



Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Kurzreport



Kurzreport

Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

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

Juni 2024

Autoren

Dr. Daniel Gensorowsky, Dr. Laura Naumann, David Lampe, Dr. Julian Witte

Vandage GmbH
Detmolder Straße 30
33604 Bielefeld

In Zusammenarbeit mit

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



„Wir stehen vor einer Generalüberholung unseres Gesundheitssystems[.]“

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach [1]

Nachhaltigkeit, Solidarität und Leistungsfähigkeit

Mit politischen Initiativen zur Entbürokratisierung, Förderung der Digitalisierung oder strukturellen Großprojekten im Rahmen der Krankenhausreform hat die Bundesregierung große strukturelle Reformprojekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung angestoßen. Angesichts eines anhaltenden Finanzierungsdrucks rücken mittlerweile jedoch vor allem Fragen der direkten Sicherung der Finanzierung der GKV in den Mittelpunkt der politischen Debatte. Den notwendigen strukturellen Reformprojekten ist immanent, dass sie zunächst mit Investitionsbedarfen verbunden sind und keinen unmittelbaren Beitrag zur Entlastung der GKV-Finanzlage leisten. Die Flankierung der „Generalüberholung des Gesundheitssystems“ mit direkt wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen erscheint daher ebenso zwingend wie die angekündigten Strukturreformen selbst.

Stabilisierende Maßnahmen zur Flankierung des Strukturwandels der GKV

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland in der jüngeren Vergangenheit Überschüsse erzielten und die Leistungsausgaben durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen erhöht wurden, geht der Schätzerkreis der GKV von zunehmenden Defiziten der Krankenkassen aus [2]. Angesichts weitreichender Zukunftsherausforderungen wie etwa der demografischen Alterung wird für das Gesundheitssystem – sofern nicht politisch gegengesteuert wird – bis zum Jahr 2040 eine Finanzlücke von knapp 50 Mrd. für realistisch gehalten [3]. Aktuelle Prognosen des Bundesrechnungshofes gehen bis zum Jahr 2060 sogar von einer kontinuierlichen Steigerung des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes um mehr als fünf Prozentpunkte auf 21,8 % aus (2024: 16,3 %) [4]. Dabei sind die Beitragszahler in Deutschland bereits heute im internationalen Vergleich hohen Belastungen ausgesetzt [5]. Nach den kurzfristig, jedoch überwiegend zeitlich begrenzt wirksamen Maßnahmen des GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) zur Kompensierung des Finanzierungsdefizites im Jahr 2023 [6] legte die Bundesregierung im Januar 2024 „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ vor [7]. Kern dieser Empfehlungen sind ausgabenseitige Reformvorschläge, welche die Versorgungsstrukturen verbessern und effizienter gestalten sollen. Wenngleich offenkundig ebenfalls notwendig, stehen kurzfristig wirksame Konzepte zur Stabilisierung der GKV-Finzen dagegen nicht im Fokus. Dem politischen Diskurs mangelt es diesbezüglich nicht an Ideen. Unsere Reforminventur aus dem vergangenen Jahr hat einen systematisierenden Überblick über den Möglichkeitsraum gegeben. Mehr als ein Drittel der 93 identifizierten Reformoptionen waren dabei Vorschläge, die unmittelbar auf eine Stabilisierung der Einnahmenseite der GKV abzielen. Gleichzeitig hat die Inventur aber auch aufgezeigt, dass der Großteil der diskutierten Reformvorschläge kaum hinsichtlich seiner finanziellen und nicht-monetären Effekte auf die GKV untersucht wurde.

Impact-Bewertung soll den Diskurs objektivieren

Transparenz über die erwartbaren Wirkungen verschiedener Reformoptionen ist erforderlich, um evidenzbasierte und rationale Entscheidungen treffen zu können. Die vorliegende Expertise soll deshalb zur Schließung dieser Wissenslücke beitragen, indem es eine Auswahl der inventarisierten Vorschläge einer vertieften quantitativen Impact-Analyse für den Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028 unterzieht. Zudem erfolgt eine qualitative Einordnung der Vorschläge hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit, der Nachhaltigkeit und Effizienz sowie ihrer Auswirkungen auf die Solidarität und möglicher unerwünschter Effekte. Ausgehend von der Reforminventur wurden fünf bereits politisch diskutierte Reformvorschläge für die Impact-Analyse ausgewählt: (1) die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV, (2) die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, (3) die (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr, (4) die Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen sowie (5) die Einführung von Kapitaldeckungselementen.



