der AOK

Executive Summary

Eine erwartete Finanzierungslücke für das Jahr 2023 in Höhe von rund 17 Mrd. Euro hat den Gesetzgeber dazu veranlasst, mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) im Oktober 2022 erstmals seit Jahren wieder ein umfassendes Spargesetz für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf den Weg zu bringen. Vor dem Hintergrund weitreichender demografischer und versorgungsbezogener Herausforderungen umfasste das Gesetz neben kurzfristig wirksamen Stabilisierungsmaßnahmen auch einen Auftrag an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), bis Ende Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Wie bereits in vergangenen Einspargesetzen erprobt, soll hierbei die Ausgabenseite der GKV im Fokus stehen. Die Zweckmäßigkeit einer solchen Ex-ante-Fokussierung auf ausgabendämpfende Maßnahmen zur nachhaltigen Bewältigung des Finanzierungsproblems ist jedoch fraglich. Dagegen sprechen neben der generellen Verfügbarkeit einnahmenseitiger Reformvorschläge auch das Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie die Maxime einer gerechten Lastenverteilung. Für eine zielführende Diskussion über die stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV ist es vielmehr nötig, den „Möglichkeitenraum“ bestmöglich zu überblicken und zu berücksichtigen.

Die vorliegende Inventur bietet erstmals eine umfassende Bestandsaufnahme bislang diskutierter Vorschläge zu Finanzierungsreformen der GKV. Grundlage ist eine breit angelegte Literatur- und Dokumentenrecherche, welche sich über einen Zeitraum von Beginn der 2000er-Jahre bis heute sowie insgesamt fünf Cluster von Akteuren im Gesundheitswesen erstreckt. Die Ergebnisse zeigen ein weites Spektrum der diskutierten Möglichkeiten zur Stabilisierung der GKV: Insgesamt konnten auf Basis von 176 eingeschlossenen Quellen 413 Reformvorschläge (mit Mehrfachzählung) von über 60 Einzelakteuren identifiziert werden. Hieraus konnten nach Kategorisierung und Aggregation insgesamt 93 nicht redundante Einzelvorschläge (keine Mehrfachzählung) zur Stabilisierung der GKV-Finzen abgeleitet werden. Diese verteilen sich zu rund einem Drittel auf einnahmenseitige (34 von 93) und zu zwei Dritteln auf ausgabenseitige Stabilisierungsmaßnahmen. Auf Einnahmenseite reichen die Reformvorschläge von umfassenden Systemreformen wie etwa der Einführung einer Bürgerversicherung bis hin zu konkreten Einzelmaßnahmen wie der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder der Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung. Ausgabenseitige Reformvorschläge zielen insbesondere auf eine effizientere Leistungserbringung – z. B. durch die evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskataloges oder die Implementierung von Gatekeeping-Konzepten – ab, gefolgt von Leistungseinschränkungen sowie der stärkeren Regulierung von Preisen und Rabatten.

Eine quantitative und qualitative Einordnung der Inventurergebnisse macht deutlich, dass Vorschläge existieren, die offensichtlich über die Grenzen der politischen Lager hinweg konsensfähig und im gesamten Beobachtungszeitraum immer wieder thematisiert, bislang

jedoch nicht realisiert worden sind. Dies betrifft insbesondere Maßnahmen zur Auslagerung bzw. Umfinanzierung sogenannter versicherungsfremder Leistungen. Ein Reformaspekt, welcher auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierungskoalition aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP aufgegriffen wurde. Allein der stabilisierende Effekt der dort festgehaltenen Steuerfinanzierung kostendeckender Beiträge für ALG-II- bzw. Bürgergeldempfänger wird regelmäßig auf rund 10 Mrd. Euro geschätzt. Eine solche Quantifizierung der erwarteten finanziellen Effekte liegt allerdings nur für knapp 12 % der identifizierten Vorschläge vor. Neben der Berechnung von Einnahmen-/Einsparzielen aus der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen liegen Schätzungen bspw. auch für die Nettomehreinnahmen durch den Einbezug von Beamten in die Versicherungspflicht vor. Eine umfassende Bewertung der inventarisierten Reformvorschläge ist jedoch aufgrund vielfach nur kurssorisch beschriebener Optionen nur eingeschränkt möglich. Die unzureichende Folgeabschätzung zum GKV-FinStG zeigt aktuell, dass für die gesundheitsökonomische und politische Debatte eine fundierte Beurteilung potenzieller Reformen hinsichtlich standardisierbarer Kriterien wünschenswert wäre. Neben der Quantifizierung der erwarteten finanziellen Effekte könnten hierzu bspw. Abschätzungen zum Zeithorizont der Implementierung, der Latenz erwartbarer Effekte sowie ihrer Wirkdauer zählen. Auch Umsetzungsaspekte bzgl. der zu involvierenden Akteure oder potenziellen Kollateraleffekte sollten im Rahmen zukünftiger Reformdiskussion umfassender als bisher erörtert werden. Die vorliegende Inventur bietet hierfür eine orientierende Grundlage, indem sie den diskutierten Möglichkeitsraum aufzeigt und systematisiert sowie einen Vorschlag für einen Katalog relevanter Kriterien zur Bewertung zukünftiger Reformoptionen macht.

1 Hintergrund

„Grundlage für all dies ist eine auf lange Sicht stabile Finanzierung des Gesundheitswesens und der Pflege“, schreibt die derzeitige Regierungskoalition aus SPD, Grünen und FDP in ihrem Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2021 und bezieht sich dabei auf die notwendige Voraussetzung für die Umsetzung der Koalitionsziele in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Diese umfassen beispielsweise die Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen oder die Förderung von Innovationen und Digitalisierung. Als Beitrag zu einer stabilen und verlässlichen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollen laut Koalitionsvertrag ausgabenseitige Kosteneinsparungen, insbesondere im Markt für patentgeschützte Arzneimittel erzielt werden. Einnahmenseitig sind eine Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie eine Finanzierung höherer Beiträge für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II; heute: Bürgergeld) aus Steuermitteln vorgesehen. Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag einige Veränderungen in der Art der Honorierung von Leistungen vor, darunter beispielsweise die Einführung von Hybrid-DRGs, oder weitreichende strukturelle Reformpläne wie etwa im Krankenhausbereich vor [173].

In jüngerer Vergangenheit wurden Finanzierungsdefizite der GKV ausschließlich durch jeweils kurzfristig wirksame Maßnahmen adressiert. Im Jahr 2021 betrug das Defizit der GKV 16 Mrd. Euro. Dieses Defizit wurde durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses um 5 Mrd. Euro (von 14,5 Mrd. auf 19,5 Mrd. Euro), eine Abschmelzung der Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen um 8 Mrd. Euro sowie eine Erhöhung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 % (3,0 Mrd. Euro) gedeckt. Im Jahr 2022 lag das Defizit der GKV bei 28,5 Mrd. Euro, welches ausschließlich durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses von 14,5 Mrd. Euro auf 28,5 Mrd. Euro gedeckt wurde. Differenzierter fiel die Reaktion des Gesetzgebers auf das vom Schätzerkreis für das Jahr 2023 erwartete Defizit der GKV in Höhe von 17 Mrd. Euro aus [90]. Im Rahmen des im Oktober 2022 verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) wurden neben der Erhöhung des Bundeszuschusses um 2 Mrd. Euro auch die Reserven der Krankenkassen und des Gesundheitsfonds um 6,4 Mrd. Euro abgeschmolzen, der durchschnittliche Zusatzbeitrag um 0,3 Prozentpunkte auf 1,6 % angehoben (entspricht ca. 4,8 Mrd. bis 5,0 Mrd. Euro)¹, ein kurzfristiges Bundesdarlehen (Rückzahlung bis 2026) in Höhe von 1 Mrd. Euro eingeräumt sowie leistungsbezogene Einsparungen bei Arzneimitteln, ärztlichen und Krankenhausleistungen in Höhe von 2,5 Mrd. bis 3 Mrd. Euro beschlossen.

Ob das GKV-FinStG mit diesen Maßnahmen seinem Namen langfristig gerecht wird, bleibt abzuwarten. So beinhaltet das Gesetz keine umfassenden strukturellen Reformen und trägt somit kaum zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung bei. Das für 2023 gewährte Darlehen des Bundes bedeutet eine temporäre Verschuldung der

¹ Nach Verwaltungsratssitzungen der Krankenkassen Ende des Jahres 2022 steigen die Beiträge jedoch durchschnittlich „nur“ um 0,2 Prozentpunkte.

GKV und kommt damit neben einer Verschiebung der Finanzlücke in die Zukunft auch einem „Tabubruch“ gleich. Einige der bisherigen Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV, darunter das Abschmelzen der Rücklagen der Krankenkassen, dürften zumindest zeitnah nicht wiederholbar sein. Gleichzeitig besteht Unsicherheit über die weitere Entwicklung der GKV-Finanzlage. Während pessimistische Schätzungen zuletzt noch von einer Fortsetzung der bisherigen Negativdynamik und Finanzierungslücken von bis zu 30 Mrd. Euro bereits im Jahr 2024 ausgingen, deutet sich aktuellen Angaben des GKV-Spitzenverbandes zufolge eine gewisse Stabilisierung der Finanzierungssituation der GKV an [21, 66]. Detaillierte Prognosen für das kommende Jahr liegen zum Redaktionsschluss dieser Inventur allerdings noch nicht vor. Um auch auf Negativszenarien vorbereitet zu sein, wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durch den mit dem GKV-FinStG eingeführten § 220 Abs. 4 SGB V damit beauftragt, bis 31. Mai 2023 Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV zu erarbeiten. Hierbei soll insbesondere die Ausgabenseite der GKV betrachtet werden.

Ausgabenseitige Maßnahmen zielen in erster Linie auf eine Stabilisierung der GKV-Finanzien durch Ausgabenreduktionen ab. Diese lassen sich potenziell durch Eingriffe in die Preisbildung und Vergütung von Versorgungsleistungen, durch Leistungseinschränkungen oder auch durch effizienzsteigernde Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung erreichen. Grundsätzlich beschränken sich die Möglichkeiten zur Finanzstabilisierung jedoch nicht auf die Erzielung von Einsparungen. Das machen nicht zuletzt die zahlreichen einnahmenseitigen Ad-hoc-Maßnahmen der letzten Jahre oder die im Koalitionsvertrag vereinbarte – und bislang nicht umgesetzte – Dynamisierung des Bundeszuschusses deutlich. Wenngleich diese in den letzten Jahren etwas in den Hintergrund gerückt waren, kursieren neben solchen eher singulären Maßnahmen auch Vorschläge, welche auf eine Stabilisierung der GKV durch eine grundlegende Reformierung des Versicherungssystems etwa durch Einführung einer Bürgerversicherung abzielen.

Eine einseitige Ex-ante-Fokussierung auf ausgabendämpfende Maßnahmen zur nachhaltigen Bewältigung des Finanzierungsproblems in der GKV ist vor dem Hintergrund der politischen und gesundheitsökonomischen Debatten nicht zweckmäßig. Dagegen sprechen neben der Verfügbarkeit einnahmenseitiger Reformvorschläge auch das Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie die Maxime einer gerechten Lastenverteilung. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass es sich bei Gesundheit um ein besonderes, superiores Gut handelt, welches neben Bildung und ökonomischer Absicherung als essenzielle Voraussetzung für die menschliche Entwicklung angesehen werden kann [177]. Diesen Eigenwert von Gesundheit unterstreichen unter anderem die Ergebnisse einer aktuellen repräsentativen Befragung unter GKV-Versicherten, die zeigen, dass potenzielle Leistungseinschränkungen zur Stabilisierung der GKV-Finanzien auf eine breite Ablehnung stoßen. Vielmehr würde die Mehrheit der Versicherten höhere GKV-Beiträge akzeptieren, um Abstriche beim Leistungsspektrum zu vermeiden [193]. Für eine zielführende Diskussion über die stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV

ist es daher nötig, den „Möglichkeitsraum“ bestmöglich zu überblicken. Das Ziel der vorliegenden Inventur ist deshalb eine möglichst vollständige Erfassung bislang diskutierter Reformvorschläge, die zur GKV-Finanzstabilität beitragen können. Die Identifikation dieser Vorschläge erfolgt im Rahmen einer breit angelegten Suchstrategie unter Berücksichtigung politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Akteure im Gesundheitswesen. Die identifizierten Vorschläge werden nach ihrer inhaltlichen Ausrichtung klassifiziert und überblicksartig dargestellt. Zudem erfolgt eine quantitative und qualitative Einordnung der Reformvorschläge – insbesondere im Hinblick auf den erwartbaren (monetären) Beitrag zur GKV-Finanzstabilität.

2 Methodik

2.1 Recherchestrategie

Grundlage der vorliegenden Inventur ist eine Literatur- und Dokumentenrecherche, die fünf Akteurs-Cluster im Gesundheitswesen berücksichtigt (vgl. Tabelle 1). Die Recherche nach Vorschlägen zu Finanzierungsreform der GKV erfolgte in erster Linie über die Webpräsenzen der jeweiligen Akteure und wurde um eine Google-Scholar-Recherche sowie eine Handrecherche in den Literaturlisten eingeschlossener Dokumente ergänzt. Die systematisierende Recherche nach Reformvorschlägen in den Akteurs-Clustern wurde am 31. März 2023 abgeschlossen.

Tabelle 1: In die Recherche einbezogene Akteurs-Cluster. Quelle: eigene Darstellung.

Cluster	Akteure
Politik	Parteien im Bundestag
	Bundesregierungen inkl. Ministerien und Beiräte
	Parteinahе Stiftungen
Selbstverwaltung	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
	GKV-Spitzenverband (GKV-SV)
	Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)
	Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)
Kostenträger & Industrie	AOK-Bundesverband (AOK-BV) inkl. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
	BKK-Dachverband (BKK DV)
	Verband der Ersatzkassen (vdek)
	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI)
	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH)
	Pro Generika
	Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa)
Weitere Verbände & Stiftungen	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG SELBSTHILFE)
	Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA)
	Bertelsmann Stiftung (BST)
	Bund der Steuerzahler (BdSt)
	Deutscher Caritasverband (DCB)
	Hans-Böckler-Stiftung (HBS)
	Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (Der Paritätische)
Wissenschaft	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen/Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit)
	Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft)
	Academia
	Forschungsinstitute

Aufgrund der Vielzahl zu durchsuchender Webpräsenzen und damit verbundener Unterschiede in den Suchsyntaxen war eine vollständig strukturierte Suche anhand eines universell anzuwendenden Suchstrings nicht möglich. Es wurde daher auf ein zweistufiges Vorgehen zurückgegriffen:

1. War auf einer Webpräsenz eine Rubrik zu Publikationen, Studien oder Gutachten enthalten, so wurde diese Rubrik vollumfänglich nach Beiträgen zum Thema GKV-Finanzierung durchsucht.
2. Über die Suchfunktion der jeweiligen Webpräsenz wurde zudem über die Suchbegriffe „Krankenversicherung“ und „Finanzierung“ nach weiteren passenden Veröffentlichungen gesucht. Sofern die zugrundeliegende Suchsyntax dies zuließ, wurden beide Begriffe mit dem booleschen Operator „UND“ verknüpft.

Die Suche nach Partei- und Wahlprogrammen im Cluster Politik erfolgte gezielt über die Websites der Parteien oder unter Zuhilfenahme von Google. Insbesondere um wissenschaftliche Publikationen, welche keiner der aufgeführten Institutionen zuzuordnen sind, hinreichend zu berücksichtigen, wurde zudem eine ergänzende Google-Scholar-Recherche anhand des folgenden Suchstrings durchgeführt:

Finanzierung "gesetzliche Krankenversicherung"

Ressourcenbedingt wurden ausschließlich die ersten 500 der insgesamt 8.650 Suchtreffer nach Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung gescreent. Die Sortierung der Suchtreffer erfolgte nach „Relevanz“.

2.2 Einschluss- und Ausschlusskriterien

In die Inventur eingeschlossen wurden Vorschläge zur Reform der GKV-Finanzierung bzw. zur Stabilisierung der GKV-Finzen, welche seit Beginn des Jahres 2000 bis März 2023 veröffentlicht wurden. Im Cluster Politik wurden zudem sämtliche Vorschläge berücksichtigt, welche sich auf die Legislaturperiode von 1998 bis 2002 beziehen. Eingeschlossen wurden nur solche Vorschläge, die zum Zeitpunkt der Inventur (März 2023) nicht oder nur teilweise bereits umgesetzt waren oder deren Umsetzung potenziell wiederhol- oder ausbaubar ist. Ferner mussten ein konkreter Vorschlagscharakter sowie ein hinreichender Finanzierungsbezug und Detaillierungsgrad vorliegen:

- **Vorschlagscharakter:** Es wurden lediglich solche Quellen berücksichtigt, die sich erkennbar für bestimmte Reformen (Systemreformen oder Einzelmaßnahmen) zur Stabilisierung der GKV-Finzen aussprechen. Reine Beschreibungen des Status quo in Deutschland oder in anderen Ländern sowie neutrale Gegenüberstellungen von verschiedenen Finanzierungsmodellen ohne abschließende Forderung der Umsetzung eines dieser Modelle wurden somit nicht berücksichtigt.

- **Finanzierungsbezug und Detaillierungsgrad:** Das Ziel der zu berücksichtigenden Vorschläge musste in erster Linie die Stabilisierung der GKV-Finzen sein. Maßnahmen mit anderer primärer Zielsetzung, die sich allenfalls indirekt auf die GKV-Finzen auswirken würden, wurden somit nicht im Detail berücksichtigt. Ferner mussten die wesentlichen Inhalte der vorgeschlagenen Reformmaßnahme erkennbar und die notwendigen Umsetzungsschritte beschrieben oder zumindest abschätzbar sein. Eine allgemeine Forderung nach „mehr Effizienz in der Arzneimittelversorgung“ wurde somit nicht berücksichtigt. Anzumerken ist zudem, dass Fragen der Mittelverteilung innerhalb der GKV nicht im Fokus dieser Inventur stehen. Vorschläge, die sich ausschließlich auf Vergütungsfragen konzentrierten, ohne darauf abzuzielen, einen direkten Beitrag zur Finanzstabilität des GKV-Systems zu leisten, wurden somit nicht berücksichtigt.

Als Quellen für einzuschließende Reformvorschläge kamen grundsätzlich verschiedenste Arten von Dokumenten infrage, hierzu zählen unter anderem:

- Partei- und Wahlprogramme
- Koalitionsverträge
- Anträge in Parlamenten
- Positionspapiere
- Stellungnahmen
- Gutachten
- Wissenschaftliche Fachpublikationen (mit und ohne Peer Review)
- Graue Literatur

Es wurde vorausgesetzt, dass die eingeschlossenen Veröffentlichungen online verfügbar sind. Wurde ein und derselbe Reformvorschlag von einem Akteur mehrfach in unterschiedlichen Veröffentlichungen thematisiert, so wurde dieser Vorschlag auch mehrfach im Rahmen der Inventur dokumentiert.

2.3 Dokumentation der Reformvorschläge

Die im Rahmen der Recherche identifizierten Reformvorschläge wurden zu Dokumentationszwecken paraphrasiert. Zur Systematisierung wurde eine Klassifikationslogik entwickelt, welche eine inhaltliche Differenzierung der Reformvorschläge erleichtert (vgl. Abbildung 1). Die Ausgestaltung dieser Systematik wurde projektintern erarbeitet und lehnt sich an bestehende Systematisierungsansätze an [188].

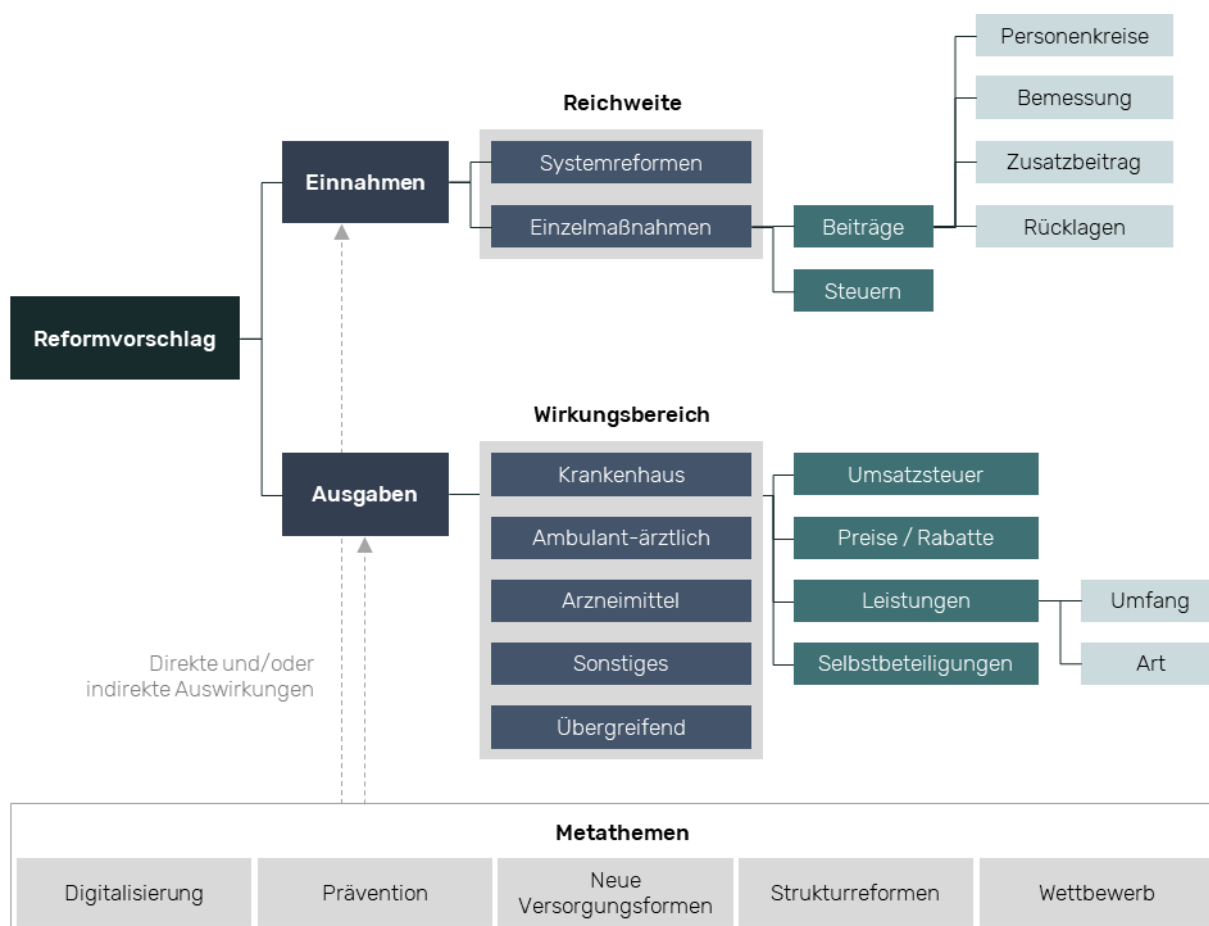


Abbildung 1: Systematik zur Klassifikation der recherchierten Reformvorschläge. Quelle: eigene Darstellung.

