

Impact-Bewertung ausgewählter Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Langreport



Langreport

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



Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	1
1 Einleitung	2
2 Methodische Vorbemerkungen	4
2.1 Auswahl der Reformvorschläge	4
2.2 Quantitative Impact-Bewertung	4
2.3 Qualitative Einordnung	4
3 Impact-Bewertung	6
3.1 Auslagerung versicherungsfremder Leistungen	6
3.2 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze	16
3.3 (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr	24
3.4 Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen	32
3.5 Einführung von Kapitaldeckungselementen	40
4 Zusammenfassung und Diskussion	48
Literatur	52
Anhang	63



Executive Summary

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

Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach [1]

Mit politischen Initiativen zur Entbürokratisierung, Förderung der Digitalisierung oder strukturellen Großprojekten im Rahmen der Krankenhausreform hat die Bundesregierung zentrale Zukunftsprojekte zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung angestoßen. Zweifelsohne notwendige Strukturreformen stehen auch im Mittelpunkt der im Januar 2024 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) veröffentlichten „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“. Statt direkt zur Entlastung der Finanzlage in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beizutragen, ist diesen Vorhaben jedoch immanent, dass sie zunächst mit erheblichen Investitionsbedarfen und damit Mehrausgaben verbunden sind. Die Flankierung der „Generalüberholung des Gesundheitssystems“ mit direkt wirksamen Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen erscheint daher so zwingend wie die angekündigten Strukturreformen selbst. So gehen aktuelle Prognosen bis zum Jahr 2060 von einer kontinuierlichen Steigerung des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes um mehr als fünf Prozentpunkte aus. Die umfassenden, vor allem ausgaben-seitigen Maßnahmen des im Jahr 2022 verabschiedeten GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes (GKV-FinStG) konnten nur vorübergehend Abhilfe schaffen. Etwa die Hälfte der gesetzlichen Krankenkassen hat zum Jahresbeginn 2023 die Beiträge angehoben und gut ein Drittel erneut zum Jahresanfang 2024. Der Schätzerkreis der GKV geht auch in den kommenden Jahren von zunehmenden Defiziten der Krankenkassen aus.

Dem politischen Diskurs mangelt es nicht an Ideen für Maßnahmen zur direkten Stabilisierung der GKV-Finzen. Unsere Reforminventur aus dem vergangenen Jahr hat einen systematisierenden Überblick über den Möglichkeitsraum gegeben und gleichzeitig gezeigt, dass der Großteil der diskutierten Reformvorschläge kaum hinsichtlich ihrer monetären und nicht-monetären Effekte für die GKV untersucht wurde. Die vorliegende Expertise möchte diese Lücke schließen und einen objektivierenden Beitrag zur Finanzierungsdebatte in der GKV leisten. Ausgehend von den Ergebnissen der Reforminventur wurden fünf bereits politisch diskutierte Reformvorschläge für eine vertiefende quantitative und qualitative Bewertung ausgewählt. Die ausgewählten Reformoptionen zielen insbesondere auf einnahmenseitige Weiterentwicklungen der Finanzierungssystematik ab und umfassen (1) die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen, (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. Die für die unterschiedlichen Maßnahmen errechneten fiskalischen Effekte für die GKV variieren deutlich. Am wirksamsten wäre je nach Umsetzungsmodell die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen (je nach Modellierungsszenario und Annahmen Einsparungen zwischen 8,1 Mrd. Euro und 76,5 Mrd. Euro), gefolgt von der (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr (2,4 Mrd. Euro bis 6,5 Mrd. Euro), der Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel (1,7 Mrd. Euro bis 6,6 Mrd. Euro) sowie der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (-1,3 Mrd. Euro bis 3,6 Mrd. Euro). Die Berechnungen zeigen zudem, dass die Einführung von ergänzenden Kapitaldeckungselementen in der GKV je nach Zinsszenario den Beitragssatz über die nächsten fast 40 Jahre auf einem Niveau stabilisieren könnte, das bis zu 2,2 Beitragssatzpunkte unter dem für das Jahr 2060 prognostizierten Wert liegt. In der kurzen Frist ginge die Maßnahme indes mit deutlichen Zusatzbelastungen einher.

Neben dem finanziellen Entlastungspotenzial sind in der Bewertung finanzpolitischer Reformoptionen jedoch auch qualitative Aspekte hinsichtlich der Umsetzbarkeit, des Beitrags zur nachhaltigen Stabilisierung der GKV-Finanzlage unter Wahrung solidarischer Grundprinzipien der GKV sowie potenzieller Kollateraleffekte 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 die Einführung von Kapitaldeckungselementen), und zumindest erwartbar keinen direkten negativen Einfluss auf das Versorgungsangebot und die Versorgungsqualität hätten.



1 Einleitung

Im Jahr 2022 hat der Gesetzgeber mit dem GKV-FinStG auf die für das Jahr 2023 erwartete Rekord-Finanzlücke in Höhe von 17 Mrd. Euro in der GKV reagiert [1]. Um dieses akute Defizit auszugleichen, griff der Gesetzgeber auf ein komplexes Bündel aus einnahmen- und ausgabenorientierten Maßnahmen zurück. Hierzu gehörten übergeordnete einnahmenseitige Eingriffe wie die Anhebung des Zusatzbeitrags, der Abbau vorhandener Finanzreserven, die Erhöhung des Bundeszuschusses sowie ein Darlehen des Bundes für die GKV. Auf der Ausgabenseite umfassten die Maßnahmen eine Reform des AMNOG-Verfahrens für neue Arzneimittel, die Erhöhung des allgemeinen Arzneimittelherstellerabschlags und des Apothekenabschlags, die Verlängerung des Preismoratoriums bei Arzneimitteln sowie Anpassungen beim Pflegebudget, bei der Neupatientenregel der Vertragsärzte und der Zahnarzthonorare [2].

Zur Sicherstellung einer hochwertigen Gesundheitsversorgung in Deutschland besteht darüber hinaus der Bedarf, die GKV-Finzen durch direkte kurzfristige wie auch langfristige strukturelle Maßnahmen zu stabilisieren. Dieser Notwendigkeit wurde im GKV-FinStG mit dem in § 220 Absatz 4 SGB V formulierten Auftrag an das BMG Rechnung getragen, bis Ende Mai „Empfehlungen für eine stabile, verlässliche und solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ [2] zu erarbeiten. Nach regierung-internen Beratungen wurden die Empfehlungen im Januar 2024 in Form eines achtseitigen Textdokument veröffentlicht [3]. Die Empfehlungen fokussieren vor allem ausgabenseitige Reformpakete, welche die Versorgungsstrukturen verbessern und effizienter gestalten sollen. Dabei wird auch angemerkt, dass damit verbundene Effekte auf die GKV-Finanzlage vor allem mittel- bis langfristig erwartbar sind. Kurzfristig ist ein Großteil der genannten Maßnahmen (Modernisierung und Restrukturierung der Krankenhauslandschaft, Restrukturierung der Notfallversorgung, Förderung von Digitalisierung und Datennutzung, Errichtung von Gesundheitskiosken, Förderung der Prävention im Kontext von Herz-Kreislauf-Erkrankungen) allerdings zunächst mit Investitionen seitens der GKV und in der Konsequenz mit Mehrausgaben verbunden. Konkrete Einsparziele oder erwartete Effizienzpotenziale werden nicht benannt. Einnahmeseitig spricht sich das BMG vor allem für die bereits im Koalitionsvertrag beschriebene Auslagerung der versicherungsfremden Leistungen aus. Allerdings weist das Papier hinsichtlich der Umsetzungsperspektive bereits einschränkend auf die angespannte haushaltspolitische Lage des Bundes hin. So heißt es zur stärkeren Beteiligung des Bundes an der Finanzierung versicherungsfremder Leistungen: „Die Maßnahmen des Koalitionsvertrags zur dauerhaften Anhebung von Bundesmitteln sollten umgesetzt werden, sobald es im Lichte der wirtschaftlichen Entwicklung die haushaltspolitischen Rahmenbedingungen zulassen.“ [3]

Nachdem die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland in der jüngeren Vergangenheit bedingt durch eine gute Arbeitsmarktsituation Überschüsse erzielten und die Leistungsausgaben durch zahlreiche gesetzliche Maßnahmen (z. B. die Ausgliederung stationärer Pflegekosten aus dem DRG-System oder die Einführung einer Neupatientenregelung im ambulanten Bereich) erhöht wurden, hat sich die Lage mittlerweile geändert: Der GKV-Schätzerkreis geht von zunehmenden Defiziten der Krankenkassen aus [4]. Angesichts weitreichender Zukunftsherausforderungen wird für das Gesundheitssystem – sofern nicht politisch gegengesteuert wird – bis zum Jahr 2040 eine Finanzlücke von knapp 50 Mrd. für realistisch gehalten [5]. Aktuelle Prognosen des Bundesrechnungshofes gehen bis zum Jahr 2060 von einer kontinuierlichen Steigerung des durchschnittlichen GKV-Beitragsatzes um mehr als fünf Prozentpunkte auf 21,8 % aus (2024: 16,3 %) [6]. Dabei sind die Beitragszahler in Deutschland bereits heute im internationalen Vergleich hohen Belastungen ausgesetzt [7]. Vor diesem Hintergrund ist es von hoher Relevanz, neben den vorgetragenen strukturellen Reformempfehlungen, auch Maßnahmen zu diskutieren, die direkter an den Finanzierungsmechanismen der GKV ansetzen, bei denen ein Effekt schneller eintreten könnte und zudem besser abschätzbar wäre. Entsprechende Maßnahmen erscheinen nicht allein für die Kompensation kurzfristiger Finanzierungsdefizite unabdingbar, sondern würden auch die notwendigen Grundlagen schaffen, um die anstehenden Strukturreformen zu realisieren und die Gesundheitsversorgung in Deutschland zukunftssicher aufzustellen.



Um einen systematisierenden Überblick des Möglichkeitsraumes der Maßnahmen zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu geben, wurde im Frühjahr 2023 eine „Inventur der Reformvorschläge zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ durchgeführt [8]. Diese umfasste eine Bestandsaufnahme bislang diskutierter Reformvorschläge zur Absicherung der GKV-Finzen der letzten rund 20 Jahre. Aus 176 Quellen wurden 413 Reformvorschläge identifiziert. Nach der Aggregation inhaltlich vergleichbarer Vorschläge blieben insgesamt 93 Einzelvorschläge. Davon waren 34 einnahmenseitige Vorschläge – von der Einführung einer Bürgerversicherung bis hin zur Dynamisierung des Bundeszuschusses – und 59 ausgabenseitige Vorschläge – von Eingrenzung des Grundleistungskatalogs bis hin zur Einführung von sektorenübergreifenden Globalbudgets. Neben der identifizierten Maßnahmenvielfalt zeigte die Inventur aber auch, dass der Großteil der angeführten Reformvorschläge allenfalls cursorisch beschrieben und pauschal gefordert wird. Detailliertere Abschätzungen und Diskussionen der finanziellen und anderweitigen Effekte bildeten die Ausnahme. Diese sind jedoch notwendig, um evidenzbasierte und rationale Entscheidungen treffen zu können.

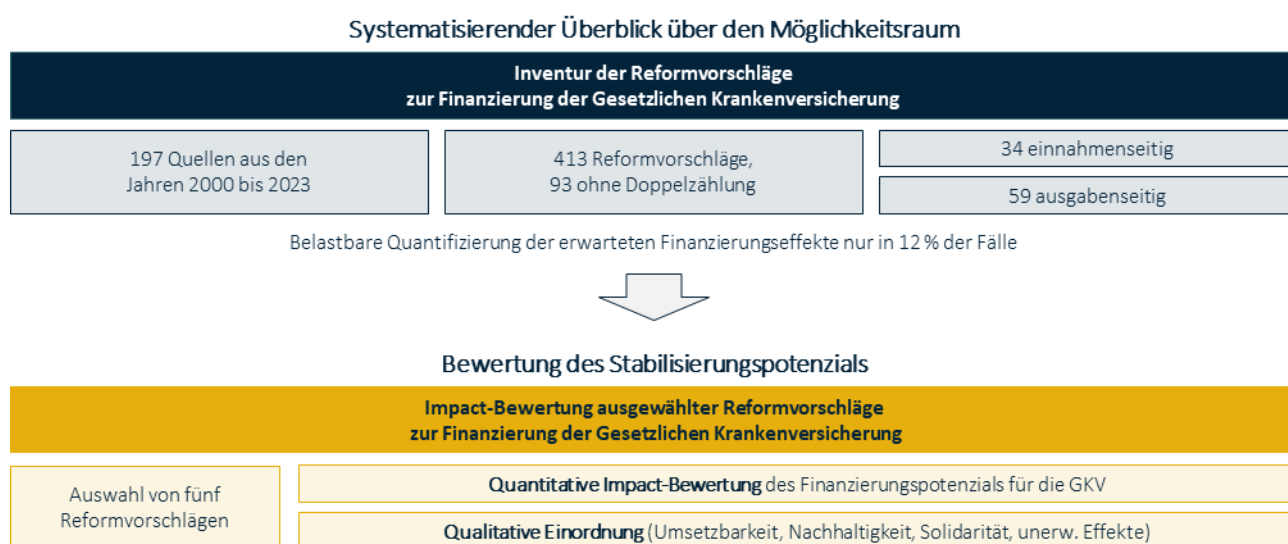


Abbildung 1: Verknüpfung von Reforminventur (2023) und Impact-Bewertung (2024). Quelle: eigene Darstellung.

Das vorliegende Folgeprojekt soll deshalb zur Schließung dieser Wissenslücke beitragen, indem es eine Auswahl der inventarisierten Vorschläge einer vertieften Impact-Analyse unterzieht (vgl. Abbildung 1). Dabei werden einerseits die quantitativen Einspar- und Einnahmepotenziale modelliert sowie andererseits eine qualitative Einordnung der Vorschläge unternommen. Letztere berücksichtigt neben dem Stabilisierungspotenzial auch Erwägungen zur Umsetzbarkeit eines Vorschlages sowie seiner Auswirkungen auf beteiligte Akteure und das Solidaritätsprinzip in der GKV. Folgende Vorschläge werden in der Impact-Modellierung berücksichtigt:

1. Auslagerung versicherungsfremder Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV
2. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze
3. (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr
4. Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen
5. Einführung von Kapitaldeckungselementen



2 Methodische Vorbemerkungen

2.1 Auswahl der Reformvorschläge

Die fünf Reformvorschläge wurden auf Basis der Ergebnisse der Reforminventur aus dem Jahr 2023 ausgewählt [8]. Das Ziel war dabei, für eine quantitative Modellierung geeignete Reformvorschläge zu identifizieren, deren detaillierte Untersuchung einen gewinnbringenden Beitrag zur Debatte um die Reform der GKV-Finzen liefert. Die Auswahl orientierte sich daher an folgenden Leitkriterien:

- **Politische Umsetzbarkeit:** Sind politische Mehrheiten bei dem jeweiligen Vorschlag grundsätzlich vorstellbar?
- **Hinreichender Finanzierungseffekt:** Sind von der Umsetzung des Vorschlages relevante Einnahme- oder Einspar-effekte zu erwarten?
- **Innovativität:** Liefert der Vorschlag neue Impulse gegenüber den bisher diskutierten und umgesetzten Finanzstabilisierungsmaßnahmen?

Da es sich hierbei um eher weiche Kriterien handelt, die subjektiv durchaus unterschiedlich ausgelegt werden können, wurden die im Rahmen der Reforminventur identifizierten Vorschläge zunächst im Autorenteam von VANDAGE von zwei Bearbeitern (DG & LN) unabhängig voneinander bewertet und im Anschluss den externen wissenschaftlichen Experten zur kritischen Prüfung vorgelegt. Auf Basis einer reduzierten Vorauswahl von 20 Vorschlägen erfolgte dann die finale Festlegung der fünf im Rahmen dieser Impact-Modellierung berücksichtigten Vorschläge.

2.2 Quantitative Impact-Bewertung

Für jeden der fünf ausgewählten Reformvorschläge wird eine quantitative Impactmodellierung durchgeführt, um die kurz- bis mittelfristigen einnahmen- und/oder ausgabenseitigen finanziellen Auswirkungen auf die GKV abzuschätzen. Der Zeithorizont der Modellierung bezieht sich auf den Fünfjahreszeitraum von 2024 bis 2028. Als Inputs für die Modellrechnungen wird auf die aktuellsten, öffentlich verfügbaren Datenquellen zurückgegriffen. Wenn nicht anders benannt, beziehen sich die Fortschreibungen im Rahmen der Modellierungen auf die historischen Daten der Jahre 2018 bis 2022. Aufgrund teilweise starker durch die COVID-19-Pandemie bedingter Strukturbrüche in den Zeitreihen wird bei einigen Fortschreibungen auf den Einbezug des Jahres 2020 verzichtet. Die konkreten Vorgehensweisen der quantitativen Modellierungen sowie die jeweils herangezogenen Datenquellen werden im Folgenden für jeden betrachteten Reformvorschlag transparent in einem eigenen Kapitel zur Methodik dargelegt.

2.3 Qualitative Einordnung

Neben der quantitativen Modellierung wird für jeden Vorschlag zudem eine qualitative Einordnung vorgenommen. Ihr Ziel ist es, die möglichen Auswirkungen und Wechselwirkungen eines Vorschlages über seinen erwartbaren rein quantitativen Impact auf die GKV-Finzen hinaus zu beurteilen. Auf diese Weise soll der Komplexität des Gesundheitswesens, seiner Settings, Prozesse und Akteure Rechnung getragen werden. Folgende Kategorien und mit ihnen verbundene Leitfragen werden im Rahmen der qualitativen Einordnung der Reformvorschläge berücksichtigt:

- **Technische und politische Umsetzbarkeit:** Welche Maßnahmen sind zur Umsetzung des Vorschlags notwendig und mit welchem Aufwand sind sie verbunden? Wie ist die Umsetzbarkeit aus partei- und haushaltspolitischen Gesichtspunkten einzuschätzen?



- **Nachhaltigkeit und Effizienz:** Trägt der Vorschlag dauerhaft oder nur temporär zur Stabilisierung der GKV-Finzen bei? Inwieweit ist durch den Vorschlag eine höhere Effizienz in der GKV-Versorgung zu erwarten?
- **Solidarität:** Welche Implikationen des Vorschlags sind im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip und die Umverteilungsprozesse in der GKV zu erwarten?
- **Unerwünschte (Kollateral-)Effekte:** Welche direkten und indirekten negativen Effekte sind durch den Vorschlag zu erwarten und welche Optionen bestehen, um diesen zu begegnen?



3 Impact-Bewertung

3.1 Auslagerung versicherungsfremder Leistungen

3.1.1 Hintergrund

Die originäre Aufgabe der GKV ist die Absicherung ihrer Versicherten gegenüber dem Risiko Krankheit. Über die GKV werden jedoch auch Leistungen erbracht und finanziert, die eher familienpolitisch motiviert sind bzw. im Interesse der Gesamtgesellschaft liegen. Diese Leistungen werden als krankenversicherungsfremd oder kurz „versicherungsfremd“ bezeichnet, weil sie über den eigentlichen Zweck der Krankenversicherung hinausgehen. Im Zuge finanzpolitischer Herausforderungen der GKV wurde und wird eine Auslagerung dieser versicherungsfremden Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV zur Entlastung der Beitragszahlenden gefordert. Dieser Reformvorschlag zeichnet sich dabei durch Konstanz aus und wurde in den letzten beiden Dekaden immer wieder artikuliert (siehe zum Beispiel [9–12]). Ferner ist die Bandbreite und Diversität der Akteure bemerkenswert, die diesen Reformvorschlag bereits geäußert haben. In der vorangegangenen Reforminventur [8] wurde gezeigt, dass entsprechenden Forderungen auf bundespolitischer Ebene von allen Parteien mit Ausnahme von der AfD schon einmal in der gesundheitspolitischen Debatte ins Spiel gebracht wurden (Die Linke [13], Bündnis 90/Die Grünen [14], FDP [15], CDU/CSU [16], SPD [11]). Auch andere Akteure im Gesundheitswesen von Kostenträgern [17–20] über Verbände (u.a. Caritas [21], BAG Selbsthilfe [22], BDA [23], DKG [24]) bis hin zur Wissenschaft [25–27] haben sich in der Vergangenheit für eine sachgerechtere Zuordnung dieser Leistungsbereiche ausgesprochen; wobei – trotz alledem – auch kritische Stimmen zu finden sind, die vor allem auf die Problematik einer mangelnden klaren Abgrenzung und Zuordnung von versicherungsfremden Leistungen basieren [28]. Absichten zur Auslagerung versicherungsfremder Leistungen wurden auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Ampel-Regierung festgehalten. So wurde eine Dynamisierung des Bundeszuschusses sowie die Finanzierung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern (heute: Bürgergeldempfänger) angedacht [29]. Eine Dynamisierung des Bundeszuschusses würde bedeuten, dass die Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen regelmäßig angepasst würde und nicht bei den gesetzlich verankerten jährlichen 14,5 Mrd. Euro verbliebe oder von einmaligen haushaltspolitischen Anpassungen abhängig wäre. Eine Finanzierung der Arbeitslosengeld-II-Empfänger (bzw. Bürgergeldempfänger) steht zur Debatte, da hier eine systemische Unterdeckung für die GKV festzustellen ist [30]. Entsprechend wurde die Umsetzung dieses Vorhabens insbesondere auf Seiten der Kostenträger im Laufe der aktuellen Legislaturperiode immer wieder gefordert [17, 31, 32]. Insbesondere die Forderung nach Steuerzuschüssen für Bürgergeldempfänger steht auch im Jahr 2024 immer noch zur Diskussion [33].

Eine Herausforderung im Kontext der versicherungsfremden Leistungen ist, dass es für diesen Leistungsbereich keine Legaldefinition gibt [34]. Das BMG spricht in dem Zusammenhang lediglich von „medizinischen Leistungen, die familienpolitisch motiviert oder von gesamtgesellschaftlichem Interesse sind“ [35] und nennt folgende Beispiele:

- beitragsfreie Mitversicherung (von Ehe-/Lebenspartnern oder während des Erziehungsurlaubs)
- Leistungen rund um Mutterschaft und Schwangerschaft
- Leistungen zur Empfängnisverhütung und künstlichen Befruchtung
- Mutterschaftsgeld
- Krankengeld (bei Betreuung eines kranken Kindes)
- Betriebs- und Haushaltshilfen (insbesondere zur Verkürzung und Vermeidung von stationären Aufenthalten)



- Förderung von Forschungsvorhaben
- Weiterentwicklung der medizinischen Infrastruktur
- Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext

In der Literatur und unter Experten gibt es dabei durchaus variierende Auffassungen, was unter versicherungsfremden Leistungen zu verstehen ist und wie genau sich diese von versicherungskonformen GKV-Leistungen abgrenzen. Zum Beispiel wird kontrovers diskutiert, wie die Mitversicherung von Kindern zu beurteilen ist: Für eine Einordnung als versicherungsfremd spräche der fehlende Zusammenhang zur Absicherung des Krankheitsrisikos; ein Argument für die Versicherungskonformität ergibt sich indes aus der Betrachtung der Kindermitversicherung als „generativer Beitrag zum Umlageverfahren“ in der GKV [25].

Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 werden die versicherungsfremden Leistungen über den sogenannten Bundeszuschuss gemäß § 221 SGB V „pauschal“ aus Steuermitteln abgegolten [36]. Aktuell beteiligt sich der Bund mit 14,5 Mrd. Euro jährlich. Durch die fehlende klare Definition, welche Leistungen in den Katalog der versicherungsfremden Leistungen fallen, bleibt unklar, inwieweit der Bundeszuschuss auskömmlich ist [6]; es ist aber eher davon auszugehen, dass diese Summe die Ausgaben durch versicherungsfremde Leistungen nicht ausreichend deckt [37]. Eine hinreichende Gegenfinanzierung respektive eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen würde demzufolge eine nachhaltige finanzstabilisierende Maßnahme darstellen. Gleichzeitig würde eine entsprechende Reform die GKV-Finanzen unabhängiger von haushaltspolitischen Entscheidungen machen und somit zu einer besseren Planbarkeit beitragen: Der Bundeszuschuss unterliegt haushalts- wie gesundheitspolitischen Abwägungen und damit Kürzungen (z. B. im Zuge der Haushaltskonsolidierungen im Jahr 2013) oder ergänzenden Aufstockungen (z. B. im Jahr 2022 im Nachgang der COVID-19-Pandemie) [38].

3.1.2 Methodik

Ziel der folgenden Modellierung ist die Abschätzung des fiskalischen Ausmaßes der jährlichen GKV-Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen und damit einhergehend der möglichen Einsparungen durch ihre Auslagerung im Zeitraum der Jahre 2024 bis 2028. Für diese Berechnungen bedarf es einer genaueren Bestimmung, welche Leistungsbereiche zu berücksichtigen sind. Durch die fehlende rechtliche Präzisierung ergibt sich hierbei ein Interpretationsspielraum. Der Spannweite der möglichen Einsparungen für die GKV wird daher in den Berechnungen anhand einer **weiten Definition** (Obergrenze der Einsparungen) und einer strengeren **engen Definition** (Untergrenze der Einsparungen) versicherungsfremder Leistungen Rechnung getragen. Die Entscheidungsfindung und Zuordnung zur weiten oder engen Definition der versicherungsfremden Leistungen erfolgte unter Berücksichtigung der folgenden Kriterien für die Versicherungskonformität der Leistungen [36]:

- Es liegt ein angemessenes Verhältnis von Versicherungsleistung zu den zu entrichtenden Beiträgen vor.
- Personen, die keine Beiträge bezahlen, haben keinen Anspruch auf Leistungen.
- Ohne zusätzliche Beiträge ergibt sich kein Anspruch auf zusätzliche Leistungen.
- Es besteht nur ein Anspruch auf Leistungen, sofern der Risikofall Krankheit eintritt bzw. dieser verhindert oder festgestellt werden soll.
- Der Leistungsbereich fällt nicht in den Aufgabenbereich anderer Sozialversicherungsträger.
- Die Ausgaben erfolgen zugunsten der Versichertengemeinschaft und nicht für gesamtgesellschaftliche Interessen.



Den Ausgangspunkt für die Modellierung stellen die beobachteten Ausgaben für die einzelnen Leistungspositionen im Zeitraum 2018 bis 2022 dar. Die Fortschreibung der Ausgaben für den Zeitraum 2024 bis 2028 erfolgt auf Ebene der einzelnen Leistungspositionen anhand der mittleren Wachstumsraten der Jahre 2018 bis 2022, wobei auf eine Berücksichtigung des Jahres 2020 aufgrund der Abweichungen bedingt durch die COVID-19-Pandemie verzichtet wird. Zur Quantifizierung der Leistungsausgaben wurden öffentliche Datenquellen und Statistiken herangezogen. Zentrale Datengrundlagen der Berechnungen sind die KJ1-Statistik (endgültige Rechenergebnisse der GKV), die KM1-Statistik (Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand) sowie die Schätztableaus des GKV-Schätzerkreises beim Bundesamt für Soziale Sicherung [39, 40]. In Einzelfällen werden ergänzende Statistiken und Datenquellen genutzt, um die Ausgaben in den einzelnen Leistungsbereichen beziffern zu können. Tabelle 1 fasst die Liste der berücksichtigten versicherungsfremden Leistung nach Bereichen zusammen und zeigt zudem, welche Datenquellen herangezogen wurden. Ferner ist abgebildet, welche jährlichen Kosten die einzelnen Posten im Durchschnitt der Jahre 2018 bis 2022 verursacht haben und ob einzelne Posten in der Impactanalyse der **weiten** oder auch der **engen Definition** des Begriffs der versicherungsfremden Leistungen zugeordnet wurden. Ergänzend findet sich dazu im Anhang eine Dokumentation der herangezogenen Datenquellen sowie Begründungen, warum die einzelnen Posten im Detail in der engen Begriffsdefinition ein- oder ausgeschlossen werden.



Tabelle 1: Liste der versicherungsfremden Leistungen, inkl. Datenquellen, durchschnittlichen Ausgaben und Differenzierung nach weiter und enger Definition.
Quelle: eigene Darstellung.