Abbildung 1: Reformoptionen zur Stabilisierung der Finanzlage der GKV. Quelle: eigene Darstellung.

Kurzfristige und substanzielle Entlastungen der GKV-Finanzlage möglich

Die in der vorliegenden Expertise angestellten Modellrechnungen offenbaren potenzielle Effekte der fünf Reformvorschläge auf die Einnahmen- und/oder Ausgabenseite der GKV in unterschiedlicher Höhe. Der größte fiskalische Effekt wäre im Zusammenhang mit einer Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV zu erwarten. Je nach Szenario würden sich die bislang von den GKV-Versicherten zu tragenden Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen im Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028 auf 8,1 Mrd. Euro bis 76,5 Mrd. Euro jährlich belaufen. Bei konsequenter Auslagerung aus der Finanzierungsverantwortung der GKV könnte der Beitragssatz somit um bis zu 4,6 Beitragssatzpunkte gesenkt werden. Angesichts anhaltender haushaltspolitischer Debatten sowie bestehender Abgrenzungsprobleme bei der Definition versicherungsfremder Leistungen ist allerdings nicht davon auszugehen, dass ein „Maximal-Modell“ konsensfähig wäre. Realistisch erscheint eher, dass bei einer möglichen Auslagerung zunächst eine enge Definition versicherungsfremder Leistungen oder einzelne Leistungsbereiche zugrunde gelegt werden, deren Kategorisierung als „versicherungsfremd“ weitestgehend unstrittig ist.

Potenziell hohe Einsparungen für die GKV sind auch mit Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel verbunden. Dabei erscheint eine vollständige Aufhebung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel, welche zwischen 2024 und 2028 mit einer durchschnittlichen jährlichen Entlastung von 10,3 Milliarden Euro verbunden wäre, ebenfalls mit Blick auf die haushaltspolitische Lage nicht umsetzbar. Realistischer dürfte dagegen ein reduzierter Satz auf Niveau des allgemeinen reduzierten Mehrwertsteuersatzes in Höhe von 7 % sein. Dieses Szenario wäre mit jährlichen Entlastungen der GKV in Höhe von ca. 6,2 Mrd. Euro und einem Beitragssatzsenkungspotenzial von 0,37 Prozentpunkten verbunden.

Mögliche Entlastungen der GKV-Finanzlage durch (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr hängen wiederum von der Höhe der Gebühr selbst sowie der Quantifizierung nicht nur der Einnahmeeffekte, sondern auch der Nachfrageeffekte ab. Wird



konservativ nur der Einnahmeeffekt aus der Praxisgebühr angenommen, ergeben sich mögliche jährliche Zusatzeinnahmen zwischen 2,4 Mrd. Euro (Gebühr i. H. v. 10 Euro) und 3,6 Mrd. Euro (Gebühr i. H. v. 15 Euro). Wird zusätzlich eine einmalige Fallzahlreduktion in Höhe von 5 % angenommen, so erhöht sich das berechnete Stabilisierungspotenzial auf bis zu 6,5 Mrd. Euro pro Jahr. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die zu erwartenden Nachfrageeffekte im Zusammenhang mit der Einführung der Praxisgebühr mit hoher Unsicherheit verbunden sind.

Besondere Unsicherheiten sind zudem im Hinblick auf die zu erwartenden Effekte einer Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zu berücksichtigen. Die Analysen zeigen, dass die Vorteilhaftigkeit der Maßnahme eng mit der zusätzlichen Abwanderung von GKV-Versicherten in die private Krankenversicherung (PKV) abhängt. Ergibt sich bei einer initial angenommenen zusätzlichen Abwanderungsrate von 10 % noch ein positiver Finanzierungseffekt für die GKV von durchschnittlich 3,6 Mrd. Euro pro Jahr, so wäre die GKV bei einer erhöhten zusätzlichen Abwanderung von initial 20 % bereits schlechter gestellt als ohne die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze. Allein im Zeitraum von 2024 bis 2028 würde der Verlust bei durchschnittlich 1,3 Mrd. Euro pro Jahr liegen. Auch in den Folgejahren wären negative Effekte erwartbar.