Auf der ersten Klassifikationsebene erfolgt eine Differenzierung nach **einnahmen- und ausgabenseitigen Vorschlägen**. Einnahmenseitige Vorschläge werden hinsichtlich ihrer Reichweite dahingehend unterschieden, ob es sich um **Einzelmaßnahmen** oder weitreichende **Systemreformen** handelt. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass sie das bisherige Versicherungssystem grundlegend verändern würden und in der Regel Bündel aus mehreren Einzelmaßnahmen (z. B. Einführung einer Bürgerversicherung) darstellen. Einnahmenseitige Einzelmaßnahmen werden differenziert in die Bereiche der **Beitrags-** und der **Steuerfinanzierung**. Auf Ebene der Beitragsfinanzierung wird ferner unterschieden zwischen Reformvorschlägen, welche:

- die bei der Beitragserhebung berücksichtigten **Personenkreise** (z. B. Einbezug von Beamten in die GKV),
- die Art und Höhe der **Beitragsbemessung** (z. B. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze),
- die Erhebung des **Zusatzbeitrages** (z. B. Anhebung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages) oder

- die **Rücklagen** von Gesundheitsfonds und Krankenkassen (z. B. Schließung von Finanzierungslücken durch Abbau von Rücklagen) betreffen.

Ausgabenseitige Vorschläge werden zunächst hinsichtlich ihres Wirkungsbereiches differenziert – also der Frage, in welchem (Leistungs-)Bereich der GKV kostendämpfende Maßnahmen ansetzen. Auf nachgelagerter Ebene wird differenziert zwischen Reformvorschlägen, welche:

- die auf GKV-Leistungen erhobene **Umsatzsteuer** (z. B. Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen Leistungsbereichen),
- die **Preise** von GKV-Leistungen oder **Rabatte** entlang der jeweiligen Handelskette (z. B. Einführung einer Preisobergrenze für Hilfsmittel),
- den **Umfang** (z. B. Ausschluss bestimmter Leistungen aus dem Regelleistungskatalog) und die **Art** (z. B. Implementierung von Gatekeeping-Konzepten) der **Leistungserbringung** oder
- die verstärkte **Selbstbeteiligung** der Versicherten (z. B. Einführung einer Praxisgebühr) an den Kosten von medizinischen Leistungen betreffen.

In diese Klassifikation werden alle identifizierten Reformvorschläge eingeordnet, deren unmittelbares Ziel die Stabilisierung der Finanzlage der GKV ist. Die Zuordnung ist dabei nicht immer gänzlich trennscharf: Beispielsweise wurden Vorschläge, die eine stärkere Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen forderten, bei der Inventur ausgabenseitig in der Kategorie „Art der Leistungserbringung“ eingruppiert. Dem zugrunde liegt die Überlegung, dass entsprechende Vorschläge insbesondere auf Effizienzsteigerungen in der Versorgung abzielen, indem nur noch Leistungen mit hinreichender Evidenz und angemessener Kosten-Nutzen-Relation zu Lasten der GKV erbracht würden. Durch die damit einhergehende potenzielle Einschränkung des Leistungskataloges ließe sich allerdings auch eine Zuordnung in die Kategorie „Umfang der Leistungserbringung“ rechtfertigen. Auf eine Doppelzählung wurde verzichtet. Um ein einheitliches Verständnis und eine konsistente Anwendung der Klassifikation sicherzustellen, wurden entsprechende Grenzfälle intensiv im Projektteam diskutiert und Zuordnungskonflikte im Konsensverfahren gelöst.

2.4 Einordnung der Reformvorschläge

Alle identifizierten Reformvorschläge werden unabhängig von ihrem Substanzgehalt dokumentiert und klassifiziert. Zudem erfolgt eine überblicksartige quantitative und qualitative Einordnung der Inventurergebnisse, welche sich an folgenden Fragen orientiert:

- Sind Reformvorschläge bereits ganz oder in Teilen umgesetzt worden und/oder ist die Umsetzung potenziell ausbaufähig oder wiederholbar?

- Sind Reformvorschläge wiederholt durch einen oder mehrere Akteure genannt?
- Sind Reformvorschläge akteursübergreifend oder nur durch einen einzelnen Akteur genannt worden?
- Wurden für Reformvorschläge monetäre Einspar- oder Einnahmeziele quantifiziert?

Eine detaillierte Beschreibung insbesondere umfassender Reformpakete (z. B. die „Einführung einer Bürgerversicherung“ als Systemreform) ist nicht Gegenstand der vorliegenden Bestandsaufnahme.

2.5 Metathemen

Über die inventarisierten Vorschläge hinaus konnten im Rahmen der Recherchen übergeordnete Metathemen identifiziert werden. Diese werden i. d. R. auch unabhängig von politischen Lagern als wichtige Säulen für eine nachhaltige und resiliente GKV angesehen:

- **Digitalisierung:** Stärkere Digitalisierung der administrativen und medizinischen Prozesse im Gesundheitswesen (z. B. Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten und innovativer mobiler Technologien)
- **Prävention:** Stärkere präventive statt kurative Ausrichtung der Gesundheitsversorgung (z. B. Schaffung finanzieller Anreize zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen als Investition in die Gesundheit der GKV-Versicherten)
- **Neue Versorgungsformen:** Etablierung neuer, integrierter Versorgungsformen (z. B. Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen für eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen)
- **Strukturreformen:** Behebung struktureller Defizite in der Leistungserbringung (z. B. konsequente Strukturbereinigung im stationären Sektor)
- **Wettbewerb:** Förderung der wettbewerblichen Ausrichtung der GKV (z. B. Schaffung weitreichender Vertragsfreiheiten für die gesetzlichen Krankenkassen)

Die mit diesen Metathemen verbundenen Maßnahmen zielen oft nicht unmittelbar und vorrangig auf eine Stabilisierung der GKV aus Finanzierungsperspektive ab, weshalb sie als Reformvorschläge nicht im primären Fokus der vorliegenden Inventur stehen. Gleichwohl können entsprechende übergeordnete bzw. strukturelle Anpassungen zur Beseitigung verschiedenartiger, insbesondere leistungsseitiger (Versorgungs-)Defizite oder Ineffizienzen und damit mittel- und langfristige auch zur Finanzstabilität der GKV beitragen. Wenngleich eine genaue Bezifferung des finanziellen Stabilisierungspotenzials durch komplexe Wechselwirkungen und den investiven Charakter der Maßnahmen erschwert wird, finden sich in der Literatur Anhaltspunkte, die den hohen Stellenwert der genannten Metathemen unterstreichen. So schätzt eine aktuelle Modellierungsstudie allein das mit der umfassenden

Digitalisierung des Gesundheitswesens einhergehende Effizienzpotenzial auf rund 42 Mrd. Euro pro Jahr [118]. Für schnellere Fortschritte bei der bislang stockenden Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen sprach sich nicht zuletzt auch der SVR Gesundheit in seinem Gutachten „Digitalisierung für Gesundheit“ im Jahr 2021 aus [144]. Erneuert wurde diese Forderung im jüngsten Gutachten der Sachverständigen, in dem die Digitalisierung als eine „eine maßgebliche Voraussetzung im Sinne eines resilienten Gesundheitssystems“ [145] beschrieben wird. Als Fahrplan für den weiteren Ausbau der digitalen Strukturen und Prozesse hat das BMG im März 2023 eine Digitalisierungsstrategie vorgelegt, deren Ziele unter anderem die konsequente Förderung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie eine Stärkung von Forschungsbemühungen durch eine verbesserte Nutzbarkeit von Gesundheitsdaten umfassen [34]. Belastbare Aussagen zur Finanzwirksamkeit der einzelnen Maßnahmen sind nach Angaben des BMG derzeit noch nicht möglich [174]. Welchen stabilisierenden Effekt die Strategie letztlich entfalten kann, bleibt somit abzuwarten. Gleiches gilt für weitere ähnlich weitreichende Reformvorhaben, wie etwa die in Planung befindliche Strukturreform im Krankenhaussektor, um die derzeit – insbesondere zwischen den politischen Akteuren auf Bundes- und Landesebene – hart gerungen wird [35, 67].

Neben den genannten Metathemen innerhalb des Gesundheitswesens ist die Finanzstabilität der GKV zudem im Lichte ihrer Interdependenzen mit exogenen Faktoren außerhalb des Gesundheitswesens zu betrachten. Diese hängen mitunter unmittelbar mit der besonderen Rolle des Gutes Gesundheit zusammen. Beispielsweise betrachtet das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Development Programme, UNDP) die Gesundheit neben Bildung und ökonomischen Wohlstand als eine zentrale Determinante der menschlichen Entwicklung, welche sich unter anderem im Konstrukt des Human Development Index (HDI) widerspiegelt [177]. Das BMG hält bezüglich der Rolle von Gesundheit und Gesundheitsleistungen fest, dass eine alleinige Betrachtung von Gesundheitsausgaben als Kostenfaktor zu kurz greifen würde. Vielmehr habe „[...] eine gute Gesundheitsversorgung über die ökonomische Bedeutung des Gesundheitssektors hinaus gleichzeitig einen großen volkswirtschaftlichen Nutzen“ [33]. Indem sie die Erhaltung von Erwerbsfähigkeit und Produktivität der Bevölkerung fördern, leisten Investitionen in Gesundheit einen wichtigen Beitrag zu Wachstum, Beschäftigung und Wohlstand. Diese positiven externen Effekte auf die wirtschaftliche und soziale Entwicklung können sich gleichzeitig auch auf die nachhaltige finanzielle Stabilität der GKV auswirken. So hängt die Einnahmeseite der GKV unmittelbar von der Einkommenssituation ihrer Versicherten und damit der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland ab. Zu dieser tragen Investitionen in Gesundheit ebenso bei wie etwa eine konsequente wachstumsorientierte Wirtschaftspolitik. Die Beispiele machen deutlich, dass die Sicherstellung der langfristigen Stabilität des Gesundheitswesens nicht nur durch singuläre Stabilisierungsmaßnahmen im Ressort Gesundheit erreicht werden kann, sondern auf einem holistischen Ansatz, der den komplexen Interdependenzen Rechnung trägt, aufbauen sollte.

3 Inventur von Vorschlägen zu Finanzierungsreformen

3.1 Übersicht der identifizierten Reformvorschläge

Insgesamt konnten im Rahmen der Inventur auf Basis von 176 eingeschlossenen Quellen 413 Reformvorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finzen von über 60 Einzelakteuren identifiziert werden. Eine umfassende Übersicht aller genannten Vorschläge mit Akteurs-Zuordnungen und Quellenangaben ist Anhang 1 zu entnehmen. Mit 132 und 125 Vorschlägen (32 % bzw. 30 %) entfällt der Großteil der identifizierten Reformvorschläge auf die beiden Akteurs-Cluster Politik und Wissenschaft (vgl. Abbildung 2). Die geringste Zahl identifizierter Vorschläge (n=18) stammt aus dem Cluster Selbstverwaltung. Bei der Einordnung dieser Häufigkeiten ist zu berücksichtigen, dass einzelne Vorschläge mehrfach gezählt wurden, sofern sie in unterschiedlichen Veröffentlichungen von demselben oder einem anderen Akteur genannt worden sind. Ohne diese Mehrfachzählung und nach Aggregation inhaltlich vergleichbarer Vorschläge verbleiben 93 Einzelvorschläge (vgl. Aggregationstabelle in Anhang 2). Eine Übersicht hierzu ist Anhang 3 zu entnehmen.

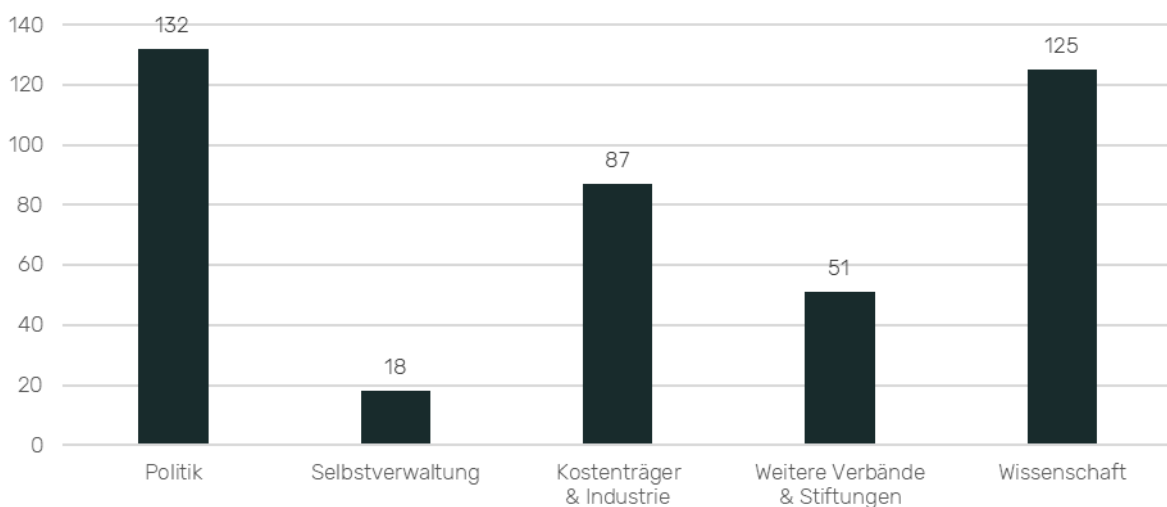


Abbildung 2: Verteilung der identifizierten Reformvorschläge (N = 413) auf die Akteurs-Cluster. Doppelzählungen möglich. Quelle: eigene Darstellung.

Neben der genannten Konzentration auf einzelne Akteurs-Cluster sind auch deutliche Unterschiede in der Anzahl identifizierter Vorschläge je Akteur evident. So entfallen bei den parteinahen Stiftungen 20 aller 21 in der Inventur eingeschlossenen Vorschläge auf die Friedrich-Ebert-Stiftung (FES). Ein weiterer Vorschlag stammt von der Rosa-Luxemburg-Stiftung (RLS). Für die übrigen parteinahen Stiftungen wurden dagegen keine Veröffentlichungen mit Vorschlägen zur GKV-Finanzierung identifiziert. Diese Unterschiede in der Vorschlagshäufigkeit auf Ebene der einzelnen Akteure können auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden. So ist es zwar möglich, dass tatsächlich keine relevanten Veröffentlichungen in dem gegenständlichen Themenfeld stattgefunden haben. Es ist aber auch vorstellbar, dass insbesondere ältere Publikationen bereits von einzelnen Webpräsenzen

gelöscht wurden und damit nicht mehr auffindbar waren. Ebenso könnten die der umgesetzten Recherchemethodik immanenten Limitationen (vgl. Kapitel 2.1) dazu geführt haben, dass relevante Veröffentlichungen nicht oder ggf. nicht vollständig identifiziert wurden. Folglich sollte es nicht das Ziel der vorliegenden Inventur sein, ein vollständiges und repräsentatives Meinungsbild gesundheitspolitischer Akteure zu möglichen GKV-Finanzierungsreformen zu zeichnen. Auch eine Gewichtung der Relevanz einzelner Vorschläge anhand der Zahl ihrer Nennungen dürfte nur eingeschränkt sinnvoll sein, hängen diese doch unmittelbar mit der Publikationsaktivität der unterschiedlichen Akteure zusammen. So wurden beispielsweise für die Partei Die Linke im Zeitraum von 2005 bis 2022 insgesamt sieben separat publizierte Forderungen zur Einführung einer Bürgerversicherung identifiziert. Wie eingangs beschrieben ist es daher vielmehr das Ziel der vorliegenden Inventur, den Möglichkeitsraum potenzieller Reformmaßnahmen zu umreißen. Aus diesem Grund wird bei der inhaltlichen Darstellung und Einordnung der Reformvorschläge auf eine Doppelzählung der eingeschlossenen Vorschläge verzichtet. Im Folgenden reduzieren sich deshalb insgesamt 413 zum Teil doppelte Reformvorschläge in Summe zu 93 nicht redundanten Vorschlägen.

3.2 Kategorisierung der Reformvorschläge

3.2.1 Übersicht

Wenngleich § 220 Abs. 4 SGB V dem BMG vorgibt, bei der Entwicklung von Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV insbesondere die Ausgabenseite zu fokussieren, verdeutlicht die vorliegende Inventur, dass auch einnahmenseitig eine Reihe verschiedener Vorschläge vorliegt. So handelt es sich bei 34 der 93 identifizierten Reformvorschläge – und damit bei mehr als einem Drittel – um einnahmenseitige Vorhaben (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Kategorisierung der identifizierten Reformvorschläge (N = 93; keine Mehrfachzählung) gemäß entwickelter Klassifikationslogik. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Kategorie	Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebene 4	Anzahl
E	Einnahmen (n = 34)				
E.1	Einnahmen	Systemreformen (n = 10)			10
E.2	Einnahmen	Einzelmaßnahmen (n = 24)			
E.2.1	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Beiträge		
E.2.1.1	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Beiträge	Personenkreise	3
E.2.1.2	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Beiträge	Bemessung	7
E.2.1.3	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Beiträge	Zusatzbeitrag	1
E.2.1.4	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Beiträge	Rücklagen	2
E.2.2	Einnahmen	Einzelmaßnahmen	Steuern		11
A	Ausgaben (n = 59)				
A.1	Ausgaben	Krankenhaus (n = 2)			
A.1.1	Ausgaben	Krankenhaus	Umsatzsteuer		0
A.1.2	Ausgaben	Krankenhaus	Preise/Rabatte		0
A.1.3	Ausgaben	Krankenhaus	Leistungen		
A.1.3.1	Ausgaben	Krankenhaus	Leistungen	Umfang der Leistungserbringung	0

Kategorie	Ebene 1	Ebene 2	Ebene 3	Ebene 4	Anzahl
A.1.3.2	Ausgaben	Krankenhaus	Leistungen	Art der Leistungserbringung	2
A.1.4	Ausgaben	Krankenhaus	Selbstbeteiligung		0
A.2	Ausgaben	Ambulant-ärztlich (n = 6)			
A.2.1	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Umsatzsteuer		0
A.2.2	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Preise/Rabatte		1
A.2.3	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Leistungen		
A.2.3.1	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Leistungen	Umfang der Leistungserbringung	0
A.2.3.2	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Leistungen	Art der Leistungserbringung	3
A.2.4	Ausgaben	Ambulant-ärztlich	Selbstbeteiligung		2
A.3	Ausgaben	Arzneimittel (n = 26)			
A.3.1	Ausgaben	Arzneimittel	Umsatzsteuer		1
A.3.2	Ausgaben	Arzneimittel	Preise/Rabatte		9
A.3.3	Ausgaben	Arzneimittel	Leistungen		
A.3.3.1	Ausgaben	Arzneimittel	Leistungen	Umfang der Leistungserbringung	7
A.3.3.2	Ausgaben	Arzneimittel	Leistungen	Art der Leistungserbringung	8
A.3.4	Ausgaben	Arzneimittel	Selbstbeteiligung		1
A.4	Ausgaben	Sonstige (n = 12)			
A.4.1	Ausgaben	Sonstige	Umsatzsteuer		0
A.4.2	Ausgaben	Sonstige	Preise/Rabatte		2
A.4.3	Ausgaben	Sonstige	Leistungen		
A.4.3.1	Ausgaben	Sonstige	Leistungen	Umfang der Leistungserbringung	6
A.4.3.2	Ausgaben	Sonstige	Leistungen	Art der Leistungserbringung	4
A.4.4	Ausgaben	Sonstige	Selbstbeteiligung		0
A.5	Ausgaben	Übergreifend (n = 13)			
A.5.1	Ausgaben	Übergreifend	Umsatzsteuer		1
A.5.2	Ausgaben	Übergreifend	Preise/Rabatte		2
A.5.3	Ausgaben	Übergreifend	Leistungen		
A.5.3.1	Ausgaben	Übergreifend	Leistungen	Umfang der Leistungserbringung	3
A.5.3.2	Ausgaben	Übergreifend	Leistungen	Art der Leistungserbringung	5
A.5.4	Ausgaben	Übergreifend	Selbstbeteiligung		2

3.2.2 Einnahmenseitige Reformvorschläge

Zehn der 34 einnahmenseitigen Vorschläge zielen auf grundlegende Reformen des Finanzierungsprinzips in der GKV ab (vgl. Tabelle 3). Am weitreichendsten dürfte dabei die mögliche Einführung einer Bürgerversicherung sein, welche u. a. von den Bundestagsparteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen oder Die Linke seit Längerem und zuletzt auch in den Wahlprogrammen zur Bundestagswahl 2021 skizziert wurde [43, 71, 172]. So geht eine solche einheitliche Krankenversicherung für die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland je nach konkreter Ausgestaltung mit der de facto Abschaffung des bestehenden dualen Krankenversicherungssystems von GKV und privater Krankenversicherung einher. Demgegenüber steht die Forderung nach der Umstellung der GKV-Finanzierung auf einkommensunabhängige Kopfpauschalen bzw. eine sogenannte Gesundheitsprämie wie sie insbesondere in den 2000er-Jahren von den Parteien CDU und CSU gefordert und in der jüngeren Vergangenheit etwa vom BDA oder auch dem SVR Wirtschaft vorgeschlagen wurde [18, 53, 55, 160]. Ebenfalls gehäuft von Akteuren aus Wissenschaft und Politik in die Diskussion eingebracht wurde eine vollständige Ersetzung oder zumindest die Ergänzung des Umlageverfahrens in der GKV

durch ein Kapitaldeckungsverfahren bzw. die Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen (z. B. durch Einbindung der PKV in den Morbi-RSA). Weitere systemische Reformvorschläge auf Einnahmenseite wie etwa der Übergang zu risikoäquivalenten Prämien (Züricher Modell der Individualprämie) in der GKV konnten im Rahmen der Inventur lediglich vereinzelt dokumentiert werden.