Bereich	Einzelne Leistungsposten	Quelle/Schlüssel	Durchschnittliche jährliche Ausgaben		Definition	
			2018-2022*	weit	eng	
Mitversicherung	Beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen/ geringfügig beschäftigten Ehegatten oder Lebenspartnern: Zu kompensierende Ausgaben	GKV-Statistik KM1/13 + Destatis (2024): Krankheitskosten	8,7 Mrd. Euro	X		
	Beitragsfreie Versicherung von Kindern	GKV-Statistik KM1/13, Destatis (2024): Krankheitskosten 0-15J im Verhältnis zu den Krankheitskosten je Einwohner insgesamt	21,3 Mrd. Euro	X		
	Beitragsfreie Mitversicherung Familienmitglieder der Rentner	GKV-Statistik KM1/13, Destatis (2024): Krankheitskosten 65+ im Verhältnis zu den Krankheitskosten je Einwohner insgesamt	17,8 Mrd. Euro	X		
Kinder und Eltern	Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft	KJ1: Schlüssel 05599P	1,5 Mrd. Euro	X		
	Leistungen zur Empfängnisverhütung	ab 2020: KJ1: Schlüssel 09853	0,002 Mrd. Euro	X	X	
	Mutterschaftsgeld	KJ1: Schlüssel 05560	0,7 Mrd. Euro	X	X	
	Krankengeld (Betreuung eines kranken Kindes)	KJ1: Schlüssel 04710	0,4 Mrd. Euro	X		
	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	KJ1: Schlüssel 04720	0,02 Mrd. Euro	X		
	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	KJ1: Schlüssel 05530	< 0,001 Mrd. Euro	X		
	Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft oder Entbindung	KJ1: Schlüssel 05540	0,06 Mrd. Euro	X		
Ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, medizinische Leistungen für Mütter und Väter	KJ1: Schlüssel 05060, 05080	0,4 Mrd. Euro	X			
Investitionen	Förderung von Forschungsvorhaben zur innovativen medizinischen Versorgung	KJ1: Schlüssel 06410, 05156	0,1 Mrd. Euro	X	X	
	Krankenhausstrukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes	KJ1: Schlüssel 04690, 05370, 05590	0,07 Mrd. Euro	X	X	
	Finanzierung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur	KJ1: Schlüssel 06970; ab 2020: 06972, 06973, 05280, 05283	0,4 Mrd. Euro	X	X	
	Förderung der Allgemeinmedizin	KJ1: Schlüssel 05280, 05283	0,2 Mrd. Euro	X	X	
Prävention	Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen Kontexten und darüber hinaus	KJ1: Schlüssel 05155, 05156	0,2 Mrd. Euro	X	X	
	Primäre Prävention	KJ1: Schlüssel 05170; ab 2021: Schlüssel 05110	0,3 Mrd. Euro	X		
	Schutzimpfungen	KJ1: Schlüssel: 05180, 05183, 05186, 05189b, 05190, 05199P, 05199b, ab 2021: 05189	2,0 Mrd. Euro	X	X	



Bereich	Einzelne Leistungsposten	Quelle/Schlüssel	Durchschnittliche	Definition	
			jährliche Ausgaben 2018-2022*	weit	eng
	Gruppenmäßige zahnprophylaktische Maßnahmen in Kindergärten und Schulen	KJ1: Schlüssel 05160	0,04 Mrd. Euro	X	X
Soziale Absicherung	Finanzierung von ALG-II-/Bürgergeld-Empfänger	KJ1: Schlüssel 02013, 02902; Fortschreibung auf Basis von IGES (2017)	12,0 Mrd. Euro	X	X
	Zuzahlungsbefreiungen/Entlastungen für Geringverdiener und chronisch Kranke	KJ1: Schlüssel 05980, 09861, 09862, 09863	0,3 Mrd. Euro	X	X
Weitere	Förderung der Selbsthilfe	KJ1: Schlüssel 05130, 05140	0,08 Mrd. Euro	X	X
	Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	KJ1: Schlüssel 05270	0,02 Mrd. Euro	X	X
	Leistungen der Palliativversorgung	KJ1: Schlüssel 04400	0,6 Mrd. Euro	X	
	Betriebs- und Haushaltshilfen insb. zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten	KJ1: Schlüssel 05683	0,015 Mrd. Euro	X	
	Verwaltungsausgaben, die im Zusammenhang zu versicherungsfremden Leistungen stehen	GKV-Schätztableau, Gesamtkostenanteil gemessen an der engen Definition	0,7 Mrd. Euro	X	X

* Ohne Berücksichtigung des Jahres 2020 aufgrund der COVID-19-bedingten Abweichungen.



3.1.3 Quantitativer Impact

Im Rahmen der weiten Definition versicherungsfremder Leistungen werden 29 unterschiedliche Leistungsbereiche in der GKV berücksichtigt. Davon sind 25 direkt in öffentlich zugänglichen Statistiken abgebildet. Nicht in öffentlichen Statistiken abbildbare, potenziell versicherungsfremde Leistungen umfassen die beitragsfreie Mitversicherung während des Erziehungsurlaubs, die Förderung von Pflegestellen und Hygiene, Leistungen zur künstlichen Befruchtung und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Die Höhe der Verwaltungsausgaben für den Bereich der versicherungsfremden Leistungen lässt sich wiederum mittelbar über den Anteil der versicherungsfremden Leistungen (enge Definition) an den Gesamtausgaben der GKV approximieren. Die 26 Posten lange Liste entspricht der weiten Definition des Begriffs. Nach der kritischen Prüfung etwaiger Grenzfälle – die möglicherweise auch als versicherungskonform betrachtet werden können – beinhaltet die Liste nach der engen Definition von versicherungsfremden Leistungen noch 14 Posten. So wurde etwa der Leistungsbereich „primäre Prävention“ in der engen Definition nicht berücksichtigt, da die präventiven Maßnahmen auch potenzielle Krankheitsfälle bei einzelnen Versicherten oder Gruppen von Versicherten vermeiden sollen [37] und so einen Bezug zur Versicherungsleistung herstellen und entsprechen auch als versicherungskonform gewertet werden können. Auch die Leistungen rund um Kinder (Mitversicherung, Krankengeld bei Betreuung kranker Kinder etc.) können mit Verweis auf zukünftige Generationen an Beitragszahlern als versicherungskonform eingeordnet werden und werden entsprechend nicht in der engen Definition der versicherungsfremden Leistungen aufgeführt [39, 40].

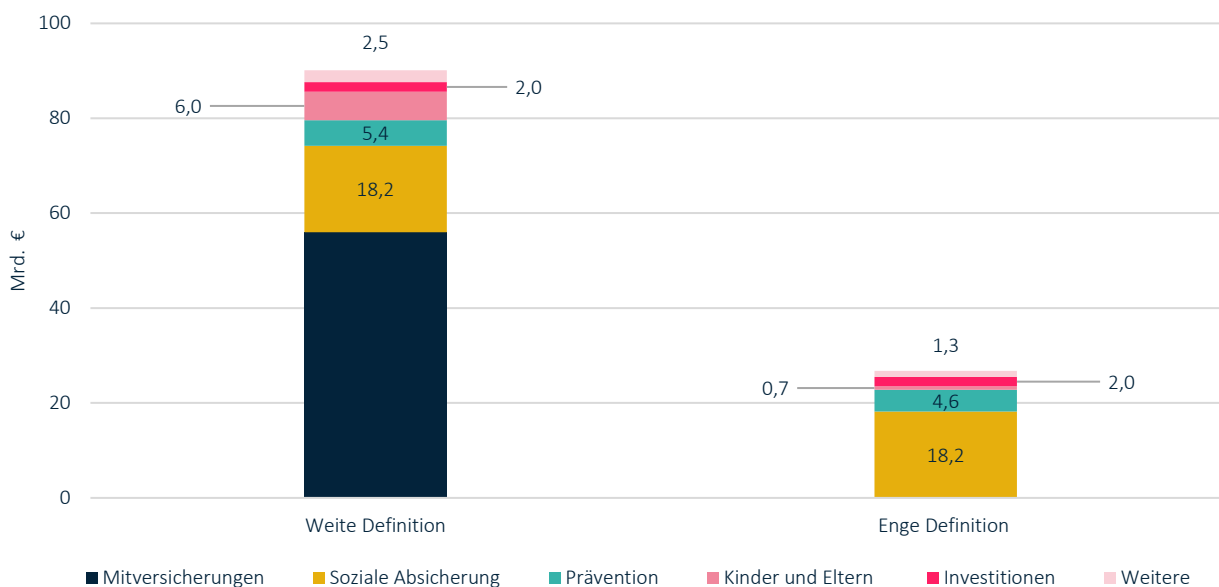


Abbildung 2: Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen in der GKV in der Fortschreibung im Durchschnitt der Jahre 2024-2028 in Mrd. Euro. Quelle: eigene Darstellung.

Bezogen auf das Ausgabenvolumen machen die Mitversicherungen (sofern sie als versicherungsfremd gewertet werden) den größten Anteil an den versicherungsfremden Leistungen aus, siehe dazu auch Abbildung 2. Darauf folgt der Bereich der sozialen Absicherung. Die hohe Summe ergibt sich hier vorrangig aus dem Defizit, das sich in der GKV durch die mangelnde Finanzierung der Bürgergeldempfänger ergibt. Die Berechnungsgrundlage zur Kalkulation des Impacts des Postens der Bürgergeld-/ALG-II-Empfänger ist in Tabelle 2 dargestellt.



Tabelle 2: Fortschreibung der Beiträge und Leistungsausgaben von Bürgergeldempfängern in der GKV. Werte in Mio. Euro. Quelle: eigene Darstellung.

	Datenquelle	2024	2025	2026	2027	2028
Fortgeschriebene Beiträge für Bürgergeldempfänger (Beitrag + Zusatzbeitrag)	KJ1-Schlüssel 02013, 02902	4.908	4.898	4.889	4.880	4.871
Fortgeschriebene Leistungsausgaben (unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Veränderungsrate der Leistungsausgaben je Versicherten 2018-2022 (4,04 %))	[30, 41]	19.883	20.687	21.522	22.392	23.297
Defizit für die GKV		14.976	15.788	16.633	17.512	18.426

Wie einleitend angedeutet handelt es sich bei den Aufwendungen für Bürgergeld-/ALG-II-Empfänger außerdem um einen Leistungsbereich, bei dem es praktisch keine Kontroverse gibt, ob es sich hierbei tatsächlich um eine versicherungsfremde Leistung handelt. Im Kontrast dazu fallen die weiteren Bereiche (Prävention, Investitionen sowie Weiteres) vom Umfang her deutlich weniger ins Gewicht; dennoch handelt es sich hierbei zum Teil um Leistungsbereiche, die im Finanzergebnis der GKV in Milliardenhöhe beziffert werden.

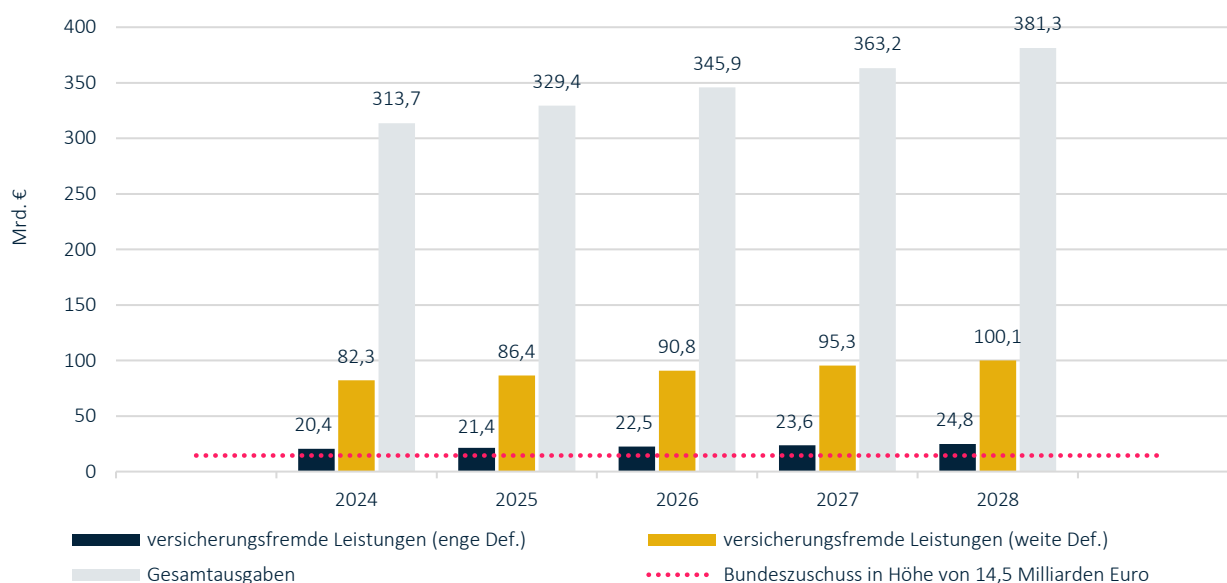


Abbildung 3: GKV-Gesamtausgaben und Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen, Fortschreibung für die Jahre 2024-2028; angegebene Werte in Mrd. Euro. Quelle: eigene Darstellung.

In der Betrachtung 2024 bis 2028 zeigt sich ein Anstieg der Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen, der sich naturgemäß auch in der vorgenommenen Fortschreibung fortsetzt (vgl. Abbildung 3). Je nach Annahme der **weiten** oder **engen Definition** des Begriffs machen diese Leistungen ca. 6,5 % bis maximal etwa 26,3 % der Ausgaben der GKV aus. Die Summe der nicht durch den jährlichen Bundeszuschuss oder Beiträge von Bürgergeld-Empfängern gedeckten Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen liegt im modellierten Beobachtungszeitraum bei durchschnittlich 8,1 Milliarden Euro (Annahme der **engen Definition**) und 76,5 Milliarden Euro (Annahme der **weiten Definition**) pro Jahr (vgl. Tabelle 3). Das damit einhergehende finanzielle Entlastungspotenzial für die GKV-Mitglieder durch eine Auslagerung dieser versicherungsfremden Leistungen aus der Finanzierungsverantwortung der GKV hätte im Jahr 2023 zwischen 0,48 und 4,55 Beitragssatzpunkten entsprochen [41].



Tabelle 3: Zusammenfassung der möglichen Einsparpotenziale bei Auslagerung versicherungsfremder Leistung; differenziert nach weiter und enger Definition des Begriffes. Quelle: eigene Darstellung.

	Weite Definition	Enge Definition
Durchschnittlicher Anteil versicherungsfremder Leistungen an den GKV-Ausgaben für die Jahre 2018-2022	ca. 26,3 %	ca. 6,5 %
Durchschnittlich erwartete jährliche GKV-Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen von 2024 bis 2028	91,0 Mrd. Euro	22,6 Mrd. Euro
Durchschnittliches jährliches Entlastungspotenzial durch Auslagerung versicherungsfremder Leistungen (Ausgaben nach Abzug des Bundeszuschusses)	76,5 Mrd. Euro	8,1 Mrd. Euro

3.1.4 Qualitative Einordnung

Sollen versicherungsfremde Leistungen aus dem Spektrum der GKV ausgelagert werden, ist rein technisch gesehen folgende Frage zu klären: Sollen die versicherungsfremden Leistungen in einen anderen politischen Verantwortungsbereich übertragen werden, was angesichts der Spezifika dieser Leistungen, zum Beispiel Mutterschaftsleistungen, nur schwer denkbar ist, oder sollen sie organisatorisch innerhalb der GKV verbleiben und mit einem ausreichenden Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds finanziert werden? Damit einhergehend ergeben sich die Maßnahmen, die notwendig wären, um die Forderung umzusetzen. Sollen die Leistungen organisatorisch ausgelagert werden, bedürfte es einer gesetzlichen Anpassung. Sollen die Leistungen weiterhin über die GKV abgewickelt werden, aber gesamtgesellschaftlich vollumfänglich refinanziert werden, bedürfte es eine Anpassung des Bundeszuschusses. Regulatorisch wären beide Schritte vermutlich nicht trivial, jedoch (auch im Vergleich zu anderen Reformvorschlägen) inhaltlich klar abgrenzbar und mit einer einmaligen Anpassungsmaßnahme umzusetzen. Rein technisch könnten zum Beispiel auch unkritischere Leistungssegmente separat ausgelagert werden, sodass entlang vorhandener politischer Mehrheiten agiert werden könnte. Kurzfristige Maßnahmen in diese Richtung sind allerdings eher als unwahrscheinlich zu bewerten: Mit Blick auf die angespannte Lage des Bundeshaushalts wurde bereits vom BMG kommuniziert, dass größere Schritte hier aktuell nicht zu erwarten sind [3]. Möglicherweise ergeben sich Spielräume in der kommenden Legislaturperiode. Dies würde allerdings voraussetzen, dass sich auch die Wachstumsprognosen der deutschen Wirtschaft stabilisieren.

Wie oben gezeigt, hat die Auslagerung versicherungsfremder Leistungen grundsätzlich das Potenzial, einen substantiellen Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen zu leisten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die vorgenommene Modellierung aus verschiedenen Gründen eher konservativ ausgelegt ist. So konnten einige Leistungsbereiche, die als potenziell versicherungsfremd einzustufen sind, nicht direkt oder indirekt über öffentliche Statistiken abgebildet und damit auch nicht in den Berechnungen berücksichtigt werden. Hierzu zählen etwa die beitragsfreie Versicherung während des Erziehungsurlaubs, die Förderung von Pflegestellen und Hygiene oder Leistungen zur künstlichen Befruchtung. Ferner wurde der auf versicherungsfremde Leistungen entfallende Anteil der Verwaltungskosten anhand des Gesamtkostenanteils gemäß enger Definition bestimmt, welcher sich auf lediglich 6 % beläuft. Für die qualitative Einordnung lohnt sich eine differenzierte Betrachtung. So unterscheiden sich die Leistungsbereiche deutlich sowohl hinsichtlich ihres finanziellen Impacts als auch hinsichtlich der Eindeutigkeit ihrer Klassifizierung als versicherungsfremd. Eine grobe Einordnung der unterschiedlichen Posten nach der erwarteten (politischen) Umsetzbarkeit ihrer Auslagerung sowie ihres voraussichtlichen finanziellen Impacts ist in Tabelle 4 zusammengefasst.



Tabelle 4: Voraussichtlicher Impact und voraussichtliche Umsetzbarkeit der versicherungsfremden Leistungen. Quelle: eigene Darstellung.

		Finanzieller Impact	
		Geringeres Einsparpotenzial (unter eine Milliarde Euro jährlich)	Höheres Einsparpotenzial (mindestens über eine Milliarde Euro jährlich)
Voraussichtliche Umsetzbarkeit	Eher Kontrovers	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Leistungen der Palliativversorgung ▸ Investitionen ▸ Prävention (ohne Schutzimpfungen) ▸ Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung ▸ Förderung der Selbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mitversicherungen von Familienangehörigen ▸ Leistungen rund um Schwangerschaft, Kinder, Eltern ▸ Schutzimpfungen ▸ Betriebs- und Haushaltshilfen insb. zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten
	Eher konsensfähig	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Zuzahlungsbefreiungen/ Entlastungen für Geringverdiener und chronisch Kranke ▸ Verwaltungsaufgaben, die im Zusammenhang mit versicherungsfremden Leistungen anfallen 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Finanzierung von Bürgergeldempfänger

Der Stabilisierungseffekt einiger Posten (z. B. Zuzahlungsbefreiungen für Geringverdiener und chronische Erkrankungen; die Förderung der Selbsthilfe oder die Ausgaben für Verwaltungsleistungen) fällt im Verhältnis zu anderen Leistungsbe-
reichen erheblich kleiner aus, sodass diskutiert werden könnte, ob hier der damit verbundene regulatorische Aufwand in
einem vertretbaren Verhältnis zum möglichen Effekt steht. Nichtsdestotrotz würde die Auslagerung der kleineren Einzel-
posten (d. h. jeweils unter einer Milliarde Euro pro Jahr) die GKV in den Jahren 2024 bis 2028 zusammengenommen im
Schnitt um 4,8 Mrd. Euro jährlich entlasten.

Inhaltliche Kontroversen sind etwa bei der Auslagerung präventiver Leistungen aus dem Verantwortungsbereich der GKV
zu erwarten. Eine sehr enge Auslegung des Versicherungsprinzips und der damit verbundene Fokus der Krankenversiche-
rung auf kurative Leistungen kann mit Blick auf einen nachhaltigen und effizienten Umgang mit den Ressourcen im Ge-
undheitssystem gegebenenfalls auch als zu kurzfristig betrachtet werden. Auch die Auslagerung von Posten wie der
Verbraucher- und Patientenberatung oder die Förderung der Selbsthilfe könnten mit Blick auf die Förderung der Health
Literacy und die Schaffung von Anreizen für eine rationalere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems kritisch bewertet
werden. Hinsichtlich der Mitversicherung von Familienangehörigen (Kinder, Ehe- und Lebenspartner) erscheint eine kontro-
verse Debatte ebenso wahrscheinlich, da ihre Auslagerung ein Grundprinzip der GKV in Frage stellen würde. Umfragen
zeigen in der deutschen Bevölkerung hohe Zustimmungswerte zu diesem Systemmerkmal [42]. Damit würde auch ein
entscheidender Vorteil der GKV gegenüber der PKV wegfallen [43]. Je nach Ausgestaltung der Ausgliederung der Mitver-
sicherung könnte eine entsprechende Reform aber im Sinne gleicher Wettbewerbsbedingungen zwischen GKV und PKV
unter Umständen auch als positiv gewertet werden. Jenseits der einzelnen Leistungsposten ist allerdings in der Gesamt-
schau darauf zu verweisen, dass eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen als angemessener bewertet werden
kann, da eine sachlich korrekte Zuordnung der Leistungen vorgenommen würde und „Verschiebebahnhöfe“ vermieden
würden [10, 44]. Finanzierungsaufgaben, die eigentlich in andere Ressorts fallen (vorstellbar sind etwa die Ressorts Arbeit
und Soziales oder Familie) oder von allgemeinem gesellschaftlichem Interesse sind, müssen dann nicht mehr von der GKV
und ihrer Versichertengemeinschaft getragen werden.

Bei einer Auslagerung der versicherungsfremden Leistungen sind jedoch auch unerwünschte negative Effekte vorstellbar.
Diese betreffen unter anderem die Gefahr einer erhöhten Intransparenz und Bürokratie in einem schon heute komplexen
System. Durch unterschiedliche Finanzierungsquellen innerhalb des Versorgungssektors könnte der Überblick über das
System und damit die politische Steuerung erschwert werden [28]. Des Weiteren stellt sich die gewichtigere Frage der



Gegenfinanzierung bei einer Auslagerung versicherungsfremder Leistungen. Je nach Ausgestaltung und Umsetzung bedarf es entweder der Notwendigkeit neue, weitere Finanzierungsquellen zu erschließen; dann könnten Steuerzahler, Arbeitgeber oder kommende Generationen (bei einer Schuldenfinanzierung) zusätzlich belastet werden [28]. Alternativ könnten die ausgelagerten Bereiche in die Verantwortung anderer Ressorts übergeben werden. Daraus würde voraussichtlich eine Konkurrenzsituation um die verfügbaren Haushaltsmittel folgen, sodass in dem Fall möglicherweise Effekte auf andere, gesundheitssystemferne Ausgabenbereiche der Haushalte vorstellbar wären oder der Leistungsumfang bei den versicherungsfremden Leistungen gekürzt werden müsste. Das heißt, die aufgelisteten Leistungsbereiche würden bei kompletter Auslagerung aus der GKV deutlich stärker von haushaltspolitischen Entscheidungen abhängen.

Die Diskussion zur bislang ausgebliebenen Umsetzung dieser Reformoption nach Aufnahme in den Koalitionsvertrag der derzeitigen Bundesregierung könnte den Rückschluss zulassen, dass weniger die Idee an sich als vielmehr die konkrete Ausgestaltung einer Auslagerung versicherungsfremder Leistungen und deren Folgen für andere Ressorts des Bundeshaushaltes eine zeitnahe Umsetzung weniger wahrscheinlich erscheinen lässt. Die zuletzt erfolgte Anhebung der GKV-Beitragsätze erscheint vor diesem Hintergrund politisch einfacher zu realisieren als eine Finanzierung aus Steuermitteln, die entweder in Konkurrenz zu anderen Verwendungen im Bundeshaushalt steht, die Schulden erhöht oder zu Steuererhöhungen führt. Grenzen der Beitragssatzsteigerung scheinen jedoch auch erreicht, sodass eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen im Gegensatz zu einer pauschalen ad hoc Erhöhung des Steuerzuschusses eine eindeutige Bemessungsgrundlage dieser Finanzierung von Gesundheitsleistungen schafft.



3.2 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

3.2.1 Hintergrund

Die Einnahmen der GKV speisen sich im Wesentlichen aus Beitragszahlungen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber. Die Beiträge in der GKV orientieren sich im Unterschied zur privaten Krankenversicherung (PKV) deutlich stärker am Leistungsfähigkeitsprinzip als am Äquivalenzprinzip. Gemäß dem Solidaritätsprinzip sind die Beiträge an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit, abgebildet über das beitragspflichtige (Brutto-)Einkommen der Versicherten, gekoppelt. Im Jahr 2024 beträgt der nach § 241 SGB V gesetzlich festgeschriebene allgemeine Beitragssatz 14,6 %. Darüber hinaus erheben die gesetzlichen Krankenkassen nach § 242 SGB V einen individuellen einkommensabhängigen Zusatzbeitrag, um ihren Finanzbedarf, der über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds hinausgeht, zu decken. Die Beiträge zur GKV werden paritätisch zwischen Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden aufgeteilt [43].

Für Versicherte der GKV sind zwei Einkommensgrenzen von zentraler Bedeutung. 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 für das Jahr 2024 ist auf 62.100 Euro jährlich bzw. 5.175 Euro monatlich angesetzt. Von der BBG profitieren besonders Gutverdienende, da die Beiträge nur bis zur BBG proportional zum Einkommen ansteigen. Die Versicherungspflichtgrenze (VPG) bezeichnet hingegen den Einkommenshöchstbetrag, bis zu dem Arbeitnehmende gesetzlich krankenversichert sein müssen. Ein Entgelt über diesem Betrag befreit Arbeitnehmende von der Versicherungspflicht und eröffnet die Möglichkeit, sich in der PKV zu versichern. Die VPG für das Jahr 2024 beläuft sich auf 69.300 Euro jährlich bzw. 5.775 Euro monatlich. Sowohl die BBG als auch die VPG werden jährlich neu festgelegt und damit an die Einkommensentwicklung angepasst [45].

Der hier betrachtete Ansatz zur Verbesserung der GKV-Finanzstabilität reicht über diese kontinuierliche Anpassung bzw. Anhebung der BBG sowie der VPG hinaus. Gegenstand ist eine einmalige, deutliche Anhebung der BBG. Dabei sind zwei mögliche Effekte zu differenzieren. Einerseits sind durch die Anhebung der BBG zusätzliche Einnahmen für die GKV durch eine Ausweitung der Beitragsbemessung auf Einkommen, die bislang über der BBG lagen, zu erwarten. Andererseits ist davon auszugehen, dass die daraus resultierenden höheren Beiträge bei Gutverdienern oberhalb der VPG zumindest in Teilen zu Abwanderungsbewegungen in die PKV führen würden. Diesen Abwanderungstendenzen könnte durch eine simultane Erhöhung der VPG entgegengewirkt werden, welches jedoch verfassungsrechtlich problematisch [46] und nicht Gegenstand der vorliegenden Modellierung ist. Aus Sicht der GKV-Finzen sind bei der potenziellen Abwanderung von Versicherten in die PKV sowohl die entgangenen Einnahmen als auch die vermiedenen Ausgaben zu berücksichtigen. Aufgrund des hohen sozioökonomischen Status und der damit verbundenen tendenziell besseren Gesundheit von Gutverdienenden [47] ist von einer Überdeckung und damit von einem negativen Effekt der Abwanderung auf die GKV-Finzen auszugehen.