Die Berechnungen zeigen zudem, dass die Einführung von ergänzenden Kapitaldeckungselementen in Form eines „Demografiefonds“ in der GKV je nach Zinsszenario den Beitragssatz über die nächsten fast 40 Jahre auf einem Niveau stabilisieren könnte, das bis zu 2,4 Beitragssatzpunkte unter dem für das Jahr 2060 prognostizierten Wert liegt. Durch die Nutzung von Zins- und Zinseszinsseffekten könnte somit im Jahr 2060 ein Einnahmedefizit von bis zu 69 Mrd. Euro kompensiert werden. In der kurzen Frist ginge der notwendige Aufbau eines Kapitalstocks jedoch mit deutlichen zusätzlichen Belastungen für aktuelle Beitragszahler einher. Im Hinblick auf die Umsetzungsperspektive des Vorschlages scheinen daher Varianten von Kapitaldeckungsverfahren, welche auf eine Dämpfung der Beitragssatzentwicklung abzielen und nicht auf die langfristige Sicherung eines konstanten Beitragssatzes realistischer. Vorlagen hierfür können bereits in anderen Bereichen der Sozialversicherung (z. B. im Pflegevorsorgefonds) gefunden werden.

Tabelle 1: Jährliche durch die modellierten Reformoptionen zu erwartende Entlastungseffekte für die GKV. Quelle: eigene Darstellung.

Reformoption		Potenzieller jährlicher Entlastungseffekt (2024 bis 2028)	
		Minimal-Szenario	Maximal-Szenario
	Auslagerung versicherungsfremder Leistungen	8,1 Mrd. € 0,48 BSP	76,5 Mrd. € 4,55 BSP
	Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	-1,3 Mrd. € +0,08 BSP	3,6 Mrd. € 0,21 BSP
	(Wieder-)Einführung der Praxisgebühr	2,4 Mrd. € 0,15 BSP	6,5 Mrd. € 0,38 BSP
	Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel	1,7 Mrd. € 0,10 BSP	10,3 Mrd. € 0,64 BSP

BSP: Beitragssatzpunkte

Neben dem finanziellen Entlastungspotenzial sind in der Bewertung finanzpolitischer Reformoptionen auch qualitative Aspekte hinsichtlich deren Umsetzbarkeit, dem Beitrag zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzlage unter Wahrung solidarischer Grundprinzipien der GKV sowie potenziellen Kollateraleffekten zu berücksichtigen. Den im Rahmen der vorliegenden Expertise betrachteten Reformoptionen ist dabei gemein, dass sie bereits im wissenschaftlichen wie politischen Kontext diskutiert bzw. vorgeschlagen wurden, überwiegend kurzfristig umsetzbar und wirksam wären (Ausnahme: Einführung von Kapitaldeckungselementen), und zumindest erwartbar keinen direkten negativen Einfluss auf das Versorgungsangebot und die Versorgungsqualität hätten.



DIE ANALYSEN IM DETAIL

Auslagerung versicherungsfremder Leistungen

1. Was steckt dahinter?

Über die GKV werden auch Leistungen erbracht, die als „versicherungsfremd“ betrachtet werden, da sie nicht dem originären Zweck einer Krankenversicherung (Absicherung des Krankheitsrisikos zugeordnet werden können), sondern eher familienpolitisch motiviert oder von allgemeinem gesellschaftlichen Interesse sind (etwa die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern oder Leistungen zur Empfängnisverhütung) [8]. Zur finanziellen Entlastung der GKV wird diskutiert, diese Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV auszulagern (etwa durch eine umfassende Gegenfinanzierung aus Steuermitteln). Da es keine Legaldefinition des Begriffes gibt [9], existieren unter den Expertinnen und Experten jedoch unterschiedliche Auffassungen, was genau als versicherungsfremd zu verstehen ist.