Tabelle 3: Vorschläge für einnahmenseitige Systemreformen in der GKV sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Einführung einer Bürgerversicherung	14
Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	13
Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	12
Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	9
Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	2
Ausbau kapitalbildender Eigenvorsorge	2
Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Medical Savings Accounts	1
Einführung eines Demografiefonds mit freiwilliger Beteiligung der Beitragszahler	1
Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale für Bedürftige i. V. m privater Gesundheitsvorsorge für den Rest der Bevölkerung	1
Einführung einer Bürgerprivatversicherung	1

Neben diesen Systemreformen entfallen mehr als zwei Drittel (n=24) der einnahmenbezogenen Vorschläge auf Einzelmaßnahmen. Diese wurden von insgesamt 32 unterschiedlichen Akteuren thematisiert. Beitragsseitig fallen die meisten Vorschläge (n=7) in den Bereich der Beitragsbemessung, etwa in Form einer Berücksichtigung weiterer Einkommensarten oder einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (vgl. Tabelle 4). Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (2023 West: 4.987,50 €) könnte wiederum über verschiedene Optionen erfolgen:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau in der gesetzlichen Rentenversicherung (derzeit 7.300 €)
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Pflichtversicherungsgrenze (5.500 €)
- Anhebung von Beitrags- und Pflichtversicherungsgrenze der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (7.300 €)

Tabelle 4: Vorschläge für beitragsbezogene Einzelmaßnahmen auf Einnahmenseite sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	11
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	9
Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	6
Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung	6
Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht	3
Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	3
Freiwillige GKV-Mitgliedschaft für Beamten (langfristig: Versicherungspflicht)	1
Einführung eines positiven Beitragssatzes auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze	1
Anhebung des Rentner-Beitrags auf das Niveau des Erwerbstätigen-Beitrags bei Renteneintritt	1
Akzeptanz von Beitragssatzerhöhungen	1
Abschaffung des Zusatzbeitrages: Kassenwettbewerb auf Basis des allg. Beitragssatzes	1
Definition einer Maximalreserve für den Gesundheitsfonds	1
Abbau der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds	1

Ergänzt werden die einnahmebezogenen Einzelmaßnahmen durch solche Vorschläge, die eine Entlastung der GKV durch eine stärkere Einbindung von Steuermitteln vorsehen. In diesen Bereich fallen insgesamt elf Reformvorschläge, die von der allgemeinen Forderung nach einer Steuerfinanzierung sogenannter versicherungsfremder Leistungen bis hin zu spezifischeren Forderungen wie etwa der Finanzierung kostendeckender Versichertenbeiträge für ALG-II-Bezieher (heute: Bürgergeld) reichen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Vorschläge für steuerbezogene Einzelmaßnahmen auf Einnahmenseite sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	18
Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	11
Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses	11
Anteilige Steuerfinanzierung eines Energieeffizienzprogrammes für Krankenhäuser	1
Bundeszuschuss von jährlich 2,5 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen	1
Steuerfinanzierung von Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes	1
Ausbau der Steuerfinanzierung	1
Steuerfinanzierung eines Strukturfonds zur Bereinigung der Krankenhausstrukturen	1
Steuerfinanzierung der Digitalisierung der Krankenhäuser	1
Steuerfinanzierung der Vorhaltekosten für Rettungsdienste	1
Steuerfinanzierung von Sicherstellungszuschlägen für ländliche Krankenhäuser	1

In der Gesamtschau fällt auf, dass 14 von 34 und damit über 40 % der einnahmenseitigen Vorschläge auf den Bereich der versicherungsfremden Leistungen entfallen (vgl. Anhang 3). Wenngleich es bislang an einer Konsensdefinition mangelt, werden hierunter gemeinhin Leistungen der GKV subsumiert, welche sich nicht aus dem originären Krankenversicherungsauftrag, sondern vielmehr aus einer familien- bzw. gesellschaftspolitischen Motivation ergeben [119, 176]. Regelmäßig angeführte Beispiele für versicherungsfremde Leistungen in der GKV sind etwa die beitragsfreie Familienmitversicherung, die Bezuschussung von ALG-

II- bzw. Bürgergeldempfängern oder die Beteiligung der GKV an Infrastrukturinvestitionen. Es kann argumentiert werden, dass die mit solchen Aufgaben der öffentlichen Daseinsvorsorge einhergehenden Lasten auch von der Allgemeinheit (d. h. über Steuermittel) und nicht durch Beiträge der GKV-Mitglieder getragen werden sollten [121].

3.2.3 Ausgabenseitige Reformvorschläge

59 der 93 identifizierten Reformvorschläge betreffen ausgabenseitige Reformmaßnahmen. Entsprechende Vorschläge wurden bei insgesamt 36 unterschiedlichen Akteuren identifiziert. Die meisten der vorgeschlagenen Reformmaßnahmen entfallen auf den Bereich der Arzneimittelversorgung (n=26), gefolgt von leistungsbereichsübergreifend wirksamen Maßnahmen (n=13) oder solchen, die sonstige Leistungsbereiche wie etwa die Heil- oder Hilfsmittelversorgung betreffen (n=12). Auffällig ist eine geringe Anzahl von Vorschlägen in den Bereichen der ambulanten (n=6) und stationären Versorgung (n=2). Dies dürfte insbesondere in der stationären Versorgung darauf zurückzuführen sein, dass größere Strukturreformen, wie sie bspw. aktuell im Krankenhaussektor geplant werden [35], aufgrund ihres eher mittelbaren Einflusses auf die Finanzstabilität der GKV nicht Gegenstand der vorliegenden Inventur sind (vgl. Kapitel 2.5). Ferner dürften auch verschiedene leistungsbereichsübergreifende Vorschläge wie etwa die allgemeine Forderung nach dem Ausbau von Selbstbeteiligungen oder Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen auch in der ärztlichen Versorgung Wirkung entfalten.

Differenziert nach der Vorschlagsart (vgl. Tabelle 6) umfassen die meisten ausgabenseitigen Reformvorschläge Maßnahmen, welche die Art der Leistungserbringung im Sinne einer Hebung von Effizienzpotenzialen betreffen. Jeweils über zehn Einzelvorschläge entfallen zudem auf die Vorschlagskategorien, welche sich auf Einschränkungen des Leistungsumfangs oder die Regulierung von Preisen und Rabatten für GKV-Leistungen beziehen.

Tabelle 6: Anzahl der eindeutigen ausgabenseitigen Vorschläge nach Vorschlagsarten gemäß den zugeordneten Klassifikationskategorien. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Ausrichtung	Anzahl Vorschläge
Art der Leistungserbringung	22
Umfang der Leistungserbringung	16
Preise / Rabatte	14
Selbstbeteiligung	5
Umsatzsteuer	2

Insgesamt unterschiedliche 21 Akteure machten einen oder mehrere Vorschläge, welche die Art der Leistungserbringung betreffen. Sie reichen von allgemeinen Forderungen nach einer stärkeren Evidenzbasierung der Weiterentwicklung des GKV-Leistungskataloges über die Einführung kontextbasierter Gatekeeping-Konzepte in der ambulanten Versorgung bis hin zum Abbau unnötiger und damit ineffizienter (Influenza-)Impfstoffreserven (vgl. Tabelle 7). Mehrere Akteure sprachen sich zudem unabhängig voneinander für eine Hebung von

Effizienzpotenzialen durch den Abbau von Wettbewerbshemmnissen etwa in Form einer Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken aus. Sowohl im Arzneimittelbereich als auch bereichsübergreifend wurde die Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen bei der Gestaltung des Leistungskataloges thematisiert.

Tabelle 7: Ausgabenseitige Reformvorschläge, welche die Art der Leistungserbringung betreffen sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Übergreifend	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	7
Sonstige	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken	4
Arzneimittel	Rückwirkung des Erstattungsbetrages	3
Arzneimittel	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung	3
Sonstige	Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel	3
Übergreifend	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips	3
Arzneimittel	Abschaffung des Sonderregelungen für Orphan Drugs im Rahmen der frühen Nutzenbewertung	2
Arzneimittel	Abschaffung unnötiger (Influenza-)Impfstoffreserven	2
Arzneimittel	Uneingeschränkte Biologika-Substitution in Apotheken	2
Krankenhaus	Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen	1
Krankenhaus	Abbau von Krankenhausbetten-Überkapazitäten in Ballungsgebieten	1
Ambulant-ärztl.	Einführung eines eigenständigen Leistungskatalogs für spezialisierte ambulante Leistungen	1
Ambulant-ärztl.	Einführung kontextbezogener Gatekeeping-Konzepte	1
Ambulant-ärztl.	Ergebnisorientierte Vergütung ambulanter Leistungen	1
Arzneimittel	Einführung eines Indikationsregisters für neue Arzneimittel	1
Arzneimittel	Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen	1
Arzneimittel	Förderung von Re-Importen von Arzneimitteln	1
Sonstige	Investitionen in Patienten-/Nutzerinformation und -beratung	1
Sonstige	Rückwirkung von Vergütungsbeträgen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf den ersten Tag nach Markteintritt	1
Übergreifend	Ausbau der Koalitionsfreiheit von Leistungserbringern	1
Übergreifend	Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel und Therapien	1
Übergreifend	Steigerung der Kostentransparenz für die Versicherten	1

16 unterschiedliche Akteure sprachen sich für eine oder mehrere Maßnahmen aus, welche die Begrenzung des Leistungsumfangs in der GKV betreffen. Jeweils mehrere Akteure äußerten in diesem Zusammenhang die Forderung nach der stärkeren Eingrenzung eines „Grundleistungskataloges“, der Einführung einer Positivliste im Arzneimittelbereich sowie der Ausgliederung von unfallbezogenen Aufwendungen aus der GKV (vgl. Tabelle 8). Weitere Vorschläge zielen bspw. auf die vollständige Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen oder die Einführung von Kostenobergrenzen im Arzneimittelbereich ab, wurden jedoch jeweils nur von einzelnen Akteuren vorgetragen.

Tabelle 8: Ausgabenseitige Reformvorschläge, welche den Umfang der Leistungserbringung betreffen sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Übergreifend	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	6
Arzneimittel	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	4
Sonstige	Ausgliederung unfallbezogener Aufwendungen in obligatorische Privaturunfallversicherungen	3
Arzneimittel	Abschaffung der Kostenübernahme von Homöopathie	1
Arzneimittel	Anwendungseinschränkungen auf Grundlage einer Fokus-Liste für Arzneimittel	1
Arzneimittel	Ausgabenobergrenze für alle Arzneimittel	1
Arzneimittel	Ausgabenobergrenze für Gruppen von Arzneimitteln	1
Arzneimittel	Einführung eines Vertragskatalogs für vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel	1
Arzneimittel	Obergrenze für die durchschnittlichen Jahreskosten eines neuen Arzneimittels	1
Sonstige	Abschaffung der Kostenübernahme des Apotheken-Botendienstes	1
Sonstige	Ausgliederung der Krankengeldversicherung aus der GKV	1
Sonstige	Ausgliederung von Zahnersatz in eine gesonderte Versicherung	1
Sonstige	Verringerung der Anzahl von Notfallleitstellen	1
Sonstige	Vollständige Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen aus dem Leistungskatalog	1
Übergreifend	Begrenzung der Leistungsausgaben für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber	1
Übergreifend	Bereinigung des Leistungskataloges um konsumnahe, medizinisch nicht indizierte oder versicherungsfremde Leistungen	1

15 Akteure haben preis- oder rabattbezogene Reformvorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finzen gemacht (vgl. Tabelle 9). In der Gesamtschau der Vorschläge fällt auf, dass rund zwei Drittel (9 von 14) den Arzneimittelbereich adressieren. Dabei handelt es sich unter anderem um Forderungen, welche auf eine Anpassung, Verlängerung oder Verstetigung bereits etablierter Preisregulierungsinstrumente abzielen. So waren eine temporäre Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages oder eine Verlängerung des seit dem Jahr 2010 bestehenden Preismoratoriums beispielsweise zuletzt Gegenstand des Ende 2022 verabschiedeten GKV-FinStG. Neben den arzneimittelbezogenen Vorschlägen sprachen sich mehrere Akteure zudem für die Einführung sektorenübergreifender Budgets bzw. Globalbudgets oder etwa leistungsbereichsübergreifende Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen aus.

Tabelle 9: Ausgabenseitige Reformvorschläge, welche Preise bzw. Rabatte für GKV-Leistungen betreffen sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Arzneimittel	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel	4
Arzneimittel	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	4
Übergreifend	Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets	4
Arzneimittel	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel	3
Ambulant-ärztl.	Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor	2
Arzneimittel	Abschaffung der Arzneimittelpreisbindung	2

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Arzneimittel	Einführung eines Interimspreises für AMNOG-Arzneimittel	2
Übergreifend	Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen	2
Arzneimittel	Einbezug stationärer Arzneimittelverbräuche in den Kombinationsabschlag	1
Arzneimittel	Kostenübernahme für jegliche Arzneimittelverwürfe durch die pharmazeutischen Unternehmer	1
Arzneimittel	Regelung der Erstattungsbetragsrückerstattung bei stationär eingesetzten Arzneimitteln	1
Arzneimittel	Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise	1
Sonstige	Abschaffung des Hilfsmittel-Ausschreibungsverbot	1
Sonstige	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Heilmittelpreise	1

Von insgesamt 16 unterschiedlichen Akteuren liegt mindestens ein Reformvorschlag vor, welcher auf eine stärkere Beteiligung der GKV-Versicherten an den Kosten der Gesundheitsversorgung abzielt. Die größte Anzahl unterschiedlicher Akteure spricht sich leistungsbereichsübergreifend für den Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahlтарifen sowie die Einführung oder den Ausbau von Selbstbeteiligungen aus (vgl. Tabelle 10). Einzelne Vorschläge umfassen leistungsbereichsbezogene Maßnahmen wie etwa die Einführung einer Praxisgebühr oder gestaffelte Zuzahlungen bei Arzneimitteln.

Tabelle 10: Ausgabenseitige Reformvorschläge, welche die Selbstbeteiligung von GKV-Versicherten an den Kosten der Gesundheitsversorgung betreffen sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Übergreifend	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahlтарifen	9
Übergreifend	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen	9
Ambulant-ärztl.	Einführung einer Praxisgebühr	3
Ambulant-ärztl.	Einführung von gestaffelten Selbstbeteiligungen in der ambulanten Versorgung	1
Arzneimittel	Einführung von gestaffelten Zuzahlungen zu Arzneimitteln	1

Die ausgabenseitige Vorschlagskategorie, auf welche die geringste Zahl an unterschiedlichen Einzelvorschlägen entfällt, umfasst Maßnahmen mit Bezug zur Umsatzsteuer, die in verschiedenen GKV-Leistungsbereichen anfällt (vgl. Tabelle 1). Insgesamt haben zehn verschiedene Akteure entsprechende Maßnahmen vorgeschlagen. Alle sprechen sich für eine Reduzierung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel aus. Zwei Akteure fordern eine Absenkung in allen Leistungsbereichen, in denen die Umsatzsteuer erhoben wird.

Tabelle 11: Ausgabenseitige Reformvorschläge, welche die auf GKV-Leistungen erhobene Umsatzsteuer betreffen sowie Anzahl der identifizierten Akteure, welche die entsprechende Reform unterstützen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Wirkungsbereich	Reformvorschlag	Anzahl Akteure
Arzneimittel	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel	10
Übergreifend	Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	2

3.3 Quantitative und qualitative Einordnung der Reformvorschläge

3.3.1 Wie sind die Ergebnisse der Inventur zu bewerten?

Die vorliegende Inventur zeigt, dass in der Vergangenheit bereits eine Reihe von Vorschlägen zur Reform der Finanzierung der GKV, sowohl einnahmen- als auch ausgabenseitig, diskutiert wurden, um die eingangs beschriebenen Herausforderungen für die Finanzstabilität der GKV zu adressieren. Insgesamt 93 nicht redundante Reformvorschläge konnten identifiziert werden. In einer zusammenfassenden Einordnung dieser Vorschläge zeigt sich, dass

- es Reformvorschläge gibt, welche zumindest in Teilen bereits umgesetzt wurden oder deren Umsetzung potenziell wiederholbar oder ausbaufähig ist.
- sich bei einem Teil der Vorschläge akteursübergreifender Konsens feststellen lässt.
- sich ein Teil der Vorschläge durch ihre Persistenz im Zeitverlauf auszeichnet.

Wiederholbare und/oder ausbaufähige Vorschläge

Knapp ein Viertel (n=23) der identifizierten Vorschläge wurde in der Vergangenheit (teilweise) bereits umgesetzt und ist in der Umsetzung potenziell wiederholbar oder ausbaufähig (vgl. Tabelle 12). Überwiegend handelt es sich um ausgabenseitige Vorschläge, welche sich auf Anpassungen an der Art der Leistungserbringung oder Eingriffe in die Preisbildung beziehen. Auffällig ist eine Häufung wiederholbarer oder ausbaufähiger Vorschläge im Arzneimittelsektor. So sind bspw. der allgemeine Herstellerabschlag oder das Preismoratorium seit Jahren Bestandteil der Preisregulierung von Arzneimitteln. Ebenso wie die Rückwirkung des Erstattungsbetrages (zunächst auf den siebten Monat nach Markteintritt) waren sie zuletzt auch Gegenstand des Maßnahmenkatalogs des GKV-FinStG zur kurzfristigen Realisierung von Einsparungen. Die zum Teil einfache und kurzfristige Umsetzbarkeit der Maßnahmen darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie in der Regel nicht über kurzfristig wirksame Effekte hinausgehen und damit nur bedingt zu einer langfristigen Bewältigung der strukturellen Finanzierungsherausforderungen beitragen können.

Tabelle 12: Liste der teilweise bereits umgesetzten/wiederholbaren Reformvorschläge. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

Ausrichtung	Reformvorschlag
Ausgabenseitige Vorschläge	
Leistungen (Art)	Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen
Leistungen (Art)	Rückwirkung des Erstattungsbetrages
Leistungen (Art)	Förderung von Re-Importen von Arzneimitteln
Leistungen (Art)	Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel
Leistungen (Art)	Investitionen in Patienten-/Nutzerinformation und -beratung
Leistungen (Art)	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
Leistungen (Art)	Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel und Therapien
Preise / Rabatte	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel

Ausrichtung	Reformvorschlag
Ausgabenseitige Vorschläge	
Preise / Rabatte	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel
Preise / Rabatte	Abschaffung der Arzneimittelpreisbindung
Preise / Rabatte	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise
Preise / Rabatte	Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise
Preise / Rabatte	Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen
Selbstbeteiligung	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
Selbstbeteiligung	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
Leistungen (Umfang)	Ausgliederung von Zahnersatz in eine gesonderte Versicherung
Leistungen (Umfang)	Bereinigung des Leistungskataloges um konsumnahe, medizinisch nicht indizierte oder versicherungsfremde Leistungen
Leistungen (Umfang)	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs
Einnahmenseitige Vorschläge	
Beiträge	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
Beiträge	Freiwillige GKV-Mitgliedschaft für Beamten (langfristig: Versicherungspflicht)
Beiträge	Abbau der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds
Steuern	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen
Systemreformen	Ausbau kapitalbildender Eigenvorsorge

Im Zeitverlauf persistente Vorschläge

Die Inventur zeigt darüber hinaus, dass Vorschläge existieren, die im Betrachtungszeitraum persistieren (vgl. Abbildung 3). Dies gilt insbesondere für die Ausgliederung bzw. Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Diese hat schon 1998 in den Wahlprogrammen von Bündnis 90/Die Grünen und der PDS Niederschlag gefunden. Zudem haben auch der SVR Wirtschaft sowie der SVR Gesundheit diesbezügliche Vorschläge bereits in ihren Gutachten der Jahre 2000 bzw. 2003 thematisiert. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass umfassende Systemreformvorschläge in den vergangenen Jahren deutlich seltener publiziert wurden. Daneben gibt es einzelne Vorschläge, welche wiederkehrend von einzelnen oder mehreren Akteuren im Diskurs eingebracht wurden (z. B. die Einführung einer Bürgerversicherung durch Die Linke, Bündnis 90/Die Grünen und die SPD).