Eine entsprechende Anhebung der BBG ist in verschiedenen Parteiprogrammen und Positionspapieren zu finden und damit immer wieder ein Bestandteil sozial- und gesundheitspolitischer Diskussion [8]. Aktuell vertreten diesen Vorschlag beispielsweise die Partei Die Linke [13] oder Sozialverbände, wie z. B. die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. [22]. Als ein zentrales Argument wird die Stärkung des Solidaritätsprinzips angeführt, da durch eine Anhebung der BBG höhere Einkommen gleichermaßen zur GKV-Finanzierung herangezogen werden. Gegenwind erfährt der Vorschlag z. B. von Arbeitgeberverbänden [48] sowie vom PKV-Verband [49]. Ferner steht die aktuelle Bundesregierung diesem Vorschlag skeptisch gegenüber, was aus einer Antwort auf die Frage der Partei Die Linke hervorgeht [39]. Die angeführten Gegenargumente beziehen sich u. a. auf die zusätzliche Belastung der Arbeitgeber durch eine Steigerung der Lohnkosten sowie auf eine Schwächung des Wettbewerbs zwischen GKV und PKV durch erhöhte Anreize für einen Wechsel von freiwillig Versicherten mit hohem



Einkommen in die PKV.

Im Zuge der Diskussion um den hier betrachteten Vorschlag wird vorwiegend eine Anhebung der BBG der GKV auf das Niveau der BBG der Rentenversicherung (RV) diskutiert [8]. Aktuelle Untersuchungen liegen hierzu vor, lassen jedoch Abwanderungen an sich oder Abwanderungen im Zeitverlauf unberücksichtigt [50, 51]. Die BBG der RV kann gemessen an der Art der jeweiligen RV vier verschiedene Höhen annehmen [50]. Demnach wird zwischen der allgemeinen RV und der knappschaftlichen sowie zwischen der RV in den alten Bundesländern (RV West) und den neuen Bundesländern (RV Ost) unterschieden. Neben der Frage, auf welches Niveau die BBG angehoben werden soll, stellen für die Konkretisierung des Vorschlags mögliche Abwanderungseffekte von der GKV zur PKV sowie eine gleichzeitige Erhöhung der VPG weitere Ausgestaltungsvarianten dar.

3.2.2 Methodik

Die folgenden Modellrechnungen untersuchen die erwartbaren Effekte einer Anhebung der BBG auf das Niveau der RV Ost (6.750 Euro pro Monat, Stand: 2022) in den Jahren 2024 bis 2028. Diese Anhebung auf ein vergleichsweise geringes Niveau ist auf Limitationen der verfügbaren Daten (Differenzierung von Einkommensverteilungen in oberen Einkommensklassen nicht möglich) zurückzuführen [50]. Dies führt zudem zu einer eher konservativen Schätzung der finanziellen Effekte. Mögliche Abwanderungsbewegungen von der GKV in die PKV werden im Rahmen der Modellierung berücksichtigt und über den Zeitraum variiert.

Die Anhebung der BBG betrifft unmittelbar drei voneinander abzugrenzende Versichertengruppen, die in Tabelle 5 beschrieben werden. Ziel der Modellierung ist es, Mehreinnahmen für die GKV (relevant für Gruppe 1 und 3) sowie auf Abwanderung in die PKV zurückzuführende entgangene Einnahmen und Ausgaben (relevant für Gruppe 2) zu schätzen.

Tabelle 5: Von der BBG-Anhebung betroffene Versichertengruppen. Quelle: eigene Darstellung.

Versichertengruppe	Ursprüngliche Beitragsbemessungsgrenze	Versicherungspflichtgrenze	Abwanderung in die PKV
Gruppe 1	Überschritten	Nicht überschritten	Nicht möglich, da Versicherungspflicht
Gruppe 2	Überschritten	Überschritten	Abwanderung
Gruppe 3	Überschritten	Überschritten	Keine Abwanderung

Für die Schätzung der zusätzlich zu erwartenden Beitragseinnahmen sowie entgangenen Beitragseinnahmen und Ausgaben werden Informationen über die Anzahl der Personen in den jeweiligen Gruppen sowie Informationen über das Einkommen dieser Personen benötigt. Datengrundlage hierfür bieten die Statistiken der Bundesagentur für Arbeit [52]. Im Rahmen dieser Entgeltstatistik werden alle sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten in Entgeltklassen eingruppiert. Für die Quantifizierung der finanziellen Effekte wird auf den jüngsten Datenstand aus dem Jahr 2022 zurückgegriffen. Analog stammen Informationen zur BBG GKV, VPG sowie zur BBG RV aus demselben Jahr [53].

Für die Schätzung finanzieller Effekte müssen die oben angeführten Gruppen differenziert betrachtet und zunächst ein entsprechendes Mengengerüst definiert werden. Tabelle 6 zeigt die Einkommensverteilung relevanter Entgeltklassen. Insgesamt gehören im Jahr 2022 ca. 1,2 Mio. Personen der Gruppe 1 (21,5 %) und ca. 4,5 Mio. Personen der Gruppe 2 und 3 (78,5 %) an. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund der vorgegeben Entgeltklassen die Anzahl der Personen insbesondere in den unteren und oberen Klassen an den Einkommensgrenzen abweicht. Eine exakte Bestimmung der Personen in den jeweiligen Einkommensklassen ist nicht möglich.



Tabelle 6: Verteilung von Personen in den jeweiligen Entgeltklassen und Einkommensgrenzen im Jahr 2022 für die von einer möglichen Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze betroffenen Gruppen. Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [52].

Einkommensgrenze (€/Monat)	Entgeltklasse (€/Monat)	Anzahl	Gruppe	n (%)
> BBG GKV (4.837,5)	über 4.900 bis 5.000 €	278.020	Gruppe 1	1.237.598 (21,5)
	über 5.000 bis 5.100 €	274.081		
	über 5.100 bis 5.200 €	242.987		
	über 5.200 bis 5.300 €	227.700		
	über 5.300 bis 5.400 €	214.810		
> VPG GKV (5.362,5)	über 5.400 bis 5.500 €	209.130	Gruppe 2 Gruppe 3	4.510.313 (78,5)
	über 5.500 bis 5.600 €	197.488		
	über 5.600 bis 5.700 €	180.304		
	über 5.700 bis 5.800 €	174.233		
	über 5.800 bis 5.900 €	180.205		
	über 5.900 bis 6.000 €	164.961		
	über 6.000 bis 6.100 €	159.658		
	über 6.100 bis 6.200 €	153.250		
	über 6.200 bis 6.300 €	154.916		
	über 6.300 bis 6.400 €	147.947		
	über 6.400 bis 6.500 €	163.684		
	über 6.500 bis 6.600 €	138.790		
	über 6.600 bis 6.700 €	151.596		
> BBG RV (6.750)	über 6.700 €	2.334.151		
Summe		5.747.911		

Aufgrund der Aggregation der Daten in Entgeltklassen wird im Rahmen einer konservativen Schätzung angenommen, dass Personen lediglich über ein Entgelt an der unteren Grenze ihrer Entgeltklasse verfügen. Für eine möglichst realistische Schätzung der finanziellen Effekte wird die Summe aus dem allgemeinen Beitragssatz (14,6 %) und des durchschnittlichen Zusatzbeitragssatzes (1,7 %) des laufenden Jahres 2024 (16,3 %) verwendet [54].

1. In einem ersten Schritt werden die **Mehreinnahmen in Gruppe 1** ermittelt. Hierfür wird die Differenz zwischen dem im Jahr 2022 geltenden Höchstsatz für die BBG und dem individuellen monatlichen Entgelt gebildet und dann mit dem GKV-Beitragssatz von 16,3 % verrechnet. Diese Mehreinnahmen pro Person und Monat werden anschließend mit der Zahl der Personen in der jeweiligen Entgeltklasse multipliziert und dann auf das gesamte Jahr 2024 hochgerechnet. Für diese Gruppe werden ausschließlich Mehreinnahmen durch die Erhöhung der BBG auf RV-Niveau realisiert, da diese Gruppe vollständig in der GKV versichert ist.
2. **Gruppe 2** stellt den Teil der von der Versicherungspflicht befreiten GKV-Versicherten dar, welche nach der Anhebung der BBG in die PKV wechseln. Für diese Versicherten entgehen der GKV einerseits die Einnahmen. Andererseits entstehen für diese Versicherten auch keine Ausgaben mehr. Für die Berechnung der vermiedenen Ausgaben werden die GKV-Ausgabenprofile aus dem Jahr 2021 (aktueller Datenstand) herangezogen [55]. Hier-



für werden zunächst für beide Geschlechter je Altersjahr die Leistungsausgaben ohne und mit Krankengeld aufsummiert und anschließend ein Durchschnitt für beide Geschlechter gebildet.

3. Die Berechnung der erzielten oder entgangenen **Mehreinnahmen in den Gruppen 2 und 3** erfolgt analog zum Vorgehen der Gruppe 1. Allerdings muss im Gegensatz zur Gruppe 1 der Anteil freiwilliger GKV-Mitglieder von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten mit einem Einkommen über der VPG ermittelt werden. Hierfür wurde der Quotient aus der Anzahl der freiwillig in der GKV versicherten Arbeitnehmer ($n = 3.065.826$) aus dem Jahr 2022, ermittelt anhand der Mitgliederstatistik der GKV (Schlüssel-Nr. 10217) [56], und der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der VPG ($n = 4.510.313$) aus demselben Jahr [52] gebildet. Demnach sind ca. 68 % aller Vollzeitbeschäftigten mit einem Einkommen oberhalb der VPG freiwillig in der GKV versichert. Um diesen Faktor wurden die Personen in den jeweiligen Entgeltklassen reduziert.

Die Modellierung der erwarteten Finanzierungseffekte in den Jahren 2024 bis 2028 basiert auf einer Fortschreibung historischer Trends. Die Einkommensverteilung sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigter in Deutschland wurde auf Basis der historischen Verteilungen der Jahre 2018 bis 2022 ermittelt [52]. Da in älteren Datensätzen die oberen Entgeltklassen zusammengefasst waren, wurden die detaillierten Klassen anhand der empirisch beobachteten durchschnittlichen Verteilungen geschätzt. Für jede Entgeltklasse wurde dann die durchschnittliche relative Veränderung pro Jahr im Zeitraum von 2018 bis 2022 ermittelt. Nicht berücksichtigt wurde indes die Veränderungsrate von 2019 auf 2020, um einen verzerrenden Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Fortschreibung der Einkommensverteilung zu vermeiden. Für die Fortschreibung der BBG, der VPG und des GKV-Beitragssatzes wurden analog die durchschnittlichen jährlichen Wachstumsraten der jeweiligen Parameter im Zeitraum von 2018 bis 2022 herangezogen.

Die folgende Tabelle 7 zeigt das Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung (Anzahl der Personen) sowie die Unterteilung der neuen Grenzen für die relevanten Entgeltklassen. Diese Kohorten dienen als Input für die Schätzung der finanziellen Effekte in den Jahren von 2024 bis 2028. Der hellgraue Bereich umfasst die Gruppe 1. Gruppe 2 und 3 finden sich in den beiden dunkelgrauen Bereichen wieder.



Tabelle 7: Ergebnis der Bevölkerungsfortschreibung in den relevanten Entgeltklassen (Anzahl der Personen). Quelle: eigene Darstellung.

Entgeltklassen	2024	2025	2026	2027	2028
über 4.800 bis 4.900 €	293.363	319.602	348.188	379.331	413.259
über 4.900 bis 5.000 €	278.020	290.433	303.399	316.945	331.096
über 5.000 bis 5.100 €	274.081	299.510	327.298	357.665	390.849
über 5.100 bis 5.200 €	242.987	259.443	277.014	295.775	315.807
über 5.200 bis 5.300 €	227.700	243.695	260.813	279.134	298.742
über 5.300 bis 5.400 €	214.810	228.004	242.009	256.873	272.651
über 5.400 bis 5.500 €	209.130	217.214	225.610	234.332	243.390
über 5.500 bis 5.600 €	197.488	211.593	226.706	242.898	260.247
über 5.600 bis 5.700 €	180.304	190.317	200.885	212.041	223.816
über 5.700 bis 5.800 €	174.233	187.641	202.080	217.631	234.378
über 5.800 bis 5.900 €	180.205	200.018	222.009	246.418	273.511
über 5.900 bis 6.000 €	164.961	178.832	193.869	210.170	227.842
über 6.000 bis 6.100 €	159.658	177.867	198.154	220.754	245.932
über 6.100 bis 6.200 €	153.250	159.642	166.301	173.238	180.464
über 6.200 bis 6.300 €	154.916	163.350	172.242	181.619	191.506
über 6.300 bis 6.400 €	147.947	150.407	152.908	155.451	158.036
über 6.400 bis 6.500 €	163.684	182.518	203.520	226.938	253.051
über 6.500 bis 6.600 €	138.790	149.379	160.776	173.043	186.246
über 6.600 bis 6.700 €	151.596	166.257	182.335	199.968	219.307
über 6.700 €	2.334.151	2.573.237	2.836.812	3.127.385	3.447.721

Die Modellierung berücksichtigt vier verschiedene Szenarien. Diese beinhalten zum einen im Zeitverlauf unterschiedliche zusätzliche (d. h. durch die Erhöhung der BBG bedingte) Abwanderungsraten in die PKV und zum anderen zwei sich in ihrer Altersstruktur unterscheidende Abwanderungskohorten mit unterschiedlichen Durchschnittskosten für die GKV (vgl. Tabelle 8). Es werden eine jüngere (a) und eine ältere (b) Abwanderungskohorte gebildet. Gemessen an der Anzahl der Personen in der relevanten Entgeltklasse (Einkommen > 5.000 Euro) beträgt der Anteil der 25- bis 55-Jährigen etwa 73 % [52]. Ein weiteres Argument für die gewählte Altersgruppendifferenzierung ist, dass ein Wechsel für Personen älter als 55 Jahre aufgrund hoher Versicherungsprämien nicht attraktiv ist. Die Altersuntergrenze von 25 Jahren begründet sich inhaltlich dadurch, dass Personen unter 25 Jahre nur einen Anteil von 0,45 % in der relevanten Entgeltklasse haben [52]. Die Durchschnittsausgaben werden für den Zeitraum 2024 bis 2028 auf der Grundlage der durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate der beiden Altersgruppen zwischen 2018 und 2021 fortgeschrieben. Ferner wird angenommen, dass in den Folgejahren einer Umsetzung des Vorschlags die zusätzliche Wechselbereitschaft nicht auf dem Niveau des ersten Jahres bleibt, sondern kontinuierlich sinkt. Die zusätzlichen Abwanderungsraten werden daher von Jahr zu Jahr halbiert.

Um die Frage zu beantworten, bei welchem Ausmaß der Abwanderung eine Anhebung der BBG noch vorteilhaft für die GKV wäre, werden zwei Break-Even-Analysen durchgeführt. In der ersten Analyse wird ermittelt, wie hoch die initiale zusätzliche Abwanderungsrate aufgrund der BBG-Anpassung im Jahr 2024 ausfallen dürfte, damit **zum Ende des Beobachtungszeitraumes im Jahr 2028** ein finanzieller Effekt von 0 Euro gegenüber dem Szenario der Nicht-Anhebung entstände. In der zweiten Analyse wird zudem ermittelt, wie hoch die initiale zusätzliche Abwanderungsrate im Jahr 2024 ausfallen dürfte, damit durch die Anhebung der BBG **in Summe über die fünf Beobachtungsjahre** ein finanzieller Effekt von 0 Euro



gegenüber dem Szenario der Nicht-Anhebung entstünde. In beiden Analysevarianten wird ebenfalls davon ausgegangen, dass sich die zusätzlichen Abwanderungsraten im Beobachtungszeitraum im Vergleich zum Vorjahr halbieren.

Tabelle 8: Zusätzliche PKV-Abwanderungsraten und jährliche Durchschnittsausgaben der Abgewanderten. Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [55].

	2024	2025	2026	2027	2028
Abwanderungsraten					
Szenario 1	10 %	5 %	2,5 %	1,25 %	0,625 %
Szenario 2	20 %	10 %	5 %	2,5 %	1,25 %
Durchschnittsausgaben					
a) Altersgruppe (25-55)	2.983 €	3.132 €	3.288 €	3.452 €	3.624 €
b) Altersgruppe (35-55)	3.244 €	3.400 €	3.563 €	3.733 €	3.912 €

3.2.3 Quantitativer Impact

Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse der Modellierung zu finanziellen Effekten infolge einer Anhebung der BBG auf das Niveau der RV-Ost für die Jahre 2024 bis 2028 sowie im Jahresdurchschnitt im Vergleich zu den Effekten der Fortschreibung der ursprünglichen BBG (ohne zusätzliche Einnahmen und zusätzliche Abwanderung in die PKV).

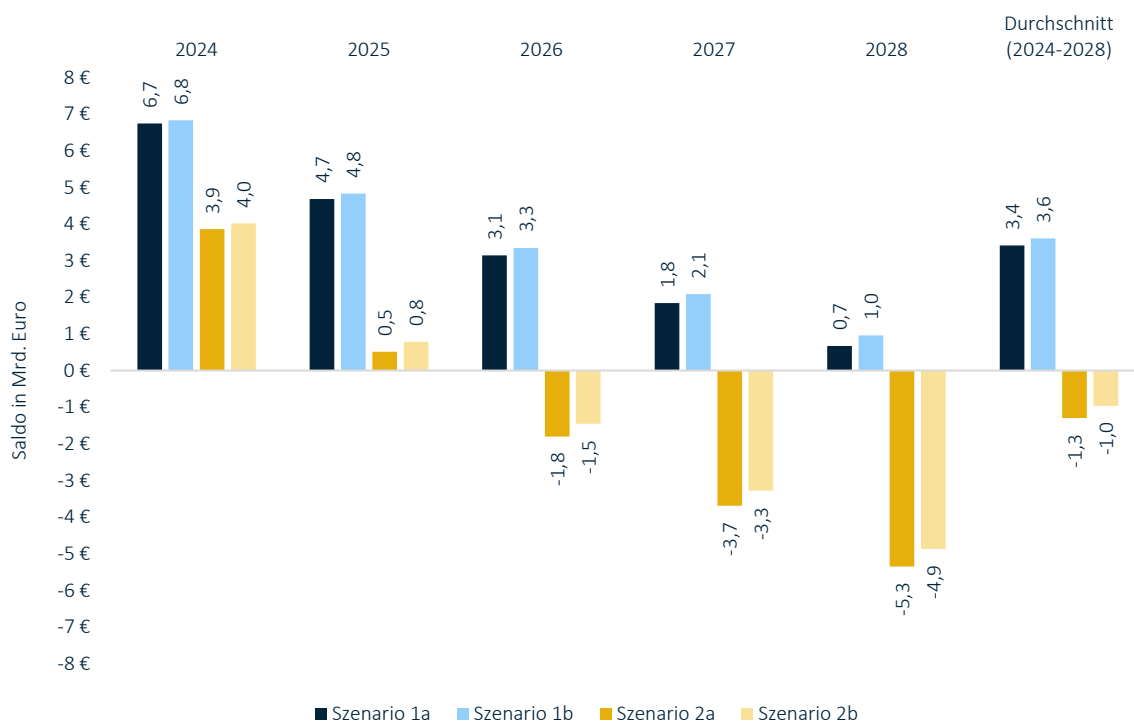


Abbildung 4: Ergebnisse der Modellierung der finanziellen Effekte einer Erhöhung der BBG in der GKV auf das Niveau der BBG der RV Ost. Quelle: eigene Darstellung.



Insgesamt kann die GKV durch die Anhebung der BBG im Durchschnitt über alle Szenarien mit einem finanziellen Stabilisierungseffekt von ca. 1,2 Mrd. Euro pro Jahr im Zeitraum von 2024 bis 2028 rechnen. Je nach Szenario liegt dieser Effekt zwischen minus 1,3 Mrd. Euro (2a) und 3,6 Mrd. Euro (1b) jährlich. Dies hätte im Jahr 2023 etwa einer Erhöhung von 0,08 bzw. einer Reduktion von 0,21 Beitragssatzpunkten entsprochen. Im Zeitverlauf ist zu erkennen, dass der Stabilisierungseffekt in allen Szenarien um durchschnittlich 1,9 Mrd. Euro pro Jahr (nur Szenario 1: 1,5 Mrd. Euro; nur Szenario 2: 2,3 Mrd. Euro) abnimmt und sich zudem von Jahr zu Jahr abschwächt (Jahr 1: 2,7 Mrd. Euro; Jahr 2: 1,9 Mrd. Euro; Jahr 3: 1,6 Mrd. Euro; Jahr 4: 1,4 Mrd. Euro).

Die Modellierung verdeutlicht, dass durch die BBG-Erhöhung ausgelöste zusätzliche Abwanderung einen großen Einfluss auf den fiskalischen Effekt der Maßnahme für die GKV hat. Beispielsweise beträgt der Unterschied zwischen Szenario 2 mit jeweils doppelt so hohen Abwanderungsraten im Vergleich zu Szenario 1 im Durchschnitt 4,6 Mrd. Euro. Im Gegensatz dazu hat die unterschiedliche Altersstruktur der Abgewanderten eine geringe finanzielle Wirkung. So beträgt die Differenz von a) und b) für beide Szenarien im Durchschnitt ca. 260 Mio. Euro. Die erste Break-Even-Analyse zeigt zudem, dass eine Abwanderungsrate von ca. 11 % im Jahr 2024 nicht überschritten werden darf, um im Jahr 2028 einen finanziellen Effekt von 0 Euro zu erhalten. So wäre selbst bei einer vergleichsweise geringen zusätzlichen Abwanderungsrate (nur ca. 1 Prozentpunkt über dem Minimalszenario) über den Gesamtzeitraum zwar ein positiver Einnahmenseffekt zu erkennen. Bereits ab dem fünften Jahr (2028) wäre jedoch kein fiskalischer Stabilisierungseffekt mehr gegeben und die BBG-Erhöhung längerfristig mitunter sogar unvorteilhaft für die GKV. Die zweite Break-Even-Analyse zeigt, dass die zusätzliche Abwanderungsrate von ca. 17,2 % im Jahr 2024 nicht überschritten werden darf, um in Summe über die fünf Beobachtungsjahre (2024-2028) einen finanziellen Effekt von 0 Euro erzielen zu können. Demnach würden die finanziellen Effekte infolge der Erhöhung der BBG bereits kurzfristig an ihre Grenzen stoßen und im Durchschnitt zu einem Nullsummenspiel.

3.2.4 Qualitative Einordnung

Im Hinblick auf die technische Umsetzbarkeit des Vorschlags ist anzumerken, dass bereits gesetzliche Regelungen zur kontinuierlichen Anpassung der BBG an die Einkommensentwicklung existieren [46]. Inwiefern diese jedoch als Blaupause für die Umsetzung des Vorschlags gelten können oder tiefergehende Gesetzesänderungen notwendig sind, liegt außerhalb der Expertise dieses Beitrags und bedarf einer umfassenden sozialrechtlichen Einschätzung. Nichtsdestotrotz kann der Umfang der notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung als gering eingeschätzt werden, da es sich bei dem Vorschlag um eine einmalige gesetzgeberische Maßnahme handelt und vergleichsweise wenig Akteure des Gesundheitswesens beteiligt werden müssten. Technisch wäre die Anhebung der BBG also leicht umsetzbar. In Bezug auf die politische Umsetzbarkeit muss jedoch konstatiert werden, dass die Erhöhung der BBG auf das Niveau der RV aktuell wohl keine Mehrheit finden wird. So steht die Linksfraktion mit diesem Vorschlag derzeit allein da [13]. Im jüngsten Koalitionsvertrag wurden keine Aussagen zur Änderung der BBG getroffen [40]. Allerdings werden in der SPD und bei den Grünen vereinzelt Stimmen laut, welche eine deutliche Anhebung der BBG fordern [57]. Schließlich bestehen noch offene Fragen hinsichtlich des Niveaus der Anhebung einer möglichen neu geltenden BBG in der GKV, welches wohl die Diskussion rund um diesen Vorschlag befeuern würde und das Finden von politischen Mehrheiten für diesen Vorschlag kompliziert erscheinen lässt.

Im Vergleich zu den anderen Vorschlägen liegt das erwartete Ausmaß der finanziellen Effekte infolge einer Anhebung der BBG auf einem niedrigen Niveau. Hinsichtlich der Wirksamkeit und Nachhaltigkeit muss zudem berücksichtigt werden, dass Unsicherheiten bezogen auf das Ausmaß der zusätzlichen Abwanderungen in die PKV bestehen. Diese wiederum haben einen starken Einfluss auf die Vorteilhaftigkeit des Vorschlags. Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Nachhaltigkeit ist, dass sich durch die stetige Erhöhung der BBG der entsprechende GKV-Beitrag mehr und mehr zu einer proportionalen Steuer entwickeln würde, da den zusätzlichen Beiträgen keinerlei Versicherungsleistungen entgegenstehen. Diese Mehrbelastung tritt zu den Grenzsteuersätzen hinzu, was bei unselbstständig Beschäftigten ab einem Bruttoeinkommen von 67.000 Euro im Jahr zu einer Grenzsteuerbelastung von über 50 % führen kann. Der Versicherungscharakter im Sinne



einer Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen würde dadurch immer mehr in den Hintergrund treten. Ferner würde die Maßnahme für Unternehmen eine weitere Steigerung der hierzulande im internationalen Vergleich bereits überdurchschnittlich hohen Lohnnebenkosten bedeuten [58]. Dies könnte mit negativen Auswirkungen auf die Wettbewerbsfähigkeit insbesondere in personalintensiven Branchen einhergehen. Ein potenzieller Einfluss des Vorschlags auf die Effizienz der GKV-Versorgung ist nicht abzusehen, da die Anhebung der BBG keine direkten Auswirkungen auf die medizinische Versorgung mit sich bringt.

Im Zuge einer Anhebung der BBG würden insbesondere Gutverdienende und ihre Arbeitgeber stärker belastet werden, wodurch Mehreinnahmen für die GKV entstehen können, wenn diese nicht in die PKV abwandern. Diese könnte zu einer Verhinderung bzw. zu einer Reduktion von Beitragssatzerhöhungen für alle GKV-Versicherten führen. Befürworter des Vorschlags sehen hierin eine Stärkung des Solidaritätsprinzips in der GKV. Kritiker werten die zusätzliche Belastung von Gutverdienern hingegen als Überdehnung des Solidaritätsgedankens. So sei zu berücksichtigen, dass diese bereits heute nicht nur höhere absolute Beitragslasten tragen als sozial schwächer gestellte Versicherte, sondern im Schnitt, bedingt durch ihren vergleichsweise guten Gesundheitszustand [59], auch weniger Leistungen der GKV in Anspruch nehmen und Ausgaben verursachen. In Teilen relativiert wird dieses Argument ggf. durch eine höhere Lebenserwartung Angehöriger höherer Einkommensgruppen.

Eine Schwächung des Solidaritätsprinzips könnte zudem aus unerwünschten Abwanderungseffekten resultieren, da die Personen, die in die PKV wechseln, nicht mehr an den Umverteilungsprozessen in der GKV beteiligt werden. Dabei hängt das Ausmaß der Schwächung der Solidarität maßgeblich von den zusätzlichen Abwanderungsquoten ab. Das tatsächlich zu erwartende Ausmaß dieser Abwanderungseffekte ist im Vorfeld jedoch nur schwer abzuschätzen. Eine gleichzeitige Anhebung der VPG würde den Abwanderungseffekt zwar abmildern und im Ergebnis zu weniger Verlusten bzw. noch mehr Einnahmen für die GKV führen, stößt aber auf verfassungsrechtliche Bedenken [46].



3.3 (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr

3.3.1 Hintergrund

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) führte die damalige rot-grüne Bundesregierung im Jahr 2004 eine sogenannte Praxisgebühr in der ambulanten Versorgung ein. Volljährige GKV-Versicherte wurden mit der Regelung dazu verpflichtet, bei jedem ersten Arzt-, Zahnarzt oder Psychotherapeutenbesuch innerhalb eines Quartals eine Gebühr von 10 Euro zu entrichten. Für Folgebesuche im selben Quartal in derselben Praxis sowie bei Behandlungen auf Überweisung wurde keine Praxisgebühr erhoben. Ebenfalls zuzahlungsfrei waren Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V sowie Schutzimpfungen. Zur Abfederung sozialer Härten wurde eine Belastungsobergrenze sämtlicher Zuzahlungen in der GKV in Höhe von 2 % des Bruttoeinkommens (1 % bei chronisch Erkrankten) vorgesehen.