2. Was wird berechnet?

Berechnet werden die für die Jahre 2024 bis 2028 erwarteten GKV-Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen, welche die Kompensation durch den jährlichen Bundeszuschuss sowie die Beiträge von Bürgergeldempfängern übersteigen. Um der Abgrenzungsproblematik Rechnung zu tragen, werden eine enge und eine weite Begriffsdefinition zugrunde gelegt. Während die enge Definition 14 weitestgehend konsensuale Leistungspositionen umfasst, enthält die weite Definition mit 26 Leistungspositionen auch solche, deren Klassifikation als versicherungsfremde Leistung kontroverser diskutiert wird.

3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Das für die Jahre 2024 bis 2028 erwartete durchschnittliche jährliche Entlastungspotenzial (nach Abzug des Bundeszuschusses) durch eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen beträgt in der engen Definition **8,1 Milliarden Euro jährlich**; in der weiten Definition **76,5 Milliarden Euro jährlich**. Dies entspricht Entlastungen für die Beitragszahler zwischen **0,48 bis 4,55 Beitragssatzpunkten**.

4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Politisch wurde und wird die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV bereits von vielen Seiten vorgetragen. Mit Blick auf die aktuell angespannte Lage des Bundeshaushaltes erscheinen umfassende Schritte in diese Richtung jedoch eher unrealistisch [7]. Grundsätzlich hätte die Maßnahme das Potenzial, einen substanziellen und nachhaltigen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu leisten. Der Unterschied zwischen der engen und der weiten Auslegung des Begriffes ist dabei erheblich. Der weiten Definition folgend würde auch die Mitversicherung von Familienangehörigen zur Disposition stehen und damit ein Grundpfeiler des Solidaritätsprinzips infrage gestellt werden. Die Auslagerung weitestgehend eindeutig klassifizierbarer Leistungen im Rahmen der engen Definition dürfte daher – abstrahiert von haushaltspolitischen Erwägungen – politisch anschlussfähiger sein. Mögliche unerwünschte Effekte sind eine höhere Intransparenz sowie ein steigender Bürokratieaufwand. Im Falle einer vermehrten Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln besteht zudem die Gefahr einer größeren Abhängigkeit der Gesundheitsversorgung von politischen Entscheidungen.



DIE ANALYSEN IM DETAIL

Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

1. Was steckt dahinter?

Die Beitragsbemessungsgrenze (BBG) legt das maximale Bruttoentgelt fest, bis zu dem die Beiträge in der GKV erhoben werden. Der Verdienst, der über diese Einkommensgrenze hinausgeht, ist beitragsfrei. Die BBG liegt 2024 bei 62.100 Euro jährlich bzw. 5.175 Euro monatlich. Die Versicherungspflichtgrenze (VPG) bezeichnet hingegen den Einkommenshöchstbetrag, bis zu dem Arbeitnehmende gesetzlich krankenversichert sein müssen. Im Jahr 2024 liegt die VPG bei 69.300 Euro jährlich bzw. 5.775 Euro monatlich. Beide Grenzen werden jährlich angepasst [10]. Zur Stabilisierung der Einnahmeseite der GKV durch höhere Beitragseinnahmen steht eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze zur Diskussion.

2. Was wird berechnet?

Modelliert werden die fiskalischen Auswirkungen einer einmaligen Anhebung der BBG in der GKV auf das Niveau der BBG in der Rentenversicherung Ost (6.750 Euro pro Monat, Stand: 2022) im Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028. Berücksichtigt werden neben zusätzlichen Beitragseinnahmen durch die Ausweitung der Beitragsbemessung auch mögliche Abwanderungen von Besserverdienern in die private Krankenversicherung (PKV). Es werden je zwei Szenarien für die zusätzliche Abwanderung von Versicherten in die PKV (10 % bzw. 20 % im ersten Jahr) sowie für die Ausgabenstruktur der abwandernden Versicherten berechnet.