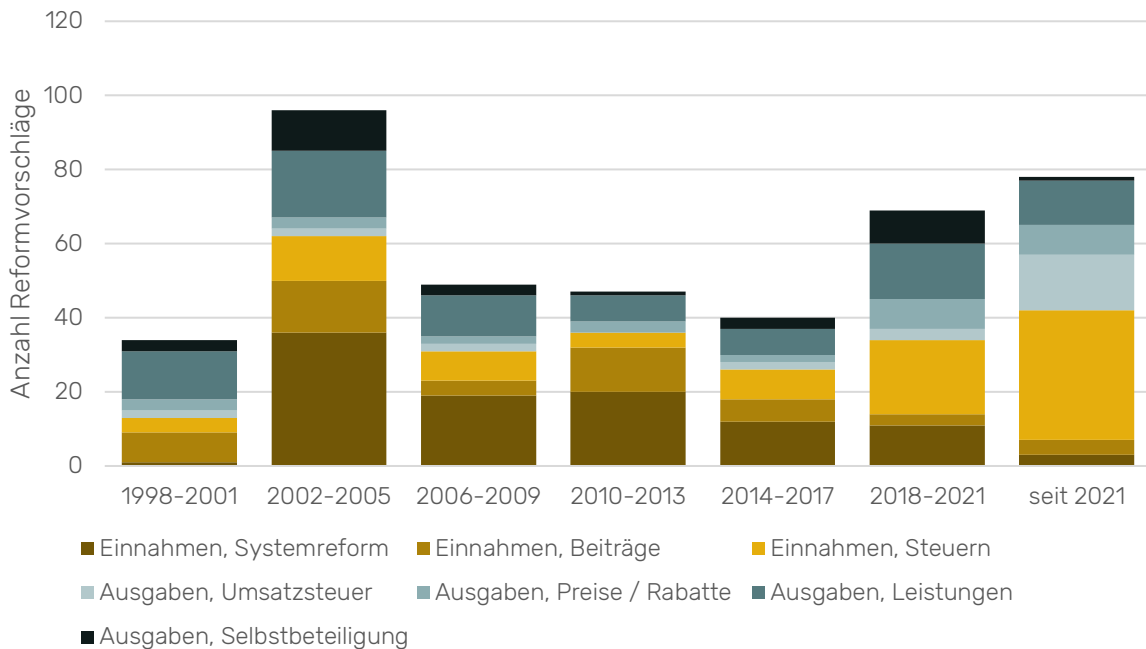


Abbildung 3: Anzahl der genannten Reformvorschläge (N=413) je Vorschlagskategorie im Zeitverlauf (Legislaturperioden). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1).

Akteursübergreifend unterstützte Vorschläge

Neben dem Vorliegen bereits etablierter Optionen zur Finanzstabilisierung zeigt die Inventur auch, dass es Reformvorschläge gibt, welche noch nicht umgesetzt wurden, aber von einer großen Bandbreite von Akteuren, auch über die Grenzen politischer Lager hinweg unterstützt werden. Insbesondere in der Frage der Umfinanzierung bzw. Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen zeigt sich dies eindrücklich (vgl. Tabelle 13). Allein im Akteurs-Cluster Politik lassen sich entsprechende Forderungen in den vergangenen Wahlprogrammen aller im Bundestag vertretenen Parteien – mit Ausnahme der AfD – finden. Auch in den Koalitionsvertragen der letzten beiden Regierungskoalition (unter Beteiligung von in Summe fünf unterschiedlichen Parteien) findet sich der Plan einer Steuerfinanzierung (bestimmter) versicherungsfremder Leistungen.

Tabelle 13: Thematisierung des Abbaus beitragsfinanzierter versicherungsfremder Leistungen in der GKV in Wahlprogrammen der Bundestagsparteien sowie Koalitionsvertragen der Bundesregierungen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1 und Anhang 3).

	Legislaturperiode						
	ab 1998	ab 2002	ab 2005	ab 2009	ab 2013	ab 2017	ab 2021
AfD	Noch nicht im Bundestag					-	-
B90/GRÜNE	X	X	X	X	-	-	-
CDU, CSU	-	-	-	X	-	-	X
FDP	-	-	-	X	-	X	X
LINKE (ehem. PDS)	X	X	-	-	-	X	-
SPD	-	-	-	X	-	-	-
Koalitionsvertrage	-	-	-	-	-	X	X

3.3.2 Wird ein belastbares monetäres Einspar- oder Einnahmeziel quantifiziert?

Bei der Einordnung der Inventurergebnisse lohnt sich darüber hinaus zu prüfen, inwieweit für die identifizierten Reformoptionen mögliche Einspar- und Einnahmepotenziale quantifiziert wurden. Eine solche Betrachtung kann nicht auf Ebene der nicht redundanten Reformvorschläge erfolgen, sondern muss alle 413 jeweils identifizierten Vorschläge berücksichtigen. Dabei zeigt sich, dass nur für knapp 12 % (n=49) der identifizierten Vorschläge eine konkretere Quantifizierung der erwarteten finanziellen Effekte vorliegt (vgl. Anhang 1). Ausgehend von der der Inventur zugrundeliegenden Klassifikationslogik eingeschlossener Reformvorschläge zeigt sich, dass insbesondere bei ausgabenseitig wirksamen Maßnahmen jenseits von Umsatzsteueranpassungen vielfach keine Quantifizierung des Einspar- oder Einnahmeziels vorliegt (vgl. Abbildung 4).

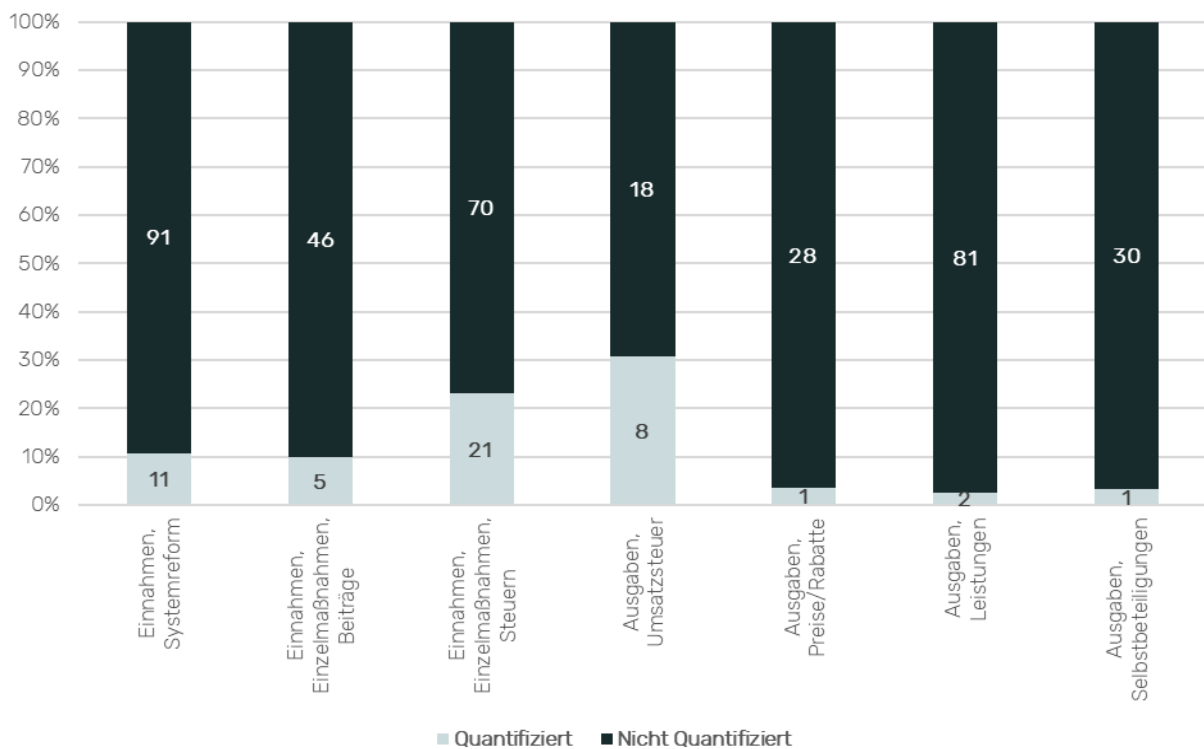


Abbildung 4: Anteile quantifizierter und nicht-quantifizierter Vorschläge (N=413) je Vorschlagskategorie (Absolute Anzahl der quantifizierten bzw. nicht quantifizierten Vorschläge in den Balken angegeben). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der Inventurergebnisse (vgl. Anhang 1).

Liegen Berechnungen der Vorschlags-Autorinnen und -Autoren vor, so beziehen sich diese überwiegend auf den Effekt der Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. 23 der 49 quantifizierbaren Vorschläge fallen in diesen Bereich (vgl. Tabelle 14). Die bezifferten Einnahme- und Einsparziele unterscheiden sich deutlich je nach Reichweite des Vorschlags und/oder Betrachtungsebene in Bezug auf die zugrunde gelegten Leistungen. Die Spanne reicht von spezifischen Vorschlägen (Investitionsfinanzierung durch den Bund in Höhe von 2,5 Milliarden Euro [70]) bis hin zu Zahlen zur allgemeinen Belastung der GKV durch versicherungsfremde Leistungen (83,7 Mrd. Euro [100]).

Tabelle 14: Im Rahmen der Inventur quantifizierte Einnahme-/Einsparziele im Zusammenhang mit Vorschlägen zur Ausgliederung bzw. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen. Quelle: eigene Darstellung.

Zuordnung	Was wird quantifiziert?	Wert
Quantifizierung spezifischer Vorschläge		
AOK-BV, 2022 [8]	Gebündelte Entlastung der GKV durch 1) USt-Senkung auf Arzneimittel und 2) Steuerfinanzierung der Beiträge für ALG-II-Bezieher	15 - 16 Mrd. €
BAG SELBSTHILFE, 2022 [13]	Deckungslücke der Beiträge für ALG-II-Bezieher	10 Mrd. €
BDA, 2022 [17-19]	Deckungslücke der Beiträge für ALG-II-Bezieher	10 Mrd. €
BKK DV, 2022 [111]	Deckungslücke der Beiträge für ALG-II-Bezieher	10 Mrd. €
FES, 2006 [117]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter beitragsfreier Mitversicherung von Kindern bis zum 20. Lebensjahr und Ehegatten	36 Mrd. €
LINKE, 2017 [70]	Beteiligung des Bundes an Krankenhausinvestitionen	2,5 Mrd. €
SVR Gesundheit, 2003 [138]	Beitragsausfälle durch die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen	11 Mrd. €
SVR Gesundheit, 2003 [138]	Beitragssatzsenkungspotenzial durch Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare	bis 0,9 %- Punkte
vdek, 2022 [180]	Gebündelte Entlastung der GKV durch 1) USt-Senkung auf Arzneimittel und 2) Steuerfinanzierung der Beiträge für ALG-II-Bezieher	15 Mrd. €
vdek, 2022 [110, 183]	Deckungslücke der Beiträge für ALG-II-Bezieher	10 Mrd. €
vdek, 2021 [122, 179]	Deckungslücke der Beiträge für ALG-II-Bezieher	10 Mrd. €
Quantifizierung unspezifischer Vorschläge		
BDA, 2022 [19]	Stabilisierungseffekt durch Dynamisierung des Bundeszuschusses	6 Mrd. €
BDA, 2022 [18]	Stabilisierungseffekt durch Dynamisierung des Bundeszuschusses	7 % der GKV- Einnahmen
DCB, 2022 [48]	Stabilisierungseffekt durch Erhöhung des Bundeszuschusses	8 - 10 Mrd. €
HBS, 2018 [119]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter versicherungsfremder Leistungen	28,7 Mrd. €
HBS, 2006 [100]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter versicherungsfremder Leistungen	83,7 Mrd. €
HBS, 2005 [121]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter versicherungsfremder Leistungen	83,7 Mrd. €
SVR Gesundheit, 2003 [138]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter versicherungsfremder Leistungen	2,5 Mrd. €
vfa, 2008 [185]	Gesamtvolumen durch die GKV finanzierter versicherungsfremder Leistungen	bis 3,5 Mrd. €

Die vorliegende Inventur hat darüber hinaus verschiedene beitragsbezogene Einzelmaßnahmen auf Einnahmenseite identifiziert. Eine der am häufigsten genannten Optionen ist dabei die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, welche auf verschiedene Art erfolgen könnte und – zumindest in der Theorie – vergleichsweise einfach umsetzbar wäre. Hinsichtlich ihrer potenziellen Anreizwirkungen sind diese Anpassungen jedoch kritisch zu bewerten. So stiftet eine Erhöhung zum Zwecke der Deckung von Einnahmendifiziten im Gegensatz zur Finanzierung von Leistungsausweitungen Arbeitnehmern keinen unmittelbaren zusätzlichen Nutzen, sondern wirkt wie eine Steuererhöhung. In der Folge bestünde die Gefahr, dass viele freiwillig Versicherte mit Einkünften oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze die GKV

verlassen. Eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Pflichtversicherungsgrenze von monatlich 5.500 € würde eine monatliche Beitragserhöhung von durchschnittlich 807,98 € auf 899,10 € (+11 %) bedeuten. Dieser moderateren Beitragserhöhung steht ebenfalls kein Nutzenzuwachs für die Versicherten gegenüber; gleichzeitig erscheint es unwahrscheinlich, dass viele freiwillig Versicherte die GKV deshalb verlassen, da Prämien in der PKV ebenfalls steigen und künftig kaum Möglichkeiten zur Rückkehr in die GKV bestehen würden. Die Erhöhung von Beitrags- und Pflichtversicherungsgrenze der GKV von derzeit monatlich 5.550 € auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, d. h. auf monatlich 7.300 €, würde wiederum dazu führen, dass nur Versicherte mit Einkünften oberhalb dieser Grenze in die PKV eintreten können. Inwiefern dies rechtlich zulässig wäre, wäre aufgrund von Effekten auf die PKV zu prüfen. Für die überwiegende Mehrzahl der Bürger träte in Folge dieser Umstellung zur progressiven Einkommensteuer eine proportionale Lohnsteuer hinzu, was mit distributiven Verwerfungen einhergehen dürfte.

3.3.3 Notwendigkeit einer umfassenden Folgenabschätzung und Diskussion

Eine vergleichende quantitative und qualitative Bewertung der inventarisierten Reformvorschläge ist aufgrund vielfach nur cursorisch beschriebener Optionen nur im Rahmen der in den Kapiteln 3.3.1 und 3.3.2 dargestellten Bewertungsmuster möglich. Um eine informierte und sachliche Debatte über Reformoptionen und ihre Potenziale in der Finanzierung der GKV führen zu können, wäre jedoch eine fundierte Bewertung möglicher Reformen hinsichtlich weiterer standardisierbarer Kriterien wünschenswert. Neben der Quantifizierung eines erwarteten Einspar-/Einnahmensehens könnten hierzu bspw. Abschätzungen zum Zeithorizont der Implementierung, der Latenz erwartbarer Effekte sowie der Wirkdauer zählen. Auch Umsetzungsaspekte bezüglich der zu involvierenden Akteure oder potenziellen Kollateraleffekten sollten im Rahmen Diskussion erörtert werden (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Kriterien zur zukünftigen Bewertung von Reformvorschlägen zur GKV-Finanzierung. Quelle: eigene Darstellung.

Kriterium		Fragestellung
Ziel	Stabilisierungspotenzial	Wie hoch ist das Einspar-/Einnahmensehensziel?
Zeithorizont	Zeitfenster	Bis wann kann die Umsetzung erfolgen?
	Latenz	Mit welcher Verzögerung treten Effekte ein?
	Wirkungsdauer	Wie lange wirken die Effekte (einmalig vs. dauerhaft)?
Umsetzung	Maßnahmen	Welche Umsetzungsmaßnahmen sind notwendig?
	Akteure	Welche Akteure müssen einbezogen werden?
	Indirekte Effekte	Mit welchen positiven oder negativen Externalitäten (z. B. „Kollateralschäden“) ist zu rechnen?
	Solidarität	Wird die Finanzierungssolidarität beeinflusst?
	Konsens	Handelt es sich um einen Konsensvorschlag?

Die Notwendigkeit einer belastbaren Folgeabschätzung verdeutlichen die nur schwer vorhersehbaren Effekte der jüngsten gesetzgeberischen Maßnahmen. So hat bspw. der AM-NOG-Report 2023 der DAK-Gesundheit anhand retrospektiver Analysen von GKV-Abrechnungsdaten aufgezeigt, dass die mit dem GKV-FinStG verabschiedeten Eingriffe in die Arzneimittelpreisbildung sowohl in ihrer Reichweite als auch in ihrer Finanzwirksamkeit vom Gesetzgeber fehleingeschätzt worden sein könnten [94]. Gleichzeitig wurden zahlreiche offene Umsetzungsfragen herausgearbeitet, die eine praktische Umsetzung der Regelungen, z. B. des neuen Kombinationsabschlages, erschweren. Die unzureichende Folgenabschätzung im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum GKV-FinStG bemängelten jüngst auch die bayerischen Staatsministerien für Gesundheit und Pflege sowie Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie im Zuge in ihrer gemeinsamen Abschlusserklärung zum Bayerischen Pharma Gipfel [14]. So sei derzeit nicht absehbar, inwiefern den (wenn auch in der Höhe potenziell fehleingeschätzten) Einsparpotenzialen durch die Rückwirkung des § 130b-Erstattungsbetrages, die Absenkung der Umsatzschwelle zur Uneingeschränkten Nutzenbewertung von Orphan Drugs oder die Einführung sog. Erstattungsleitplanken weitreichendere negative Effekte auf die Markteinführung neuer Arzneimittel oder Investitionsentscheidungen in den Pharma-Standort Deutschland gegenüberstünden. Belastbare Ergebnisse aus der mit dem GKV-FinStG vorgesehen Kurzfristevaluation Ende 2023 sind zu diesen Fragen indes nicht zu erwarten.

Der Methodik der vorliegenden Inventur ist immanent, dass auch Reformvorschläge mit vergleichsweise geringer argumentativer Tiefe berücksichtigt wurden und eine Bewertung dieser Vorschläge somit nicht die hier genannten Kriterien zu Reichweite und Folgewirkungen berücksichtigen kann. So ist beispielsweise nicht erwartbar, dass den in Parteiprogrammen oder Koalitionsverträgen gemachten Vorschlägen umfassende Analysen im selben Dokument folgen. Für die Folgenabschätzung zukünftiger Reformen sind entsprechende Untersuchungen jedoch von besonderer Bedeutung. Eine zielführende Diskussion sollte stets auf der bestverfügbaren wissenschaftlichen Evidenz aufbauen. Hierzu zählen auch die in einigen Themenbereichen (im Hinblick auf Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen [104] oder die Einführung einer Bürgerversicherung [1, 126, 164]) verfügbaren wissenschaftlichen Gutachten, welche Detailfragen einzelner Regulierungskomplexe in den Blick nehmen.

4 Schlussfolgerungen

In der zweiten Hälfte des Jahres 2023 wird das BMG ein neues Finanzstabilisierungsgesetz für die GKV vorlegen. Noch ist unklar, welche Schwerpunkte in der inhaltlichen Ausgestaltung dieses Gesetzes gelegt werden. In der seit Jahresbeginn zunehmenden öffentlich geführten Debatte über notwendige Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzen der GKV haben sich zuletzt allerdings einige Schwerpunkte entwickelt. Insbesondere aus GKV-Perspektive stehe das Ziel im Mittelpunkt, eine für Beitragszahler sowie alle an der Versorgung direkt und indirekt beteiligten Institutionen und Akteure verkraftbare GKV-Finanzierungsreform auf den Weg zu bringen. Die damit bislang vorliegenden Diskussionsbeiträge gehen deutlich über das Maßnahmenbündel aus dem Finanzstabilisierungsgesetz des Jahres 2022 hinaus, in welchem zunächst Rücklagen der GKV abgeschmolzen, der Bundeszuschuss aus Steuern erhöht und ansonsten eher kleinteilige Einsparmaßnahmen insbesondere im Markt patentgeschützter Arzneimittel implementiert wurden. Insbesondere Vertreter der pharmazeutischen Industrie sprachen im Anschluss von einer überproportionalen Belastung pharmazeutischer Unternehmer durch eine erneute (temporäre) Anhebung des allgemeinen Herstellerabschlages nach 130a SGB V sowie potenziell kumulative Effekte der Neuregulierungen.

Die vorliegende Inventur hat auf Basis einer umfassenden Dokumenten- und Literaturrecherche ein breites Spektrum an diskutierten Reformvorschlägen zur Stabilisierung der GKV aufgezeigt, welches sich nicht auf die im § 220 Abs. 4 SGB V fokussierte Ausgabenseite beschränkt. Obwohl sie seit vielen Jahren ein Teil der Wahlprogramme mehrerer Parteien im Bundestag sind, erscheinen grundlegende Systemreformen wie bspw. die Einführung einer Bürgerversicherung aktuell unwahrscheinlich. Realistisch betrachtet, werden auch in näherer Zukunft kurzfristig wirksame Reformvorhaben im Mittelpunkt der politischen Debatten stehen. In der Betrachtung der dazu inventarisierten Vorschläge sind jedoch zahlreiche Nebenbedingungen zu berücksichtigen. Hierzu zählen neben der finanziellen Situation des Bundes unter anderem auch eine angemessene Relation zwischen GKV-Beiträgen und PKV-Prämien sowie die sozialpolitisch motivierte Sozialquote von 40 %. Einige der inventarisierten Reformvorschläge wie etwa die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und/oder der Pflichtversicherungsgrenze erscheinen unter ordnungspolitischen und ggf. auch verfassungsrechtlichen Aspekten problematisch. Die verstärkte oder vollständige Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen geht wiederum mit der Herausforderung einher, dass für diese bislang keine eindeutige Legaldefinition vorliegt und auch eine theoretische Abgrenzung mitunter schwerfällt. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass eine Umfinanzierung durch Steuermittel angesichts eines ohnehin angespannten Bundeshaushaltes aller Wahrscheinlichkeit nach eine Schuldenfinanzierung implizieren würde. Gleichwohl zeigt die Inventur, dass insbesondere die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen als Kategorie von Reformvorschlägen in besonderer Häufigkeit publiziert wird und akteursübergreifend hohe Akzeptanz erfährt. Die aktuelle Forderung der Krankenkassen, das Defizit bei der Versorgung von Bürgergeld-Empfängern vollständig durch Steuermittel auszugleichen,

hätte nach verschiedenen Berechnungen das Potenzial, die Unterdeckung der Beitragspauschalen um ca. 10 Mrd. Euro jährlich zu senken. Noch im September 2022 wurden entsprechende Anpassungen auch von Regierungsseite in Aussicht gestellt. So hielt der gesundheitspolitische Sprecher der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Janosch Dahmen, im Rahmen der ersten Lesung zum GKV-FinStG fest: „Selbstverständlich werden wir den Koalitionsvertrag umsetzen. Das beinhaltet auch, dass wir die Beiträge für ALG-II-Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das notwendige Finanzierungsmaß anheben werden.“ [65] Angesichts dieser Ausgangslage ist zumindest eine ausführliche politische Debatte dieser Reformoption im Sommer 2023 zu erwarten.