Mit der Einführung der Praxisgebühr sowie der Reform weiterer Zuzahlungsregelungen im Zuge des GMG verfolgte der Gesetzgeber das Ziel, die Eigenverantwortung der Versicherten durch eine direkte Beteiligung an individuellen Krankheitskosten zu stärken. Die Praxisgebühr sollte demnach nicht nur als zusätzliche Einnahmequelle dienen. Durch die Eigenbeteiligung wurde auch beabsichtigt, das Kostenbewusstsein der Versicherten zu fördern und das moralische Risiko („Moral Hazard“) in der GKV zu reduzieren [60]. Dieses beschreibt die in Krankenvollversicherungssystemen bestehenden Fehlanreize für Versicherte zu übermäßigen Leistungsanspruchnahmen, da die Kosten der individuellen „Konsumententscheidung“ von der Allgemeinheit bzw. der Versichertengemeinschaft getragen werden. Als Ausdruck dessen werden im Rahmen der GKV-Versorgung auch die im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen Zahlen ambulanter Arztbesuche gewertet. In der Vergangenheit konnten zahlreiche empirische Studien zeigen, dass Kostenbeteiligungen grundsätzlich dazu geeignet sind, unnötige Leistungsanspruchnahmen zu vermeiden und die Gesundheitsausgaben zu reduzieren [61–63]. Andere Studien deuten indes darauf hin, dass Kostenbeteiligungen insbesondere bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen zur Vermeidung notwendiger Leistungsanspruchnahmen und negativen gesundheitlichen Folgen führen können [64, 65].

Auch die Auswirkungen der Praxisgebühr in Deutschland unterlagen in der Vergangenheit einem regen Forschungsinteresse. Unbestritten ist dabei der Einnahmeeffekt. So erzielte die GKV zwischen 2005 und 2010 durch die Praxisgebühr zusätzliche GKV-Einnahmen zwischen 1,9 und 2,0 Mrd. Euro pro Jahr [66]. Die Evidenz zur nachfragesteuernden Wirkung ist dagegen weniger eindeutig. Angesichts deutlicher Fallzahlreduktionen im Jahr der Einführung kamen frühe Studien zunächst zu dem Schluss, dass die Praxisgebühr zur Vermeidung nicht notwendiger Arztbesuche beigetragen habe [67, 68]. Spätere Studien auf Basis von Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) konnten in der längerfristigen Betrachtung keinen signifikanten Effekt der Praxisgebühr auf die Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches feststellen [60, 69]. Farbmacher weist in diesem Zusammenhang allerdings auf methodische Limitationen und Fehlspezifikationen der Analysen hin [70]. In seinen entsprechend adjustierten Analysen stellte er auch in der längeren Frist eine signifikante Reduktion der Wahrscheinlichkeit eines Arztbesuches durch die Einführung der Praxisgebühr um ca. 3,4 % fest [70]. Neuere Analysen mit angepasster Methodik konnten dieses Ergebnis wiederum nicht bestätigen [71]. In der Gesamtschau deutet die verfügbare Evidenz somit allenfalls auf einen schwachen Effekt der Praxisgebühr auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme hin. Verschiedene weitere Studien fanden darüber hinaus Hinweise auf einen positiven, versorgungssteuernden Effekt der Praxisgebühr, welcher sich unter anderem in deutlich erhöhten Überweisungsraten äußerte [72–74]. Andere Arbeiten betonen mögliche negative Auswirkungen der Regelung auf die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und die Gesundheitsversorgung von Personen mit niedrigem Einkommen [72, 75].

Insbesondere vor dem Hintergrund der umstrittenen Nachfragewirksamkeit entschied sich der Bundestag einstimmig im November 2012 für die ersatzlose Streichung der Praxisgebühr ab dem Jahr 2013 [76]. Als weitere zentrale Gründe für



die Entscheidung wurden unter anderem der hohe bürokratische Aufwand der Erhebung in den Arztpraxen und die geringe Akzeptanz der Regelung in der Bevölkerung angeführt. Nicht zuletzt stand die Abschaffung der Praxisgebühr aber auch unter dem Eindruck einer soliden Finanzsituation in der GKV. Bereits zum damaligen Zeitpunkt betonte der CDU-Abgeordnete und spätere Bundesminister für Gesundheit, Jens Spahn, mit Blick auf zukünftig zu erwartende Ausgabensteigerungen, dass die Union eine Beibehaltung in der Sache für richtig gehalten hätte [76]. Es überrascht deshalb nicht, dass die Themen Selbstbeteiligung im Allgemeinen und Praxisgebühr im Speziellen in Zeiten finanzieller Engpässe in der GKV zunehmend in die Diskussion rücken. So spricht sich die CDU im aktuellen Entwurf ihres neuen Grundsatzprogrammes für mehr Eigenvorsorge und eine Schärfung des Kostenbewusstseins der Versicherten aus [77]. Auch die Wiedereinführung der Praxisgebühr wurde Meldungen zufolge im Rahmen der Programmentwicklung diskutiert [78]. Eine modifizierte Praxisgebühr, die zur Entfaltung einer stärkeren Steuerungswirkung bei jedem Arztbesuch fällig wird, forderte Ende 2022 die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände [79]. Auch aus der Ärzteschaft, die sich aufgrund hoher Bürokratiekosten auf breiter Front für die Abschaffung der ursprünglichen Praxisgebühr stark gemacht hatte, waren in der jüngeren Vergangenheit Vorstöße in Richtung einer Selbstbeteiligung der Versicherten bei Arztbesuchen wahrzunehmen, sofern notwendige Lehren aus der bisherigen Umsetzung gezogen würden [80–83]. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) empfahl noch in seinem Jahresgutachten 2018 eine Kontaktgebühr für überweisungslose Facharztbesuche zumindest als mögliche nachgelagerte Option zur Optimierung der Patientensteuerung [84]. Die Abrechnung solle dabei unbürokratischer und bargeldlos, ähnlich der Zuzahlung bei der vollstationären Krankenhausbehandlung, umgesetzt werden. Aus den Reihen der aktuellen Ampelregierung ist mit Blick auf Vorschläge zur (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr oder anderer Formen der Selbstbeteiligung im ambulanten Bereich indes bislang vor allem Ablehnung zu vernehmen [85].

3.3.2 Methodik

Im Folgenden werden die potenziellen, kurzfristigen fiskalischen Effekte einer erneuten Einführung der Praxisgebühr über die Jahre 2024 bis 2028 modelliert. Aufgrund von Datenlimitationen im Hinblick auf die Modellierung alternativer Varianten (z. B. einer Kontaktgebühr) wird die bisherige Ausgestaltung der Gebühr in Form einer einmaligen quartalsbezogenen Zahlung für jeden ambulanten Behandlungsfall ohne Überweisung angenommen. Zentrale Modellparameter, die sowohl für die ambulante, ärztliche Versorgung als auch die ambulante zahnärztliche Versorgung in der GKV berücksichtigt werden, sind:

- die Zahl der Behandlungsfälle
- die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungsfall
- die Höhe der zu entrichtenden Praxisgebühr
- der Anteil der Behandlungsfälle, auf welche die Praxisgebühr zu entrichten ist
- das Ausmaß der Nachfragereaktion nach Einführung der Praxisgebühr

Zur Approximation der erwarteten Zahl der Behandlungsfälle dienen die bis zum Jahr 2022 berichteten Fallzahlen gemäß KG3-Statistik als Grundlage (ärztlich/psychotherapeutisch: Schlüssel-Nr. 01999A; zahnärztlich: Schlüssel-Nr. 02000) [86, 87]. Im zahnärztlichen Bereich werden im Rahmen der Modellierung nur konservierend-chirurgische Fälle berücksichtigt. Für die Betrachtungsjahre 2024 bis 2028 erfolgt eine Fortschreibung der Behandlungsfälle auf Basis der mittleren Wachstumsraten der letzten fünf Jahre (2018 bis 2022), wobei auf den Einbezug des Jahres 2020 angesichts der deutlichen Fallzahlreduktion im Zuge der COVID-19-Pandemie verzichtet wurde. Der Verlauf der beobachteten und fortgeschriebenen Fallzahlen ist in Abbildung 5 dargestellt.

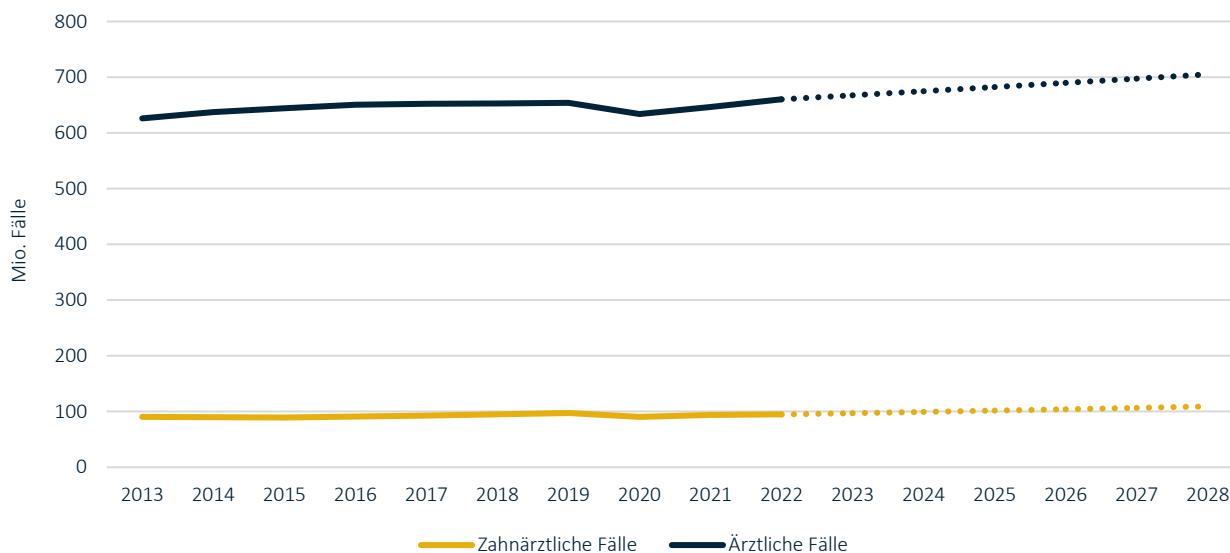


Abbildung 5: Entwicklung der Zahl der ärztlichen und konservierend-chirurgischen zahnärztlichen Behandlungsfälle (Fortschreibung nach 2022). Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [86, 87].

Zur Bestimmung der durchschnittlichen Fallkosten werden die GKV-Gesamtkosten für die ärztliche Behandlung (Schlüssel-Nr. 04090) und für die konservierend-chirurgische zahnärztliche Behandlung (Schlüssel-Nr. 04100) gemäß KJ1-Statistik herangezogen [88]. Diese werden ins Verhältnis gesetzt zu den o. g. Fallzahlen. Die Fortschreibung der durchschnittlichen Fallkosten erfolgt im ärztlichen Bereich analog zum beschriebenen Vorgehen für die Fortschreibung der Behandlungszahlen. Bei den durchschnittlichen Fallkosten im zahnärztlichen Bereich wird dagegen die langfristige durchschnittliche Wachstumsrate der Jahre 2013 bis 2022 (exkl. 2020) zugrunde gelegt, da der deutliche Abfall der Gesamtkosten im Jahr 2022 andernfalls zu einer Unterschätzung des langfristig positiven Trends bei den durchschnittlichen Fallkosten führen würde (vgl. Abbildung 6).

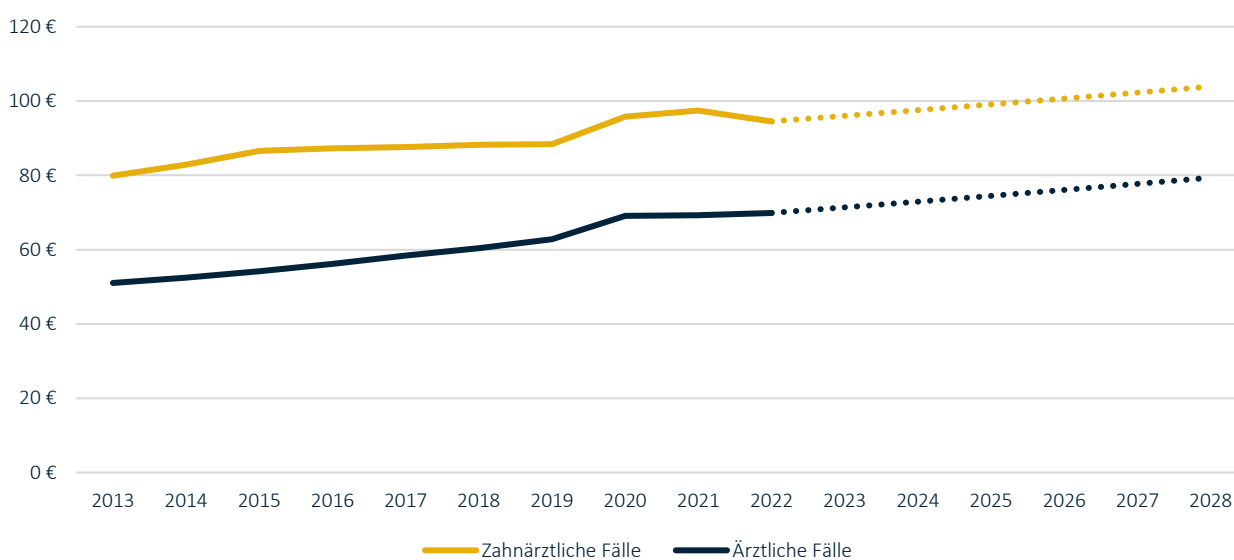


Abbildung 6: Entwicklung der durchschnittlichen Kosten pro ärztlichem und konservierend-chirurgischem zahnärztlichen Behandlungsfall (Fortschreibung nach 2022). Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [86–88].



Der Anteil der Behandlungsfälle, auf welche die Praxisgebühr zu entrichten ist, wird auf Basis der historisch beobachtbaren Anteile geschätzt. Entsprechende Informationen gehen für die Jahre 2005 bis 2010 aus der Antwort der damaligen Bundesregierung aus CDU/CSU und FDP auf eine kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen hervor [66]. Demnach lag die jährliche Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle, in denen die Praxisgebühr entrichtet wurde, zwischen 150 und 162 Mio. (vgl. Tabelle 9). Dies entspricht 25 % bis 30 % der jährlichen Fälle. Die Zahl der zahnärztlichen Fälle mit Praxisgebühr variierte von 2005 bis 2010 zwischen 37 und 40 Mio., was 46 % bis 48 % der in diesen Jahren beobachteten Gesamtfallzahl entspricht. Für die hier vorgenommene Modellierung wird der durchschnittliche Anteil der Praxisgebühreffälle im Zeitraum von 2005 bis 2010 zugrunde gelegt. Dieser liegt im ärztlichen Bereich bei 28,0 % und im zahnärztlichen Bereich bei 46,3 %.

Tabelle 9: Anteil der Behandlungsfälle mit entrichteter Praxisgebühr an der Gesamtfallzahl im Zeitraum 2005 bis 2010. Quelle: eigene Darstellung auf Basis von [66, 86, 87].

Ärztliche Versorgung	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Gesamtfallzahl gemäß KJ1	531.181.266	517.005.675	522.985.630	550.579.743	584.838.272	620.157.955
Behandlungsfälle mit Praxisgebühr	162.010.000	155.580.000	152.630.000	152.060.000	150.190.000	153.440.000
Anteil mit Praxisgebühr	30 %	30 %	29 %	28 %	26 %	25 %
Zahnärztliche Versorgung	2005	2005	2005	2005	2005	2005
Gesamtfallzahl gemäß KJ1	80.716.075	81.637.058	80.515.991	85.689.571	84.088.439	84.210.882
Behandlungsfälle mit Praxisgebühr	38.410.000	37.550.000	37.230.000	40.260.000	37.450.000	39.190.000
Anteil mit Praxisgebühr	48 %	46 %	46 %	47 %	45 %	47 %

Die Modellierung der erneuten Einführung der Praxisgebühr berücksichtigt vier verschiedene Szenarien, welche sich hinsichtlich der Höhe der Praxisgebühr sowie der erwarteten Nachfragerreaktion unterscheiden (vgl. Tabelle 10). Im konservativen Szenario 1 wird ausschließlich von einem Einnahmeeffekt durch die Praxisgebühr und nicht von einem Nachfrageeffekt im Sinne einer Reduktion der Fallzahlen ausgegangen. Dabei wird zwischen einer Praxisgebühr in der ursprünglichen Höhe von 10 Euro pro Behandlungsfall (Szenario 1a) und einer erhöhten Variante von 15 Euro pro Behandlungsfall (Szenario 1b) unterschieden. Im weniger konservativen Szenario 2 wird zusätzlich im Jahr der angenommenen Einführung der Praxisgebühr (d. h. 2024) ein einmaliger Rückgang der Fallzahlen um 5 % modelliert. Dies liegt noch deutlich unter der tatsächlich beobachteten Fallzahlreduktion bei der erstmaligen Einführung der Praxisgebühr im Jahr 2004. Diese lag im ärztlichen Bereich bei 7,7 % und im zahnärztlichen Bereich sogar bei 10,8 % [86, 87]. Nach der initialen Absenkung werden die Fallzahlen dem bisherigen Wachstumspfad entsprechend anhand der o. g. Wachstumsraten bis 2028 fortgeschrieben. Auch für Szenario 2 werden die beiden unterschiedlich hohen Praxisgebühren berücksichtigt (Szenario 2a: 10 Euro; Szenario 2b: 15 Euro).



Tabelle 10: Szenarien zu Modellierung der erneuten Einführung der Praxisgebühr. Quelle: eigene Darstellung.

	Szenario 1		Szenario 2	
	Szenario 1a	Szenario 1b	Szenario 2a	Szenario 2b
Höhe der Praxisgebühr	10 Euro	15 Euro	10 Euro	15 Euro
Nachfrageeffekt/ Fallzahlrückgang	Kein Effekt	Kein Effekt	Einmalig -5 % im Jahr der Einführung	Einmalig -5 % im Jahr der Einführung

3.3.3 Quantitativer Impact

Abbildung 7 stellt die berechneten Netto-Finanzierungseffekte der unterschiedlichen Szenarien für den Zeitraum 2024 bis 2028 dar. Die unteren Linien jedes Szenarios bilden dabei die Entwicklung des Finanzierungseffektes unter einer Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro ab. Die oberen Linien stellen den Verlauf für die erhöhte Praxisgebühr von 15 Euro dar.

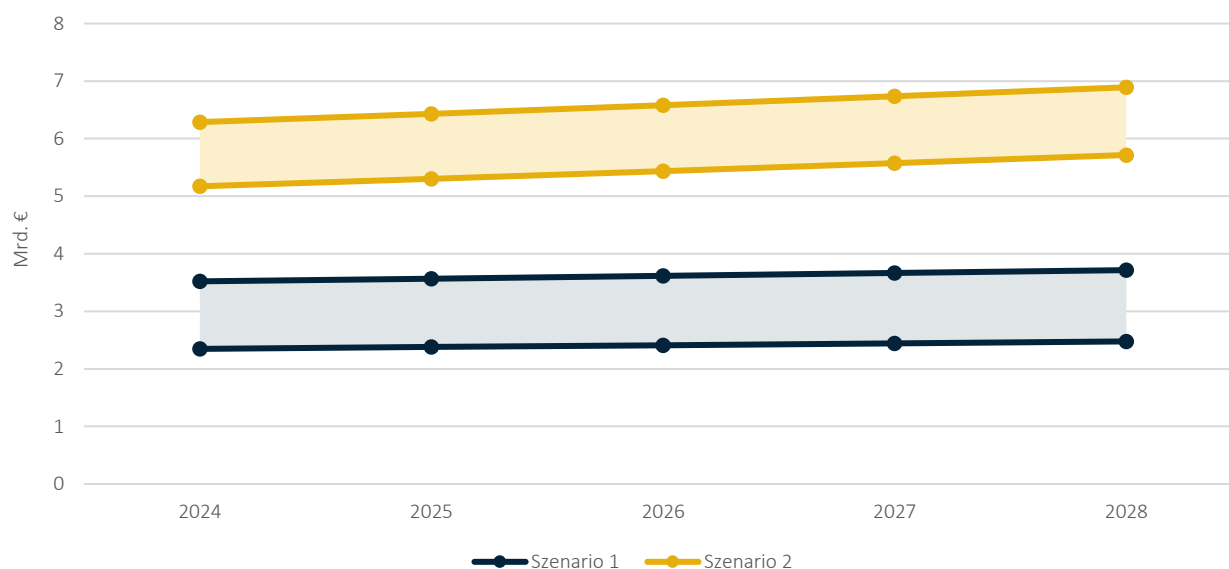


Abbildung 7: Jährlicher Netto-Finanzierungseffekt der Praxisgebühr für die GKV in unterschiedlichen Szenarien. Untere Linien: 10 Euro Praxisgebühr. Obere Linien: 15 Euro Praxisgebühr. Quelle: eigene Darstellung.

Im konservativen Szenario ohne Fallzahlreduktion ergeben sich über die fünf Jahre von 2024 bis 2028 jährlich im Schnitt 193 Mio. ärztliche und 48 Mio. zahnärztliche Fälle, in denen die Praxisgebühr erhoben wird. Je nach Höhe der Praxisgebühr bedeutet dies durchschnittliche jährliche Zusatzeinnahmen für die GKV zwischen 2,4 Mrd. Euro (Szenario 1a) und 3,6 Mrd. Euro (Szenario 1b, vgl. Tabelle 11). Dies hätte im Jahr 2023 etwa 0,15 bis 0,22 Beitragssatzpunkten entsprochen [41]. 80 % der Einnahmen durch die Praxisgebühr sind auf den ambulanten, vertragsärztlichen Versorgungsbereich zurückzuführen. Durch das angenommene Fallzahlwachstum im Zeitverlauf steigen die jährlichen Einnahmen bis 2028 um 5,5 %.

Im weniger konservativen Szenario 2 sind von 2024 bis 2028 aufgrund des angenommenen einmaligen Fallzahleffektes insgesamt 199 Mio. weniger ärztliche und zahnärztliche Behandlungsfälle zu beobachten. Die Einnahmen durch die Praxisgebühr reduzieren sich damit kumuliert über die fünf Betrachtungsjahre um 603 Mio. Euro (Szenario 2a) bis 904 Mio. Euro (Szenario 2b). Den reduzierten Praxisgebühreinnahmen stehen indes Einsparungen der GKV durch vermiedene Be-



handlungsfälle gegenüber, welche sich in Summe auf 15,7 Mrd. Euro belaufen. In der Konsequenz erhöht sich der stabilisierende Netto-Finanzierungseffekt für die GKV durch die angenommene Nachfragereaktion je nach veranschlagter Höhe der Praxisgebühr um 82 % (Praxisgebühr: 15 Euro) bis 125 % (Praxisgebühr: 10 Euro). Pro Jahr liegt dieser durchschnittlich zwischen 5,4 Mrd. Euro (Szenario 2a) und 6,5 Mrd. Euro (Szenario 2b). Dies hätte im Jahr 2023 etwa 0,32 bis 0,38 Beitragssatzpunkten entsprochen [41].

Table 11: Modellierungsergebnisse zur Einführung einer Praxisgebühr. Quelle: eigene Darstellung.

	2024	2025	2026	2027	2028	Durchschnitt
Szenario 1: Nur Einnahmeeffekt						
Fallzahl	774 Mio.	784 Mio.	794 Mio.	804 Mio.	814 Mio.	794 Mio.
Einsparungen Fallzahlreduktion	-	-	-	-	-	-
Einnahmen Praxisgebühr	2,3 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,5 Mrd. €	2,4 Mrd. €
Nettoeffekt: Szenario 1a (10 € Gebühr)	2,3 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,5 Mrd. €	2,4 Mrd. €
Einnahmen Praxisgebühr	3,5 Mrd. €	3,6 Mrd. €	3,6 Mrd. €	3,7 Mrd. €	3,7 Mrd. €	3,6 Mrd. €
Nettoeffekt: Szenario 1b (15 € Gebühr)	3,5 Mrd. €	3,6 Mrd. €	3,6 Mrd. €	3,7 Mrd. €	3,7 Mrd. €	3,6 Mrd. €
Szenario 2: Einnahmeeffekt + Nachfrageeffekt						
Fallzahl	735 Mio.	744 Mio.	754 Mio.	764 Mio.	773 Mio.	754 Mio.
Einsparungen Fallzahlreduktion	2,9 Mrd. €	3,0 Mrd. €	3,1 Mrd. €	3,3 Mrd. €	3,4 Mrd. €	3,1 Mrd. €
Einnahmen Praxisgebühr 2a	2,2 Mrd. €	2,3 Mrd. €	2,3 Mrd. €	2,3 Mrd. €	2,4 Mrd. €	2,3 Mrd. €
Nettoeffekt: Szenario 2a (10 € Gebühr)	5,2 Mrd. €	5,3 Mrd. €	5,4 Mrd. €	5,6 Mrd. €	5,7 Mrd. €	5,4 Mrd. €
Einnahmen Praxisgebühr 2b	3,3 Mrd. €	3,4 Mrd. €	3,4 Mrd. €	3,5 Mrd. €	3,5 Mrd. €	3,4 Mrd. €
Nettoeffekt: Szenario 2b (15 € Gebühr)	6,3 Mrd. €	6,4 Mrd. €	6,6 Mrd. €	6,7 Mrd. €	6,9 Mrd. €	6,5 Mrd. €

3.3.4 Qualitative Einordnung

Gesetzgeberisch wäre die Einführung der Praxisgebühr analog zum Vorgehen im Rahmen des GMG im Jahr 2004 relativ leicht mittels einer einfachen Gesetzesänderung umzusetzen. Aus technisch-administrativer Sicht dürfte die Implementierung einer wie auch immer gearteten Praxisgebühr hingegen ein deutlich komplexeres Vorhaben darstellen. So war der bürokratische Aufwand der Erhebung und Abrechnung vor Ort in den Arztpraxen einer der zentralen Streitpunkte rund um die bis zum Jahr 2013 erhobene quartalsbezogene Gebühr. Von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurden die Bürokratiekosten für die erhebenden, aber nicht direkt an den Einnahmen durch die Gebühr beteiligten, Arztpraxen auf 360 Millionen Euro geschätzt [89]. Dies entspricht rund einem Fünftel der im Rahmen der vorangegangenen Modellierung für den Zeitraum 2024 bis 2028 geschätzten jährlichen Einnahmen (Szenario 1a: Nur Einnahmeeffekt, 10 Euro Gebühr) nach einer möglichen Wiedereinführung der Praxisgebühr im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich. Ein Ansatz zur Senkung des bürokratischen Aufwandes könnte der vom SVR Gesundheit vorgeschlagene bargeldlose Gebühreneinzug über die Krankenkassen sein [84]. Es ist denkbar, dass die Entlastung des Versorgungsprozesses um die umständliche Bargeldabrechnung der Praxisgebühr auch einen Beitrag zur Akzeptanz der Regelung auf Seiten der Versicherten leisten würde. Dies gilt auch für verbesserte Informationsangebote rund um die Praxisgebühr und Befreiungsmöglichkeiten, die in der Vergangenheit überwiegend als unzureichend bewertet wurden [72].

Die Ergebnisse der Modellierung zeigen, dass die Wiedereinführung der Praxisgebühr in der zuvor umgesetzten quartalsbezogenen Variante einen nachhaltigen Einnahmeeffekt erwarten ließe, der je nach Höhe der Gebühr im Zeitraum von



2024 bis 2028 auf 2,4 Mrd. Euro bis 3,6 Mrd. pro Jahr geschätzt werden kann. Dies entspricht in der Spitze mehr als 20 % der durch die komplexen Maßnahmenbündel im Rahmen des GKV-FinStG avisierten Einsparungen von 17 Mrd. Euro, jedoch wiederkehrend. Mit dem Ziel, das Kostenbewusstsein zu fördern und die Moral-Hazard-Problematik in der GKV zu reduzieren, hat die Praxisgebühr über den nachhaltigen Einnahmeeffekt hinaus auch das Potenzial, die Effizienz innerhalb der GKV zu steigern. Dies wäre dann der Fall, wenn sie tatsächlich zur Vermeidung nicht notwendiger Bagatellfälle beitrüge, ohne dabei medizinisch notwendige Inanspruchnahmen zu unterbinden. Die Modellierung verdeutlicht, dass mögliche Fallzahlreduktionen mit einem zusätzlichen Stabilisierungspotenzial für die GKV-Finzen einhergehen könnten, welches den eigentlichen Einnahmeeffekt (je nach Höhe der Gebühr) mitunter noch übersteigt. Wirkungen der Praxisgebühr auf die Mengendynamik an Behandlungsfällen und damit verbundene Entlastungen der GKV können indes differenziert betrachtet werden. So sind direkte Einsparungen durch etwaige Fallzahlreduktionen aufgrund der jährlich stattfindenden Honorarverhandlungen zwischen GKV und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) erst mit einem gewissen zeitlichen Versatz zu erwarten. Kurzfristige Entlastungen für die GKV können sich wiederum durch sinkende Folgekosten (z. B. aufgrund weniger Arzneimittelverschreibungen) ergeben. Zudem wäre eine unmittelbare Entlastung der Arztpraxen zu erwarten.