3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Im Maximum lassen die Modellrechnungen einen jährlichen Finanzierungseffekt von **3,6 Milliarden Euro** durch die Anhebung der BBG erwarten. Die Vorteilhaftigkeit der Maßnahme hängt allerdings wesentlich von der zusätzlichen Abwanderung guter Risiken in die PKV ab. Im Szenario mit hoher zusätzlicher Abwanderung (hier: 20 % im ersten Jahr) wäre sogar eine zusätzliche finanzielle Belastung der GKV in Höhe von **1,3 Milliarden Euro** gegenüber der Nicht-Anhebung der BBG zu erwarten. Den Szenarioanalysen zufolge könnte sich die Anhebung der BBG somit je nach Ausmaß der Abwanderung mit einer **Erhöhung um 0,08 Prozentpunkte** bis hin zu einer **Reduzierung um 0,21 Prozentpunkte** auf den GKV-Beitragssatz auswirken.

4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Im Vergleich zu den anderen hier modellierten Reformvorschläge, ist der finanzstabilisierende Effekt eher als **gering** einzustufen. Zu berücksichtigen ist in diesem Kontext vor allem auch die hohe **Unsicherheit**, die durch eine mögliche Abwanderung zur PKV gegeben ist und die großen Einfluss darauf hat, ob sich dieser Reformvorschlag entlastend oder belastend auf die GKV-Finzen auswirkt. Die allgemein stärkere Belastung von Gutverdienern durch die Anhebung der BBG könnte als Stärkung des Solidaritätsprinzips ausgelegt werden. Als Gegenargument kann hier aber unter andere eine mögliche Überbelastung dieser Personengruppen angeführt werden [11].



DIE ANALYSEN IM DETAIL

(Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr

1. Was steckt dahinter?

Im Jahr 2004 wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eine Praxisgebühr für den ambulanten Bereich in Höhe von 10 Euro pro Quartal für volljährige GKV-Versicherte eingeführt [12]. Neben den Mehreinnahmen für die GKV durch die Gebühr, sollten mit der Einführung auch die Eigenverantwortung und das Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt werden. Unter anderem aufgrund der umstrittenen Nachfragewirkung der Praxisgebühr wurde im Jahr 2013 wieder abgeschafft [13]. Angesichts der angespannten Finanzlage der GKV wird auch die Wiedereinführung einer (modifizierten) Praxisgebühr diskutiert.

2. Was wird berechnet?

Der zu erwartende finanzstabilisierende Effekt einer Wiedereinführung der quartalsbezogenen Praxisgebühr in der ambulanten ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Versorgung in den Jahren 2024 bis 2028 wird modelliert. Berücksichtigt werden vier Szenarien. Dabei werden einerseits die Höhe der Praxisgebühr (Variante 1: 10 Euro, Variante 2: 15 Euro) und andererseits das Ausmaß der angenommenen Nachfragereaktion (Variante A: keine Fallzahlsenkung, Variante B: einmalige Fallzahlsenkung um 5 %) variiert.

3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Aus der Modellierung ergibt sich durch eine Einführung der Praxisgebühr Finanzierungseffekte zwischen **2,4 Milliarden Euro** (nur Einnahmeeffekt, Gebühr i. H. v. 10 Euro) und **6,5 Milliarden Euro** (Einnahmeeffekt + Fallzahlsenkung, Gebühr i. H. v. 15 Euro) jährlich. Dies entspricht einem Potenzial zur Beitragssatzsenkung von **0,15 bis 0,38 Beitragssatzpunkten**

4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Die (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr lässt **sichere und dauerhafte Einnahmeeffekte** für die GKV einher. Im Gegensatz zu den anderen Reformvorschlägen, die im Rahmen dieser Expertise untersucht wurden, zeichnet sich dieser Vorschlag auch dadurch aus, dass er auf eine Steigerung des Kostenbewusstseins und zusätzliche Anreize für eine rationalere Leistungsinanspruchnahme ausgerichtet ist. Gesetzgeberisch ließe sich eine Praxisgebühr analog zur Einführung im Jahr 2004 vermutlich leicht umsetzen. Risiken bestehen dahingehend, dass wie bei der damaligen Praxisgebühr zusätzlicher **bürokratischer Aufwand** entsteht [14] und dass sozial schwächer gestellte Versicherte durch die Selbstbeteiligung ggf. **medizinisch notwendige Maßnahmen aufschieben** und vermeiden. Letzteres stünde im Konflikt zum Solidaritätsgedanken [15] und ginge zudem möglicherweise mit erhöhten Folgekosten einher.