Unabhängig von den im Rahmen der Inventur identifizierten Optionen wäre eine besondere Ausrichtung von Reformbemühungen auf strukturelle Maßnahmen zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung aus gesundheitsökonomischer und Public-Health-Perspektive wünschenswert. Hierfür spricht auch die deutliche Ablehnung von Einschnitten auf Leistungsseite durch die GKV-Versicherten [193]. Die eingangs dargestellten Metathemen zeigen auf, dass das primäre Ziel solcher strukturellen Anpassungen nicht immer explizit die Finanzstabilisierung sein muss. Gleichwohl wohnt ihnen zumindest ein mittelbarer Einfluss auch auf die finanzielle Nachhaltigkeit der GKV inne. Wenngleich solche umfangreichen strukturellen Anpassungen in vielen Bereichen notwendig erscheinen, sind sie aufgrund ihres investiven Charakters politisch häufig nur wenig opportun. So gehen entsprechende Strukturreformen in der kurzen Frist in der Regel mit erheblichen Investitionskosten einher, während sich die finanziellen Stabilisierungseffekte erst in der mittleren bis langen Frist realisieren lassen und zudem im Hinblick auf ihr tatsächliches Ausmaß erheblicher Unsicherheit behaftet sind.

Die vorliegende Inventur hat allerdings aufgezeigt, dass auch der Großteil der inventarisierten Einzelvorschläge zur direkten finanziellen Stabilisierung der GKV nur cursorisch beschrieben wird und eine Quantifizierung des monetären Einspar- bzw. Einnahmepotenzials lediglich in rund 12 % aller Vorschläge vorliegt. Diese kann jedoch ebenso als eine zentrale Voraussetzung für eine zielführende Debatte über zukünftige Reformen betrachtet werden wie die Evaluation der Umsetzungsperspektive sowie der etwaigen positiven und negativen Externalitäten weiterer regulatorischer Eingriffe in die GKV und den Gesundheitsmarkt. Auch vor dem Hintergrund der anhaltenden Diskussionen über die unzureichende Folgenabschätzung der jüngst verabschiedeten Maßnahmen des GKV-FinStG erscheint eine ausgewogene und sachliche Bewertung und Diskussion zukünftiger Reformmaßnahmen somit in besonderem Maße notwendig. Die vorliegende Inventur bietet hierfür eine orientierende Grundlage, indem sie den diskutierten Möglichkeitsraum aufzeigt und systematisiert sowie einen Vorschlag für einen Katalog relevanter Kriterien zur Bewertung zukünftiger Reformoptionen macht.

Literatur

1. Albrecht M, Sander M, Schiffhorst G, Loos S, Anijs J, Rürup B (2013) Gerecht, nachhaltig, effizient. Studie zur Finanzierung einer integrierten Krankenversicherung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/pid/bertelsmann-stiftung-und-verbraucherzentrale-bundesverband-fordern-integrierte-krankenversicherung>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
2. Albrecht M, Möllenkamp M, Nolting H-D, Hildebrandt S (2016) Transformations-Modelle einer Bürgerversicherung. Study Nr. 332. Oktober 2016. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006467. Zugegriffen: 13. Februar 2023
3. Alternative für Deutschland (2017) Programm für Deutschland. Wahlprogramm der Alternative für Deutschland für die Wahl zum Deutschen Bundestag am 24. September 2017. https://www.afd.de/wp-content/uploads/2017/06/2017-06-01_AfD-Bundestagswahlprogramm_Onlinefassung.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
4. Alternative für Deutschland (2021) Deutschland. Aber normal. Programm der Alternative für Deutschland für die Wahl zum 20. Deutschen Bundestag. https://www.afd.de/wp-content/uploads/2021/06/20210611_AfD_Programm_2021.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
5. AOK-Bundesverband (2015) Arzneimittelausgaben und Pharmadialog. Wegfall des Preismoratoriums käme Beitragszahler teuer. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/thema/ams_p_t_0515_web.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
6. AOK-Bundesverband (2022) Gesundheitspolitische Reformpläne der Ampel-Koalition. AOK rechnet mit zusätzlich zehn Milliarden Euro Kosten. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/medienservice/politik/ams_politik_0322_web.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
7. AOK-Bundesverband (2022) GKV-Financen: Pläne des Bundesgesundheitsministeriums lassen eine Lücke. https://aok-bv.de/positionen/statements/index_25374.html. Zugegriffen: 20. Februar 2023
8. AOK-Bundesverband (2022) GKV-Finanzreform: Gravierende Ungerechtigkeit zulasten der Beitragszahlenden. https://aok-bv.de/positionen/stellungnahmen/index_25726.html. Zugegriffen: 20. Februar 2023
9. AOK-Bundesverband (2022) Reimann: „Bund muss seiner Finanzverantwortung gerecht werden“. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/statements/221012_reimann_zu_ministerbefragung.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
10. AOK-Bundesverband (2022) Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zum Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Finanzstabilisierungsgesetz – GKV FinStG). Bundestags-Drucksache 20/ 3448. https://aok-bv.de/imperia/md/aokbv/positionen/stellungnahmen/20220922_gkv-finstg_stellungnahme_aok-bundesverband.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
11. Augurzky B (2010) Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Kommentar zum Gesetzentwurf zum GKV-FinG, RWI Positionen, Nr. 37, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen
12. Augurzky B, Tauchmann H (2011) Solidarische Gesundheitsversorgung erhalten: Bürgerversicherung einführen. Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN, Drucksache 15/854. Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung

- des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Integration des Landtags Nordrhein-Westfalen am 13. Juli 2011, RWI Projektberichte, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI), Essen
13. BAG SELBSTHILFE (2022) Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz - GKVFinStG) (BT-Drucksache 20/3448). Anhörung im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 28.9.2022 per Videokonferenz. <https://www.bag-selbsthilfe.de/aktuelles/nachrichten/detail/news/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-der-fraktionen-spd-buendnis-90-die-gruenen-und-fdp-entwurf-eines-gesetzes-zur-finanziellen-stabilisierung-der-gesetzlichen-krankenversicherung-gkv-finanzstabilisierungsgesetz-gkvfinstg-bt-drucksache-20-3448>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 14. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Bayerisches Staatsministerium für Wirtschaft, Landesentwicklung und Energie (2023) Bayerischer Pharma Gipfel 2023. Gemeinsame Erklärung zu den Auswirkungen des GKV-FinStG. https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2023/04/gemeinsame-erklaerung_gkv-finstg.pdf
 15. BDA - Die Arbeitgeber (2018) Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung weiter fest-schreiben – steigende Lohnzusatzkosten verhindern. Stellungnahme zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Beitragsentlastung der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versichertenentlastungsgesetz; GKV-VEG) (BT-Drs. 19/4454) und dem Antrag der FDP (BT-Drs. 19/4320) und den Anträgen der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 19/102, 19/4244). https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2021/01/bda-arbeitgeber-stellungnahme-gesetzentwurf_gkv_versichertenentlastungsgesetz_gkv_veg-2018_09_28.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 16. BDA - Die Arbeitgeber (2022) Anstieg der Krankenkassenbeiträge muss verhindert werden. BDA Agenda 6/22 | Thema der Woche | 24. März 2022. <https://arbeitgeber.de/anstieg-der-krankenkassenbeitraege-muss-verhindert-werden/>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 17. BDA - Die Arbeitgeber (2022) Die Finanzierungslücke in der GKV lässt sich auch ohne Beitragsanhebung schließen. BDA Agenda 14/22 | Thema der Woche | 21. Juli 2022. <https://arbeitgeber.de/die-finanzierungsluecke-in-der-gkv-laesst-sich-auch-ohne-beitragsanhebung-schliessen/>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 18. BDA - Die Arbeitgeber (2022) Für eine leistungsfähige und finanzierbare gesetzliche Krankenversicherung. BDA-Konzept zur Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung. https://arbeitgeber.de/wp-content/uploads/2022/11/bda-arbeitgeber-positionspapier-bda_konzept_zur_neuordnung_der_gesetzlichen_krankenversicherung-2022_11_15.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 19. BDA - Die Arbeitgeber (2022) Keine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung! BDA Agenda 19/22 | Thema der Woche | 29. September 2022. <https://arbeitgeber.de/keine-anhebung-der-beitragsbemessungsgrenze-in-der-krankenversicherung/>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 20. BDA - Die Arbeitgeber (2022) Nachhaltige Strukturreformen statt weiterer Flickschusterei. BDA Agenda 22/22 | Thema der Woche | 10. November 2022.

<https://arbeitsgeber.de/nachhaltige-strukturen-reformen-statt-weiterer-flickschusterei/>.
Zugegriffen: 13. Februar 2023

21. Beerheide R (2023) Krankenkassenfinanzen: Licht und viel Schatten. Dtsch Arztebl Int 120(1-2):A10-A11
22. Beznoska M, Pimpertz J, Stockhausen M (2021) Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität? Eine Vermessung des Solidaritätsprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung, IW-Analysen, Nr. 143, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln
23. BKK Dachverband (2019) Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung eines Freibetrages in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Förderung der betrieblichen Altersvorsorge. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Stellungnahmen/20191112_Stellungnahme_BKK_DV_zum_Gesetzesentwurf_zur_Einfuehrung_eines_Freibetrages.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
24. BKK Dachverband (2021) Finanzierung. Anpacken. Kräftig ins Minus. Forderungen an die Politik. <https://www.bkk-dachverband.de/bkk-dv/forderungen-zur-bundestagswahl-2021/finanzierung-anpacken>. Zugegriffen: 20. Februar 2023
25. BKK Dachverband (2021) Stellungnahme zur zweiten Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG). https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/PM_04-06-2021__Stellungnahme_GVWG_final.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
26. BKK Dachverband (2022) Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG). https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Stellungnahmen/2022/Stn_BKK-DV_GKV-FinStG.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
27. Blank F, Leiber S (2010) Nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems ohne Kopfpauschalen. WSI Mitteilungen 10/2010. https://www.wsi.de/data/wsi-mit_2010_10_blank.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
28. Blank F, Zwiener R (2016) Stellungnahme zu Vorschlägen zur Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundestag-Drucksachen 18/7237 und 18/7241). Nr. 1 Policy Brief WSI. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-006265. Zugegriffen: 13. Februar 2023
29. Blenk T, Knötig N, Wüstrich T (2016) Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12172.pdf>. Zugegriffen: 30. Januar 2023
30. Bormann R, Fiedler E, Hermann C, Knieps F, König P, Lang A, Naegele G, Reichert M, Rothgang H, Schaeffer D (2009) Zukunft des Gesundheitssystems. Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft. Diskussionspapier des Gesprächskreises Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/06531.pdf>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
31. BPI (2016) BPI-Positionen Für ein zukunftsfähiges und faires Gesundheitssystem. <https://www.bpi.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2570&token=ff23cc76d5c51db29d3511163ce380514686d08d>. Zugegriffen: 21. Februar 2023
32. Breyer F, Lorenz N (2020) Wie nachhaltig sind die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung finanziert? Wirtschaftsdienst 100(8):591–596. doi:10.1007/s10273-020-2716-

33. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Bedeutung der Gesundheitswirtschaft. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitswirtschaft/bedeutung-der-gesundheitswirtschaft.html>. Zugegriffen: 03. Mai 2023
34. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Gemeinsam Digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege
35. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/regierungskommission-krankenhausversorgung.html>. Zugegriffen: 06. April 2023
36. Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (2017) BAH fordert reduzierten Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel. https://www.bah-bonn.de/index.php?id=2&type=565&file=redakteur_filesystem/public/20171004_PM_Mehrwertsteuer_final.pdf. Zugegriffen: 21. Februar 2023
37. Bündnis 90/Die Grünen (1998) Grün ist der Wechsel. Programm zur Bundestagswahl 98. https://www.boell.de/sites/default/files/assets/boell.de/images/download_de/publikationen/1998_Wahlprogramm_Bundestagswahl.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
38. Bündnis 90/Die Grünen (2002) Grün wirkt! Unser Wahlprogramm 2002 – 2006. https://www.boell.de/sites/default/files/assets/boell.de/images/download_de/publikationen/2002_Wahlprogramm_Bundestagswahl.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
39. Bündnis 90/Die Grünen (2005) Eines für alle: Das grüne Wahlprogramm 2005. https://www.boell.de/sites/default/files/assets/boell.de/images/download_de/publikationen/2005_Wahlprogramm_Bundestagswahl.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
40. Bündnis 90/Die Grünen (2009) Der Grüne neue Gesellschaftsvertrag. Klima. Arbeit. Gerechtigkeit. Freiheit. https://www.boell.de/sites/default/files/assets/boell.de/images/download_de/publikationen/2009_Wahlprogramm_Bundestagswahl.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
41. Bündnis 90/Die Grünen (2013) Zeit für den grünen Wandel. Teilhaben. Einmischen. Zukunft schaffen. Bundestagswahlprogramm 2013 von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. <https://cms.gruene.de/uploads/documents/BUENDNIS-90-DIE-GRUENEN-Bundestagswahlprogramm-2013.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
42. Bündnis 90/Die Grünen (2017) Zukunft wird aus Mut gemacht. Bundestagswahlprogramm 2017. https://cms.gruene.de/uploads/documents/BUENDNIS_90_DIE_GRUENEN_Bundestagswahlprogramm_2017_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 02. Juni 2023
43. Bündnis 90/Die Grünen (2021) Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021. https://cms.gruene.de/uploads/documents/Wahlprogramm-DIE-GRUENEN-Bundestagswahl-2021_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
44. Bündnis 90/Die Grünen, Sozialdemokratische Partei Deutschlands (1998) Aufbruch und Erneuerung. Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert. Koalitionsvereinbarung zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands und Bündnis 90/Die Grünen. 14. Legislaturperiode. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Bundesparteitag/koalitionsvertrag_bundesparteitag_bonn_1998.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
45. Bündnis 90/Die Grünen, Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2002) Erneuerung - Gerechtigkeit - Nachhaltigkeit. Für ein wirtschaftlich starkes, soziales und ökologisches Deutschland. Für eine lebendige Demokratie. 15. Legislaturperiode.

- https://library.fes.de/pdf-files/bibliothek/downl/2002_koalitionsvertrag.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
46. Caritas Deutschland (2014) Stellungnahme zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG). <https://www.caritas.de/fuerprofis/stellungnahmen/14-05-2014-weiterentwicklung-der-finanzstruktur-und-der-qualitaet-in-der-gesetzl>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 47. Caritas Deutschland (2015) Gesundheit und Pflege im demografischen Wandel. https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/stellungnahmen/gesundheits-und-pfleg1/nc03_2016_doku_gesundheit_pflege_demografie.pdf?d=a&f=pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 48. Caritas Deutschland, Katholischer Krankenhausverband Deutschlands (2022) Stellungnahme Entwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. <https://www.caritas.de/fuerprofis/stellungnahmen/27-09-2022-stellungnahme-zum-gesetz-zur-stabilisierung-der-finanzierung-der-kran?searchterm=Entwurf+eines+Gesetzes+zur+finanziellen+Stabilisierung+der+gesetzlichen+Krankenversicherung>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 49. Cassel D (2001) Demographischer Wandel - Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 81(2):87-91
 50. Cassel D (2003) Die Notwendigkeit ergänzender Alterungsreserven und höherer Rentner-Beiträge in der GKV. *Wirtschaftsdienst* 83(2):75-80
 51. Cassel D, Oberdieck V (2002) Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 82(1):15-22
 52. Cassel D, Postler A (2011) GKV-Finanzierung: Unsure at Any Time. *Gesundh ökon Qual manag* 16(05):297-303. doi:10.1055/s-0029-1246020
 53. Christlich Demokratische Union Deutschlands (2004) Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. Solidarisches Gesundheitsprämienmodell. Beschluss C33 des 18. Parteitags der CDU Deutschlands. https://archiv.cdu.de/system/tmf/media/dokumente/12_06_04_Beschluss__Duesseldorf_GKV.pdf?file=1. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 54. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern (2002) Leistung und Sicherheit. Zeit für Taten. Regierungsprogramm. 2002/2006. <https://archiv.cdu.de/system/tmf/media/dokumente/regierungsprogramm-02-06-b.pdf?file=1>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
 55. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern (2005) Deutschlands Chancen nutzen. Wachstum. Arbeit. Sicherheit. Regierungsprogramm 2005 - 2009. https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=6c914ac8-7c46-b010-b1a1-24aa4261d24b&groupId=252038. Zugegriffen: 06. Februar 2023
 56. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern (2009) Wir haben die Kraft. Gemeinsam für unser Land. Regierungsprogramm 2009-2013. <https://archiv.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/090628-beschluss-regierungsprogramm-cducsu.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
 57. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern (2021) Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes

- Deutschland. <https://www.csu.de/common/download/Regierungsprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
58. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern (2022) Entschließungsantrag der Fraktion der CDU/CSU zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung. Zugegriffen: 06. März 2023
 59. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern, Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2005) Gemeinsam für Deutschland - mit Mut und Menschlichkeit. Koalitionsvertrag von CDU, CSU und SPD. 16. Legislaturperiode. https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/05_11_11_Koalitionsvertrag_Langfassung_navigierbar_0.pdf?file=1&type=field_collection_item&id=543. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 60. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern, Freie Demokratische Partei (2009) Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode. https://www.kas.de/c/document_library/get_file?uuid=83dbb842-b2f7-bf99-6180-e65b2de7b4d4&groupId=252038. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 61. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern, Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2013) Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. <https://archiv.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 62. Christlich Demokratische Union Deutschlands, Christlich-Soziale Union in Bayern, Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2018) Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 63. Cremer G (2016) Paritätische Beteiligung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern an der gesetzlichen Krankenversicherung. *Neue Caritas* (18):35–36
 64. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017) Patientenwohl und Daseinsvorsorge. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Media-pool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/2017-03_DKG-Positionspapier_19._Legislaturperiode.pdf. Zugegriffen: 14. Februar 2023
 65. Deutscher Bundestag (2022) Plenarprotokoll 20/55. Stenografischer Bericht. 55. Sitzung. Berlin, Freitag, den 23. September 2022. <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20055.pdf#P.6016>. Zugegriffen: 03. Mai 2023
 66. Deutsches Ärzteblatt (2023) Kommende Jahre: Krankenkassen erwarten bessere Zeiten. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141950/Kommende-Jahre-Krankenkassen-erwarten-bessere-Zeiten?rt=aab09830d87473a7b6a43109b138e089>. Zugegriffen: 10. April 2023
 67. Deutschlandfunk (2023) Lauterbachs Krankenhausreform. Was sich in Deutschlands Kliniken ändern soll. <https://www.deutschlandfunk.de/krankenhaeuser-reform-lauterbach-fallpauschale-100.html>. Zugegriffen: 19. April 2023

68. Die Linke (2009) Konsequenz sozial. Für Demokratie und Frieden. Bundestagswahlprogramm 2009. https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlprogramme_alt/bundestagswahlprogramm2009.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
69. Die Linke (2013) 100% sozial. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013. https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlprogramme_alt/bundestagswahlprogramm2013.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
70. Die Linke (2017) Die Zukunft, für die wir kämpfen! Sozial. Gerecht. Frieden. Für alle. Langfassung des Wahlprogramms zur Bundestagswahl 2017. https://btw2017.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2017/wahlprogramm2017/die_linke_wahlprogramm_2017.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
71. Die Linke (2021) Zeit zu handeln! Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021. https://btw2021.die-linke.de/fileadmin/download/wahlen2021/Wahlprogramm/DIE_LINKE_Wahlprogramm_zur_Bundestagswahl_2021.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
72. Die Linke (2022) Entschließungsantrag der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Fersch, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Jessica Tatti, Kathrin Vogler und der Fraktion Die Linke zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung. Zugegriffen: 06. März 2023
73. Die Linke et al. (2022) Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern. Drucksache 20/3484. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003484.pdf>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
74. Etgeton S, Schwenk U, Böcken J (2013) Systemkohärenz im Gesundheitswesen. Plädoyer für eine integrierte Krankenversicherung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Integrierte_Krankenversicherung/Download_GuS_Etgeton_Schwenk_Boecken_Systemkohaerenz_VV_201304.pdf. Zugegriffen: 27. Februar 2023
75. Fetzer S, Hagist C, Höfer MA, Raffelhüschen B Nachhaltige Gesundheitsreformen?, Diskussionsbeiträge, Nr. 124, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft, Freiburg im Breisgau
76. Fetzer S, Mevis D, Raffelhüschen B (2003) Zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens. Eine Nachhaltigkeitsstudie zur marktorientierten Reform des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) e.V. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/56404/1/68928943X.pdf>. Zugegriffen: 29. März 2023
77. Fichte D, Schulemann O (2010) Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 90(10):676–682. doi:10.1007/s10273-010-1135-0
78. Freie Demokratische Partei (1998) Es ist Ihre Wahl. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 1998 der Freien Demokratischen Partei. <https://www.freiheit.org/sites/default/files/2019-10/1998bundestagswahlprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
79. Freie Demokratische Partei (2002) Politik für ein wirtschaftlich starkes Deutschland. Wahlprogramm der Freien Demokratischen Partei (FDP) für die Bundestagswahl 2002. <https://www.freiheit.org/sites/default/files/2019-10/2002bundestagswahlprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023