Weitestgehend unstrittig ist, dass die quartals- und behandlungsfallbezogene Praxisgebühr in der Vergangenheit zur Koordinierung der Versorgung beigetragen hat, indem sie die Überweisungsquote bei Facharztbesuchen deutlich erhöhte [73–75]. Kein eindeutiges Bild ergibt sich in der Literatur indes im Hinblick auf die Nachfragereaktion durch diese Form der Selbstbeteiligung [61, 68–72]. Landläufig gilt die damalige Praxisgebühr im Hinblick auf ihre effizienzsteigernde Wirkung als gescheitert. Ökonomen wie auch der SVR Gesundheit führen dies unter anderem auf das Design der Gebühr mit einer einmaligen Zahlung beim ersten Kontakt zurück [61, 85, 91]. Da die Grenzkosten der Folgekontakte im Rahmen desselben Behandlungsfalls bei null liegen, ist sogar denkbar, dass Versicherte bei einmal gezahlter Gebühr zu übermäßigen Folgekontakten neigen, um die Kosten der Gebühr wieder zu kompensieren [70]. Ein alternatives Gebührendesign, von dem eine höhere Verhaltenswirksamkeit zu erwarten ist, wäre die Erhebung der Praxisgebühr bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt in Form einer Kontaktgebühr [61, 70, 85, 91]. Neben der Ausgestaltung des Erhebungsdesigns sind die zu erwartenden Einnahmen- wie auch Nachfrageeffekte von der gewählten Höhe der Praxisgebühr abhängig. Diese liegt letztlich im Ermessen der politischen Entscheidungsträger, sollte aber auf einen Kompromiss zwischen dem erwünschten Nachfrageeffekt und der sozialen Zumutbarkeit ausgerichtet sein. Um diesem Anspruch dauerhaft gerecht zu werden, könnte über eine Dynamisierung in Form einer regelmäßigen Anpassung der Gebühr im Zeitablauf nachgedacht werden.

Abgesehen von der Belastungsgrenze für Zuzahlungen nach § 62 SGB V (Sozialklausel), würde die (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr dazu führen, dass sich die finanzielle Belastung der Versicherten nicht allein nach ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, sondern unmittelbar auch nach ihrem medizinischen Bedarf im ambulanten Sektor bemisst. Kritiker sehen in der Gebühr deshalb sogar eine Gefahr für das Solidaritätsprinzip in der GKV [75, 90]. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass Über- und Fehlversorgung (i. S. v. nicht medizinisch notwendigen Arztbesuchen sowie ungesteuerter Inanspruchnahme von Fachärzten) mit dem Solidaritätsgedanken ebenfalls nur schwer vereinbar erscheinen. Die Reduktion der Moral-Hazard-Problematik und die damit einhergehende Stabilisierung der GKV-Finzen, welche sich nicht zuletzt in einer reduzierten Beitragsbelastung ausdrücken könnte, dürfte vielmehr durchaus im Sinne der Solidargemeinschaft sein. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass einkommensunabhängige Zuzahlungen keineswegs systemfremd, sondern spätestens seit den Reformen des GMG in fast allen Leistungsbereichen der GKV als Steuerungs- und Einsparinstrumente etabliert sind, wenn auch in Deutschland im internationalen Vergleich mit eher geringen Beträgen, die über die Jahre zudem nicht der Inflation angepasst wurden.

Eng mit der Solidaritätsfrage verbunden sind auch die potenziellen adversen Effekte von Selbstbeteiligungsregelungen wie der Praxisgebühr. Im Fokus steht dabei vor allem das Risiko, des Aufschiebens oder der Vermeidung von medizinisch notwendigen Maßnahmen oder als förderungswürdig erachteten Präventionsleistungen [84, 91]. Diese unerwünschten



Effekte würden sich in der kurzen Frist zwar in Einsparungen für die GKV äußern, in der langen Frist jedoch ggf. Folgekosten durch einen verschlechterten Gesundheitszustand implizieren. Als besonders problematisch wird in diesem Zusammenhang herausgestellt, dass sich entsprechende negative Effekte vor allem für sozial schwächer gestellte Versicherte etwa mit niedrigem Einkommen und/oder erhöhter Morbidität einstellen könnten. Tatsächlich deutet eine Befragungstudie der Bertelsmann Stiftung darauf hin, dass die Nachfragereaktionen durch die Praxisgebühr in diesen Gruppen stärker ausfielen als in Bevölkerungsgruppen mit höherem Sozialstatus [75]. Dieser Befund kann indes nicht als Beleg für die These negativer Auswirkungen auf den Gesundheitszustand und daraus resultierender Folgekosten gewertet werden, insbesondere wenn auch hier in erster Linie auf medizinisch nicht notwendige Besuche verzichtet wurde. Studien, welche diese Problematik im Detail untersucht haben, liegen nicht vor. Nichtsdestotrotz ist das beschriebene Risiko in der Theorie nicht von der Hand zu weisen. Für den Fall der möglichen Einführung einer Praxisgebühr erscheinen deshalb adäquate Maßnahmen (z. B. die bereits bestehenden Zuzahlungsbefreiungen) zum Schutz vor sozialen Härten sowie die gezielte wissenschaftliche Begleitevaluation der (versorgungs-)prozessualen, medizinischen und sozialen Effekte erforderlich.



3.4 Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen

3.4.1 Hintergrund

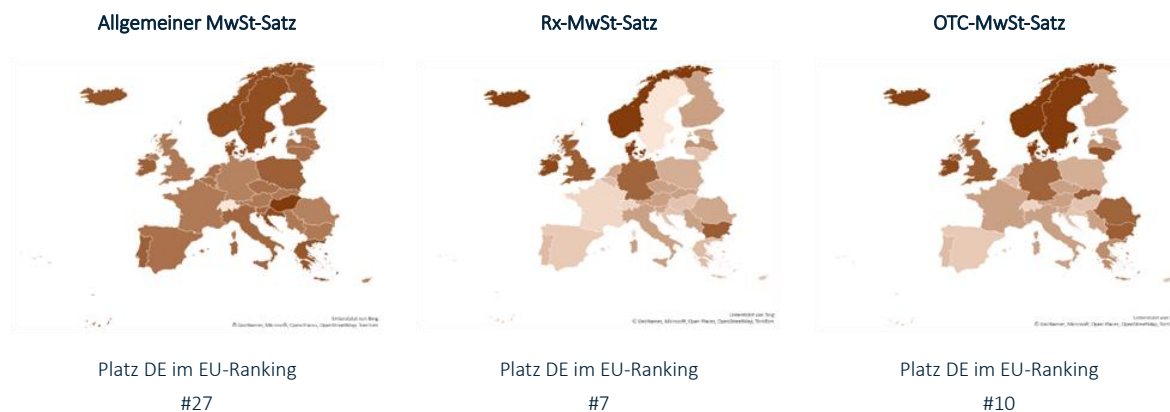
Im deutschen Steuerrecht werden zwischen drei Arten der Umsatzbesteuerung von Produkten und Dienstleistungen unterschieden:

- Voller Umsatzsteuersatz (derzeit 19 %)
- Ermäßigter Umsatzsteuersatz (derzeit 7 %)
- Umsatzsteuerbefreite Produkte und Dienstleistungen

Grundsätzlich wird nach § 12 Abs. 1 Umsatzsteuergesetz (UStG) auf jeden steuerpflichtigen Umsatz eine Umsatzsteuer von 19 % erhoben. Auf ausgewählte Güter und Dienstleistungen wird nach § 12 Abs. 2 UStG ein ermäßigter Steuersatz von 7 % erhoben. Dieser ermäßigte Steuersatz wird insbesondere auf Waren der Grundversorgung angewandt, um die Verbraucherinnen und Verbraucher zu entlasten. Dieser gilt für verschiedenste Lebensmittel, Bücher und Zeitungen sowie für bestimmte Produkte aus der medizinischen Versorgung wie Prothesen, künstliche Gelenke. Bereits seit vielen Jahren gibt es politische Debatten darüber, ob Arznei- und andere Hilfsmittel nicht ebenfalls zu den Leistungen der Grundversorgung gezählt werden können. Auf ärztliche und Krankenhausbehandlungen, Leistungen zur Diagnostik und Rettungsdienste wird keine Mehrwertsteuer erhoben (§ 4 Nr. 14 Buchst. a UStG).

Die deutsche Umsatzsteuer ist als Mehrwertsteuer mit Vorsteuerabzug auf gemeinschaftsrechtlicher Grundlage, die weitgehend durch die 6. Richtlinie zum gemeinsamen europäischen Mehrwertsteuersystem bestimmt wurde, ausgestaltet. Die im UStG normierten Steuerbefreiungen stellen indes keine völlige Freistellung von der Mehrwertsteuer dar, da die auf den Vorbezügen ruhenden Mehrwertsteuerbeträge infolge Nichtabziehbarkeit zu Kostenbestandteilen werden. Diese Steuerbefreiungen, die für Leistungen im Bereich der Humanmedizin in § 4 Nr. 14 und 16 UStG verankert sind, werden daher auch als „unechte Steuerbefreiungen“ [92] bezeichnet. Eine Ermittlung der dem Staat zufließenden Summen aus Mehrwertsteuer, die nicht als Vorsteuern verrechnet werden können, ist jedoch komplex und nicht Gegenstand der vorliegenden modellhaften Berechnungen.

Hinsichtlich der Besteuerung von Arzneimitteln und Hilfsmitteln nimmt Deutschland innerhalb der Europäischen Union weitestgehend eine Sonderstellung ein, wobei die Bundesregierung dies im Rahmen einer Antwort auf eine kleine Anfrage der Partei Die Linke im Jahr 2008 verneinte [93]. Nach Artikel 98 Abs. 2 der Mehrwertsteuerrichtlinie (Richtlinie 2906/112/EG vom 28. November 2006 über das gemeinsame Mehrwertsteuersystem, ABl. EU L 347 vom 11. Dezember 2006) können die Mitgliedstaaten der Europäischen Union für die Lieferung bestimmter Gegenstände den ermäßigten Steuersatz anwenden. Nach Anhang III der Richtlinie gilt diese Regelung u.a. für „Arzneimittel, die üblicherweise für die Gesundheitsvorsorge, die Verhütung von Krankheiten und für ärztliche und tierärztliche Behandlungen verwendet werden, einschließlich Erzeugnissen für Zwecke der Empfängnisverhütung und der Monatshygiene sowie medizinische Geräte, Hilfsmittel und sonstige Vorrichtungen, die üblicherweise für die Linderung und die Behandlung von Behinderungen verwendet werden und die ausschließlich für den persönlichen Gebrauch von Behinderten bestimmt sind.“ Fast alle Mitgliedstaaten wenden entsprechend dieser Richtlinienvorgabe für vorgenannte Lieferungen den ermäßigten Steuersatz an. Lediglich Dänemark (25 %), Norwegen (25 %), Island (24 %), Irland (23 %), Bulgarien (20 %) und, auch außerhalb der EU, Großbritannien (20 %) erheben höhere Steuersätze auf verschreibungspflichtige Arzneimittel (vgl. Abbildung 8).



Abkürzungen: DE: Deutschland; EU: Europäische Union; MwSt: Mehrwertsteuer; OTC: "Over the counter" (apothekenpflichtige Arzneimittel, die ohne ärztliches Rezept in der Apotheke gekauft werden können); Rx: verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Abbildung 8: Allgemeine und spezifische Mehrwertsteuersätze innerhalb der Europäischen Union und Großbritannien. Quelle: eigene Darstellung nach [94].

Sonderregelungen in der Mehrwertsteuer-Systemrichtlinie (MwStSystRL), der so genannte Nullsatz (d. h. Steuerbefreiung mit Recht auf Vorsteuerabzug) für die Lieferung von Arzneimitteln, werden in folgenden Ländern angewendet:

- In Irland unterliegt die Lieferung von oral einzunehmenden Arzneimitteln für den menschlichen Verbrauch dem Nullsatz.
- In Zypern unterliegt die Lieferung von pharmazeutischen Produkten, Arzneimitteln und Impfstoffen der KN-Codes 30.02, 30.03 und 30.04 dem Nullsatz.
- In Malta unterliegt die Lieferung von verschriebenen pharmazeutischen Produkten und Arzneimitteln dem Nullsatz.
- Schweden wendet den Nullsatz für Arzneimittel an, die verschrieben oder an Krankenhäuser geliefert werden oder aber ins Land eingeführt werden, um verschrieben oder an Krankenhäuser geliefert zu werden. Im Übrigen kommt der Normalsatz von 25 % zur Anwendung.
- Im Vereinigten Königreich gilt der Nullsatz für die Lieferung von pharmazeutischen Produkten und Arzneimitteln nur bei ärztlicher Verschreibung. Im Übrigen kommt der Normalsatz von 17,5 % zur Anwendung (ab 1. Dezember 2008: 15 %).

Im April 2022 ist zuletzt eine Änderung der EU-Mehrwertsteuerrichtlinie (Richtlinie [EU] 2022/542) erfolgt, die bis spätestens Ende 2024 national umgesetzt werden muss. Die aktualisierte EU-Richtlinie eröffnet die Möglichkeit für einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz nicht nur „für Arzneimittel, die für ärztliche und tierärztliche Zwecke verwendet werden, einschließlich der Erzeugnisse für Zwecke der Empfängnisverhütung und der Monatshygiene sowie absorbierende Hygieneprodukte“, sondern auch „für medizinische Geräte, Vorrichtungen, Produkte, Artikel, Hilfsmittel und Schutzausrüstung, einschließlich Atemschutzmasken, die üblicherweise für die Verwendung in der Gesundheitsversorgung oder für den Gebrauch von Behinderten bestimmt sind, Gegenstände die wesentlich sind um eine Behinderung auszugleichen oder zu bewältigen, sowie die Anpassung, Instandsetzung, Vermietung und Leasing solcher Gegenstände.“ Eine Angleichung der Mehrwertsteuersätze wenigstens aller Medizinprodukte, aber auch von Arzneimitteln, ist seitdem wieder verstärkt Gegenstand der fachlichen Diskussionen [95].



Berechnung der Mehrwertsteuerhöhe auf Arzneimittel

Die Art der Arzneimittelpreisbildung ist davon abhängig, ob es sich um ein verschreibungspflichtiges (Rx) oder um ein rezeptfrei erhältliches (Non-Rx) Arzneimittel handelt. Bei Rx-Arzneimitteln ist die Preisgestaltung staatlich geregelt. Die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) schränkt die Bildung eines Marktpreises ein. Staatlich vorgeschriebene Zuschläge sichern den einheitlichen Abgabepreis von Rx-Medikamenten. Diese Zuschläge erheben sowohl der Großhandel als auch die Apotheken ausgehend vom Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens (APU). Die Zuschläge des Großhandels belaufen sich auf einen prozentualen Aufschlag von maximal 3,15 % pro Packung, höchstens jedoch 37,80 Euro, zuzüglich eines nicht rabattierfähigen Festzuschlages von 70 Cent je Packung (§ 2 AMPreisV). Aus diesem Preis ergibt sich der Netto-Apothekeneinkaufspreis (AEP). Apotheken können ausgehend vom AEP einen prozentualen Zuschlag von 3 % zuzüglich eines Festzuschlages von 8,35 Euro plus 21 Cent Notdienstzuschlag erheben. Hinzu kommt die Mehrwertsteuer, die aktuell 19 % beträgt (§ 3 AMPreisV). Diese Berechnung gilt für Fertigarzneimittel, die zur Anwendung bei Menschen bestimmt sind. Für Tierarzneimittel sowie Rezepturen gelten gesonderte Zuschläge. Bei der Abrechnung mit der GKV wird zu ihrer finanziellen Entlastung neben der gesetzlichen Zuzahlung ein Rabatt von 1,77 Euro pro Arzneimittel der sogenannte gesetzliche Apothekenabschlag vom Apothekenverkaufspreis (AVP) abgezogen.

Die Verabreichung von Zytostatika, die individuell für den einzelnen Patienten in einer Apotheke eines Krankenhauses hergestellt und im Rahmen einer ambulant in dem Krankenhaus durchgeführten ärztlichen Heilbehandlung verabreicht werden, ist als ein mit der ärztlichen Heilbehandlung eng verbundener Umsatz gemäß § 4 Nr. 16 Buchstabe b UStG steuerfrei [96].

Berechnung der Mehrwertsteuerhöhe auf Hilfsmittel

Auf medizinische Produkte gilt entweder der volle (19 %) oder ermäßigte (7 %) Mehrwertsteuersatz. Die Höhe des Mehrwertsteuersatzes hängt nicht davon ab, wer die Produkte erwirbt. Die gesetzlichen Krankenkassen tragen die Mehrwertsteuer in derselben Höhe wie jeder andere nicht zum Vorsteuerabzug berechnigte Verbraucher. Für die nachfolgend genannten medizinischen Produkte gilt der ermäßigte Mehrwertsteuersatz in Höhe von 7 Prozent. Dies sind:

- Rollstühle und andere Fahrzeuge für Behinderte, auch mit Motor oder anderer Vorrichtung zur mechanischen Fortbewegung sowie
- Körperersatzstücke, orthopädische Apparate und andere orthopädische Vorrichtungen sowie Vorrichtungen zum Beheben von Funktionsschäden oder Gebrechen, und zwar
 - künstliche Gelenke,
 - orthopädische Apparate und andere orthopädische Vorrichtungen einschließlich Krücken sowie medizinisch-chirurgischer Gürtel und Bandagen,
 - Prothesen,
 - Schwerhörigengeräte, Herzschrittmacher und andere Vorrichtungen zum Beheben von Funktionsschäden oder Gebrechen, zum Tragen in der Hand oder am Körper oder zum Einpflanzen in den Organismus.

Dabei sind jeweils bestimmte Teile und Zubehör ausgenommen. Andere medizinische Produkte sowie diätetische Lebensmittel für spezielle medizinische Zwecke unterliegen dem vollen Mehrwertsteuersatz [97].



3.4.2 Methodik

Für die Modellierung der potenziell erzielbaren Einsparungen der GKV aus der Absenkung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel wird auf die endgültigen Rechnungsergebnisse der GKV (KJ 1-Statistik) zurückgegriffen. Dieser Rechnungsstatistik können die Ausgaben für Arzneimittel und Hilfsmittel für den Beobachtungszeitraum 2018 bis 2022 entnommen werden (vgl. Tabelle 12). Auf dieser Grundlage erfolgt eine Trendextrapolation der Arzneimittelumsätze für die Jahre 2023 bis 2028 über die mittlere Ausgabenwachstumsrate der zugrunde gelegten Vorbeobachtungsjahre. In einer Modellvariante („COVID“) wird dabei das Jahr 2020, welches aufgrund der COVID-19-Pandemie stark abweichende Kostenverläufe aufweist, mitberücksichtigt, in einem zweiten Szenario („Kein COVID“) nicht.

Zwei Angaben können dieser Datengrundlage nicht entnommen werden:

1. Umsatzanteil steuerbefreier Zytostatika-Zubereitungen
2. Umsatzanteil ermäßigt besteuerteter Hilfsmittel

Vereinfachend wird der Ausgabenanteil für steuerbefreier Zytostatika-Zubereitungen nicht berücksichtigt, wodurch es zu einer geringfügigen Überschätzung der Mehrwertsteuerbelastung kommt. Hinsichtlich der Aufteilung von Hilfsmittelumsätzen in voll bzw. ermäßigt besteuerte Hilfsmittel wird vereinfachend eine Marktaufteilung zu je 50 % angenommen.

Tabelle 12: Arzneimittel- und Hilfsmittelumsätze als Grundlage der MwSt-Berechnung (in Mrd. Euro). Quelle: eigene Darstellung auf Basis der KJ1-Statistiken 2018 bis 2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Arzneimittel, 19 %*	38,67	38,41	43,29	46,60	48,84
Hilfsmittel, 19 %**	4,22	4,50	4,65	4,91	5,18
Hilfsmittel, 7 %**	4,22	4,50	4,65	4,91	5,18

* Steuerbefreite Zytostatika-Zubereitungen nicht berücksichtigt.

** Annahme: Umsatzanteil ermäßigt besteuerteter Hilfsmittel 50 %.

Als Ergebnis der modellhaften Fortschreibung der Arzneimittel- und Hilfsmittelumsätze ergeben sich ohne Berücksichtigung des Jahres 2020 im Jahr 2028 erwartete Ausgaben für Arzneimittel in Höhe von 58,2 Mrd. Euro und für Hilfsmittel in Höhe von 13,6 Mrd. Euro. In der Modellvariante mit Berücksichtigung der COVID-Pandemie fallen die erwartete Arzneimittelumsätze aufgrund des vergleichsweise hohen Umsatzvolumens im Jahr 2020 mit einem für das Jahr 2028 prognostizierten Ausgabenwert in Höhe von 63,5 Mrd. Euro noch einmal rund 9 % höher aus. Bei Hilfsmitteln liegt in dieser Modellvariante das erwartete Ausgabenvolumen mit insgesamt 13,3 Mrd. Euro aufgrund der geringeren Umsätze in 2020 etwas niedriger (vgl. Tabelle 13).



Tabelle 13: Prognose der Arzneimittel- und Hilfsmittelumsätze als Grundlage der MwSt-Berechnung (in Mrd. Euro). Quelle: eigene Darstellung.

		2024	2025	2026	2027	2028
COVID	Arzneimittel, 19 %*	51,48	54,26	57,19	60,29	63,55
	Hilfsmittel, 19 %**	5,45	5,73	6,02	6,33	6,66
	Hilfsmittel, 7 %**	5,45	5,73	6,02	6,33	6,66
Kein COVID	Arzneimittel, 19 %*	50,58	52,40	54,27	56,21	58,23
	Hilfsmittel, 19 %**	5,47	5,78	6,10	6,44	6,80
	Hilfsmittel, 7 %**	5,47	5,78	6,10	6,44	6,80

* Steuerbefreite Zytostatika-Zubereitungen nicht berücksichtigt.
 ** Annahme: Umsatzanteil ermäßig besteuert Hilfsmittel 50 %.

Auf dieser Grundlage werden in drei Szenarien Effekte einer Absenkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arznei- und Hilfsmittel simuliert. Die Szenarien entstammen dabei aktuellen politischen Debatten. So wurde seitens der Partei Die Linke wiederholt vorgeschlagen, auf Arznei- und Hilfsmittel einen einheitlich reduzierten Steuersatz anzuwenden (Szenario #2). Auch in einer frühen Entwurfsfassung des GKV-FinStG war vorgesehen, in einem gesonderten Gesetzgebungsverfahren den Umsatzsteuersatz für die Lieferung von Arzneimitteln ab dem Jahr 2023 auf 7 % zu senken. Etwas konservativer gestaltet sich in diesem Zusammenhang die Fortführung des auf 16 % bzw. 5 % reduzierten Mehrwertsteuersatzes aus dem Jahr 2020 (Szenario #1). Der Effekt einer kompletten Aufhebung der Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel soll dabei kontrastierend mit evaluiert werden, erscheint für eine spätere Gesamtbewertung dieses Vorschlages jedoch nachrangig zu berücksichtigen (vgl. Tabelle 14).

- Szenario #1 („Reduzierter Satz 2020“): Fortführung des reduzierten MwSt.-Satzes aus 2020
- Szenario #2 („Reduzierter Satz 2023“): Einheitlicher reduzierter MwSt.-Satz
- Szenario #3 („Aufhebung“): Aufhebung der MwSt. auf Arznei- und Hilfsmittel

Tabelle 14: Modellierte Szenarien eines reduzierten Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel und Hilfsmittel. Quelle: eigene Darstellung.

Szenario	Angewendete Steuersätze in den Analyseszenarien		
	Arzneimittel	Hilfsmittel, voller Steuersatz	Hilfsmittel, ermäßigter Steuersatz
IST	19 %	19 %	7 %
#1 Reduzierter Satz 2020	16 %	16 %	5 %
#2 Reduzierter Satz 2023	7 %	7 %	7 %
#3 Aufhebung	0 %	0 %	0 %

3.4.3 Quantitativer Impact

Die Senkungen des Steuersatzes für Arznei- und Hilfsmittel von 19 % auf 7 % können zu einer dauerhaften Entlastung der GKV-Finanzlage beitragen (Szenario #2). Die Mehrwertsteuersenkung auf 7 % bei Arzneimitteln würde auf der Ausgaben-seite der GKV 5,58 bis 5,95 Mrd. Euro einsparen. Für Hilfsmittel ergeben sich potenzielle Minderausgaben von ca. 0,6 Mrd. Euro. Im Durchschnitt betragen die jährlichen Einsparungen dieses Szenarios innerhalb eines Fünf-Jahres-Fensters



6,2 bis 6,6 Mrd. Euro, was oberhalb der vom GKV-Spitzenverband erwarteten Einsparhöhe von 5 Mrd. Euro liegt. Pro Jahr hätte dies im Jahr 2023 ca. 0,36 bis 0,39 Beitragssatzpunkten entsprochen [95]. Bereits die Fortführung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes aus dem Jahr 2020 (Szenario #1) würde mit ca. 1,67 bis 1,76 Mrd. Euro jährlich zu einer größeren Entlastung der GKV-Finanzlage und dem Beitragsaufkommen der GKV-Versicherten von ca. 0,1 Beitragssatzpunkten beitragen (vgl. Tabelle 15). Eine vollständige Aufhebung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel bzw. Medizinprodukte wäre naheliegenderweise mit den höchsten Einsparungen für die GKV verbunden, hat im vorliegenden Modellierungskontext jedoch eher Referenzcharakter, denn dem eines realistischen politischen Szenarios.

Tabelle 15: Ergebnisse der modellierten Szenarien eines reduzierten Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel und Hilfsmittel. Quelle: eigene Darstellung

Modellierte jährliche Einsparungen aus reduzierten Mehrwertsteuersätzen					
Szenario	Modellvariante*	Arzneimittel	Hilfsmittel, voller Steuersatz	Hilfsmittel, erm. Steuersatz	Ø 5-Jahresprognose
#1 Reduzierter Satz 2020 (5 % / 16 %)	COVID	-1,49 Mrd. €	-0,156 Mrd. €	-0,116 Mrd. €	-1,76 Mrd. €
	Kein COVID	-1,39 Mrd. €	-0,159 Mrd. €	-0,118 Mrd. €	-1,67 Mrd. €
#2 Reduzierter Satz 2023 (7 % / 7%)	COVID	-5,95 Mrd. €	-0,625 Mrd. €	0 €	-6,57 Mrd. €
	Kein COVID	-5,58 Mrd. €	-0,635 Mrd. €	0 €	-6,21 Mrd. €
#3 Aufhebung (0 % / 0%)	COVID	-9,41 Mrd. €	-0,99 Mrd. €	-0,405 Mrd. €	-10,81 Mrd. €
	Kein COVID	-8,83 Mrd. €	-1,00 Mrd. €	-0,412 Mrd. €	-10,25 Mrd. €

* Modellvarianten: Dem für die Einsparberechnungen zugrundeliegenden Prognosemodell liegt eine lineare Trendfortschreibung für den Zeitraum 2024 bis 2028 auf Basis der relativen Ausgabenentwicklung in den einschlägigen Marktsegmenten aus den letzten fünf Jahren (2018-2022) zugrunde. In den Modellvarianten wird entweder der gesamte Vorbeobachtungszeitraum oder der Zeitraum inklusive des Jahres 2020 betrachtet. Durch letzteres sollen exogene Einflüsse durch die COVID-19-Pandemie herausgerechnet werden.

Das durch die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes jährlich erzielbare Einsparvolumen wächst dabei von 5,9 Mrd. Euro in 2024 auf 6,8 Mrd. Euro in 2028 an, wenn von einer Absenkung auf einen vollständig reduzierten Satz (Szenario 2) ausgegangen wird (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Jährliche Einsparungen aus einem reduzierten Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel und Hilfsmittel (in Mrd. Euro, Modellvariante ohne COVID). Quelle: eigene Darstellung.