DIE ANALYSEN IM DETAIL

Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen

1. Was steckt hinter dem Vorschlag?

Auf jeden steuerpflichtigen Umsatz wird in Deutschland grundsätzlich eine Mehrwertsteuer von 19 % erhoben (§ 12 Abs. 1 Umsatzsteuergesetz [UStG]). Für ausgewählte Güter und Dienstleistungen (zum Beispiel auf Waren der Grundversorgung wie Lebensmittel oder Bücher) gilt ein ermäßigter Steuersatz in Höhe von 7 %, um die Verbraucherinnen und Verbraucher zu entlasten. Zur Debatte steht, ob Arznei- und Hilfsmittel nicht ebenfalls lediglich mit dem ermäßigten Satz besteuert werden sollten. Behandlungen im Krankenhaus oder ärztliche Behandlungen sowie Leistungen zur Diagnostik und Rettungsdienste sind von dieser Fragestellung nicht betroffen, da hier keine Mehrwertsteuer erhoben wird (§ 4 Nr. 14 Buchst. a UStG).

2. Was wird berechnet?

Die Modellierung untersucht die erwartbaren Reduzierungen der GKV-Ausgaben durch eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf GKV-Leistungen (Arznei- und Hilfsmittel) in den Jahren 2024 bis 2028. Dabei werden drei Szenarien mit dem Status verglichen. Szenario 1: Weiterführung des reduzierten Satzes aus der COVID-19-Pandemie (16 % bzw. 5 %). Szenario 2: Absenkung auf den allgemeinen reduzierten Satz (7 %). Szenario 3: Aufhebung der Mehrwertsteuer (0 %).

3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Durch eine Absenkung der Umsatzsteuer kann eine nachhaltige Entlastung der GKV-Finzen erreicht werden, die Spannweite der berechneten Einsparpotenziale reicht von **1,7 Milliarden Euro jährlich** (Szenario 1) bis **10,3 Milliarden Euro jährlich (Szenario 3)**. Das damit verbundene **Potenzial zur Beitragssatzsenkung** liegt zwischen **0,1 und 0,6 Prozentpunkten**. Realistisch erscheint eine Absenkung auf einen allgemeinen reduzierten Satz in Höhe von 7 %, was zu einer jährlichen Entlastung der GKV in Höhe von ca. 6,2 Mrd. Euro führen würde.

4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Die Absenkung der Mehrwertsteuer auf einen einheitlich reduzierten Steuersatz von 7 % würde **nachhaltig zur Stabilisierung der GKV-Finzen beitragen**. Eine vollständige Aufhebung hätte den größten Effekt, ist aber als unrealistisch zu bewerten und dient im Zuge der Modellierung eher als Referenzpunkt für die anderen realistischeren Szenarien. Die Absenkung der Mehrwertsteuer ließe sich regulatorisch dabei relativ leicht umsetzen. **Fraglich** ist allerdings mit Blick auf die angespannte Haushaltslage des Bundes, ob der Vorschlag derzeit politisch opportun ist, da bei Umsetzung des Reformvorschlages Steuereinnahmen fehlen würden.



DIE ANALYSEN IM DETAIL

Einführung von Kapitaldeckungselementen

1. Was steckt hinter dem Vorschlag?

Abweichend vom aktuellen Prinzip der Umlagefinanzierung in der GKV würde bei diesem Vorschlag analog zum Finanzierungsprinzip in der PKV ein verzinster Kapitalstock aufgebaut. Damit würde insbesondere der Kritik am Umlageverfahren im Hinblick auf die intergenerative Solidarität Rechnung getragen. So führt die demografische Alterung perspektivisch zu einer Verschiebung des Verhältnisses von Nettozahlern zu Nettoempfängern in der GKV [16]. In der Konsequenz werden die jüngeren Generationen durch den Solidarausgleich zukünftig stärker belastet als Mitglieder vorangegangener Geburtskohorten.