80. Freie Demokratische Partei (2005) Arbeit hat Vorfahrt. Deutschlandprogramm 2005. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2005 der Freien Demokratischen Partei. <https://www.freiheit.org/sites/default/files/2019-10/2005bundestagswahlprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
81. Freie Demokratische Partei (2009) Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm der Freien Demokratischen Partei. Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2009 der Freien Demokratischen Partei. <https://www.freiheit.org/sites/default/files/2019-10/2009deutschlandprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
82. Freie Demokratische Partei (2013) Bürgerprogramm 2013. Damit Deutschland stark bleibt. Nur mit uns. <https://fdp-hessen.de/wp-content/uploads/2015/08/2013-BTW-Programm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
83. Freie Demokratische Partei (2017) Denken wir neu. Das Programm der Freien Demokraten zur Bundestagswahl 2017: "Schauen wir nicht länger zu.". <https://www.fdp.de/beschluss/beschluss-des-68-ord-bundesparteitages-schauen-wir-nicht-laenger-zu>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
84. Freie Demokratische Partei (2021) Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten. https://www.fdp.de/sites/default/files/2021-08/FDP_BTW2021_Wahlprogramm_1.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
85. Friedrich-Ebert-Stiftung (2002) Reform für die Zukunft: Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik. Vorgelegt zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Gesundheitssysteme im Internationalen Vergleich", am 11. April 2002 in Berlin. <https://library.fes.de/fulltext/asfo/01232.htm>
86. Friedrich-Ebert-Stiftung (2016) Der Weg zur Bürgerversicherung. Solidarität stärken und Parität durchsetzen. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12990-20161214.pdf>. Zugegriffen: 09. Februar 2023
87. GKV-Spitzenverband (2017) Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_neue_Legislaturperiode_2017-2021_barrierefrei_a.pdf. Zugegriffen: 10. März 2023
88. GKV-Spitzenverband (2017) Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/Positionspapier_sektorenuebergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 10. März 2023
89. GKV-Spitzenverband (2020) GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie 2020. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/2020-12-02_Positionspapier_Krankenhausversorgung_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 10. März 2023
90. GKV-Spitzenverband (2020) Trotz Reformgesetz: GKV-Finzen nur kurzfristig gesichert. 90 Prozent - Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes. https://www.gkv-90prozent.de/ausgabe/30/meldungen/30_schaetzerkreis/30_schaetzerkreis.html. Zugegriffen: 10. April 2023
91. GKV-Spitzenverband (2021) Echte Arzneimittelinnovationen fördern und die Versorgung stärken. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zu patentgeschützten Arzneimitteln. <https://www.gkv->

- spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/pressemitteilungen_und_state-ments/pressemitteilung_1266624.jsp. Zugegriffen: 10. März 2023
92. GKV-Spitzenverband (2021) Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode 2021 bis 2025. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20210726_Positionspapier-20Legislaturperiode_barrierefrei.pdf. Zugegriffen: 10. März 2023
 93. Grams N, Lübbers C (2019) Warum Homöopathie keine Leistung der solidarisch finanzierten Krankenkassen sein sollte. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/15715.pdf>. Zugegriffen: 27. Januar 2023
 94. Greiner W, Witte J, Gensoroswky D, Diekmannshemke J (2023) AMNOG-Report 2023. Das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz und seine Auswirkungen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, (Band 43). medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
 95. Greß S, Wasem J (2009) Auswirkungen des Gesundheitsfonds und Optionen zur Weiterentwicklung. Policy Paper für die Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/pdf_fof/97099.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
 96. Greß S, Maas S, Wasem J (2008) Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem. Arbeitspapier 154. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-04171. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 97. Greß S, Rothgang H (2010) Finanzierungsreform der Krankenversicherung in Deutschland. Vorschläge für ein Maßnahmenbündel jenseits der Kopfpauschale. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. <https://library.fes.de/opus4/frontdoor/index/index/year/2015/docId/2851>. Zugegriffen: 27. Januar 2023
 98. Greß S, Jacobs K, Schulze S (2010) GKV-Finanzierungsreform: schwarz-gelbe Irrwege statt gezielter Problemlösungen. Gesundheits- und Sozialpolitik 64(4):14-27
 99. Hagist C, Raffelhüschen B (2004) Friedens- versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Ein kriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit, Diskussionsbeiträge, Nr. 115, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Finanzwissenschaft, Freiburg im Breisgau, Bd 93. Springer; Springer-Verlag
 100. Hans Böckler Stiftung (2006) Einig in der Diagnose, was ist die passende Kur? Gesundheitsreform. https://www.boeckler.de/pdf/impuls_2006_03_4-5.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 101. Haufler A (2004) Welche Vorteile bringt eine Pauschalprämie für die Finanzierung des Gesundheitswesens? Einige einfache Äquivalenzresultate, Munich Discussion Paper, No. 2004-22, Ludwig-Maximilians-Universität München, Volkswirtschaftliche Fakultät, München
 102. Henke K-D, Borchardt K, Schreyögg J, Farhauer O (2003) Eine ökonomische Analyse unterschiedlicher Finanzierungsmodelle der Krankenversorgung in Deutschland, Diskussionspapier, Nr. 2003/4, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin
 103. Horschel N, Pimpertz J (2010) Transferbedarf in einer prämienfinanzierten Gesetzlichen Krankenversicherung. IW-Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung 37(2):105-123

104. IGES Institut (2017) GKV-Beiträge der Bezieher von ALG II. Forschungsgutachten zur Berechnung kostendeckender Beiträge für gesetzlich krankenversicherte Bezieher von Arbeitslosengeld II bzw. Sozialgeld im SGB II. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES-Gutachten_ALG-II_061217.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
105. Jacobs K (2003) Die GKV als solidarische Bürgerversicherung. *Wirtschaftsdienst* 83(2):88–91
106. Jacobs K (2006) Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV. Expertise erstellt von Dr. Klaus Jacobs Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn für die Volkssolidarität Bundesverband und den Sozialverband Deutschland (SoVD). https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_ges_expertise_GKV-WSG_1006.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
107. Jacobs K (2013) Gesundheitsfonds: Regelbindung für stabile GKV-Finzen und sinnvollen Kassenwettbewerb. *Wirtschaftsdienst* 93(1):24–27. doi:10.1007/s10273-013-1473-9
108. Jacobs K, Schellschmidt H (2002) Äquivalenz, Leistungsfähigkeit und Solidarität – Konturen einer GKV-Finanzierungsreform. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationsdatenbank/wido_ges_15-22_20jacobs_1104.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
109. Kifmann M, Wambach A, Wigger B (2003) Die Vorschläge der Kommission zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen: Bürgerversicherung oder Kopfprämien? *ifo Schnelldienst* 56(10):3–10
110. Klemens U (2022) Markt- und Wettbewerbssituation. Finanzierung für 2023 sichern. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2022-01/uwe-klemens-gkv-finanzierung-2023-sichern.html>. Zugegriffen: 20. Februar 2023
111. Klemm A-K (2022) Ein Loch ist im Eimer. GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Magazin/2022/Heft_3/BKK_03_2022_web.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
112. Lass K (2006) Die Gesundheitsreform in den Niederlanden. Ein Vorbild für Deutschland? <https://library.fes.de/pdf-files/id/03896.pdf>. Zugegriffen: 30. Januar 2023
113. Lauterbach K (2004) Die Bürgerversicherung. *Sozialwissenschaftlicher Fachinformativdienst* (2):11–20
114. Leiber S, Zwiener R (2005) Reformperspektiven für die Finanzierung der sozialen Sicherung
115. Leiber S, Zwiener R (2006) Eckpunkte zur Gesundheitsreform: Widersprüchlich und unzureichend. Report Nr. 13. Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung. https://www.boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=HBS-003644. Zugegriffen: 13. Februar 2023
116. Linkspartei.PDS (2005) Für eine neue soziale Idee. Wahlprogramm zu den Bundestagswahlen 2005. https://www.die-linke.de/fileadmin/download/wahlprogramme_alt/bundestagswahlprogramm2005.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
117. Managerkreis der Friedrich-Ebert-Stiftung (2006) Empfehlung an die große Koalition: Eine Gesundheitsreform auf dem größten gemeinsamen Nenner!

- <https://library.fes.de/pdf-files/stabsabteilung/03640.pdf>. Zugegriffen: 30. Januar 2023
118. McKinsey & Company (2022) Digitalisierung im Gesundheitswesen. Die 42-Milliarden-Euro-Chance für Deutschland
 119. Meinhardt V (2018) Versicherungsfremde Leistungen der Sozialversicherung: Expertise für das IMK, IMK Study, Nr. 60, Hans-Böckler-Stiftung, Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK), Düsseldorf
 120. Meinhardt V, Schulz E (2003) Kostenexplosion im Gesundheitswesen? DIW Wochenbericht 70(7):105–109
 121. Meinhardt V, Zwiener R (2005) Gesamtwirtschaftliche Wirkungen einer Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen in der Sozialversicherung. Endbericht im Auftrag des DGB Bundesvorstandes, der Hans-Böckler-Stiftung und der Otto-Brenner-Stiftung
 122. Meyers-Middendorf J, Baumann M (2021) Finanzlücke schließen. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2021-04/gkv-finanzsituation-finanz-luecke-schlie%C3%9Fen.html>. Zugegriffen: 20. Februar 2023
 123. Müller R (2019) Einheitskrankenkasse – gangbarer Weg für die gesetzliche Krankenversicherung? Wirtschaftsdienst 99(7):511–515. doi:10.1007/s10273-019-2483-z
 124. Oberender P (2003) Gesundheitsreformen in Deutschland: alle paar Jahre wieder? Anmerkungen zum GMG. Wirtschaftsdienst 83(6):362–368
 125. Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2017) Krankenversicherungspflicht für Beamte und Selbstständige. Teilbericht Beamte. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/krankenversicherung-fuer-beamte-und-selbststaendige/>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 126. Ochmann R, Albrecht M, Schiffhorst G (2020) Geteilter Krankenversicherungsmarkt. Risikoselektion und regionale Verteilung der Ärzte. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/geteilter-krankenversicherungsmarkt/>. Zugegriffen: 13. Februar 2023
 127. Partei des Demokratischen Sozialismus (1998) Programm der PDS zur Bundestagswahl 1998. Für den politischen Richtungswechsel! Sozial und solidarisch - für eine gerechte Republik!
 128. Partei des Demokratischen Sozialismus (2002) Es geht auch anders: Nur Gerechtigkeit sichert Zukunft! Programm der PDS zur Bundestagswahl 2002
 129. Pimpertz J Gesetzliche Krankenversicherung nach der Wahl: Vielfalt statt Einheitlichkeit - Eine Reformskizze zur Überwindung der "Zwei-Klassen-Medizin", IW-Policy Paper, Nr. 24/2021, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln
 130. Pimpertz J (2003) Ausgabenexplosion statt Einnahmenerosion in der gesetzlichen Krankenversicherung. IW-Trends - Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung 30(1):24–34. doi:10.2373/1864-810X.03-01-03
 131. Pimpertz J (2007) Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. Gestaltungsoptionen unter sozialpolitischen Vorgaben, Beiträge zur Ordnungspolitik, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln
 132. Pimpertz J (2010) Ausgabentreiber in der Gesetzlichen Krankenversicherung. IW-Trends 37(2):75–90

133. Postler A (2010) Gesundheitspolitik – Grundrisse einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. ORDO 61:267–286. doi:10.1515/ordo-2010-0116
134. Rosenbrock R, Schneider U (2018) Koalitionsverhandlungen: Das Land sozialpolitisch gestalten. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Bundestagswahl/doc/OffenerBrief_Sozialpolitisch_gestalten.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
135. Rothgang H, Domhoff D (2017) Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer »Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung«. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion DIE LINKE und der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Universität Bremen. https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Sonstiges/Solidarische_Gesundheits-_und_Pflegeversicherung__Mai_2017.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
136. Rothgang H, Götze R (2013) Perspektiven der solidarischen Finanzierung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg) Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin, S 125–174
137. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ergänzung zum Gutachten 2000/2001 (Bände I bis III), Bonn
138. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003, Bonn
139. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005) Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005
140. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009, Bonn
141. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn
142. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014, Bonn/Berlin
143. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn
144. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2021) Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems. Gutachten 2021, Bonn/Berlin
145. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2023) Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023, Bonn/Berlin
146. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2000) Jahresgutachten 2000/01 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden

147. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2002) Zwanzig Punkte für Beschäftigung und Wachstum. Jahresgutachten 2002/03, Wiesbaden
148. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2003) Staatsfinanzen konsolidieren – Steuersystem reformieren. Jahresgutachten 2003/04, Wiesbaden
149. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004) Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Jahresgutachten 2004/05, Wiesbaden
150. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2005) Die Chance nutzen – Reformen mutig voranbringen. Jahresgutachten 2005/06, Wiesbaden
151. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2006) Widerstreitende Interessen – ungenutzte Chancen. Jahresgutachten 2006/07, Wiesbaden
152. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2007) Das Erreichte nicht verspielen. Jahresgutachten 2007/08, Wiesbaden
153. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008) Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken, Wiesbaden
154. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2009) Die Zukunft nicht aufs Spiel setzen. Jahresgutachten 2009/10, Wiesbaden
155. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2010) Chancen für einen stabilen Aufschwung. Jahresgutachten 2010/11, Wiesbaden
156. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2011) Verantwortung für Europa wahrnehmen. Jahresgutachten 2011/12, Wiesbaden
157. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2013) Gegen eine rückwärtsgewandte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2013/14, Wiesbaden
158. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2016) Zeit für Reformen. Jahresgutachten 16/17, Wiesbaden
159. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2017) Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 17/18, Wiesbaden
160. Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2018) Vor wichtigen wirtschaftspolitischen Weichenstellungen. Jahresgutachten 18/19, Wiesbaden
161. Sauerland D (2004) Die Gesetzliche Krankenversicherung in der Sozialen Marktwirtschaft: eine ordnungspolitische Analyse. ORDO 55(1):209–234. doi:10.1515/ordo-2004-0113
162. Sauerland D (2005) Künftige Ausgabenentwicklung in der GKV und ihre Finanzierung. Wirtschaftsdienst 85(10):672–680. doi:10.1007/s10273-005-0435-2
163. Scholz J (2018) Einbeziehung der Beamtinnen und Beamten in die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV): Gibt es Wege in Richtung Bürgerversicherung in der Landespolitik? Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales 67(3):103–111

164. Schüssler R, Funke C (2006) Gesamtwirtschaftliche Konsequenzen einer Bürgerversicherung im Gesundheitswesen. https://www.boeckler.de/pdf_fof/96145.pdf. Zugegriffen: 13. Februar 2023
165. Schwartz FW, Jung K (2000) Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Sozialer Fortschritt* 49(4):70–75
166. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (1998) "Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit". SPD-Programm für die Bundestagswahl 1998. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Bundesparteitag/wahlprogramm_bundesparteitag_leipzig_1998.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
167. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2002) Erneuerung und Zusammenhalt. Regierungsprogramm 2002–2006. <https://library.fes.de/pdf-files/bibliothek/retro-scans/a02-03539.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
168. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2005) Vertrauen in Deutschland. Das Wahlmanifest der SPD. https://library.fes.de/pdf-files/bibliothek/downl/040705_wahlmanifest.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
169. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2009) Sozial und Demokratisch. Anpacken. Für Deutschland. https://www.abgeordnetenwatch.de/sites/default/files/election-program-files/spd_wahlprogramm_btw2009.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
170. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2013) Das WIR entscheidet. Das Regierungsprogramm 2013–2017. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Bundesparteitag/20130415_regierungsprogramm_2013_2017.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
171. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2017) Zeit für mehr Gerechtigkeit. Unser Regierungsprogramm für Deutschland. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Regierungsprogramm/SPD_Regierungsprogramm_BTW_2017_A5_RZ_WEB.pdf. Zugegriffen: 06. Februar 2023
172. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2021) Aus Respekt vor deiner Zukunft. Das Zukunftsprogramm der SPD. <https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Programm/SPD-Zukunftsprogramm.pdf>. Zugegriffen: 06. Februar 2023
173. Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Bündnis 90/Die Grünen, Freie Demokratische Partei (2021) Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. 20. Legislaturperiode. <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
174. Tagesspiegel Background (2023) Mehr als 750.000 Euro für die Digitalstrategie. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/mehr-als-750-000-euro-fuer-die-digitalstrategie>
175. Ulrich V, Schneider U (2004) Ausgestaltung und Finanzierung des sozialen Ausgleichs im Rahmen des Steuersystems – Baustein für einen wettbewerblichen Systemwechsel in der Krankenversicherung. Kurzgutachten im Auftrag des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA). <https://www.vfa.de/download/ulrich-gutachten.pdf>. Zugegriffen: 29. März 2023

176. Ulrich V, Wille E (2021) Haushalts- und wirtschaftspolitische Illusionen und Gefahren der Steuerfinanzierung von Sozialversicherungssystemen. Gesellschaftspolitische Kommentare. Sonderausgabe 2 61(2):1-16
177. United Nations Development Programme (2022) Human development report 2021/2022. Uncertain times, unsettled lives : shaping our future in a transforming world, New York, NY
178. Verband der Ersatzkassen (2017) Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages.
https://www.vdek.com/LVen/HAM/Politik/positionen_ek/_jcr_content/par/publicationelement_2/file.res/vdek_Positionen_2017.pdf. Zugegriffen: 21. Februar 2023
179. Verband der Ersatzkassen (2021) Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen für die 20. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages.
https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/politik/positionen/Gesundheitspolitische_Positionen_2021.pdf. Zugegriffen: 21. Februar 2023
180. Verband der Ersatzkassen (2022) Durchschnittlicher Zusatzbeitragssatz. vdek sieht GKV-Schätzerkreisempfehlung für 2023 mit Sorge: „Entwarnung ist das falsche Signal“. https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2022/gkv-schaetzerkreis-zusatzbeitrag-2023-anhebung/_jcr_content/par/download_1417619816/file.res/vdek_pm_20221013_Schaetzerkreis_final.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
181. Verband der Ersatzkassen (2022) Neue Medikamente – stärkster Kostentreiber bei Arzneiausgaben. <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2022-02/medikamente-kostentreiber-arzneiausgaben.html>. Zugegriffen: 20. Februar 2023
182. Verband der Ersatzkassen (2022) Staat senkt Mehrwertsteuer auf Gas vdek: Jetzt müssen Arzneimittel folgen! https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2022/staat-mehrwertsteuer-arzneimittel-absenken/_jcr_content/par/download_1417619816/file.res/pm_vdek_20220818_staat_senkt_MwSt_final.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
183. Verband der Ersatzkassen (2022) Stellungnahme des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstabilisierungsgesetz – GKV-FinStG). https://www.vdek.com/politik/stellungnahmen/wahlperiode_20/gkv-finanzstabilisierungsgesetz-gkv-finstg-kabinettsentwurf/_jcr_content/par/download/file.res/20220712_GKV-FinStG_vdek-StN_final.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2023
184. Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2002) VFA legt Konzept für eine grundlegende Gesundheitsreform vor. <https://www.vfa.de/de/presse/pressemitteilungen/pm-012-2002-vfa-legt-konzept-fuer-eine-grundlegende-gesundheitsreform-vor.html>. Zugegriffen: 21. Februar 2023
185. Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2008) „Reform des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes“. Gutachten der Professoren Wille, Cassel, Ulrich. <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/positionen/pos-gesundheitssystem>. Zugegriffen: 21. Februar 2023

186. Verband Forschender Arzneimittelhersteller (2009) Gesundheitsreform. <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-politik/positionen/gesundheitsreform.html>. Zugegriffen: 21. Februar 2023
187. Weinberg H (2011) Eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist möglich. <https://www.rosalux.de/publikation/id/5227/eine-solidarische-buergerinnen-und-buergerversicherung-ist-moeglich>. Zugegriffen: 31. Januar 2023
188. Wille E (2002) Reformoptionen der Beitragsgestaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. GGW (3):7–14
189. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2004) Nachhaltige Finanzierung der Renten- und Krankenversicherung. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/Gutachten_Nachhaltige_Finanzierung_Renten-_und_Krankenversicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=4. Zugegriffen: 10. Februar 2023
190. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2005) Zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung: Ein Konsensmodell. Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen
191. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (2018) Über- und Fehlversorgung in deutschen Krankenhäusern: Gründe und Reformoptionen. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium der Finanzen. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Ministerium/Geschaeftsbereich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_und_Stellungnahmen/Ausgewaehlte_Texte/2018-06-19-Ueber-und-Fehlversorgung-Krankenh.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 21. Februar 2023
192. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (2010) Zur Reform der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ministerium/Veroeffentlichung-Wissenschaftlicher-Beirat/wissenschaftlicher-beirat-reform-krankenversicherung.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 10. Februar 2023
193. Zok K, Jacobs K (2023) Solidarität steht hoch im Kurs. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherten. WldOmonitor 21(1):1–16
194. Zweifel P, Breuer M (2002) Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems. Gutachten im Auftrag des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller e.V. VFA. <https://www.vfa.de/download/studiezuerichermodell.pdf>. Zugegriffen: 29. März 2023
195. Zweifel P, Breuer M (2003) Plädoyer für risikogerechte Prämien in der Krankenversicherung. Wirtschaftsdienst 83(2):85–88