Szenario	Segment	2024	2025	2026	2027	2028
Szenario #1	Arzneimittel, 19 %-> 16 %	1,321	1,368	1,417	1,468	1,520
	Hilfsmittel, 19 %-> 16 %	0,146	0,154	0,162	0,171	0,181
	Hilfsmittel, 7 %-> 5 %	0,108	0,114	0,120	0,127	0,134
	Gesamt	1,574	1,636	1,700	1,766	1,836
Szenario #2	Arzneimittel, 19 %-> 7 %	5,284	5,473	5,669	5,872	6,082
	Hilfsmittel, 19 %-> 7 %	0,582	0,615	0,649	0,686	0,724
	Hilfsmittel, 7 %-> 7 %	0	0	0	0	0
	Gesamt	5,866	6,088	6,318	6,557	6,806
Szenario #3	Arzneimittel, 19 %-> 0 %	8,366	8,665	8,975	9,297	9,630
	Hilfsmittel, 19 %-> 0 %	0,922	0,974	1,028	1,085	1,146
	Hilfsmittel, 7 %-> 0 %	0,378	0,399	0,421	0,445	0,470
	Gesamt	9,666	10,038	10,425	10,827	11,245



3.4.4 Qualitative Einordnung

Eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel wäre vergleichsweise schnell und aufwandsarm umsetzbar. Die rasche Umsetzbarkeit haben jüngere Anpassungen des Umsatzsteuersatzes während der COVID-Pandemie auf Arzneimittel oder auch Gaslieferungen gezeigt. Deren Gesetzgebungsverfahren dauerten jeweils nur wenige Wochen. Doch selbst in einem „regulären“ parlamentarischen Prozess ist eine Umsetzung einer reduzierten Mehrwertsteuer nicht mit komplexen Folgeregulierungen verbunden, sodass bei entsprechendem Umsetzungswillen in der Regierungskoalition grundsätzlich von einer schnellen Anpassung auszugehen wäre.

Politisch scheint derzeit hingegen kein opportunes Fenster für eine erneute Absenkung des Mehrwertsteuersatzes gegeben. Indikatoren dafür können sein, dass entsprechende Vorschläge zwar in Entwurfsfassungen des Koalitionsvertrages sowie in Ankündigungen zum GKV-Finanzstabilisierungsgesetz enthalten waren, spätere Verhandlungsrunden jedoch jeweils nicht überstanden. Auch einen Antrag der Fraktion Die Linke mit dem Titel „Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken – Anhebung der Zusatzbeiträge für gesetzlich Krankenversicherte verhindern“ wurde am 20. Oktober 2022 mit den Stimmen aller Fraktionen außer denen der Fraktion Die Linke abgelehnt [98]. Hinzu kommt, dass eine Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Medizinprodukte dem Bundeshaushalt Steuereinnahmen entzieht, welche über andere Steuererhöhungen zu kompensieren wären. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Auswirkungen auf den Bundeshaushalt den stabilisierenden Effekt für die GKV erwartbar überstiegen werden, da eine differenzierte Besteuerung von GKV- und PKV-Leistungen, insbesondere im stationären Sektor, kaum umsetzbar erscheint. Die reduzierte Umsatzsteuer müsste somit auch auf PKV-Leistungen angewendet werden.

Während insbesondere aufseiten der gesetzlichen Krankenkassen [95] und der maßgeblichen Verbände und Hersteller von Medizinprodukten [99] mit Zustimmung zu einer neuerlichen Initiative zur Absenkung der Mehrwertsteuer zu rechnen ist, könnten sich Widerstände seitens der Apothekerschaft ergeben [100]. Denn der pauschal berechnete Apothekenabschlag in derzeitiger Höhe von 2,00 Euro (zeitlich befristet bis 31. Januar 2025, danach wieder 1,77 Euro) ist nämlich ein Bruttobetrag. Der für die Apotheken maßgebliche Netto-Kassenabschlag steigt, wenn ein geringerer Teil des Bruttobetrags als Umsatzsteuer verrechnet wird, was letztlich zu Umsatzeinbußen der Apotheken führt.

Ungeachtet dessen kann die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Hilfsmittel angesichts der Einsparhöhe bei einem einheitlich reduzierten Mehrwertsteuersatz in Höhe von 7 % potenziell dauerhaft zur Stabilisierung der GKV-Financen beitragen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das tatsächliche Einsparpotenzial an die absolute Ausgabenentwicklung im Arzneimittelmarkt geknüpft ist. Erhöhte Arznei- und Hilfsmittelpreise verursachen zwangsläufig ebenso höhere Entlastungen durch die Absenkung der Mehrwertsteuer. Für die Absenkung der Mehrwertsteuer spricht insbesondere die finanzielle Entlastung der GKV bei gleichbleibender Versorgungsqualität. Hinzu kommt, dass Beitragszahler durch einen reduzierten Mehrwertsteuersatz potenziell doppelt entlastet würden. Direkt durch eine geringere Zuzahlungshöhe innerhalb des arzneimittelpreisbezogenen Korridors in Höhe von 50 bis 100 Euro (die Zuzahlungshöhe ist in diesem Fall nicht pauschaliert, sondern bemisst sich an der Arzneimittelpreishöhe, welche wiederum von der Mehrwertsteuersenkung betroffen ist) und indirekt durch induzierte Beitragsatzstabilisierungen bzw. -senkungen.

Ebenfalls bedeutsam erscheint die insbesondere von den gesetzlichen Krankenkassen vielfach geforderte bürokratische Entlastung durch weniger Abwicklungsaufwand sowie eine Vereinfachung des Systems durch einheitlichere Vorschriften. Beispiele sind bisherige Definitions- und Abgrenzungsprobleme: Für Hüft- und Knieimplantate gilt der ermäßigte Mehrwertsteuersatz nur bei Bestellung von kompletten gelenkbildenden Komponenten. Für einzelne Teile und Zubehör, wie beispielsweise einen Hüftkopf, ist dagegen der volle Mehrwertsteuersatz anzusetzen. Der Bundesverband Medizintechnologie wies auch darauf hin, dass es unter anderem auch bei Wirbelsäulenschraubensystemen in der Praxis immer wieder Abgrenzungs- und Definitionsprobleme gäbe [101].



Alternativ zur Modifikation bestehender Steuersätze von Arznei- und Hilfsmitteln wurde in der Vergangenheit auch diskutiert, die GKV an den Einnahmen des Bundes durch gesundheits- und/oder umweltbezogene Steuern zu beteiligen. Die Einnahmen aus Tabak-, Alkohol-, Alkopop-, und Schaumweinsteuer lagen zwischen 2018 und 2021 jährlich zwischen 17,4 und 17,9 Mrd. Euro. Bereits eine Beteiligung der GKV in Höhe von 10 % würde zusätzliche Steuereinnahmen oberhalb der im Zuge des GKV-FinStG viel diskutierten (erneuten) Anhebung des Herstellerabschlages auf Arzneimittel bedeuten. Und es erscheint durchaus legitim, über eine finanzielle Partizipation der GKV an entsprechenden Steuereinnahmen zu diskutieren, da es sich um sogenannte Lenkungssteuern handelt, welche das Ziel verfolgen, Gesundheitsrisiken und deren Kosten zumindest in Teilen zu kompensieren. Angesichts aktueller haushaltspolitischer Restriktionen erscheint eine Diskussion der damit faktisch verbundenen Erhöhung des Steuerzuschusses zur GKV-Finanzierung jedoch nicht sonderlich realistisch – zumal bereits die im Koalitionsvertrag verankerte Dynamisierung des Steuerzuschusses bislang nicht umgesetzt wurde.



3.5 Einführung von Kapitaldeckungselementen

3.5.1 Hintergrund

Ein charakterisierendes Element der solidarisch finanzierten GKV ist die Umlagefinanzierung. Diese sieht vor, dass die laufenden Ausgaben der Versicherung vorwiegend durch die laufenden Einnahmen gedeckt werden, welche in erster Linie die Beiträge der GKV-Mitglieder umfassen. Im Gegensatz zum in der PKV vorherrschenden Kapitaldeckungsverfahren bauen die Versicherten in der GKV somit keinen verzinslichen Kapitalstock auf, aus dem ihre persönlichen Leistungsansprüche finanziert werden. Das Umlageverfahren ist Ausdruck der im Solidaritätsprinzip begründeten Umverteilung zwischen der jüngeren Generation, die mit ihren Erwerbseinkommen den wesentlichen Beitrag zur Finanzierung der GKV-Ausgaben leistet, und der älteren Generation, welche im Schnitt ein höheres Krankheits- und damit Ausgabenrisiko bei gleichzeitig abnehmender Erwerbsbeteiligung aufweist [102]. Kontinuierliche Ausgabensteigerungen aufgrund des medizinischen Fortschritts und der absehbaren demografischen Entwicklungen setzen das Umlageverfahren indes zunehmend unter Druck. So führt die demografische Alterung perspektivisch zu einer Verschiebung des Verhältnisses von Nettozahlern zu Nettoempfängern in der GKV [103]. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die jüngeren Generationen durch den Solidarausgleich zukünftig stärker belastet werden als Mitglieder vorangegangener Geburtskohorten. Aktuelle Modellrechnungen gehen davon aus, dass der durchschnittliche Beitragssatz bis 2060 auf bis zu 21,8 % steigen muss, um die laufenden Kosten zu decken [6]. Dies liegt mehr als vier Prozentpunkte über dem aktuellen Niveau (2024: 16,3 %).

Die steigenden Belastungen für die jüngeren Generationen sind Gegenstand gesundheitspolitischer Debatten um die Frage, inwieweit die derzeitige Beitragsfinanzierung im Umlageverfahren dem Anspruch an eine intergenerative Solidarität noch gerecht werden kann. Kritiker der alleinigen Finanzierung im Umlageverfahren betrachten die Einführung kapitalgedeckter Elemente in der GKV als möglichen Weg zur Stärkung der Solidarität [102, 104, 105]. Diese würden die Grundlage für eine teilweise eigenverantwortliche Vorsorge jeder Alterskohorte für ihre altersabhängig steigenden Ausgaben darstellen [102]. Die Beteiligung aktueller Beitragszahler an ihrer zukünftigen Leistungsanspruchnahme sowie die verzinsliche Anlage vorläufiger Überschüsse am Kapitalmarkt sollen dabei zur Glättung der zukünftigen Beitragssatzentwicklung beitragen. Gegner merken indes an, eine kapitalgedeckte GKV schaffe mehr Probleme als sie löse. Als zentrale Argumente werden dabei die Abhängigkeit von Kapitalmarktrisiken, hohe unmittelbare Beitragsbelastungen für den Aufbau eines angemessenen Kapitalstocks sowie die Anfälligkeit für politischen Opportunismus genannt [103, 106]. Letzterer könne sich beispielsweise in einem vorzeitigen Abschmelzen der Reserven in wirtschaftlich angespannten Zeiten äußern.

In der deutschen Sozialversicherungslandschaft sind kapitalgedeckte Finanzierungselemente kein Novum. Unter dem Eindruck eines sinkenden Rentenniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung wurde im Jahr 2002 mit der Riester-Rente eine staatlich geförderte, aber grundsätzlich in privater Eigenverantwortung finanzierte Rente eingeführt, die auf dem Kapitaldeckungsverfahren beruht [107]. Zur mittel- bis langfristigen Stabilisierung des Rentenniveaus hat die aktuell amtierende Ampel-Regierung aus SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP zudem unlängst Pläne für eine neue kapitalgedeckte Finanzierungssäule innerhalb der Rentenversicherung vorgestellt [108]. Ziel des Rentenpakets II ist der Aufbau eines verzinslichen Kapitalstocks von rund 200 Mrd. Euro aus Mitteln des Bundes. Aus diesem sogenannten „Generationenkapital“ sollen ab Mitte der 2030er-Jahre weitere Zuschüsse an die Rentenversicherung abgeführt werden. Ein an der Riester-Rente orientiertes Modell einer ergänzenden Pflegeversicherung – bekannt als „Pflege-Bahr“ – wurde im Jahr 2013 durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz unter schwarz-gelber Regierungsbeteiligung eingeführt [109]. Mit dem ersten Pflegevorsorgegesetz (PSG I) aus dem Jahr 2015 hat die damalige große Koalition aus Union und SPD ferner einen sogenannten Pflege-Vorsorgefonds bei der Bundesbank geschaffen, in den dauerhaft 0,1 Beitragssatzpunkte zum Aufbau eines Kapitalstocks fließen [110]. Ziel dieses kapitalgedeckten Modells im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung ist es, die zu erwartenden Pflegeleistungen der geburtenstarken Jahrgänge 1959 bis 1967 abzusichern und zukünftige

vandage.de



Beitragssatzsteigerungen zu dämpfen.

Die solidarisch finanzierte GKV blieb von entsprechenden Vorhaben bislang unberührt. Dies ist jedoch keineswegs auf einen Mangel an Vorschlägen zurückzuführen. Die diesem Projekt vorangegangene Reforminventur konnte zeigen, dass die Ergänzung oder Ersetzung der Umlagefinanzierung durch Elemente des Kapitaldeckungsverfahrens insbesondere im Kontext der allgemeinen Reformdiskussionen um die Gesundheitsprämie und die Bürgerversicherung in den 2000er-Jahren ebenfalls eine regelmäßig vorgetragene Forderung darstellte [8]. Aus den Reihen der politischen Parteien tat sich jüngst vor allem die Union mit Forderungen nach mehr privater Eigenvorsorge zur Stabilisierung der GKV hervor [77, 111]. Bereits Anfang der 2000er-Jahre zeigten Cassel und Oberdieck indes auf, dass Kapitaldeckung durchaus auch im bestehenden Rahmen der GKV denkbar ist und keines grundsätzlichen Systemwechsels bedarf – etwa in Form einer Abkehr vom Umlagefahren oder gar der Einführung des Äquivalenzprinzips [26]. Der von ihnen vorgeschlagene ergänzende „Demografiefonds“ würde sich analog zum Pflege-Vorsorgefonds in der Pflegeversicherung aus einkommensabhängigen Aufschlägen auf den GKV-Beitragssatz speisen, welche in Überschussjahren angelegt und verzinst werden. Zuschüsse aus dem Fonds sollen den GKV-Beitragssatz trotz mittel- bis langfristiger Defizite bei den Beitragseinnahmen stabil halten.

3.5.2 Methodik

Die folgende Modellierung untersucht auf Basis des konzeptionellen Vorschlags von Cassel und Oberdiecks Demografiefonds, 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. Dabei werden vorläufige Mehreinnahmen als Altersrückstellungen verzinslich angelegt. In Jahren mit Mindereinnahmen, in denen der konstante Beitragssatz den ursprünglich prognostizierten kostendeckenden Beitragssatz unterschreitet, wird der gebildete Kapitalstock dann sukzessive abgebaut. Die Grundlage der Berechnungen bildet die aktuelle Beitragssatzprognose des Bundesrechnungshofes, welche auf den im Jahr 2024 beobachteten Ausgangswert von 16,3 % geankert wurde [6]. Die angenommene Beitragssatzentwicklung ist in Abbildung 9 dargestellt. Ausgehend von 16,3 % im Jahr 2024 steigt der durchschnittliche Beitragssatz demnach kontinuierlich auf 19,1 % im Jahr 2040 und schließlich 21,3 % im Jahr 2060.

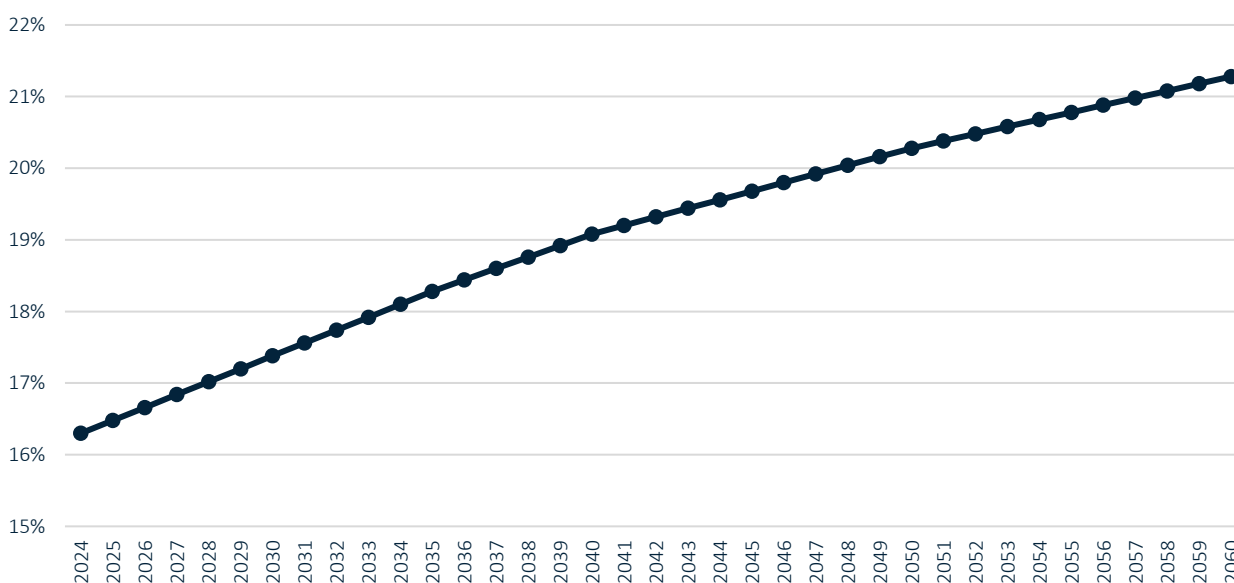


Abbildung 9: Prognostizierte Entwicklung des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes bis zum Jahr 2060. Quelle: eigene Darstellung nach [6] (modifiziert).



Die für die Modellierung notwendige Fortschreibung der Zahl der GKV-Mitglieder sowie der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied folgt der Methodik einer Prognosestudie der Bertelsmann Stiftung und erfolgt auf Basis aktualisierter Inputdaten differenziert nach pflichtversicherten und freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern sowie Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) [5]. Die berücksichtigten Input-Parameter, Annahmen und Quellen sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Inputparameter, Annahmen und Quellen zur Modellierung der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen von pflichtversicherten und freiwillig versicherten GKV-Mitgliedern sowie Mitgliedern der KVdR im Zeitraum 2024 bis 2060. Quelle: eigene Darstellung.

Parameter	Annahme/Vorgehen	Quelle
Anteil der GKV-Versicherten in der Bevölkerung	89,0 %	[5]
Anteil freiwillig Versicherter GKV-Mitglieder	15,0 % Mittelwert der Jahre 2000 bis 2022	[112]
Erwerbspersonenpotenzial	Prognosen gemäß IAB (IAB-Szenario 3) Lineare Interpolation zwischen den (Prognose-)Jahren 2020, 2030, 2035, 2040, 2050, 2060	[113]
Äquivalenzrentner	Prognosen gemäß Rentenversicherungsbericht 2023 Lineare Fortschreibung der Prognosen für die Jahre 2038 bis 2060 auf Basis des durchschnittlichen Wachstums der Jahre 2033 bis 2037	[114]
Ausgangswert Einkommen der pflichtversicherten GKV-Mitglieder (Jahr 2022)	Bestimmung anhand der Einnahmen des Jahres 2022 (KJ1-Schlüsselnummern: 2000, 2011, 2013, 2050, 2400, 9202, 9204, 9220, 9230, 9231) durch Verrechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz desselben Jahres	[115]
Fortschreibung der Einkommen der pflichtversicherten GKV-Mitglieder	+ 1,9 % p. a.	[5]
Ausgangswert Einkommen der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder (Jahr 2022)	Bestimmung anhand der Einnahmen des Jahres 2022 (KJ1-Schlüsselnummer: 9210) durch Verrechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz desselben Jahres	[115]
Fortschreibung der Einkommen der freiwillig versicherten GKV-Mitglieder	+1,1 % p.a. Gewichtetes Mittel (22/78) aus allgemeiner Lohnentwicklung (s. o.) und durchschnittlicher jährlicher Veränderungsrate der Selbständigeneinkommen der Jahre 1992 bis 2018	[5]
Ausgangswert der Einkommen der KVdR-Mitglieder (Jahr 2018)	Bestimmung anhand der Einnahmen des Jahres 2022 (KJ1-Schlüsselnummer: 2020) durch Verrechnung mit dem allgemeinen Beitragssatz desselben Jahres	[115]
Fortschreibung der Renteneinkommen	Fortschreibung anhand der gemäß Rentenversicherungsbericht 2023 prognostizierten Änderungsrate des aktuellen Rentenwerts Lineare Fortschreibung der Prognosen für die Jahre 2038 bis 2060 auf Basis des durchschnittlichen Wachstums der Jahre 2033 bis 2037	[114]

Auf Basis der ermittelten beitragspflichtigen Einnahmen und der prognostizierten durchschnittlichen Beitragssätze (vgl. Abbildung 9) werden die jährlichen zur Kostendeckung notwendigen Beitragseinnahmen der GKV bestimmt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 10 dargestellt. Demnach steigen die kostendeckenden Beitragseinnahmen von rund 275 Mrd. Euro im Jahr 2024 auf 427 Mrd. Euro im Jahr 2040 und 647 Mrd. Euro im Jahr 2060.

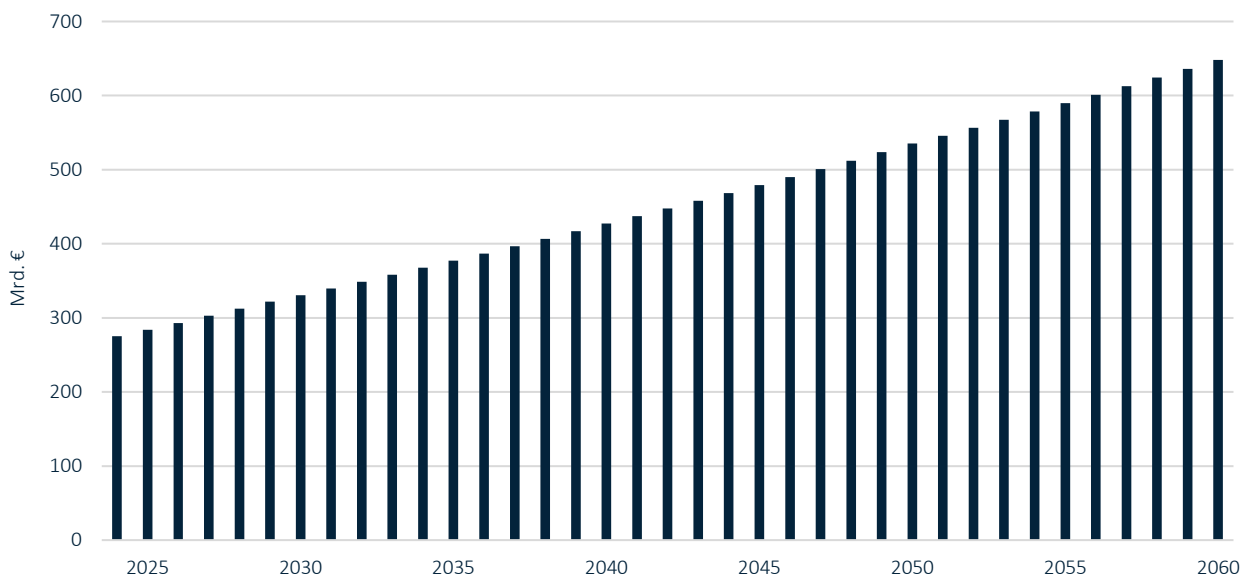


Abbildung 10: Entwicklung der zur jährlichen Kostendeckung notwendigen Beitragseinnahmen in der GKV im Zeitraum 2024 bis 2060. Quelle: eigene Darstellung.

Ein entscheidender Faktor für die Modellierung der Effekte von (teilweiser) Kapitaldeckung in der GKV ist die zu erwartende Verzinsung des in Jahren mit Mehreinnahmen aufzubauenden Kapitalstocks über die Zeit. Bei der Herleitung eines konstanten Beitragssatzes für den Zeitraum der Jahre 2024 bis 2060 werden daher drei unterschiedliche Zinsszenarien berücksichtigt (vgl. Tabelle 18). Als konservatives Niedrigzinsszenario wird eine jährliche Verzinsung von 0,46 % zugrunde gelegt. Dies entspricht dem Durchschnittszinssatz zehnjähriger Bundesanleihen im Zeitraum der Jahre 2013 bis 2022 [116]. Als optimistisches Hochzinsszenario wird die durchschnittliche Nettoverzinsung in der PKV über denselben Zeitraum herangezogen, welche bei 3,31 % liegt [117]. Als Basiszinsszenario dient der Mittelwert der beiden Werte von 1,88 % pro Jahr.

Tabelle 18: Zinsszenarien zur Herleitung eines konstanten Beitragssatzes unter Anwendung des Kapitaldeckungsprinzips. Quelle: eigene Darstellung.

Szenario	Jährliche Kapitalverzinsung	Beitragssatz
Basiszinsszenario	1,88 %	Auf 16,3 % im Jahr 2024 geankerte Prognose des Bundesrechnungshofes (vgl. Abbildung 9)
Niedrigzinsszenario	0,46 %	
Hochzinsszenario	3,31 %	

3.5.3 Quantitativer Impact

Abbildung 11 gibt einen Überblick über die je nach Zinsszenario kostendeckenden konstanten Beitragssätze in Relation zur zugrundeliegenden Beitragssatzprognose für den Zeitraum der Jahre 2024 bis 2060. Bei einer angenommenen jährlichen Verzinsung des Kapitalstocks von 1,88 % im Basiszinsszenario, müsste der Beitragssatz über den modellierten Zeithorizont von 37 Jahren konstant bei 19,1 % liegen, um die laufenden Ausgaben unter Zuhilfenahme des Kapitaldeckungsverfahrens zu finanzieren. Dies liegt 2,8 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Beitragssatz des Jahres 2024 (16,3 %) und 2,2 Prozentpunkte unter dem für das Jahr 2060 prognostizierten durchschnittlichen Beitragssatz (21,3 %). Insgesamt würden die Beitragszahler in diesem Szenario in den 16 Jahren bis 2039 einen konstanten Beitragssatz zahlen, der über dem prognostizierten variablen Beitragssatz liegt. Ab dem Jahr 2040 würde sich das Bild umkehren und der



konstante Beitragssatz unter Nutzung des Kapitaldeckungsverfahrens würde geringer ausfallen als der prognostizierte variable Beitragssatz. Das damit einhergehende jährliche Defizit bei den Beitragseinnahmen würde dann aus dem angesparten Kapitalstock ausgeglichen.

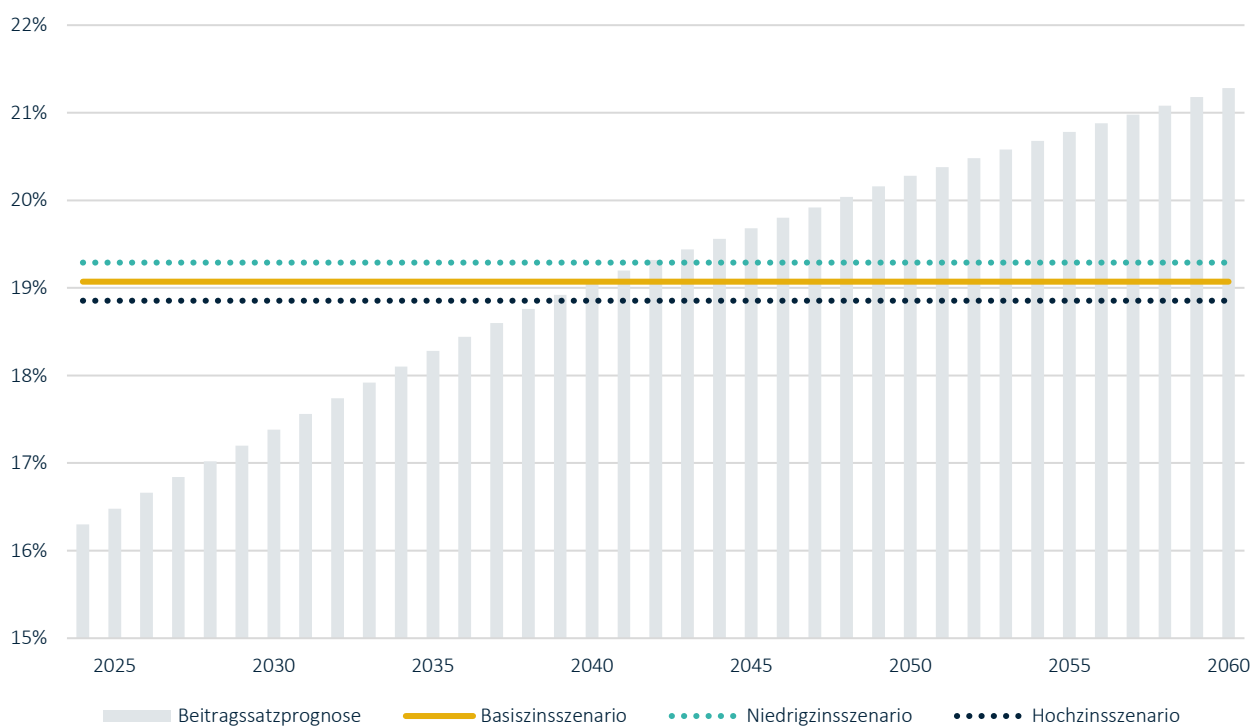


Abbildung 11: Beitragssatzprognose und konstante Beitragssätze in unterschiedlichen Zinsszenarien. Quelle: eigene Darstellung.