2. Was wird berechnet?

Die Modellierung untersucht auf Basis des konzeptionellen Vorschlags von Cassel und Oberdiecks Demografiefonds [17], welchen Beitrag Kapitaldeckungselemente zur Stabilisierung des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes bis zum Jahr 2060 leisten können. Die zentrale Fragestellung ist, wie hoch der Beitragssatz angesetzt werden müsste, um ihn bis 2060 unter Anwendung einer teilweisen Kapitaldeckung konstant zu halten. Ausgangspunkt ist eine aktuelle Beitragssatzprognose des Bundesrechnungshofes [4]. Die Modellierung des Kapitalstocks berücksichtigt drei verschiedene Zinsszenarien (Basis: 1,88 %, Niedrig: 0,46 %; Hoch: 3,31 %).

3. Wie groß ist der potenziell finanzstabilisierende Effekt?

Im Basiszinsszenario unter Nutzung des Kapitaldeckungsverfahrens müsste der Beitragssatz 37 Jahre konstant bei 19,1 % gehalten werden, um die laufenden GKV-Ausgaben zu decken. Dieser Beitragssatz liegt 2,8 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Beitragssatz von 2024, aber 2,2 Prozentpunkte unter dem durchschnittlichen Beitragssatz, der für 2060 prognostiziert wird. Im Basisszenario würden Beitragszahler zum Aufbau des Kapitalstocks über einen Zeitraum von 16 Jahren einen konstanten Beitragssatz zahlen, der über dem prognostizierten variablen Beitragssatz liegt, und damit Mehrbelastungen tragen. Ab dem Jahr 2040 würde der konstante Beitragssatz indes unter dem prognostizierten variablen Beitragssatz liegen und Defizite bei den Beitragseinnahmen durch den angesparten Kapitalstock ausgeglichen. Für das Niedrig- und das Hochzinsszenario ergeben sich kostendeckende konstante Beitragssätze in Höhe von 19,3 % bzw. 18,9 %. Die Differenz zwischen den beiden Werten verdeutlicht die möglichen Vorteile der Nutzung von Zinseffekten.

4. Wie wahrscheinlich ist eine Umsetzung?

Dieser Vorschlag folgt einer **anderen Logik** als die anderen vier vorgestellten Reformvorschläge und eröffnet damit eine weitere Perspektive in der Finanzierungsdebatte. So geht es nicht um kurzfristig realisierbare Einnahme- oder Einsparpotenziale, sondern um eine **langfristige Beitragssatzstabilisierung**. In der kurzen Frist würde der Vorschlag deutliche Zusatzbelastungen für die Versicherten bedeuten, was die politische Umsetzbarkeit der Kapitaldeckung mit der Zielsetzung eines dauerhaft konstanten Beitragssatzes unwahrscheinlich macht. Alternative, anschlussfähigere Ausgestaltungsvarianten zur Dämpfung der Beitragssatzentwicklung sind jedoch bereits in anderen Bereichen der Sozialversicherung implementiert. Wie nachhaltig kapitaldeckende Elemente für die GKV-Finzen wären, ist letztlich abhängig von der konkreten Ausgestaltung des Fonds (Ein-/Auszahlungsmodell, Laufzeit) und unterläge gewissen Unsicherheiten, inklusive einer Abhängigkeit vom internationalen Kapitalmarkt.



Methodik von quantitativer Bewertung und qualitativer Einordnung

Die fünf genannten Reformvorschläge wurden aus dem vorgelagerten Projekt ausgewählt, in dem eine Inventur bestehender Reformvorschläge zur GKV-Finanzierung der letzten 20 Jahre erstellt wurde [18]. Die **Selektion** der fünf zu modellierenden Vorschlägen erfolgte kriteriengeleitet im Experten- und Projektteam. Leitend für die Auswahl war, dass die Vorschläge politisch umsetzbar erscheinen, dass ein hinreichender Finanzierungseffekt erwartbar wäre und der Vorschlag innovativ ist beziehungsweise ihre Impact-Bewertung neue Impulse in der Finanzierungsdebatte liefern könnte.