Datenanhang

Anhang 1: Übersicht über alle gesammelten Vorschläge (N=413) mit Akteurs-Zuordnung. Quelle: eigene Darstellung

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
Cluster Politik						
P001	AfD	2021	Einführung eines mehrstufigen Bonussystems	A.5.4	Nein	[4]
P002	AfD	2017	Begrenzung der Leistungsausgaben für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber	A.5.3.1	Nein	[3]
P003	B90/GRÜNE	2021	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[43]
P004	B90/GRÜNE	2017	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[42]
P005	B90/GRÜNE	2013	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[41]
P006	B90/GRÜNE	2009	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[40]
P007	B90/GRÜNE	2009	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[40]
P008	B90/GRÜNE	2005	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[39]
P009	B90/GRÜNE	2005	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[39]
P010	B90/GRÜNE	2002	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[38]
P011	B90/GRÜNE	2002	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[38]
P012	B90/GRÜNE	1998	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	E.2.1.2	Nein	[37]
P013	B90/GRÜNE	1998	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	E.2.1.1	Nein	[37]
P014	B90/GRÜNE	1998	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	E.2.1.1	Nein	[37]
P015	B90/GRÜNE	1998	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	A.5.3.2	Nein	[37]
P016	B90/GRÜNE	1998	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[37]
P017	CDU, CSU	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[58]
P018	CDU, CSU	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[58]
P019	CDU, CSU	2022	Ausbau kapitalbildender Eigenvorsorge	E.1	Nein	[58]
P020	CDU, CSU	2021	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[57]
P021	CDU, CSU	2021	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[57]
P022	CDU, CSU	2009	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[56]
P023	CDU, CSU	2009	Ausbau von Bonusmodellen	A.5.4	Nein	[56]
P024	CDU, CSU	2009	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[56]
P025	CDU, CSU	2005	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[55]
P026	CDU, CSU	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[53]
P027	CDU, CSU	2002	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[54]
P028	FDP	2021	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[84]
P029	FDP	2021	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[84]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
P030	FDP	2021	Ausbau von Bonusmodellen	A.5.4	Nein	[84]
P031	FDP	2017	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[83]
P032	FDP	2017	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[83]
P033	FDP	2017	Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel	A.4.3.2	Nein	[83]
P034	FDP	2017	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[83]
P035	FDP	2013	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[82]
P036	FDP	2009	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[81]
P037	FDP	2009	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[81]
P038	FDP	2005	Einführung einer Bürgerprivatversicherung	E.1	Nein	[80]
P039	FDP	2002	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[79]
P040	FDP	2002	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[79]
P041	FDP	2002	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[79]
P042	FDP	2002	Ausbau von Bonusmodellen	A.5.4	Nein	[79]
P043	FDP	2002	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[79]
P044	FDP	2002	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[79]
P045	FDP	1998	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[78]
P046	FDP	1998	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[78]
P047	LINKE	2022	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	E.2.1.2	Nein	[73]
P048	LINKE	2022	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	E.2.1.1	Nein	[73]
P049	LINKE	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[73]
P050	LINKE	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[73]
P051	LINKE	2022	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[73]
P052	LINKE	2022	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.3.3.2	Nein	[73]
P053	LINKE	2022	Anteilige Steuerfinanzierung eines Energieeffizienzprogrammes für Krankenhäuser	E.2.2	Nein	[72]
P054	LINKE	2021	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[71]
P055	LINKE	2021	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	A.5.3.2	Nein	[71]
P056	LINKE	2021	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	[71]
P057	LINKE	2021	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[71]
P058	LINKE	2021	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[71]
P059	LINKE	2017	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[70]
P060	LINKE	2017	Bundeszuschuss von jährlich 2,5 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen	E.2.2	Ja	[70]
P061	LINKE	2017	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	[70]
P062	LINKE	2017	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Ja	[135]
P063	LINKE	2013	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Ja	[69]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
P064	LINKE	2013	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	[69]
P065	LINKE	2013	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[69]
P066	LINKE	2009	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[68]
P067	LINKE	2009	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[68]
P068	Linkspartei.PDS	2005	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[116]
P069	Linkspartei.PDS	2005	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[116]
P070	PDS	2002	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[128]
P071	PDS	2002	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	E.2.1.1	Nein	[128]
P072	PDS	2002	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[128]
P073	PDS	2002	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	E.2.1.1	Nein	[128]
P074	PDS	2002	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[128]
P075	PDS	1998	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[127]
P076	PDS	1998	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	E.2.1.1	Nein	[127]
P077	PDS	1998	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[127]
P078	SPD	2021	Regelmäßige Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[172]
P079	SPD	2021	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[172]
P080	SPD	2017	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[171]
P081	SPD	2013	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[170]
P082	SPD	2009	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[169]
P083	SPD	2009	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[169]
P084	SPD	2009	Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel und Therapien	A.5.3.2	Nein	[169]
P085	SPD	2005	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[168]
P086	SPD	2002	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	A.5.3.2	Nein	[167]
P087	SPD	1998	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[166]
P088	SPD	1998	Einführung eines Globalbudgets	A.5.2	Nein	[166]
P089	Bundesreg. Scholz I	2021	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[173]
P090	Bundesreg. Scholz I	2021	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[173]
P091	Bundesreg. Scholz I	2021	Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	[173]
P092	Bundesreg. Scholz I	2021	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den siebten Monat nach Markteintritt	A.3.3.2	Nein	[173]
P093	Bundesreg. Scholz I	2021	Ausbau von Bonusmodellen für die Teilnahme an Präventionsleistungen	A.5.4	Nein	[173]
P094	Bundesreg. Merkel IV	2018	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[62]
P095	Bundesreg. Merkel III	2013	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel auf 7%	A.3.2	Nein	[61]
P096	Bundesreg. Merkel III	2013	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel	A.3.2	Nein	[61]
P097	Bundesreg. Merkel II	2009	Schaffung praktikabler und klarer Regeln für Kosten-Nutzen-Bewertungen	A.3.3.2	Nein	[60]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
P098	Bundesreg. Merkel I	2005	Einführung eines Preismoratoriums für Arzneimittel	A.3.2	Nein	[59]
P099	Bundesreg. Schröder II	2002	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	A.5.3.2	Nein	[45]
P100	Bundesreg. Schröder II	2002	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung	A.3.3.2	Nein	[45]
P101	Bundesreg. Schröder II	2002	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	E.2.1.1	Nein	[45]
P102	Bundesreg. Schröder I	1998	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	A.5.3.2	Nein	[44]
P103	Bundesreg. Schröder I	1998	Einführung eines Globalbudgets	A.5.2	Nein	[44]
P104	Bundesreg. Schröder I	1998	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[44]
P105	Bundesreg. Schröder I	1998	Förderung von Re-Importen von Arzneimitteln	A.3.3.2	Nein	[44]
P106	BMF, Wiss. Beirat	2018	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[191]
P107	BMF, Wiss. Beirat	2005	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[190]
P108	BMF, Wiss. Beirat	2004	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[189]
P109	BMF, Wiss. Beirat	2004	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[189]
P110	BMF, Wiss. Beirat	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[189]
P111	BMWi, Wiss. Beirat	2010	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[192]
P112	FES	2019	Abschaffung der Kostenübernahme von Homöopathie	A.3.3.1	Nein	[93]
P113	FES	2016	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[29]
P114	FES	2016	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[86]
P115	FES	2010	Dynamische Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung	E.2.1.2	Nein	[97]
P116	FES	2010	Einführung eines positiven Beitragssatzes auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[97]
P117	FES	2010	Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	E.2.1.2	Nein	[97]
P118	FES	2010	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[97]
P119	FES	2009	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[30]
P120	FES	2009	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[30]
P121	FES	2009	Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	E.2.1.2	Nein	[30]
P122	FES	2006	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[112]
P123	FES	2006	Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung	E.2.1.2	Nein	[112]
P124	FES	2006	Steuerfinanzierung der Familienmitversicherung	E.2.1.2	Ja	[117]
P125	FES	2006	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	nein	[117]
P126	FES	2006	Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor	A.2.2	nein	[117]
P127	FES	2006	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[117]
P128	FES	2002	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	E.2.1.1	Nein	[85]
P129	FES	2002	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[85]
P130	FES	2002	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[85]
P131	FES	2002	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[85]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
P132	RLS	2011	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Ja	[187]
Cluster Selbstverwaltung						
S001	GKV-SV	2021	Einführung eines Indikationsregisters für neue Arzneimittel	A.3.3.2	Nein	[91]
S002	GKV-SV	2021	Anwendungseinschränkungen auf Grundlage einer Fokus-Liste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[91]
S003	GKV-SV	2021	Einführung eines Vertragskatalogs für vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[91]
S004	GKV-SV	2021	Einführung eines Interimspreises für beschleunigt zugelassene Arzneimittel	A.3.2	Nein	[91]
S005	GKV-SV	2021	Obergrenze für die durchschnittlichen Jahreskosten eines neuen Arzneimittels	A.3.3.1	Nein	[91]
S006	GKV-SV	2021	Ausgabenobergrenze für Gruppen von Arzneimitteln	A.3.3.1	Nein	[91]
S007	GKV-SV	2021	Ausgabenobergrenze für alle Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[91]
S008	GKV-SV	2021	Steuerfinanzierung von Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes	E.2.2	Nein	[92]
S009	GKV-SV	2021	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[92]
S010	GKV-SV	2021	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[92]
S011	GKV-SV	2020	Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen	A.1.3.2	Nein	[89]
S012	GKV-SV	2020	Verringerung der Anzahl von Notfallleitstellen	A.4.3.1	Nein	[89]
S013	GKV-SV	2017	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[87]
S014	GKV-SV	2017	Definition einer Maximalreserve für den Gesundheitsfonds	E.2.1.4	Nein	[87]
S015	GKV-SV	2017	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[87]
S016	GKV-SV	2017	Abbau von Krankenhausbetten-Überkapazitäten in Ballungsgebieten	A.1.3.2	Nein	[87]
S017	GKV-SV	2017	Einführung eines eigenständigen Leistungskatalogs für spezialisierte ambulante Leistungen	A.2.3.2	Nein	[88]
S018	DKG	2017	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[64]
Cluster Kostenträger & Industrie						
K001	AOK-BV	2022	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[6]
K002	AOK-BV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[6]
K003	AOK-BV	2022	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel	A.3.2	Nein	[6]
K004	AOK-BV	2022	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[6]
K005	AOK-BV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[7]
K006	AOK-BV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[7]
K007	AOK-BV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[8]
K008	AOK-BV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[8]
K009	AOK-BV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[9]
K010	AOK-BV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[9]
K011	AOK-BV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[10]
K012	AOK-BV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[10]
K013	AOK-BV	2022	Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs im Rahmen der frühen Nutzenbewertung	A.3.3.2	Nein	[10]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
K014	AOK-BV	2022	Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen	A.5.2	Nein	[10]
K015	AOK-BV	2022	Abschaffung unnötiger (Influenza-)Impfstoffreserven	A.3.3.2	Nein	[10]
K016	AOK-BV	2022	Uneingeschränkte Biologika-Substitution in Apotheken	A.3.3.2	Nein	[10]
K017	AOK-BV	2022	Kostenübernahme für jegliche Arzneimittelverwürfe durch die pharmazeutischen Unternehmer	A.3.2	Nein	[10]
K018	AOK-BV	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[10]
K019	AOK-BV	2015	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel	A.3.2	Ja	[5]
K020	BKK DV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[111]
K021	WIdO	2013	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[107]
K022	WIdO	2006	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[106]
K023	WIdO	2006	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[106]
K024	WIdO	2006	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[106]
K025	WIdO	2006	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[106]
K026	WIdO	2003	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[105]
K027	WIdO	2002	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[108]
K028	WIdO	2002	Ausgliederung der Krankengeldversicherung aus der GKV	A.4.3.1	Nein	[108]
K029	BKK DV	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[111]
K030	BKK DV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[111]
K031	BKK DV	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[26]
K032	BKK DV	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[26]
K033	BKK DV	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[26]
K034	BKK DV	2022	Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs im Rahmen der frühen Nutzenbewertung	A.3.3.2	Nein	[26]
K035	BKK DV	2022	Abschaffung unnötiger (Influenza-)Impfstoffreserven	A.3.3.2	Nein	[26]
K036	BKK DV	2022	Uneingeschränkte Biologika-Substitution in Apotheken	A.3.3.2	Nein	[26]
K037	BKK DV	2022	Einbezug stationärer Arzneimittelverbräuche in den Kombinationsabschlag	A.3.2	Nein	[26]
K038	BKK DV	2022	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel auf 19%	A.3.2	Nein	[26]
K039	BKK DV	2022	Regelung der Erstattungsbetragsrückerstattung bei stationär eingesetzten Arzneimitteln	A.3.2	Nein	[26]
K040	BKK DV	2021	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[25]
K041	BKK DV	2021	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[24]
K042	BKK DV	2021	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[24]
K043	BKK DV	2019	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[23]
K044	vdek	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[180]
K045	vdek	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[180]
K046	vdek	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[110]
K047	vdek	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[110]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
K048	vdek	2022	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.3.3.2	Nein	[110]
K049	vdek	2022	Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	A.5.1	Nein	[110]
K050	vdek	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[181]
K051	vdek	2022	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[181]
K052	vdek	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[181]
K053	vdek	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[182]
K054	vdek	2022	Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen	A.5.2	Nein	[183]
K055	vdek	2022	Abschaffung der Kostenübernahme des Apotheken-Botendienstes	A.4.3.1	Nein	[183]
K056	vdek	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[183]
K057	vdek	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[183]
K058	vdek	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[183]
K059	vdek	2021	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[179]
K060	vdek	2021	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[179]
K061	vdek	2021	Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	A.5.1	Nein	[179]
K062	vdek	2021	Einführung eines kriterienbasierten vorläufigen Preises für AMNOG-Arzneimittel im ersten Jahr	A.3.2	Nein	[179]
K063	vdek	2021	Freiwillige GKV-Mitgliedschaft für Beamten (langfristig: Versicherungspflicht)	E.2.1.1	Nein	[179]
K064	vdek	2021	Rückwirkung von Vergütungsbeträgen für DiGA auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.4.3.2	Nein	[179]
K065	vdek	2021	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	[179]
K066	vdek	2021	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.3.3.2	Nein	[179]
K067	vdek	2021	Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel	A.3.2	Nein	[179]
K068	vdek	2021	Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Heilmittelpreise	A.4.2	Nein	[179]
K069	vdek	2021	Abschaffung des Hilfsmittel-Ausschreibungsverbotes	A.4.2	Nein	[179]
K070	vdek	2021	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[122]
K071	vdek	2021	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[122]
K072	vdek	2021	Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	A.5.1	Nein	[122]
K073	vdek	2017	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[178]
K074	vdek	2017	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.3.3.2	Nein	[178]
K075	BAH	2017	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[36]
K076	BPI	2016	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[31]
K077	BPI	2016	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Nein	[31]
K078	vfa	2009	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[186]
K079	vfa	2008	Einführung von Elementen der Kapitaldeckung im Wahlleistungsbereich	E.1	Nein	[185]
K080	vfa	2008	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[185]
K081	vfa	2008	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[185]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
K082	vfa	2008	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Ja	[185]
K083	vfa	2004	Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Ja	[175]
K084	vfa	2003	Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Ja	[76]
K085	vfa	2002	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[184]
K086	vfa	2002	Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Nein	[184]
K087	vfa	2002	Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Nein	[194]
Cluster Weitere Verbände & Stiftungen						
V001	BAG SELBSTHILFE	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[13]
V002	BAG SELBSTHILFE	2022	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[13]
V003	BAG SELBSTHILFE	2022	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[13]
V004	BAG SELBSTHILFE	2022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	A.3.1	Ja	[13]
V005	BDA	2022	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[16]
V006	BDA	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[17]
V007	BDA	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[17]
V008	BDA	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[19]
V009	BDA	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Ja	[19]
V010	BDA	2022	Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	A.5.1	Ja	[19]
V011	BDA	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Nein	[20]
V012	BDA	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[20]
V013	BDA	2022	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[18]
V014	BDA	2022	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[18]
V015	BDA	2022	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[18]
V016	BDA	2022	Steigerung der Kostentransparenz für die Versicherten	A.5.3.2	Nein	[18]
V017	BDA	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[18]
V018	BDA	2022	Abschaffung der Arzneimittelpreisbindung	A.3.2	Nein	[18]
V019	BDA	2022	Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[18]
V020	BDA	2022	Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	[18]
V021	BDA	2022	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Ja	[18]
V022	BDA	2018	Abbau der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds	E.2.1.4	Ja	[15]
V023	BSt	2017	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[125]
V024	BSt	2017	Einbezug von Beamten und Pensionären in die Versicherungspflicht	E.2.1.1	Ja	[125]
V025	BSt	2013	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[74]
V026	DCB	2022	Erhöhung des Bundeszuschusses	E.2.2	Ja	[48]
V027	DCB	2018	Erhöhung des in Aktien anlagefähigen Deckungskapitals	E.1	Nein	[46]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
V028	DCB	2016	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[63]
V029	DCB	2016	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[63]
V030	DCB	2016	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[63]
V031	DCB	2015	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[47]
V032	HBS	2018	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Ja	[119]
V033	HBS	2016	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[28]
V034	HBS	2016	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[2]
V035	HBS	2010	Abschaffung des Zusatzbeitrages: Kassenwettbewerb auf Basis des allg. Beitragssatzes	E.2.1.3	Nein	[27]
V036	HBS	2010	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[27]
V037	HBS	2010	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[27]
V038	HBS	2010	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[27]
V039	HBS	2010	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	E.2.1.1	Nein	[27]
V040	HBS	2010	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[27]
V041	HBS	2010	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[27]
V042	HBS	2008	Einführung eines Globalbudgets	A.5.2	Nein	[96]
V043	HBS	2009	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[95]
V044	HBS	2006	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[115]
V045	HBS	2006	Ausbau der Steuerfinanzierung	E.2.2	Nein	[115]
V046	HBS	2006	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Ja	[100]
V047	HBS	2006	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[100]
V048	HBS	2005	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Ja	[121]
V049	HBS	2005	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[114]
V050	HBS	2005	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[114]
V051	Der Paritätische	2018	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[134]
Cluster Wissenschaft						
W001	SVR Gesundheit	2023	Steuerfinanzierung eines Strukturfonds zur Bereinigung der Krankenhausstrukturen	E.2.2	Nein	[145]
W002	SVR Gesundheit	2021	Steuerfinanzierung der Digitalisierung der Krankenhäuser	E.2.2	Nein	[144]
W003	SVR Gesundheit	2018	Steuerfinanzierung eines Strukturfonds zur Bereinigung der Krankenhausstrukturen	E.2.2	Nein	[143]
W004	SVR Gesundheit	2018	Einführung einer Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung	A.2.4	Nein	[143]
W005	SVR Gesundheit	2018	Steuerfinanzierung der Vorhaltekosten für Rettungsdienste	E.2.2	Nein	[143]
W006	SVR Gesundheit	2014	Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen	A.3.3.2	Nein	[142]
W007	SVR Gesundheit	2014	Einführung von gestaffelten Selbstbeteiligungen in der ambulanten Versorgung	A.2.4	Nein	[142]
W008	SVR Gesundheit	2014	Einführung von gestaffelten Zuzahlungen zu Arzneimitteln	A.3.4	Nein	[142]
W009	SVR Gesundheit	2014	Steuerfinanzierung von Sicherstellungszuschlägen für ländliche Krankenhäuser	E.2.2	Nein	[142]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
W010	SVR Gesundheit	2012	Investitionen in Patienten-/Nutzerinformation und -beratung	A.4.3.2	Nein	[141]
W011	SVR Gesundheit	2009	Einführung kontextbezogener Gatekeeping-Konzepte	A.2.3.2	Nein	[140]
W012	SVR Gesundheit	2005	Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen	A.3.3.2	Nein	[139]
W013	SVR Gesundheit	2003	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Ja	[138]
W014	SVR Gesundheit	2003	Ausgliederung unfallbezogener Aufwendungen in obligatorische Privatunfallversicherungen	A.4.3.1	Ja	[138]
W015	SVR Gesundheit	2003	Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung	E.2.1.2	Ja	[138]
W016	SVR Gesundheit	2003	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[138]
W017	SVR Gesundheit	2003	Moderate Ausweitung von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[138]
W018	SVR Gesundheit	2003	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Ja	[138]
W019	SVR Gesundheit	2003	Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	E.2.1.2	Ja	[138]
W020	SVR Gesundheit	2000	Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel	A.4.3.2	Nein	[137]
W021	SVR Gesundheit	2000	Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen	A.3.3.2	Nein	[137]
W022	SVR Gesundheit	2000	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel	A.3.1	ja	[137]
W023	SVR Wirtschaft	2018	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[160]
W024	SVR Wirtschaft	2017	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[159]
W025	SVR Wirtschaft	2017	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	E.2.1.2	Nein	[159]
W026	SVR Wirtschaft	2016	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[158]
W027	SVR Wirtschaft	2013	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[157]
W028	SVR Wirtschaft	2013	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	E.2.1.2	Nein	[157]
W029	SVR Wirtschaft	2011	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[156]
W030	SVR Wirtschaft	2010	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[155]
W031	SVR Wirtschaft	2010	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertung ins AMNOG-Verfahren	A.3.3.2	Nein	[155]
W032	SVR Wirtschaft	2010	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[155]
W033	SVR Wirtschaft	2010	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[155]
W034	SVR Wirtschaft	2009	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[154]
W035	SVR Wirtschaft	2009	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[154]
W036	SVR Wirtschaft	2009	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[154]
W037	SVR Wirtschaft	2008	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[153]
W038	SVR Wirtschaft	2008	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[153]
W039	SVR Wirtschaft	2008	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[153]
W040	SVR Wirtschaft	2007	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[152]
W041	SVR Wirtschaft	2006	Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[151]
W042	SVR Wirtschaft	2006	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[151]
W043	SVR Wirtschaft	2005	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[150]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
W044	SVR Wirtschaft	2005	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[150]
W045	SVR Wirtschaft	2004	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[149]
W046	SVR Wirtschaft	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Ja	[149]
W047	SVR Wirtschaft	2003	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[148]
W048	SVR Wirtschaft	2003	Ausgliederung von Zahnersatz in eine gesonderte Versicherung	A.4.3.1	Nein	[148]
W049	SVR Wirtschaft	2003	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[148]
W050	SVR Wirtschaft	2002	Einführung einer Praxisgebühr	A.2.4	Nein	[147]
W051	SVR Wirtschaft	2002	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[147]
W052	SVR Wirtschaft	2002	Ausgliederung unfallbezogener Aufwendungen in obligatorische Privatunfallversicherungen	A.4.3.1	Nein	[147]
W053	SVR Wirtschaft	2002	Ergebnisorientierte Vergütung ambulanter Leistungen	A.2.3.2	Nein	[147]
W054	SVR Wirtschaft	2002	Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel	A.4.3.2	Nein	[147]
W055	SVR Wirtschaft	2002	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	[147]
W056	SVR Wirtschaft	2002	Abschaffung der Arzneimittelpreisbindung	A.3.2	Nein	[147]
W057	SVR Wirtschaft	2002	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[147]
W058	SVR Wirtschaft	2002	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[147]
W059	SVR Wirtschaft	2000	Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor	A.2.2	Nein	[146]
W060	SVR Wirtschaft	2000	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[146]
W061	SVR Wirtschaft	2000	Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	[146]
W062	SVR Wirtschaft	2000	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[146]
W063	SVR Wirtschaft	2000	Einführung einer Praxisgebühr	A.2.4	Nein	[146]
W064	Augurzky	2010	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[11]
W065	Augurzky & Tauchmann	2011	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[12]
W066	Augurzky & Tauchmann	2011	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	A.5.3.2	Nein	[12]
W067	Augurzky & Tauchmann	2011	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[12]
W068	Beznoska et al.	2021	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[22]
W069	Beznoska et al.	2021	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[22]
W070	Breyer & Normann	2020	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[32]
W071	Breyer & Normann	2020	Eingrenzung des Leistungskatalogs auf evidenzbasierte und kosteneffektive Leistungen	A.5.3.2	Nein	[32]
W072	Cassel	2003	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Ja	[50]
W073	Cassel	2003	Anhebung des Rentner-Beitrags auf das Niveau des Erwerbstätigen-Beitrags bei Renteneintritt	E.2.1.2	Nein	[50]
W074	Cassel	2001	Akzeptanz von Beitragssatzerhöhungen	E.2.1.2	Nein	[49]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
W075	Cassel	2001	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[49]
W076	Cassel	2001	Bereinigung des Leistungskataloges um konsumnahe, medizinisch nicht indizierte oder versicherungsfremde Leistungen	A.5.3.1	Nein	[49]
W077	Cassel	2001	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[49]
W078	Cassel	2001	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von nicht-berufstätigen Ehepartnern, die keine Kinder erziehen und keine familiären Pflegedienste leisten	E.2.1.2	Nein	[49]
W079	Cassel	2001	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[49]
W080	Cassel & Oberdieck	2002	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Ja	[51]
W081	Cassel & Postler	2011	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Ja	[52]
W082	Fetzer et al.	2004	Vollständige Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen aus dem Leistungskatalog	A.4.3.1	Ja	[75]
W083	Fetzer et al.	2004	Einführung eines absoluten und jährlichen Selbstbehaltes	A.5.4	Ja	[75]
W084	Fichte & Schulemann	2010	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[77]
W085	Fichte & Schulemann	2010	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Erwachsenen	E.2.1.2	Nein	[77]
W086	Greß et al.	2010	Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	[98]
W087	Greß et al.	2010	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	[98]
W088	Greß et al.	2010	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[98]
W089	Hagist & Raffelhüschen	2004	Erhöhung von Selbstbehalten auf 500 Euro p.a.	A.5.4	Nein	[99]
W090	Hagist & Raffelhüschen	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale für Bedürftige i.V.m privater Gesundheitsvorsorge für den Rest der Bevölkerung	E.1	Nein	[99]
W091	Hagist & Raffelhüschen	2004	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	[99]
W092	Haufler	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[101]
W093	Henke	2003	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[102]
W094	Henke	2003	Einführung eines Demografiefonds mit freiwilliger Beteiligung der Beitragszahler	E.1	Nein	[102]
W095	Horschel & Pimpertz	2010	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Ja	[103]
W096	Kifmann et al.	2003	Ausbau kapitalbildender Eigenvorsorge	E.1	Nein	[109]
W097	Lauterbach	2004	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[113]
W098	Meinhardt & Schulz	2003	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[120]
W099	Müller	2019	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[123]
W100	Oberender	2003	Einführung sektorenübergreifender Budgets	A.5.2	Nein	[124]
W101	Oberender	2003	Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	[124]
W102	Oberender	2003	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[124]
W103	Oberender	2003	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[124]
W104	Oberender	2003	Ausbau der Koalitionsfreiheit von Leistungserbringern	A.5.3.2	Nein	[124]
W105	Pimpertz	2021	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[129]