Abbildung 12 stellt den damit verbundenen Vorgang von Auf- und Abbau des Kapitalstocks für das Basiszinsszenario grafisch dar. Die bis einschließlich 2039 jährlich erzielbaren positiven Deckungsbeiträge, die in der Spitze im Jahr 2024 knapp 47 Mrd. Euro betragen und die Verzinsung zu 1,88 % pro Jahr führen zu einem Anwachsen des Kapitalstocks auf ein Maximum von 536 Mrd. Euro im Jahr 2043. Dabei fällt auf, dass die initialen Defizite bei den Beitragseinnahmen in den Jahren 2040 bis 2043 durch die anfallenden Zinserträge zunächst noch überkompensiert werden, sodass der eigentliche Abbau des Kapitalstocks erst ab dem Jahr 2044 einsetzt. Die maximal zu erzielenden Zinserträge belaufen sich auf rund 10 Mrd. Euro im Jahr 2044. In den Folgejahren beschleunigt sich der Abbau des Kapitalstocks durch wachsende Einnahmedefizite und sinkende Zinserträge, sodass er im Jahr 2060 vollständig aufgelöst sein wird.

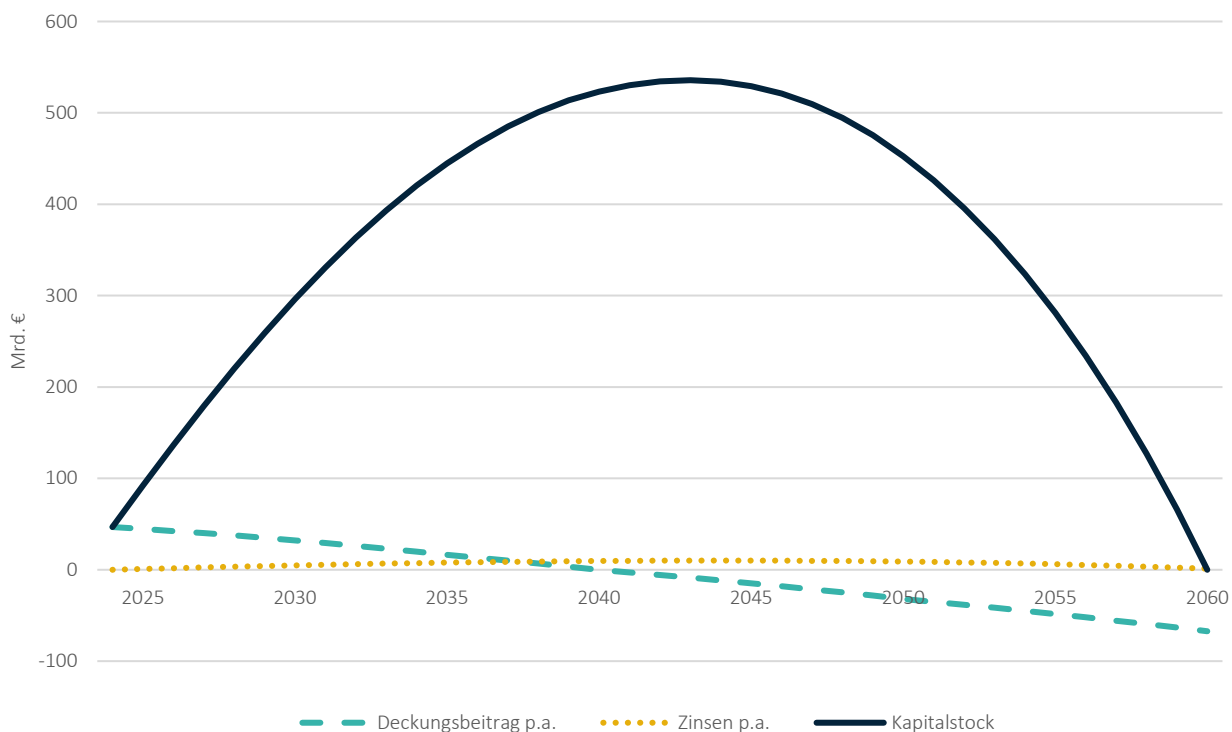


Abbildung 12: Entwicklung von jährlichen Deckungsbeiträgen, jährlichen Zinsen und des Kapitalstocks im Basiszinsszenario. Quelle: eigene Darstellung.

Eine genauere Übersicht über die Ergebnisse aller Modellszenarien gibt Tabelle 19. Der deutliche Einfluss des Zinsniveaus auf die Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens wird insbesondere beim Vergleich von Niedrig- und Hochzinsszenario deutlich. Unter einer Verzinsung von 0,46 % pro Jahr im Niedrigzinsszenario müssen Beitragszahler über den gesamten Modellierungszeitraum von 37 Jahren hinweg einen konstanten Beitragssatz zahlen, der 0,4 Prozentpunkte über dem konstanten Beitragssatz liegt, der sich aus einer Verzinsung in Höhe von 3,31 % pro Jahr im Hochzinsszenario ergeben würde. Dies entspricht einer zusätzlichen Beitragsbelastung der GKV-Versicherten von 7,3 Mrd. Euro im Jahr 2024 und durchschnittlich 9,7 Mrd. Euro pro Jahr über den modellierten Zeithorizont von 37 Jahren. Durch den niedrigen konstanten Beitragssatz in Höhe von 18,9 % im Hochzinsszenario verkürzt sich auch der Zeitraum des Ansparens und der zusätzlichen Beitragsbelastung gegenüber der prognostizierten Beitragssatzentwicklung auf 15 Jahre. Erste Defizite bei den Beitragseinnahmen entstehen demnach bereits im Jahr 2039. Der Abbau des Kapitalstocks beginnt aufgrund der hohen Verzinsung indes erst mit einiger Verzögerung ab dem Jahr 2045.

Tabelle 19: Modellierungsergebnisse der Kapitaldeckung unter kostendeckendem konstanten Beitragssatz. Quelle: eigene Darstellung.

Szenario	Kapitalverzinsung p.a.	Ursprüngliche Beitragssatzprognose		Kapitaldeckung unter kostendeckendem konstanten Beitragssatz			
		2024	2060	Konstanter Beitragssatz	Einnahmefizit	Abbau des Kapitalstocks	Zusatzbelastung
Basiszinsszenario	1,88 %	16,3 %	21,3 %	19,1 %	ab 2040	ab 2044	16 Jahre
Niedrigzinsszenario	0,46 %	16,3 %	21,3 %	19,3 %	ab 2042	ab 2043	18 Jahre
Hochzinsszenario	3,31 %	16,3 %	21,3 %	18,9 %	ab 2039	ab 2045	15 Jahre



3.5.4 Qualitative Einordnung

Dass die Einführung von Kapitaldeckungselementen in der GKV grundsätzlich umsetzbar wäre, belegen verschiedene Beispiele aus anderen Bereichen der deutschen Sozialversicherung. Gleichwohl ergeben sich im GKV-Kontext einige Besonderheiten und Fragen, welche es hinsichtlich der konkreten Umsetzung eines Vorsorgefonds zu berücksichtigen und zu beantworten gilt. Beispielsweise stehen in der GKV – im Gegensatz etwa zur sozialen Pflegeversicherung – aktuell noch über 90 Krankenkassen im Wettbewerb miteinander. Im Hinblick auf die spätere Verteilung der Fondsmittel wäre daher unter anderem zu klären, wie mit Krankenkassenwechslern umzugehen ist. Die Umsetzung des Kapitaldeckungsverfahrens über krankenkassenindividuelle Zusatzverträge könnte einen Teil einer Lösung darstellen, der jedoch aufgrund zu erwartender hoher Kosten eher unattraktiv erscheint. Naheliegender wäre daher die Ausgestaltung des Vorsorgefonds als zusätzliche Reserve im Gesundheitsfonds, welche unabhängig von kassenindividuellen Erwägungen hinsichtlich ihrer Versicherten- und Kostenstruktur auf- und abgebaut wird.

Im Gegensatz zu den anderen im Rahmen der Impact-Bewertung betrachteten Vorschlägen ginge die Einführung von Kapitaldeckungselementen in Gestalt des skizzierten Fonds nicht mit der kurzfristigen Stabilisierung oder sogar Senkung des GKV-Beitragssatzes durch einnahmen- oder ausgabenseitige Finanzierungseffekte einher. Vielmehr zielt sie auf die langfristige Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen und medizinisch-technischen Entwicklungen ab. In der kurzen Frist würde dies deutliche Zusatzbelastungen für die Versicherten bedeuten, während der Beitragssatz in der langen Frist dagegen eher konstant bleiben und prognostizierte Beitragssatzsteigerungen ggf. sogar vermieden werden könnten. Befürworter sehen hierin einen Beitrag zur Stärkung der intergenerativen Solidarität, da sich zukünftige Generationen andernfalls mit stetig steigenden Beitragsbelastungen konfrontiert sähen, ohne dass es zu wesentlichen Ausweitungen beim Leistungsumfang der GKV käme [102]. Kritiker merken allerdings an, dass diese Argumentation schnell an ihre Grenzen stoße, sobald man beispielsweise auch Erziehungs- und Ausbildungskosten in die Berechnung der „Schulden“ zwischen den Generationen einbeziehe [106]. Die Entscheidung über eine zusätzliche Belastung heutiger Beitragszahler von bis zu drei Beitragssatzpunkten (Niedrigzinsszenario) zugunsten zukünftiger Generationen ist letztlich eine politische. Gerade im Hinblick auf kurz- bis mittelfristig anstehende Wahlen erscheint diese wenig wahrscheinlich. Eine Alternative zur erhöhten Beitragsbelastung wäre die Finanzierung des Fonds aus Mitteln des Bundes wie etwa beim geplanten Generationenkapital in der Rentenversicherung. Hier würden sich aber ebenfalls Fragen der haushaltspolitischen Tragfähigkeit sowie der Beteiligung von PKV-Versicherten an der Finanzierung der GKV ergeben. Ein Kompromiss hinsichtlich der Zusatzbelastungen für heutige Generationen wäre in Form einer Anpassung der Zielsetzung des Kapitaldeckungsverfahrens denkbar. Diese müsste nicht zwingend die im Rahmen der vorliegenden Modellierung – in Anlehnung an den Vorschlag von Cassel und Oberdieck [104] – angenommene Sicherung eines dauerhaft konstanten Beitragssatzes sein. Vielmehr könnten die Fondsmittel vergleichbar zur Konzeption des Pflegevorsorgefonds und des Generationenkapitals auch aufgewendet werden, um die prognostizierten Beitragssatzanstiege lediglich zu dämpfen. Je nach Ausmaß der avisierten Dämpfung fiel die erforderliche Zusatzbelastung heutiger Generationen größer oder kleiner aus. Zu berücksichtigen ist dabei jedoch auch, dass mit sinkendem Sparaufkommen auch die erwartete Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens durch Zins- und Zinseszinsseffekte abnimmt.

Auswirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung in der GKV sind durch die rein einnahmenorientierte Maßnahme nicht zu erwarten. Die Nachhaltigkeit der Beitragssatzstabilisierung hängt nicht zuletzt von der Planung des Fonds sowie seines Ein- und Auszahlmodells ab. Dabei sollte die Laufzeit so gewählt sein, dass erwartbare demografische Ausgabenspitzen abgefedert werden können. Nach Auslaufen des Fonds endet jedoch auch die geplante Phase der Beitragssatzstabilität. Gerade weitgehend demografieunabhängige Beitragssatztreiber wie etwa der medizinisch-technische Fortschritt müssten somit frühzeitig durch weiterführende Maßnahmen antizipiert werden. Unabhängig davon sind im Hinblick auf den tatsächlichen Stabilisierungseffekt durch die Kapitaldeckung grundlegende Unsicherheiten und potenzielle adverse Effekte zu berücksichtigen. So hängt die Ausgestaltung des zuvor modellierten Fonds unmittelbar von Langzeit-



prognosen zur demografischen Entwicklung sowie Einnahmen und Ausgaben in der GKV ab. Exogene Schocks der jüngeren Vergangenheit wie etwa die COVID-19-Pandemie oder auch Fluchtbewegungen im Zuge einer zunehmend unsicheren politischen Weltlage deuten die Grenzen dieser Prognosen an. Gleiches gilt für die erzielbare Rendite des Fonds. Die drohende Abhängigkeit der GKV vom internationalen Kapitalmarkt ist einer der zentralen Kritikpunkte an der Einführung kapitalgedeckter Verfahren [106]. Zwar ist durch die langfristige Konzeption des Fonds eine Glättung kurzfristiger Schwankungen am Kapitalmarkt zu erwarten, eine kritische Stellschraube für die Rentabilität und damit die Vorteilhaftigkeit des Kapitaldeckungsverfahrens bleibt jedoch die festzulegende Anlageklasse sowie das damit verbundene als akzeptabel einzuschätzende Risiko. Sind die gewählten Anlagen weitestgehend risikofrei, zahlen sich die Vorteile der Kapitaldeckung kaum aus. Sind sie hingegen risikobehaftet, steigt mit den erzielbaren Erträgen auch die Ausfallwahrscheinlichkeit. Bei der Fondskonzeption müsste somit ein angemessener Kompromiss zwischen diesen beiden Polen gefunden werden, welcher der gesellschaftlichen Relevanz der GKV und ihrer Versichertengelder Rechnung trägt. Ebenso sollten klare Ein- und Auszahlungsregelungen festgelegt werden, um den Fonds vor politischen Übergriffen zu bewahren. Unter anderem angesichts von Abgrenzungsschwierigkeiten – etwa im Hinblick auf demografiebedingte und andersartige Mehrausgaben – erscheint die Implementierung rechtsverbindlicher Zweckbestimmungen indes unwahrscheinlich. Die mit mangelnder Verbindlichkeit einhergehende Gefahr der Aufweichung der kapitalgedeckten Vorsorge wurde zuletzt insbesondere im Kontext der sozialen Pflegeversicherung deutlich. Hier wurde im Zuge der Haushaltsverhandlungen für das Jahr 2024 der erst im Jahr 2022 eingeführte Bundeszuschuss gestrichen. Als Reaktion auf die so entstandenen Mindereinnahmen in der Pflegeversicherung wurden die jährlichen Zuweisungen in den Pflegevorsorgefonds für den Zeitraum der Jahre 2024 bis 2027 um 1 Milliarde Euro gekürzt [118].



4 Zusammenfassung und Diskussion

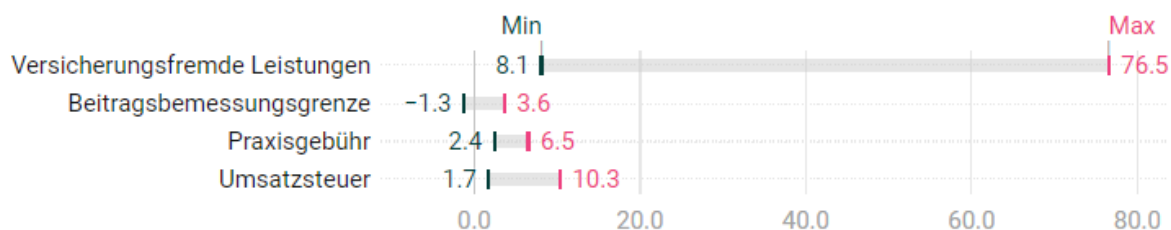
Eine verlässliche und solidarische Finanzierung der GKV steht vor mannigfaltigen Herausforderungen. Neben einer alternativen Gesellschaft, neuen technologischen Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung und Implementierungshürden bei der Digitalisierung stehen wichtige Zukunftsthemen auf der politischen Agenda, welche kurzfristig Innovations- und Investitionsbereitschaft von Selbstverwaltung und Politik erfordern. Diese Prozesse werden absehbar begleitet durch eine anhaltende Finanzierungsdebatte nicht nur der jeweiligen Zukunftsthemen, sondern der GKV insgesamt. Die vorliegende Expertise verfolgt deshalb das Ziel, ausgewählte Reformvorschläge hinsichtlich ihres kurz- bis mittelfristigen quantitativen und qualitativen Impacts auf die Finanzlage der GKV zu untersuchen. Im Jahr 2022 hat die Bundesregierung auf eine Finanzlücke der GKV in Höhe von 17 Mrd. Euro mit einem komplexen Bündel an Maßnahmen reagiert. Gleichzeitig blieben Antworten auf grundsätzliche Fehlentwicklungen bzw. strukturelle Defizite der GKV-Finanzlage offen. Es besteht weiterhin Handlungsbedarf, um ein stärkeres Auseinanderdriften von Einnahmen und Ausgaben in der GKV und eine damit verbundene immer weiter steigende Belastung der Beitragszahler zu vermeiden: Ohne politische Reaktion werden in Modellrechnungen Finanzierungsdefizite von bis zu 50 Mrd. Euro jährlich bis zum Jahr 2040 prognostiziert. Wenngleich eine Vielzahl an Vorschlägen und Ideen zur Bewältigung der Finanzierungs Herausforderungen existieren, zeigt sich in der genaueren Betrachtung, dass sich die Reformforderungen nur selten auf verlässliche Berechnungen und differenzierte Bewertungen stützen. Zur Objektivierung der GKV-Reformdebatten wurden im Rahmen der vorliegenden Expertise fünf Reformvorschläge sowohl quantitativ als auch qualitativ hinsichtlich ihres potenziell stabilisierenden Effektes für die GKV-Finanzlage untersucht. Diese Vorschläge umfassen die

1. Auslagerung versicherungsfremder Leistungen,
2. Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze,
3. (Wieder-)Einführung einer Praxisgebühr,
4. Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen,
5. Einführung von Kapitaldeckungselementen.

Die durchgeführten Modellierungen zeigen mitunter deutliche Variationen hinsichtlich des erwartbaren Effektes auf Einnahmen bzw. Ausgaben der GKV sowie der tatsächlichen Umsetzbarkeit und Nachhaltigkeit der jeweiligen Reformvorschläge. Dabei wurden je Reformvorschlag unterschiedliche Szenarien berechnet, um die Unsicherheit hinsichtlich tatsächlicher Umsetzungsmodelle sowie zugrundeliegender Annahmen abzubilden. Aus diesen Szenarien ergeben sich Spannen potenzieller Finanzierungseffekte für die GKV (vgl. Abbildung 13). Der Vorschlag zur Einführung von Kapitaldeckungselementen folgt einer anderen Logik (siehe Kapitel 3.5): Kurzfristige Finanzierungseffekte sind hier nicht das Ziel, sondern eine langfristige Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung auf einem konstanten Niveau, sodass dieser Vorschlag in vergleichende Darstellungen nicht eingereicht wurde.



Modellierte Effekte auf jährliche Einnahmen bzw. Ausgaben der GKV in Mrd. Euro



Modellierte Effekte in Beitragssatzpunkten

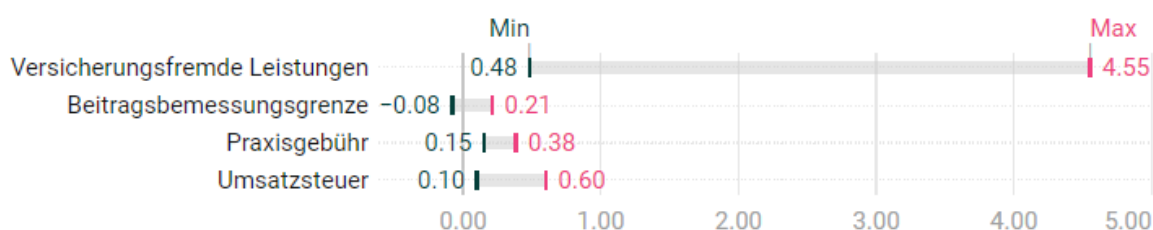


Abbildung 13: Modellierte Spannweite der finanziellen Entlastungen der GKV und damit verbundener Beitragssatzeffekte der modellierten Reformvorschläge. Quelle: eigene Darstellung.

Eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen wäre unabhängig von der Ausgestaltung mit einer signifikanten Entlastung der GKV-Finanzlage verbunden und hätte damit auch den potenziell nachhaltigsten Entlastungseffekt der Beitragssatzenden (siehe Kapitel 3.1). Insbesondere bei einer weiten Auffassung des Begriffs „versicherungsfremd“ – hier dargestellt als das Maximum der Einsparungen – wären die finanzstabilisierenden Effekte substantiell. Im Schnitt belaufen sich die durch die GKV-Versicherten finanzierten Ausgaben für versicherungsfremde Leistungen nach Abzug des Bundeszuschusses sowie der Beitragseinnahmen von Bürgergeld je nach Definition auf bis zu 76,5 Mrd. Euro. Das mit ihrer konsequenten Auslagerung aus der Finanzierungsverantwortung der GKV verbundene Entlastungspotenzial belief sich somit auf 4,55 Beitragssatzpunkte in der Spitze. Es ist dabei einschränkend darauf zu verweisen, dass den mit Abstand größten Anteil hier die Mitversicherungen von Familienangehörigen ausmachen, welche eine der Grundfesten der GKV darstellen. Die Idee einer Auslagerung hätte politisch hohe Brisanz und sollte eher als schwer bis gar nicht umsetzbar eingestuft werden. Doch auch die enge Auslegung des Begriffs „versicherungsfremd“ geht mit erheblichen finanzstabilisierenden Effekten einher (etwa 8,1 Mrd. Euro bzw. 0,48 Beitragssatzpunkte pro Jahr). Enthalten sind Leistungsbereiche, insbesondere die Finanzierung von Bürgergeldempfängern, die hinsichtlich einer Auslagerung konsensfähiger erscheinen. Nichtsdestotrotz ist grundsätzlich zu beachten, dass eine Auslagerung versicherungsfremder Leistungen unabhängig von deren Definition mit einer verstärkten Steuerfinanzierung verbunden wäre. Die politischen Spielräume in dieser Hinsicht erscheinen vor dem Hintergrund der angespannten Haushaltssituation begrenzt. Neue Möglichkeiten könnten sich in Zukunft durch ein Wiedererstarken der deutschen Wirtschaft ergeben. Insofern sollte eine wachstumsorientierte Wirtschaftspolitik als wichtiger direkter und indirekter Beitrag zur Stabilisierung der GKV-Finzen angesehen werden. Unabhängig von der Umsetzbarkeit des Vorschlages ginge mit einer zunehmenden Steuerfinanzierung immer auch eine zunehmende politische Abhängigkeit der betroffenen Teilbereiche der Gesundheitsversorgung einher; die Haushaltskürzungen in der sozialen Pflegeversicherung (siehe dazu auch 3.5.4) machen exemplarisch die damit verbundenen Risiken deutlich. Eine entsprechende Verschiebung hin zu höheren steuerfinanzierten Finanzierungsanteilen wäre darüber hinaus auch bei der Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen und, sofern man sich für eine steuerfinanzierte oder -bezuschusste Ausgestaltung wie etwa beim Generationenkapital entscheidet, auch die Einführung von Kapitaldeckungselementen einschlägig.



Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze wäre mit vergleichsweise geringen finanzstabilisierenden Effekten verbunden (maximal nach den vorliegenden Berechnungen 3,6 Mrd. Euro pro Jahr). Je nach Ausmaß der Abwanderung von GKV-Versicherten in die PKV bestünde sogar die Gefahr, dass durch den Verlust „guter Risiken“ die GKV-Finzen zusätzlich belastet werden. Ausgehend von einer initialen zusätzlichen Abwanderungsrate von 20 % würden sich negative Einnahmeneffekte auf die GKV in Höhe von 1,3 Mrd. Euro pro Jahr ergeben, was einem Beitragssatz-Plus von 0,08 Beitragssatzpunkten entspräche. Mit Blick auf das Ausmaß der finanzstabilisierenden Wirkung und potenziell adversen Effekten überwiegen im Vergleich zu den übrigen skizzierten Reformoptionen potenzielle Nachteile durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze am stärksten.

Bei günstiger Entwicklung und Gestaltung der (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr und der Absenkung der Umsatzsteuer auf GKV-Leistungen ergäbe sich bei diesen Reformvorschlägen ein weitestgehend vergleichbares Einsparpotenzial für die GKV, welche nicht nur kurzfristig, sondern langfristig und nachhaltig zu einer Entlastung der Ausgaben beitragen könnten: Maximal etwa 6,5 Mrd. bei Einführung einer Praxisgebühr und bis zu 10,3 Mrd. Euro bei der Absenkung der Umsatzsteuer (realistischer 6,6 Mrd. Euro bei vollständig reduziertem Satz auf Arzneimittel und Medizinprodukte). Die Einführung der Praxisgebühr grenzt sich im Vergleich von den anderen modellierten Vorschlägen dahingehend ab, dass diese Option auch die Idee einer effizienteren Inanspruchnahme des Systems durch Patienten und Patientinnen beinhaltet. Etwaige Fallzahlreduktionen können den stabilisierenden Effekt für die GKV-Finzen über den sicheren Einnahmeneffekt hinaus deutlich ausweiten. Gleichwohl sind auch adverse Effekte durch die Vermeidung notwendiger Arztbesuche denkbar, welche im Rahmen der Modellierung nicht berücksichtigt werden konnten. Diese sollten daher bei der möglichen Einführung einer Praxisgebühr oder andersartiger Selbstbeteiligungen in den Fokus einer umfassenden Begleitevaluation gerückt werden. Positiv hervorzuheben ist letztlich die kalkulatorische Sicherheit sowohl des Einnahmeneffektes einer Praxisgebühr als auch des finanziellen Ausmaßes einer Absenkung der Umsatzsteuer, welche die stabilisierenden Effekte für die GKV-Finzen klar abschätzbar macht.

Die Einführung von Kapitaldeckungselementen sollte losgelöst von den anderen diskutierten Reformvorschlägen betrachtet werden, da die Idee in Teilen eine Abkehr von der bisherigen GKV-Finanzierungslogik impliziert. Es handelt sich dabei nicht um eine Antwort auf kurzfristige Finanzierungsherausforderungen, bei der in Kürze substantielle Entlastungen für die GKV-Finanzsituation zu erwarten wären. Im Gegenteil führt die Einführung von Kapitaldeckungselementen kurzfristig zu einer Zusatzbelastung der Beitragszahler oder, je nach Ausgestaltung des Kapitalfonds, der Steuerzahler. Die Anlage der angesparten Mehreinnahmen am Kapitalmarkt und ihre Verzinsung über die Zeit würden eine langfristige Stabilisierung der Beitragssatzentwicklung auch vor dem Hintergrund wichtiger Zukunftsherausforderung wie der demografischen Alterung und des technischen Fortschritts ermöglichen. Gleichwohl dürften zeitweise notwendigen Mehrbelastungen der aktuellen Beitragszahler von bis zu drei Beitragssatzpunkten politisch kaum durchsetzbar sein. Realistischer erscheinen daher Varianten von Kapitaldeckungsverfahren, die sich nicht oder nicht ausschließlich aus Beitragsgeldern finanzieren und zudem lediglich auf eine Dämpfung der Beitragssatzentwicklung und nicht auf einen dauerhaft konstanten Beitragssatz abzielen. Entsprechende Beispiele lassen sich bereits heute in anderen Bereichen der deutschen Sozialversicherung finden.