Für jeden der fünf Vorschläge wurde eine kurz- bis mittelfristige **quantitative Impactmodellierung** basierend auf der Fortschreibung für die Jahre 2024 bis 2028 durchgeführt. Die Modellierungen basieren alle auf öffentlich zugänglichen Datenquellen und beruhen auf einer Fortschreibung der beobachteten Daten der Jahre 2018 bis 2022, wobei in allen Analysen das Jahr 2020 durch die COVID-19-bedingten Abweichungen keine Berücksichtigung fand. Zusätzlich wurde für jeden Vorschlag eine **qualitative Einordnung** vorgenommen. Das Ziel dieser Untersuchungen war es, der Komplexität des Gesundheitswesens gerecht zu werden und etwaige Wechselwirkungen der Vorschläge aufzuzeigen. Für jeden Vorschlag wurde dazu die technische und politische Umsetzbarkeit geprüft. Ferner wurde untersucht, inwieweit der Vorschlag nachhaltig zur GKV-Finanzstabilisierung beiträgt oder ob damit eine höhere Effizienz in der Versorgung erwartbar wäre. Ebenso beleuchtet wurden Implikationen für das Solidaritätsprinzip der GKV sowie direkte und indirekte unerwünschte Effekte.



Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Lauterbach: Rückenwind für unsere Reformen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/svr-gutachten-uebergabe-25-04-24.html>. Zugegriffen: 26. April 2024
2. Bundesamt für Soziale Sicherung (2023) Schätztableau des GKV-Schätzerkreises. Schätztableau 2023-2024
3. Ochmann RR, Albrecht M (2019) Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung, 1. Aufl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
4. Bundesrechnungshof (2022) Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages, Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages und Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages Demografische Entwicklung: Finanzrisiken des Bundes aus seiner Beteiligung an der Finanzierung der Sozialversicherungen, 23. Aufl. Bundesrechnungshof; Publikationsserver ibib, Potsdam, Berlin/Bonn
5. tagesschau.de (2023) Hohe Steuer- und Abgabenlast in Deutschland. OECD-Vergleich. <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/verbraucher/oecd-steuern-abgaben-deutschland-100.html>; Zugegriffen: 28. Februar 2024
6. Bundesministerium für Gesundheit (2024) GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>. Zugegriffen: 28. Februar 2024
7. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Empfehlungen des Bundesministeriums für Gesundheit für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 220 Absatz 4 SGB V. Stand: 31. Mai 2023*. * einzelne Aktualisierungen wurden vorgenommen
8. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Versicherungsfremde Leistungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen>. Zugegriffen: 20. Februar 2024
9. Deutscher Bundestag (2016) Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation. WD 9- 3000- 051/16
10. Bundesregierung (2024) Neue Beitragsbemessungsgrenzen für 2024. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/arbeit-und-soziales/beitragsbemessungsgrenzen-2024-2229320>. Zugegriffen: 14.02.24
11. Kriwy P, Mielck A (2006) Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. Gesundheitswesen 68(5):281–288. doi:10.1055/s-2006-926779
12. Deutscher Bundestag (2023) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, Bd 2003
13. Deutscher Bundestag (2012) Bundestag schafft einstimmig die Praxisgebühr ab. https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41447099_kw45_de_praxisgebuehr-209922. Zugegriffen: 11. März 2024
14. APOTHEKE ADHOC (2012) KBV: Praxisgebühr kostet 360 Millionen Euro. <https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/politik/kbv-praxisgebuehr-kostet-360-millionen-euro/>. Zugegriffen: 03. April 2024
15. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn
16. Gensorowsky D, Witte J, Naumann L, Zeitler A (2023) Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Eine systematische Übersicht. Eine Studie im Auftrag des LAWG Deutschland e.V und des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller e.V. https://zukunft-gkv-finanzierung.de/assets/pdf/2023-05-11_finanzreformen_inventur_vand.pdf. Zugegriffen: 14. Februar 2024

Vandage GmbH
Juni 2024
Copyright © Vandage GmbH
We compute in Bielefeld
vandage.de
hey@vandage.de