Lfd. Nr.	Zuordnung	Jahr	Kurzzusammenfassung	Kategorie	Quant.	Quelle
W106	Pimpertz	2021	Ausbau von Wahlтарifen	A.5.4	Nein	[129]
W107	Pimpertz	2010	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[132]
W108	Pimpertz	2007	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[131]
W109	Pimpertz	2007	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[131]
W110	Pimpertz	2003	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[130]
W111	Postler	2010	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[133]
W112	Rothgang & Götze	2013	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[136]
W113	Rothgang & Götze	2013	Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	E.2.1.2	Nein	[136]
W114	Rothgang & Götze	2013	Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Nein	[136]
W115	Sauerland	2005	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	[162]
W116	Sauerland	2005	Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Medical Savings Accounts	E.1	Nein	[162]
W117	Sauerland	2004	Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	[161]
W118	Scholz	2018	Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	[163]
W119	Schwartz & Jung	2000	Einführung einer Praxisgebühr	A.2.4	Nein	[165]
W120	Schwartz & Jung	2000	Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	[165]
W121	Schwartz & Jung	2000	Ausgliederung unfallbezogener Aufwendungen in obligatorische Privatunfallversicherungen	A.4.3.1	Nein	[165]
W122	Schwartz & Jung	2000	Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Nein	[165]
W123	Wille	2002	Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	[188]
W124	Wille	2002	Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung	E.2.1.2	Nein	[188]
W125	Zweifel & Breuer	2003	Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Nein	[195]

Anhang 2: Schlüsseltable zur Aggregation inhaltlich vergleichbarer Vorschläge. Quelle: eigene Darstellung.

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
K002	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K005	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K008	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K010	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K012	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K023	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K030	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K033	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K045	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K052	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K053	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K057	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K075	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
K077	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P043	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P045	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P050	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P058	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P067	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P069	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
V004	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel auf 7%	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
W022	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel
P012	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P047	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P074	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P075	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P078	Regelmäßige Anpassung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P129	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
V002	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
V030	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
V038	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
W087	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
P013	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
P048	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
P073	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
P101	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
P128	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
V039	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	Anhebung der Versicherungspflichtgrenze
P115	Dynamische Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
P123	Steuerfinanzierung der Kindermitversicherung	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
P124	Steuerfinanzierung der Familienmitversicherung	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
W025	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
W028	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
W078	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von nicht-berufstätigen Ehepartnern, die keine Kinder erziehen und keine familiären Pflegedienste leisten	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
W085	Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung von Erwachsenen	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
W124	Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung	Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung
K001	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K018	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K029	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K032	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K040	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K041	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K046	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K051	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
K058	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
P018	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
P082	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
P089	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
S009	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
S013	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V005	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V007	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V009	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V012	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V017	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V021	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V026	Erhöhung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
V036	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
W114	Dynamisierung des Bundeszuschusses	Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses
P034	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
P127	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
V019	Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W032	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W033	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W035	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W036	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W038	Abschaffung des Fremdbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W039	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
W055	Abschaffung des Mehrbesitzverbotes von Apotheken	Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken
K078	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P001	Einführung eines mehrstufigen Bonussystems	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P022	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P023	Ausbau von Bonusmodellen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P027	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P029	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
P030	Ausbau von Bonusmodellen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P031	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P039	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P042	Ausbau von Bonusmodellen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P093	Ausbau von Bonusmodellen für die Teilnahme an Präventionsleistungen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P106	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P109	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
W075	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
W102	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
W106	Ausbau von Wahltarifen	Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahltarifen
P014	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht
P071	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht
P076	Einbezug von Beamten und Selbstständigen in die Versicherungspflicht	Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht
V024	Einbezug von Beamten und Pensionären in die Versicherungspflicht	Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht
W004	Einführung einer Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung	Einführung einer Praxisgebühr
W050	Einführung einer Praxisgebühr	Einführung einer Praxisgebühr
W063	Einführung einer Praxisgebühr	Einführung einer Praxisgebühr
W119	Einführung einer Praxisgebühr	Einführung einer Praxisgebühr
K062	Einführung eines kriterienbasierten vorläufigen Preises für AMNOG-Arzneimittel im ersten Jahr	Einführung eines Interimspreises für AMNOG-Arzneimittel
S004	Einführung eines Interimspreises für beschleunigt zugelassene Arzneimittel	Einführung eines Interimspreises für AMNOG-Arzneimittel
P088	Einführung eines Globalbudgets	Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets
P103	Einführung eines Globalbudgets	Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets
V042	Einführung eines Globalbudgets	Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets
W100	Einführung sektorenübergreifender Budgets	Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets
P020	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
P041	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
V014	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
W017	Moderate Ausweitung von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
W067	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
W068	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
W083	Einführung eines absoluten und jährlichen Selbstbehaltes	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
W089	Erhöhung von Selbstbehalten auf 500 Euro p.a.	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
W101	Ausbau von Selbstbeteiligungen	Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen
P035	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
P037	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
P040	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
P046	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
W041	Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
W091	Einführung des Kostenerstattungsprinzips	Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips
K019	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel
K067	Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel
P096	Verlängerung des Preismoratoriums für Arzneimittel	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel
P098	Einführung eines Preismoratoriums für Arzneimittel	Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel
K079	Einführung von Elementen der Kapitaldeckung im Wahlleistungsbereich	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
P036	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
P108	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
V027	Erhöhung des in Aktien anlagefähigen Deckungskapitals	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W044	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W045	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W058	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W069	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W072	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W079	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W080	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W081	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W093	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W105	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren

Lfd. Nr.	Kurzzusammenfassung	Aggregation
W109	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
W115	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren
K003	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel
K038	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel auf 19%	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel
P095	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel auf 7%	Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel
P015	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
P055	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
P086	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
P099	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
P102	Abschaffung der Kostenübernahme von nicht evidenzbasierten Behandlungsmethoden	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
W066	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
W071	Eingrenzung des Leistungskatalogs auf evidenzbasierte und kosteneffektive Leistungen	Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs
P097	Schaffung praktikabler und klarer Regeln für Kosten-Nutzen-Bewertungen	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung
P100	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung
W031	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertung ins AMNOG-Verfahren	Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung
K048	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	Rückwirkung des Erstattungsbetrages
K066	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	Rückwirkung des Erstattungsbetrages
K074	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	Rückwirkung des Erstattungsbetrages
P052	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den ersten Tag nach Markteintritt	Rückwirkung des Erstattungsbetrages
P092	Rückwirkung des AMNOG-Erstattungsbetrages auf den siebten Monat nach Markteintritt	Rückwirkung des Erstattungsbetrages

Anhang 3: Übersicht über eindeutige Einzelvorschläge (N=93; ohne Mehrfachzählung) nach Aggregation. Quelle: eigene Darstellung.

Kurzzusammenfassung	Kategorie	Vers.-fremde Leistungen	Bereits umgesetzt
Abbau von Krankenhausbetten-Überkapazitäten in Ballungsgebieten	A.1.3.2	Nein	Nein
Erweiterung des Kataloges ambulant erbringbarer Leistungen	A.1.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Einführung von Behandlungs- und Kopfpauschalen im ambulanten Sektor	A.2.2	Nein	Nein
Einführung eines eigenständigen Leistungskatalogs für spezialisierte ambulante Leistungen	A.2.3.2	Nein	Nein
Einführung kontextbezogener Gatekeeping-Konzepte	A.2.3.2	Nein	Nein
Ergebnisorientierte Vergütung ambulanter Leistungen	A.2.3.2	Nein	Nein
Einführung einer Praxisgebühr	A.2.4	Nein	Nein
Einführung von gestaffelten Selbstbeteiligungen in der ambulanten Versorgung	A.2.4	Nein	Nein
Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel	A.3.1	Nein	Nein
Einführung/Verlängerung/Verstetigung des Preismoratoriums für Arzneimittel	A.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Erhöhung des allgemeinen Herstellerabschlages auf Arzneimittel	A.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Abschaffung der Arzneimittelpreisbindung	A.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Einbezug stationärer Arzneimittelverbräuche in den Kombinationsabschlag	A.3.2	Nein	Nein
Einführung eines Interimspreises für AMNOG-Arzneimittel	A.3.2	Nein	Nein
Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Kostenübernahme für jegliche Arzneimittelverwürfe durch die pharmazeutischen Unternehmer	A.3.2	Nein	Nein
Regelung der Erstattungsbetragsrückerstattung bei stationär eingesetzten Arzneimitteln	A.3.2	Nein	Nein
Stärkung der Möglichkeiten der Krankenkassen zur Begrenzung der Arzneimittelpreise	A.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Abschaffung der Kostenübernahme von Homöopathie	A.3.3.1	Nein	Nein
Anwendungseinschränkungen auf Grundlage einer Fokus-Liste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	Nein
Ausgabenobergrenze für alle Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	Nein
Ausgabenobergrenze für Gruppen von Arzneimitteln	A.3.3.1	Nein	Nein
Einführung einer Positivliste für Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	Nein
Einführung eines Vertragskatalogs für vergleichbare patentgeschützte Arzneimittel	A.3.3.1	Nein	Nein
Obergrenze für die durchschnittlichen Jahreskosten eines neuen Arzneimittels	A.3.3.1	Nein	Nein
Rückwirkung des Erstattungsbetrages	A.3.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Abschaffung der Sonderregelungen für Orphan Drugs im Rahmen der frühen Nutzenbewertung	A.3.3.2	Nein	Nein
Abschaffung unnötiger (Influenza-)Impfstoffreserven	A.3.3.2	Nein	Nein

Kurzzusammenfassung	Kategorie	Vers.-fremde Leistungen	Bereits umgesetzt
Einführung eines Indikationsregisters für neue Arzneimittel	A.3.3.2	Nein	Nein
Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen	A.3.3.2	Nein	Nein
Förderung von Re-Importen von Arzneimitteln	A.3.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Integration von Kosten-Nutzen-Bewertungen in die Arzneimittelbewertung	A.3.3.2	Nein	Nein
Uneingeschränkte Biologika-Substitution in Apotheken	A.3.3.2	Nein	Nein
Einführung von gestaffelten Zuzahlungen zu Arzneimitteln	A.3.4	Nein	Nein
Abschaffung des Hilfsmittel-Ausschreibungsverbot	A.4.2	Nein	Nein
Gesetzliche/behördliche Begrenzung der Heilmittelpreise	A.4.2	Nein	Nein
Abschaffung der Kostenübernahme des Apotheken-Botendienstes	A.4.3.1	Nein	Nein
Ausgliederung der Krankengeldversicherung aus der GKV	A.4.3.1	Nein	Nein
Ausgliederung unfallbezogener Aufwendungen in obligatorische Privatunfallversicherungen	A.4.3.1	Nein	Nein
Ausgliederung von Zahnersatz in eine gesonderte Versicherung	A.4.3.1	Nein	Teilw./wiederholbar
Verringerung der Anzahl von Notfallleitstellen	A.4.3.1	Nein	Nein
Vollständige Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen aus dem Leistungskatalog	A.4.3.1	Nein	Nein
Abschaffung des Versandhandelsverbotes für Arzneimittel	A.4.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Aufhebung des Mehr- und/oder Fremdbesitzverbotes von Apotheken	A.4.3.2	Nein	Nein
Investitionen in Patienten-/Nutzerinformation und -beratung	A.4.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Rückwirkung von Vergütungsbeträgen für DiGA auf den ersten Tag nach Markteintritt	A.4.3.2	Nein	Nein
Absenkung der Umsatzsteuer in allen einschlägigen GKV-Leistungsbereichen auf 7%	A.5.1	Nein	Nein
Einführung von sektorenübergreifenden Budgets/Globalbudgets	A.5.2	Nein	Nein
Nullrunden bei den Vergütungssteigerungen in allen Leistungsbereichen	A.5.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Begrenzung der Leistungsausgaben für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber	A.5.3.1	Nein	Nein
Bereinigung des Leistungskataloges um konsumnahe, medizinisch nicht indizierte oder versicherungsfremde Leistungen	A.5.3.1	Ja	Teilw./wiederholbar
Überprüfung und Eingrenzung des Grundleistungskatalogs	A.5.3.1	Nein	Teilw./wiederholbar
Ausbau der Koalitionsfreiheit von Leistungserbringern	A.5.3.2	Nein	Nein
Einführung/Ausweitung des Kostenerstattungsprinzips	A.5.3.2	Nein	Nein
Evidenzbasierte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs	A.5.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel und Therapien	A.5.3.2	Nein	Teilw./wiederholbar
Steigerung der Kostentransparenz für die Versicherten	A.5.3.2	Nein	Nein

Kurzzusammenfassung	Kategorie	Vers.-fremde Leistungen	Bereits umgesetzt
Ausbau von Bonusmodellen und/oder Wahlтарifen	A.5.4	Nein	Teilw./wiederholbar
Einführung/Ausbau von Selbstbeteiligungen	A.5.4	Nein	Teilw./wiederholbar
Ausbau kapitalbildender Eigenvorsorge	E.1	Nein	Teilw./wiederholbar
Ergänzung/Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Kapitaldeckungsverfahren	E.1	Nein	Nein
Einführung des Züricher Modells der Individualprämie	E.1	Nein	Nein
Einführung einer Bürgerprivatversicherung	E.1	Nein	Nein
Einführung einer Bürgerversicherung	E.1	Nein	Nein
Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale	E.1	Nein	Nein
Einführung einer Gesundheitsprämie/Kopfpauschale für Bedürftige i.V.m privater Gesundheitsvorsorge für den Rest der Bevölkerung	E.1	Nein	Nein
Einführung eines Demografiefonds mit freiwilliger Beteiligung der Beitragszahler	E.1	Nein	Nein
Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Medical Savings Accounts	E.1	Ja	Nein
Integration von GKV und PKV in einen einheitlichen Wettbewerbsrahmen	E.1	Nein	Nein
Anhebung der Versicherungspflichtgrenze	E.2.1.1	Nein	Teilw./wiederholbar
Einbezug weiterer Personengruppen in die Versicherungspflicht	E.2.1.1	Nein	Nein
Freiwillige GKV-Mitgliedschaft für Beamten (langfristig: Versicherungspflicht)	E.2.1.1	Nein	Teilw./wiederholbar
Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	Nein
Anhebung des Rentner-Beitrags auf das Niveau des Erwerbstätigen-Beitrags bei Renteneintritt	E.2.1.2	Nein	Nein
Anpassung/Abschaffung der beitragsfreien Mitversicherung	E.2.1.2	Ja	Nein
Akzeptanz von Beitragssatzerhöhungen	E.2.1.2	Nein	Nein
Berücksichtigung weiterer Einkommensarten bei der Beitragsbemessung	E.2.1.2	Nein	Nein
Einführung eines positiven Beitragssatzes auch oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze	E.2.1.2	Nein	Nein
Einführung eines Splitting-Verfahrens für Ehepaare/eingetragene Lebensgemeinschaften	E.2.1.2	Ja	Nein
Abschaffung des Zusatzbeitrages: Kassenwettbewerb auf Basis des allg. Beitragssatzes	E.2.1.3	Nein	Nein
Abbau der Finanzreserven von Krankenkassen und Gesundheitsfonds	E.2.1.4	Nein	Teilw./wiederholbar
Definition einer Maximalreserve für den Gesundheitsfonds	E.2.1.4	Nein	Nein
Anpassung/Erhöhung/Dynamisierung des Bundeszuschusses	E.2.2	Ja	Nein
Anteilige Steuerfinanzierung eines Energieeffizienzprogrammes für Krankenhäuser	E.2.2	Ja	Nein
Ausbau der Steuerfinanzierung	E.2.2	Ja	Nein
Bundeszuschuss von jährlich 2,5 Mrd. Euro für Krankenhausinvestitionen	E.2.2	Ja	Nein

Kurzzusammenfassung	Kategorie	Vers.-fremde Leistungen	Bereits umgesetzt
Finanzierung höherer Beiträge für ALG-II-Bezieher aus Steuermitteln	E.2.2	Ja	Nein
Steuerfinanzierung der Digitalisierung der Krankenhäuser	E.2.2	Ja	Nein
Steuerfinanzierung der Vorhaltekosten für Rettungsdienste	E.2.2	Ja	Nein
Steuerfinanzierung eines Strukturfonds zur Bereinigung der Krankenhausstrukturen	E.2.2	Ja	Nein
Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	E.2.2	Ja	Teilw./wiederholbar
Steuerfinanzierung von Maßnahmen des Bevölkerungsschutzes	E.2.2	Ja	Nein
Steuerfinanzierung von Sicherstellungszuschlägen für ländliche Krankenhäuser	E.2.2	Ja	Nein

Vandage GmbH
Mai 2023
Copyright © Vandage GmbH

We compute in Bielefeld
vandage.de
hey@vandage.de