Ausblick

Die vorliegende Expertise zeigt, dass kurz- wie langfristig wirksame Reformoptionen verfügbar sind, um Beitragzahlende zu entlasten und die Einnahmen- und Ausgabensituation der GKV nachhaltig weiterzuentwickeln. Den betrachteten Reformoptionen ist dabei weitgehend gemein, dass sie bereits im wissenschaftlichen wie politischen Kontext diskutiert bzw. vorgeschlagen wurden, überwiegend kurzfristig umsetzbar wären und zumindest erwartbar keinen direkten negativen Einfluss auf das Versorgungsangebot und die Versorgungsqualität hätten. Indirekte Effekte auf die Leistungsanspruchnahme wären indes denkbar und werden im Rahmen der qualitativen Gesamtabwägung diskutiert.



Reformoptionen zur Finanzierung der GKV sind gleichzeitig nicht unabhängig vom Versorgungskontext zu betrachten. Hinsichtlich einer auch nachhaltigen „Generalüberholung unseres Gesundheitssystems [.]“ [119] sind auch über reine Finanzierungsfragen hinausgehende Entwicklungsthemen des Gesundheitswesens in die Diskussion einzubeziehen, da diese ebenfalls mittel- bis langfristig eine finanzstabilisierende Wirkung auf die GKV haben können. Unsere vorangegangene Reforminventur konnte in diesem Zusammenhang verschiedene Bereiche als besonderes relevante „Metathemen“ identifizieren:

- Stärkung der Prävention (Potenziale zu Kosteneinsparungen [116], 117])
- Beschleunigung der Digitalisierung von Prozessen und Leistungen (Schätzungen zu Einsparpotenzialen reichen von 1,9 Mrd. Euro durch die Einführung der elektronischen Patientenakte im Krankenhaus [120] bis zu 42 Mrd. Euro für die vollständige Einführung digitaler Gesundheitstechnologien [113])
- Umsetzung von Strukturreformen (wie etwa in der Krankenhausversorgung sowie der Beseitigung von Ineffizienzen [121] bzw. dem Heben von Effizienzreserven [119])
- Förderung wirksamer neuer Versorgungsformen
- Ausbau wettbewerbsfördernder Elemente

„Kein Nutzen ohne Kosten“

Unabhängig von potenziell beitragsentlastenden Effekten einer verbesserten Vorbeugung von Erkrankungen und Erkrankungsprogression, grundlegenden Strukturreformen oder einer Förderung schnellerer und effizienterer Abläufe sowie Wissensgewinne durch mehr Digitalisierung bedeuten diese Vorhaben zunächst zusätzliche Belastungen für die Beitragszahler oder den Bundeshaushalt. Auch aus diesem Grund erscheint eine Auseinandersetzung mit einer nachhaltigen Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlage der GKV nicht nur opportun, sondern dringend geboten, um Spielräume für Investitionen in relevante Zukunftsthemen zu ermöglichen, die auch das Potenzial haben, langfristig positive Beiträge für ein leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitssystem zu leisten.

Mit der Krankenhausreform, der Apothekenreform sowie der Reform der hausärztlichen Honorierung befinden sich aktuell weitere zumindest kurzfristig ausgabenintensive Reformkonzepte in der Finalisierungsphase. Kurzfristig gehen diese Reformvorschläge alle mit höheren GKV-Ausgaben einher, wie beispielsweise die Diskussion um den Transformationsfonds Krankenhaus oder die Entbudgetierung der Hausärzte zeigt. Die Ergebnisse der vorliegenden Expertise deuten wiederum darauf hin, dass insbesondere die bereits im Koalitionsvertrag verankerte Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen den größten erwarteten Effekt auf die Finanzlage der GKV hätte. Aber auch die Absenkung der Umsatzsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel und die (Wieder-)Einführung der Praxisgebühr bzw. langfristig die Einführung eines kapitalgedeckten Demografiefonds besitzen das Potenzial, die Finanzierung der GKV nachhaltig zu entlasten, ohne direkt negative Effekte auf die Versorgungsqualität zu erzeugen. Die vorliegende Expertise zielt darauf, zu diesen Debatten einen objektivierenden Beitrag zu leisten.



Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit (2024) GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finanzstabilisierungsgesetz.html>. Zugegriffen: 28. Februar 2024
2. Deutscher Bundestag (2022) Gesetz zur finanziellen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Finanzstabilisierungsgesetz. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2022 Teil I Nr. 42, Bonn
3. 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
4. Bundesamt für Soziale Sicherung (2023) Schätztableau des GKV-Schätzerkreises. Schätztableau 2023-2024
5. Ochmann RR, Albrecht M (2019) Zukünftige Entwicklung der GKV-Finanzierung, 1. Aufl. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
6. 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
7. 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
8. 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
9. 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
10. 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>
11. 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
12. 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



13. Die Linke (2022) Kassendefizite solidarisch überwinden – Erhöhung der Beitragssätze durch die Krankenkassen verhindern. Antrag der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökey Akbulut, Matthias W. Birkwald, Ates Gürpınar, Jan Korte, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti und der Fraktion DIE LINKE. Drucksache 20/3484. <https://dserver.bundestag.de/btd/20/034/2003484.pdf>. Zugegriffen: 10. Februar 2023
14. 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
15. 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
16. 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
17. 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
18. Jacobs K, Schulze S (2013) Die Krankenversicherung der Zukunft. Anforderungen an ein leistungsfähiges System, Berlin
19. 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
20. 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
21. 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
22. 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



23. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (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
24. Deutsche Krankenhausgesellschaft (2017) Patientenwohl und Daseinsvorsorge. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Positionen/2017-03_DKG-Positionspapier_19._Legislaturperiode.pdf. Zugegriffen: 14. Februar 2023
25. Fichte D, Schulemann O (2010) Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 90(10):676–682. doi:10.1007/s10273-010-1135-0
26. Cassel D (2001) Demographischer Wandel- Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 81(2):87–91
27. Sauerland D (2005) Künftige Ausgabenentwicklung in der GKV und ihre Finanzierung. *Wirtschaftsdienst* 85(10):672–680. doi:10.1007/s10273-005-0435-2
28. Ulrich V, Wille E (2021) Haushalts- und wirtschaftspolitische Illusionen und Gefahren der Steuerfinanzierung von Sozialversicherungssystemen. *Gesellschaftspolitische Kommentare. Sonderausgabe* 2 61(2):1–16
29. 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
30. Albrecht M, Dietzel J, Ochmann RR, Schiffhorst G (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. Ergebnisbericht für das Bundesministerium für Gesundheit. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/IGES-Gutachten_ALG-II_061217.pdf. Zugegriffen: 10. Februar 2023
31. 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
32. 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
33. Trappe T (2024) Wie teuer darf es sein? <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/wie-teuer-darf-es-sein>



34. Deutscher Bundestag (2016) Versicherungsfremde Leistungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie in der Sozialen Pflegeversicherung. Dokumentation. WD 9- 3000- 051/16
35. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Versicherungsfremde Leistungen. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/v/versicherungsfremde-leistungen>. Zugegriffen: 20. Februar 2024
36. Deutscher Bundestag (2023) Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. GKV-Modernisierungsgesetz – GMG, Bd 2003
37. Höpfner T, Berndt B, Schäffer T, Militzer-Horstmann C (2020) Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungs- wirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. Expertise. Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, Leipzig
38. Universität Duisburg-Essen (o.J.) Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds der GKV 2004-2022. Universität Duisburg-Essen. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI51.pdf. Zugegriffen: 20. Februar 2024
39. Deutscher Bundestag (2023) Drucksache 20/7763- Beitragsbemessungsgrenze in der Kranken- und Pflegeversicherung. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Kathrin Vogler, Susanne Ferschl, Gökyay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
40. Bundesverfassungsgericht (2001) Urteil des Ersten Senats vom 03. April 2001. BVerfGE 103, 242- 271, S 1–24. https://www.bverfg.de/e/rs20010403_1bvr162994.html. Zugegriffen: 06. März 2024
41. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln. KF23BUND. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2023Bund_August_2023.pdf. Zugegriffen: 28. Februar 2024
42. Zok K, Jacobs K (2023) Solidarität steht hoch im Kurs. Ergebnisse einer Repräsentativumfrage unter gesetzlich und privat Krankenversicherte. WiDo-monitor (21):1–16
43. Verband der Ersatzkassen (2010) Warnung aus guten Gründen vor Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV). <https://www.vdek.com/LVen/BAW/Presse/Pressemitteilungen/2010/20101109.html>. Zugegriffen: 02. April 2024
44. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V (2016) BPI-Positionen Für ein zukunftsfähiges und faires Gesundheitssystem. <https://www.bpi.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=2570&to-ken=ff23cc76d5c51db29d3511163ce380514686d08d>. Zugegriffen: 21. Februar 2023
45. Bundesregierung (2024) Neue Beitragsbemessungsgrenzen für 2024. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/arbeit-und-soziales/beitragsbemessungsgrenzen-2024-2229320>. Zugegriffen: 14.02.24
46. Deutscher Bundestag (2021) Verfassungsrechtliche Grenzen einer An- oder Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung. Aktualisierung der Ausarbeitung WD 3- 3000- 429/10. Wissenschaftlicher Dienst. <https://www.bundestag.de/resource/blob/842606/758b339919a3221a9d1e6e45c68330e6/WD-3-035-21-pdf-data.pdf>



47. Lampert T, Kroll LE, Lippe E von der, Müters S, Stolzenberg H (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 56(5-6):814–821. doi:10.1007/s00103-013-1695-4
48. Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft (2023) Sozialversicherung und Lohnzusatzkosten. Position Stand März 2023. https://www.vbw-bayern.de/Redaktion/Frei-zugaengliche-Medien/Abteilungen-GS/Sozialpolitik/2023/Downloads/Sozialversicherung-und-Lohnzusatzkosten_final_M%C3%A4rz23-3.pdf
49. Wild F (2022) Zur Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung. https://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Dokumente/Kommentar/Kommentar_Beitragsbemessungsgrenze.pdf. Zugegriffen: 05. Dezember 2023
50. Mueller R, Wedekind, Elsner, Alexander, Höpfner T, Berndt B (2023) Expertise zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV. https://www.bkv-verein.de/fileadmin/user_upload/dokumente/bkv_stellungnahmen/2023_BKV_Gutachten_Finanzierung_GKV.pdf. Zugegriffen: 05. Dezember 2023
51. Pimpertz J, Stockhausen M (2023) Beitragslast steigt mit der Bemessungsgrenze. IW-Kurzbericht Nr. 39/2023
52. Bundesagentur für Arbeit (2024) Sozialversicherungspflichtige Bruttoarbeitsentgelte – Deutschland, West/Ost, Länder und Kreise (Jahreszahlen). https://statistik.arbeitsagentur.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Einzelheftsuche_Formular.html;jsessionid=4AEDCC475CD966345EE4C52DBAFF41CA?nn=21424&topic_f=beschaeftigung-entgelt-entgelt. Zugegriffen: 14. Februar 2024
53. Bundesregierung (2022) Sozialversicherung. Neue Rechengrößen. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/archiv/beitragsbemessungsgrenze-2022-1970116>. Zugegriffen: 14. Februar 2024
54. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Bekanntmachung des durchschnittlichen Zusatzbeitragsatzes nach § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 2024. <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/lv5eHoYhOm7Elp1EaWa/content/lv5eHoYhOm7Elp1EaWa/BAanz%20AT%2031.10.2023%20B3.pdf?inline>. Zugegriffen: 14. Dezember 2024
55. Bundesamt für Soziale Sicherung (2024) GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2022. <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen/>. Zugegriffen: 14. Februar 2024
56. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Mitglieder und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). GKV-Mitglieder, mitversicherte Angehörige, Beitragssätze und Krankenstand. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte>
57. Versicherungsbote.de (NaN) Déjà-vu: SPD und Grüne wollen Beitragsbemessungsgrenze anheben- Krankenversicherung- Versicherungsbote.de. https://www.versicherungsbote.de/id/4910921/Deja-vu-SPD-und-Grune-wollen-Beitragsbemessungsgrenze-anheben/#post_chapter_all. Zugegriffen: 28. März 2024



58. Statistisches Bundesamt (2019) Arbeits- und Lohnnebenkosten. https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitskosten-Lohnnebenkosten/_inhalt.html. Zugegriffen: 10. April 2024
59. 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
60. Schreyögg J, Grabka MM (2010) Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *Eur J Health Econ* 11(3):331–341. doi:10.1007/s10198-009-0179-9
61. Lohr KN, Brook RH, Kamberg CJ, Goldberg GA, Leibowitz A, Keesey J, Reboussin D, Newhouse JP (1986) Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial. *Med Care* 24(9 Suppl):S1-87
62. Kalousova L (2015) Curing over-use by prescribing fees: an evaluation of the effect of user fees' implementation on healthcare use in the Czech Republic. *Health Policy Plan* 30(4):423–431. doi:10.1093/heapol/czu024
63. Lee HJ, Jang S-I, Park E-C (2017) The effect of increasing the coinsurance rate on outpatient utilization of healthcare services in South Korea. *BMC Health Serv Res* 17(1):152. doi:10.1186/s12913-017-2076-8
64. Tamblyn R, Laprise R, Hanley JA, Abrahamowicz M, Scott S, Mayo N, Hurley J, Grad R, Latimer E, Perreault R, McLeod P, Huang A, Larochelle P, Mallet L (2001) Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA* 285(4):421–429. doi:10.1001/jama.285.4.421
65. Trivedi AN, Moloo H, Mor V (2010) Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med* 362(4):320–328. doi:10.1056/NEJMsa0904533
66. Deutscher Bundestag (2012) Drucksache 17/8774. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Maria Klein-Schmeink, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 17/8646 –. Praxisgebühr und Arzt-Patient-Kontakte
67. Brenner G, Koch H, Franke A (2005) Steuert die Praxisgebühr in die richtige Richtung? - Analyse des Versorgungsgeschehens nach Einführung der „Praxisgebühr“. *Z Allg Med* 81(9):377–381. doi:10.1055/s-2005-836770
68. Grabka MM, Schreyögg J, Busse R (2006) Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung: Erste empirische Ergebnisse. *Med Klin (Munich)* 101(6):476–483. doi:10.1007/s00063-006-1067-z
69. Augurzky B, Bauer TK, Schaffner S (2007) Zeigt die Praxisgebühr die gewünschte Wirkung? Positionen / RWI, Bd 16. RWI, Essen
70. Farbmacher H (2009) Copayments for doctor visits in Germany and the probability of visiting a physician - Evidence from a natural experiment. Universitätsbibliothek der Ludwig-Maximilians-Universität München
71. Kunz JS, Winkelmann R (2017) An Econometric Model of Healthcare Demand With Nonlinear Pricing. *Health Econ* 26(6):691–702. doi:10.1002/hec.3343



72. David M, Babitsch B, Klein N, Möckel M, Borde T (2013) Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. *Notfall Rettungsmed* 16(3):167–174. doi:10.1007/s10049-012-1676-4
73. Olm M, Donnachie E, Tauscher M, Gerlach R, Linde K, Maier W, Schwettmann L, Schneider A (2020) Impact of the abolition of copayments on the GP-centred coordination of care in Bavaria, Germany: analysis of routinely collected claims data. *BMJ Open* 10(9). doi:10.1136/bmjopen-2019-035575
74. Olm M, Donnachie E, Tauscher M, Gerlach R, Linde K, Maier W, Schwettmann L, Schneider A (2021) Ambulatory specialist costs and morbidity of coordinated and uncoordinated patients before and after abolition of copayment: A cohort analysis. *PLoS One* 16(6):e0253919. doi:10.1371/journal.pone.0253919
75. Rückert I-M, Böcken J, Mielck A (2008) Are German patients burdened by the practice charge for physician visits ('Praxisgebuehr')? A cross sectional analysis of socio-economic and health related factors. *BMC Health Serv Res* 8:232. doi:10.1186/1472-6963-8-232
76. 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
77. Christlich Demokratische Union Deutschlands (2024) In Freiheit leben. Deutschland sicher in die Zukunft führen. Grundsatzprogramm der CDU Deutschlands. Antrag des Bundesvorstands der CDU Deutschlands an den 36. Parteitag. https://assets.ctfassets.net/nwwnl7ifahow/2EL5GCfZ-krwlGaWfsW0zAB/64d5811f7ded113693095b1d7fb0ba67/240113_CDU_GSP_2024_Beschlussfassung_FINAL.pdf. Zugegriffen: 11. März 2024
78. Tagesspiegel Background (2023) Praxisgebühr auf Wiedervorlage. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/praxisgebuehr-auf-wiedervorlage>. Zugegriffen: 11. März 2024
79. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (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
80. Mitteldeutscher Rundfunk (2023) Kassenärztliche Vereinigung Sachsen fordert Rückkehr zur Praxisgebühr. <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/wirtschaft/praxisgebuehr-kassenaerztliche-vereinigung-notaufnahmen-aerzte-100.html>. Zugegriffen: 11. März 2024
81. Südwestrundfunk (2023) Kassenärzte in RLP fordern Selbstbeteiligung bei Arztbesuchen. <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/kassenaerzte-forden-selbstbeteiligung-der-patienten-bei-behandlungen-100.html>. Zugegriffen: 11. März 2024
82. Deutsches Ärzteblatt (2019) Reinhardt für finanzielle Selbstbeteiligung von Patienten bei zu vielen Arztbesuchen. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/104068/Reinhardt-fuer-finanzielle-Selbstbeteiligung-von-Patienten-bei-zu-vielen-Arztbesuchen>. Zugegriffen: 11. März 2024
83. Tagesspiegel Background (2023) Neue Kritik für aufgewärmte Idee. <https://background.tagesspiegel.de/gesundheit/neue-kritik-fuer-aufgwaermte-idee>. Zugegriffen: 11. März 2024



84. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Bonn
85. Deutsches Ärzteblatt (2023) Ampel gegen Wiedereinführung der Praxisgebühr. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/141807/Ampel-gegen-Wiedereinfuehrung-der-Praxisgebuehr>. Zugegriffen: 11. März 2024
86. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024) Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, ärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe. https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=77583832&p_sprache=D&p_thema_id=3782&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4=. Zugegriffen: 28. Februar 2024
87. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024) Zahnärztliche Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl und je 1.000 Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, zahnärztliche Leistungen, Kassenart, Versichertengruppe. https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.information?p_uid=gast&p_aid=54333042&p_sprache=D&p_thema_id=3781&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4=. Zugegriffen: 28. Februar 2024
88. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2024) Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (insgesamt in Mrd. €, je Mitglied in € und je Versicherten in €). Gliederungsmerkmale: Jahre, Bundesgebiete (bis 2005). https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe.indikatoren_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=85419486&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=627&p_ansnr=54398713&p_version=5&p_dim=D.747&p_dw=50044&p_direction=drill&p_thema_id=10095&p_thema_id2=1&p_thema_id3=&p_thema_id4=. Zugegriffen: 28. Februar 2024
89. 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
90. Deutscher Bundestag (2012) Bundestag vertagt Entscheidung über Praxisgebühr. https://www.bundestag.de/webarchiv/textarchiv/2012/41187299_kw43_de_praxisgebuehr-209790. Zugegriffen: 12. April 2024
91. Jacobs K (2012) Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Thielscher C (Hrsg) Medizinökonomie. Gabler Verlag, Wiesbaden, S 261–277
92. Dziadkowski D (2007) Zur offenen und verdeckten Belastung der Gesundheitskosten durch die Mehrwertsteuer. ifo Schnelldienst 60(2)
93. Deutscher Bundestag (2008) Drucksache 16/11334. auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 16/11018 –



94. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (2018) VAT rates applicable to medicines. <https://www.efpia.eu/publications/data-center/the-pharma-industry-in-figures-economy/vat-rates/>. Zugegriffen: 13. März 2024
95. Pharmazeutische Zeitung (2022) GKV fordert Senkung der Mehrwertsteuer. <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/gkv-fordert-senkung-der-mehrwertsteuer-135323/>. Zugegriffen: 15. April 2024
96. Bundesministerium der Finanzen (2022) Rundschreiben zur Umsatzsteuerbefreiung nach § 4 Nr. 14 Buchstabe a und b UStG; Abgabe von Medikamenten. https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Downloads/BMF_Schreiben/Steuerarten/Umsatzsteuer/Umsatzsteuer-Anwendungserlass/2022-12-13-USt-Abgabe-Medikamente.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 13. März 2024
97. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2020) Sachstand. Fragen zur Mehrwertsteuer auf Medizinprodukte in Deutschland. <https://www.bundestag.de/resource/blob/653356/e4f4d41aa935c637197ff77ee25dad4f/WD-4-085-19-pdf-data.pdf>. Zugegriffen: 15. April 2024
98. Deutscher Bundestag (2022) Stenografischer Bericht. 63. Sitzung. <https://dserver.bundestag.de/btp/20/20063.pdf>. Zugegriffen: 15. April 2024
99. BVMed (2022) GKV-Finzen | BVMed: „Umsatzsteuer auf Medizinprodukten einheitlich reduzieren“. <https://www.bvmed.de/verband/presse/pressemeldungen/gkv-finzen-bvmed-umsatzsteuer-auf-medizinprodukten-einheitlich-reduzieren>. Zugegriffen: 15. April 2024
100. Deutsche Apotheker Zeitung (2022) Mehrwertsteuersenkung fast so schlimm wie höherer Kassenabschlag. <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2022/03/16/mehrwertsteuersenkung-fast-so-schlimm-wie-hoeherer-kassenabschlag/chapter:1>. Zugegriffen: 15. April 2024
101. MED engineering (2022) BVMed unterstützt GKV-Vorschlag zur Vereinheitlichung der Mehrwertsteuer auf Medizinprodukte. <https://med-eng.de/2022/10/10/bvmed-unterstuetzt-gkv-vorschlag-zur-vereinheitlichung-der-mehrwertsteuer-auf-medizinprodukte/>. Zugegriffen: 15.04.024
102. Kochskämper S, Pimpertz J (2015) Soziale Sicherung. Welche Umverteilungseffekte deckt das Solidaritätsprinzip in der GKV ab? *IW-Trends* 42(1)
103. Breyer F (2015) Demographischer Wandel und Gesundheitsausgaben: Theorie, Empirie und Politikimplikationen. *Perspektiven der Wirtschaftspolitik* 16(3):215–230. doi:10.1515/pwp-2015-0016
104. Cassel D, Oberdieck V (2002) Kapitaldeckung in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Wirtschaftsdienst* 82(1):15–21
105. Felder S, Fetzter S (2007) Die Gesundheitsreform – (k)ein Weg zur Entlastung zukünftiger Generationen? *GuS* 61(7-8):39–45. doi:10.5771/1611-5821-2007-7-8-39
106. Reiners H (2008) Kapitaldeckung in der Krankenversicherung. Die Fallen der "Hausväterökonomie". *Gesundheit und Gesellschaft / Wissenschaft*
107. Greyer J (2011) Riester-Rente: Rezept gegen Altersarmut? *DIW Wochenbericht* 87(47):16–21
108. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024) Das Rentenpaket II im Überblick. <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Meldungen/2024/das-rentenpaket-2-im-ueberblick.html>. Zugegriffen: 13. März 2024



109. Jacobs K, Rothgang H (2012) Der Pflege-Bahr. Zum Schaden der Sozialen Pflegeversicherung und ihrer Versicherten. Gesundheits- und Sozialpolitik
110. Breyer F (2016) Die Zukunft der Pflegeversicherung in Deutschland: Umlage und Kapitaldeckung. ZVers-Wiss 105(5):445–461. doi:10.1007/s12297-016-0357-7
111. 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
112. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2023) Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahresdurchschnitt (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Kassenart, Versicherungengruppe. https://www.gbe-bund.de:443/gbe/isgbe.archiv?p_indnr=254&p_archiv_id=5612848&p_sprache=D&p_action=A. Zugegriffen: 11. März 2024
113. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2021) IAB-Kurzbericht 25/2021. Aktuelle Analysen aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. <https://doku.iab.de/kurzber/2021/kb2021-25.pdf>. Zugegriffen: 12. März 2024
114. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023) Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren gemäß § 154 Abs. 1 und 3 SGB VI. Rentenversicherungsbericht 2023. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Rente/rentenversicherungsbericht-2023.pdf?__blob=publicationFile&v=3. Zugegriffen: 12. März 2024
115. Bundesministerium für Gesundheit (2023) Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2022. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2022_Internet.pdf. Zugegriffen: 12. März 2024
116. Deutsche Bundesbank (2024) Tägliche Renditen der jeweils jüngsten Bundeswertpapiere. Stand: 11.03.2024. <https://www.bundesbank.de/de/statistiken/geld-und-kapitalmaerkte/zinssaetze-und-renditen/taegliche-renditen-der-jeweils-juengsten-bundeswertpapiere-772218>
117. Verband der Privaten Krankenversicherung (2023) PKV Zahlenportal. Kennzahlen: Nettoverzinsung. <https://www.pkv-zahlenportal.de/werte/2012/2022/12>. Zugegriffen: 11. März 2024
118. BKK Dachverband (2024) Der Bundeshaushalt 2024 vernachlässigt die dringende Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung der Pflege. <https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/der-bundeshaushalt-2024-vernachlaessigt-die-dringende-sicherung-einer-nachhaltigen-finanzierung-der-pflege>. Zugegriffen: 10. April 2024
119. 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
120. Grösgen S (2023) Digitalisierte Gesundheitsdaten am Beispiel der elektronischen Patientenakte. In: Grösgen S (Hrsg) Ökonomische Bewertung digitalisierter Gesundheitsdaten. Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer Gabler, Wiesbaden, S 21–59



121. Augurzky B, Berhanu S, Göhlmann S, Krolop S, Liehr-Griem A, Schmidt CM, Tauchmann H, Terkatz S
(2004) Strukturreformen im deutschen Gesundheitswesen. RWI-Materialien, Bd 8. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V, Essen Ruhr



Anhang

Tabelle 20: Bewertung der Leistungsbereiche für einen Einschluss oder Ausschluss in der engen Definition des Begriffs „versicherungsfremden Leistungen“. Quelle: eigene Darstellung.

	Enge Definition	Begründung für den Einschluss oder Ausschluss
1	Beitragsfreie Mitversicherung von nicht berufstätigen/ geringfügig beschäftigten Ehegatten o. Lebenspartnern	Kann auch als nicht versicherungsfremd bewertet werden [34].
2	Beitragsfreie Versicherung von Kindern	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden mit der Begründung, dass Kinder zukünftige Beitragszahler:innen darstellen [34, 40].
3	Leistungen rund um die Schwangerschaft und Mutterschaft	Siehe Nr. 2
4	Leistungen zur Empfängnisverhütung	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37].
5	Mutterschaftsgeld	Siehe Nr. 2
6	Krankengeld (Betreuung eines kranken Kindes)	Siehe Nr. 2
7	Betriebs- und Haushaltshilfen insb. zur Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausaufenthalten	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden mit der Begründung, dass Verkürzungen von Krankenhausaufenthalten der GKV-Finanzlage entgegenkommt.
8	Förderung von Forschungsvorhaben zur innovativen medizinischen Versorgung	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37].
9	Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung in betrieblichen Kontexten und darüber hinaus	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
10	Primäre Prävention	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden mit der Begründung, dass die präventiven Maßnahmen potenzielle Krankheitsfälle bei einzelnen Versicherten oder Gruppen von Versicherten vermeiden sollen [37].
11	Förderung der Selbsthilfe	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
12	Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
13	Leistungen der Palliativversorgung	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden. Begründung:
14	Krankenhausstrukturfonds des Krankenhausstrukturgesetzes	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
15	Finanzierung des Ausbaus der Telematikinfrastruktur	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
16	Förderung der Allgemeinmedizin	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
17	Schutzimpfungen	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
18	Beitragsfreie Mitversicherung Familienmitglieder der Rentner	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
19	Bezuschussung ALG-II/ Bürgergeld-Empfänger	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
20	Zuzahlungsbefreiungen/ Entlastungen für Geringverdiener und chronisch Kranke	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
21	Gruppenmäßige zahnprophylaktische Maßnahmen in Kindergärten und Schulen	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd, siehe zum Beispiel auch [37]
22	Krankengeld bei Vorsorgeleistungen und medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden. Begründung: Siehe Nr. 2
23	Häusliche Pflege wegen Schwangerschaft oder Entbindung	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden. Begründung: Siehe Nr. 2
24	Ambulante Vorsorgeleistungen, stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, medizinische Leistungen für Mütter und Väter	Kann auch als versicherungskonform bewertet werden. Begründung: Siehe Nr. 2
25	Verwaltungsaufgaben die im Zusammenhang zu versicherungsfremden Leistungen stehen	Bewertung als relativ sicher versicherungsfremd.

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